

La Reforma del Sistema Público de Salud en la Republica Dominicana

by

Pedro L. Castellanos

September 2008

CMD Working Paper #08-051



CENTER FOR MIGRATION AND DEVELOPMENT
PRINCETON UNIVERSITY

PROYECTO INSTITUCIONALIDAD Y DESARROLLO¹

ESTUDIO DE CASO

LA REFORMA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN LA REPUBLICA DOMINICANA

VERSION BORRADOR JULIO 2008

Elaborado por: Pedro L. Castellanos. Investigador Asociado².
Santo Domingo, República Dominicana

¹ Investigador Principal: Alejandro Portes. Center for Migration and Development. Princeton University.

² Instituto Dominicano para el Desarrollo Social (IDESARROLLO). Santo Domingo República Dominicana. castellanos_pedro@yahoo.com

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCCION: | 4 |
| II- DELIMITACION DEL CASO DE ESTUDIO. | 6 |
| III.- EL MARCO NORMATIVO DE LA REFORMA SANITARIA DOMINICANA. | 8 |
| a. El marco legal. | 8 |
| b. Marco Reglamentario. | 8 |
| c. Otros instrumentos normativos..... | 9 |
| III.- EL CONTEXTO DE LA REFORMA SANITARIA DOMINICANA. | 10 |
| 3.1.- Economía con alto crecimiento pero pobre desempeño social. | 11 |
| 3.2.- Insatisfactorio desempeño del sistema de salud, bajo gasto público y elevado gasto familiar..... | 17 |
| 3.3.- Los desafíos de la situación demográfica y de salud. | 22 |
| 3.4.- El contexto político cultural. | 26 |
| 3.4.1. Debilidad institucional del Estado. | 26 |
| 3.4.2. Modelo de salud predominante. | 28 |
| 3.4.3. Conflictos y consensos sociales. Principales actores sociales involucrados. | 29 |
| IV.- EL DISEÑO PROPUESTO PARA EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD. . 46 | |
| El diseño del sistema de salud y sus mecanismos de financiamiento están definidos en el marco legal y reglamentario que ha sido identificado con anterioridad en otra parte de este informe. Las leyes fueron promulgadas a comienzos del año 2001 y en ellas se establece un período de transición de 10 años que concluirá en mayo del 2011. | 46 |
| 4.1. Las funciones básicas del Sistema nacional de Salud. | 46 |
| 4.1.1. La Rectoría en el Sistema Nacional de Salud..... | 47 |
| 4.1.2. La prestación de servicios personales..... | 48 |
| 4.1.3. La prestación de servicios de salud colectiva..... | 49 |
| 4.1.4. El Aseguramiento. | 49 |
| 4.1.5. El financiamiento y la gestión financiera. | 51 |
| 4.1.6. Procesos transversales. | 51 |
| VI.- ESTADO ACTUAL DE LA REFORMA DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD. | 53 |
| 6.1. Apreciación por informantes clave..... | 53 |
| 6.1.1. Apreciación del grado de avances. | 53 |
| 6.1.2.. Factores y procesos favorecedores y desfavorecedores. | 55 |
| VII.- APROXIMACION ANALITICA INSTITUCIONAL DEL PROCESO DE REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DOMINICANO. | 58 |
| IX. ANEXOS | 61 |
| ANEXO 1 | 62 |
| ANEXO 2 | 63 |



LA REFORMA DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD EN LA REPUBLICA DOMINICANA

Santo Domingo, República Dominicana julio 2008

*“... los costos de intervenir son
una pequeña fracción del costo
de no intervenir.”*

Jeffrey Sachs³

I. INTRODUCCION:

El presente informe forma parte del estudio sobre “Instituciones y Desarrollo en América Latina: Un Estudio Comparativo”, conducido por el Centro para Migración y Desarrollo de la Universidad de Princeton, en varios países de América Latina, dirigido por Alejandro Portes como Investigador Principal. Es un estudio comparativo, multicéntrico, con una marco conceptual y metodológico común, de carácter interdisciplinario que busca, a partir de los conceptos del estudio de “instituciones reales” en su relación con otros componentes de la estructura social y la cultura, identificar factores predictores de la calidad de las instituciones y de su desarrollo potencial con respecto a sus marcos normativos correspondientes. Busca contribuir a la comprensión de los factores y procesos que favorecen o desfavorecen la transformación de las instituciones en situaciones en las cuales se ha definido como necesario y deseable un proceso de reforma, y se ha establecido los lineamientos básicos del mismo, expresados en un marco normativo legítimo. El estudio incluye instituciones de Correo, Aeronáutica, Sistema de Impuestos, Bolsas y Salud. en México, Colombia, Chile, Argentina y República Dominicana.

³ Sachs Jeffrey.- “The End of Poverty. Economic Possibilities For Our Time”. The Penguin Press. New York 2005.

Los estudios de casos institucionales parten, como se ha dicho, de un marco conceptual común, desarrollado y enriquecido a partir de estudios previamente realizados en algunas instituciones latinoamericanas^{4, 5}, en el cual se ha formulado 6 hipótesis de trabajo (3 sobre factores externos y 3 sobre factores internos a las instituciones). También parten de un enfoque metodológico común, predominantemente cualitativo, que busca triangular diferentes abordajes metodológicos (revisión de documentos técnicos y jurídicos, revisión de informaciones de prensa escrita, y entrevistas a informantes clave), para sustentar la apreciación sobre cada dimensión de interés. Para el análisis de las informaciones, expresadas en resultados dicotómicos (ausencia o presencia), se aplica Qualitative Comparative Análisis (QCA), empleando álgebra Booleana para identificar factores (o combinaciones de ellos) que son suficientes, necesarios o ambos para determinar la emergencia de un resultado particular, complementado con un análisis paralelo basado en álgebra de “fuzzy set”, con escalas de 5 puntos (desde absoluta presencia hasta absoluta ausencia), a fin de fortalecer las decisiones de aceptar o rechazar las hipótesis⁶.

Aun cuando el estudio de cada caso institucional incluye conclusiones específicas, el foco del análisis se concentra en una perspectiva de conjunto, de todas las instituciones estudiadas en un país y en los diferentes países, para enriquecer el proceso de interpretación y las conclusiones acerca de los procesos de desarrollo institucional, desde niveles de mayor complejidad.

⁴ Portes, Alejandro y Smith Lori.- Las causas del éxito o fracaso de las instituciones latinoamericanas. Universidad de Princeton Marzo 2007.

⁵ Portes Alejandro.- Instituciones y Desarrollo: Una revisión conceptual. Cuadernos de Economía N° 45. 2006.

⁶ Portes Alejandro.- Institutions and Development in Latin America: A Comparative Study. Research Proposal. Center for Migration and Development. Princeton University. July 2006.

El equipo conformado para los estudios de casos en la República Dominicana, está conformado por Wilfredo Lozano (CIES), quien lo coordina, Rolando Guzmán (PARETO CONSULTORES), Pedro L. Castellanos (IDESARROLLO) y Julio Sánchez. Cada uno de estos Investigadores Asociados ha sido responsable del estudio de un caso institucional. La operacionalización y aplicación del marco conceptual y metodológico, y las estrategias de trabajo local han sido coordinadas entre los integrantes de este equipo. Así mismo, los informes correspondientes a cada caso, aun cuando son responsabilidad de cada Investigador Asociado, se han visto beneficiados de los debates y consideraciones producidos en las sesiones de trabajo del equipo en conjunto.

El presente informe corresponde al estudio del Sistema Público de Salud de la República Dominicana en el contexto de la Reforma Sanitaria, que ha sido llevado a cabo como parte del proyecto internacional mencionado.

II- DELIMITACION DEL CASO DE ESTUDIO.

El presente estudio de caso se limita a los procesos de reforma institucional del Sistema Público de Salud, en sus diferentes funciones y procesos de carácter general y nacional, a la luz del modelo definido en el marco legal, reglamentario y normativo establecido, aprobado en forma ampliamente consensuada. Dada la complejidad del sistema de salud y de su proceso de reforma institucional, se ha seleccionado enfocar el estudio en los procesos de transformación del sistema público, por su importancia, como órgano del Estado, y por su significación cuantitativa y en la provisión de servicios a la población.

De acuerdo a las mas recientes informaciones disponibles, el sistema público del país, disponible de 1,075 establecimientos, con 12,057 camas hospitalarias (1.2 camas por cada mil habitantes)⁷. Aun cuando no se dispone de informaciones confiables sobre las instalaciones privadas, se sabe que las mismas representan una pequeña proporción del total nacional y están concentradas en las principales ciudades.

La importancia del sector público dentro del sistema nacional de salud se hace mas evidente en el total de las atenciones de salud. De acuerdo a informaciones de la última encuesta de salud, el 98% de las personas que manifestaron haber necesitado atención médica ambulatoria la pudieron obtener y del total de ellas el 63% fue atendido en un servicio público (el 57% en servicios de la Secretaría de Salud). Esta proporción ha aumentado en los últimos años, de acuerdo a esta fuente. Así mismo, el 60.9% de quienes obtuvieron atención de internamiento lo hicieron en servicios públicos (56% en servicios de la Secretaría de Salud)⁸.

En el presente estudio se partió de caracterizar el modelo normativo y el entorno en el cual se ha desarrollado hasta hora el proceso de reforma sanitaria. Se identificó los avances y los rezagos en sus diferentes funciones y procesos transversales considerados prioritarios en dicho marco normativo, y se apreció la forma en que las 6 hipótesis formuladas en el estudio pueden estar contribuyendo a favorecer o a dificultar los procesos de transformación.

⁷ Secretaría de Estado de Salud y Asistencia Social.- “Plan Decenal de Salud 2006-2015. Actualización febrero 2008”. Santo Domingo 2008.

⁸ CESDEM, MACRO, USAID, COPRESIDA, CERSS.- “Encuesta Demográfica y de Salud 2007”. Santo Domingo. República Dominicana mayo 2008.

III.- EL MARCO NORMATIVO DE LA REFORMA SANITARIA DOMINICANA..

a. El marco legal.

El marco normativo vigente para los procesos de reforma del Sistema Público de Salud, está básicamente constituido por la Ley General de Salud (Ley 42-01)⁹ y la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social (Ley 87-01)¹⁰. Ambas fueron promulgadas en el primer semestre del año 2001, después de un prolongado y complejo proceso de construcción de consensos nacionales, inicialmente liderado por la Comisión Nacional de Salud, designada por el Ejecutivo nacional, y posteriormente por la Comisión Especial del Congreso de la República. La segunda de estas leyes define los modelos de financiamiento y de asignación de recursos para el sistema nacional de salud (público y privado) procedentes del Sistema Dominicano de la Seguridad Social. la primera ley define las responsabilidades, funciones, organización y funcionamiento del sistema nacional de salud.

b. Marco Reglamentario.

En el contexto del marco legal definido en el año 2001, la Secretaría de Estado de Salud y Asistencia Social (SESPAS), como órgano rector del sistema nacional de salud, ha elaborado, en consulta con el Consejo Nacional de Salud (órgano interinstitucional de consulta definido por la Ley 42-01) un conjunto de reglamentos que especifican importantes aspectos de organización y funcionamiento del sistema público de salud.

⁹ Presidencia de la República, Secretaría de Estado de Salud Pública, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud.- “Ley general de Salud N° 42-01. Santo Domingo 8 de marzo 2001.

¹⁰ Secretaría de Estado del Trabajo, Consejo Nacional de la Seguridad Social.- “Ley N° 87-01 que crea el Sistema dominicano de Seguridad Social”. Santo Domingo 18 de mayo 2001.

Estos Reglamentos han sido promulgados mediante Decretos Presidenciales. Entre ellos se destaca, por su relevancia para los fines del marco normativo de la reforma, el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones (Decreto 635-03)¹¹.

c. Otros instrumentos normativos.

La Presidencia de la República, mediante el Decreto N° 1522-04, instruyó a la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS) para iniciar “el proceso gradual de creación y desarrollo de las Redes de Servicios Públicos de Salud, como expresiones autónomas y descentralizadas, al amparo del Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones”.

La Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS) ha formulado un conjunto de Disposiciones Administrativas. Entre estas cabe destacar las siguientes:

c.1.- Disposición 00015, del 12 de mayo 2005, define las funciones de las Direcciones Provinciales de Salud, como órganos desconcentrados de la SESPAS, responsables de las funciones de rectoría y de salud colectiva.

c.2.- Disposición 00023 del 21 de septiembre 2005 que sienta las bases para el desarrollo del subsistema de salud colectiva del sistema nacional de salud y dispone la “Movilización Tolerancia Cero” como el conjunto de problemas prioritarios de salud a ser atendidos tanto en la promoción, la prevención y en la recuperación de la salud. Entre ellos establece alta prioridad y define metas

¹¹ Presidencia de la República.- “Decreto N° 635-03. Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones del Sistema nacional de Salud”. Santo Domingo 20 de junio del 2003.

sobre la mortalidad materna, la mortalidad infantil, y varias enfermedades transmisibles y no transmisibles consideradas de alto interés sanitario. Además, establece mecanismos de monitoreo y evaluación de los avances de los servicios y del sistema de salud con respecto a las metas establecidas.

c.3.- Disposición 00024 del 5 de octubre 2005 que define el modelo de red de los Servicios Regionales de Salud. Este modelo está detallado en un documento anexo a dicha Disposición¹².

En febrero 2008, después de un esfuerzo técnico iniciado en agosto 2004 y de una amplia consulta a la sociedad civil en todos los municipios, se consensó y promulgó la versión actualizada del Plan Decenal de Salud, para el período 2006 – 2015. Este Plan define como objetivo estratégico principal el desarrollo del sistema nacional de salud, de acuerdo al marco legal, reglamentario y normativo vigente, completando la separación de funciones, desarrollando los subsistemas de atención a las personas y de salud colectiva, fortaleciendo la rectoría por parte de la SESPAS, lograr la cobertura universal de aseguramiento con el seguro familiar de salud, fortalecer la participación social en salud y transformar la gestión de los recursos humanos de la salud. Además identifica como prioritaria la equidad de género, los preparativos para emergencias y desastres y fortalecer el papel de las municipalidades en la Atención Primaria de la Salud.

III.- EL CONTEXTO DE LA REFORMA SANITARIA DOMINICANA.

¹² Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.- “Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud. Una guía para el desarrollo de los servicios de salud para la atención a las personas”. Santo domingo, octubre 2005.

La República Dominicana es un pequeño país insular, de 48,442 Km² que comparte con Haití la isla La Hispaniola en el Mar Caribe, con una población estimada para el 2007 de 9,482,060 personas. Para una densidad de 196 habitantes por Kilómetro cuadrado. El 66% de su población es urbana.

La reforma del sistema público de salud definida en el año 2001, ha sido planteada y desarrollada en el contexto de complejos procesos económicos y sociales, de la situación demográfica y de salud, así como culturales y políticos, que directa o indirectamente han condicionado su contenido de la misma y las expectativas de la población, y han influenciado en sus avances y limitaciones. Para una mejor comprensión e interpretación de los avances y limitaciones de la reforma del sistema público de salud, hemos considerado relevante destacar algunas características de la economía y de su desempeño social, algunas características del sistema de salud y de la situación demográfica y de salud, así como algunos rasgos políticos y culturales.

3.1.- Economía con alto crecimiento pero pobre desempeño social.

En los últimos 50 años el país ha tenido el ritmo de crecimiento económico mas elevado de América Latina y el Caribe. Desde 1961 hasta 2007, la magnitud de la economía se multiplicó por 8.5 y el ingreso per cápita casi se ha triplicado. Las exportaciones de bienes y servicios se multiplicaron por 50 y la estructura productiva nacional cambió radicalmente. En 1950, la República Dominicana tenía el mas bajo PIB per cápita de América Latina, para el 2002, ya ocupaba el lugar 22 y en el 2005, el PIB per cápita (ajustado PPA) es solo superado por 6 países^{13, 14}. Sin embargo, el Índice de Desarrollo

¹³ Montas Temístocles.- “Una agenda para la cohesión social”. Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo. Conferencia en la Universidad Autónoma de Santo Domingo. 6 de junio 2007.

Humano muestra un desempeño inferior al promedio de América latina y el Caribe en todos sus componentes¹⁵ (Cuadro 1). Igualmente ocurre con la mayoría de los indicadores de desarrollo social, el país muestra un fuerte rezago con respecto a países con similar e incluso menor nivel económico, conformándose una importante deuda social acumulada en salud y calidad de vida¹⁶.

La economía dominicana no genera suficientes empleos de calidad y se caracteriza por una fuerte concentración de la riqueza. Es altamente excluyente. Alrededor del 54% de la población económicamente activa ocupada está en el sector informal y el 16% se encuentra desempleada. El 20% de mayores ingresos se apropia del 56% del ingreso nacional, mientras que el 20% de menores ingresos apenas tiene acceso al 4% del mismo¹⁷. Como consecuencia, el 42.2% de la población vive en condiciones de pobreza y el 7.5% en pobreza extrema¹⁸. Esto significa que mas de 3.5 millones de personas son pobres y casi 650,000 están en la miseria. Esto ha conllevado a que la República Dominicana sea considerado uno de los países que peor ha aprovechado su riqueza para mejorar la calidad de vida de su población¹⁹.

Importantes estudios han señalado los mecanismos por los cuales la dinámica económica predominante reproduce la condición de pobreza y exclusión social y han destacado la necesidad de fortalecer las redes institucionales de protección social, al mismo tiempo de hacer reformas estructurales en el modelo económico²⁰. Salud y

¹⁴ PNUD.- “Informe sobre el Desarrollo Humano 2007-2008”. Nueva Cork 2007.

¹⁵ PNUD.- Informe de Desarrollo Humano República Dominicana 2008. Santo Domingo 2008.

¹⁶ Secretariado Técnico de la Presidencia. ONAPLAN.- “Focalización de la pobreza en la República Dominicana 2005. Santo Domingo julio 2005.

¹⁷ Idem.

¹⁸ ONAPLAN.- Focalización de la Pobreza en la República Dominicana. Santo Domingo 2005.

¹⁹ PNUD.- Op. Cit.

²⁰ Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo.- “Informe sobre la pobreza en la República Dominicana. Santo Domingo 2006.

educación son visualizados como las redes institucionales de protección con mayor impacto sobre la pobreza y calidad de vida y por lo tanto considerados como parte de las políticas sociales universales, en complemento con aquellas que se considera deben ser focalizadas.

Cuadro 1.- P.I.B e Indicadores seleccionados de salud y calidad de vida. República Dominicana, alrededor de 2005.

| País | P.B.I. per cápita (US\$ PPP) | Mortalidad < 5 a. | Esp. Vida | IDH lugar |
|---|------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|
| Argentina | 14,280 | 18 | 74.8 | 38 |
| Chile | 12,027 | 10 | 78.3 | 40 |
| México | 10,751 | 22 | 75.6 | 52 |
| Costa Rica | 10,180 | 11 | 78.5 | 48 |
| Uruguay | 9,962 | 17 | 75.9 | 46 |
| Brasil | 8,402 | 33 | 71.7 | 70 |
| <u>R.Dominicana</u> | <u>8,217</u> | <u>31</u> | <u>71.5</u> | <u>79</u> |
| Panamá | 7,605 | 24 | 75.1 | 62 |
| Colombia | 7,304 | 21 | 72.3 | 75 |
| Venezuela | 6,632 | 21 | 73.2 | 74 |
| Perú | 6,039 | 27 | 70.7 | 87 |
| Cuba | 6,000 | 6 | 77.7 | 51 |
| El Salvador | 5,255 | 35 | 71.3 | 103 |
| Paraguay | 4,642 | 23 | 71.3 | 95 |
| Guatemala | 4,568 | 43 | 69.7 | 118 |
| Ecuador | 4,341 | 26 | 74.7 | 89 |
| Nicaragua | 3,674 | 37 | 71.9 | 110 |
| Honduras | 3,430 | 40 | 69.4 | 115 |
| Bolivia | 2,819 | 65 | 64.7 | 117 |
| Haití | 1,663 | 120 | 59.5 | 146 |
| FUENTE: PNUD.- Informe Mundial de Desarrollo Humano New York. 2007. | | | | |

Las deformidades de la dinámica económica, que concentra el ingreso en una pequeña proporción de la población y excluye a las mayorías de los servicios básicos necesarios para una calidad de vida adecuada, han tenido como corolario múltiples conflictos que periódicamente han afectado la gobernabilidad democrática, y también el deterioro de la productividad sistémica. Por ejemplo, el nivel de competitividad del total de las exportaciones dominicanas al mercado de Estados Unidos en el 2006 era inferior al que

tenía en 1990. En los últimos 10 años, la República Dominicana ha perdido la mitad de su participación en el mercado norteamericano²¹.

Cuadro 2

| América Latina y la Rep. Dom.: Gasto social como % del PIB | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Región / país | 1994-1995 | 2000-2001 | 2003-2004 |
| América Latina* | 11.7 | 13.8 | 14.0 |
| RD** | 6.8 | 7.8 | 6.8 |
| RD / América Latina | 57.9% | 56.2% | 48.6% |

*Estimado a partir comportamiento PIB per cápita en la región

**El dato 1994-1995 para RD corresponde al año 1995

Muchos de los sectores clave del país han planteado y respaldado la necesidad de reformas de salud y de la educación públicas, con un enfoque de universalización de derechos, como una necesidad no solo ética y social sino del desarrollo económico. Reducir las inequidades en salud se convirtió en un objetivo de relevancia económica. Estas preocupaciones sobre la competitividad y sus relaciones con el mejoramiento de la situación social fueron señaladas por el empresariado en el año 2003²², cuando desatacaron la importancia de asegurar la universalidad y la sostenibilidad del sistema de seguridad social, como garantía de acceso a las atenciones de salud, pero también han sido señaladas por sectores académicos^{23, 24}, gremiales²⁵, de la sociedad civil²⁶ y en círculos oficiosos gubernamentales²⁷.

²¹ PNUD.- “Informe sobre el Desarrollo Humano. República Dominicana 2008”.

²² Consejo Nacional de la Empresa Privada (CONEP).- “Agenda Empresarial para el Desarrollo”. Tercera Convención Empresarial. Santo Domingo 2003.

²³ Pontificia Universidad católica Madre y Maestra (PUCAMAYMA). Centro de Estudios Políticos y Sociales.- “Agenda Nacional de Desarrollo (Vol. II): Planes de Acción para las diez principales prioridades”. Santo Domingo 1996.

²⁴ La primera Comisión Nacional designada por el Presidente en el año 19

Considerada así, desde una perspectiva de varios quinquenios, la reforma sanitaria dominicana, a diferencia de algunos otros países no ocurre en un entorno de restricciones económico-financieras, por el contrario acontece en un ambiente de optimismo económico y de crecimiento sostenido del ingreso nacional, y sus más importantes motivaciones han surgido por la necesidad de asegurar mayor equidad en la sociedad y reducir la exclusión social en salud, universalizando el derecho a las atenciones de salud definidas en el Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud.

Para perseguir estos propósitos, el marco legal consensuado asume que es necesario garantizar un adecuado financiamiento del sistema de salud, tanto público como privado, a fin de superar la crónica carencia de recursos que se traduce en deficiencias operativas, y transformar tanto el modelo de atención como el modelo de gestión y desarrollar una Red Única de Servicios Públicos de Salud.

Esto, ha sido explícitamente recogido y planteado tanto en los documentos que, a lo largo de la década de los años 90 del siglo XX, sirvieron de base para los procesos de construcción de los consensos que conllevaron a la aprobación de las dos leyes que conforman el marco legal (Ley 42-01 y Ley 87-01), como en los considerandos y preámbulos de ambas leyes. El Sistema Nacional de Salud debe ser un pilar de la construcción de cohesión social.

²⁵ El autor ha podido encontrar evidencias, en medios de comunicación, de que al menos desde 1981, la Asociación Médica Dominicana ha planteado la necesidad de reformas de fondo del sistema público de salud. Mas adelante se identificará algunos ejemplos.

²⁶ Santana Isidoro y Rathe Magdalena.- “Reforma Social. Una Agenda para Combatir la Pobreza”.Fundación Siglo XXI. Santo Domingo 1993.

²⁷ Fundación Global Democracia y Desarrollo.- “República Dominicana: Estrategia Nacional de Desarrollo y Competitividad”.

El Congreso Nacional, ha señalado en los considerandos que sirven de preámbulo a la Ley 42-01 que “..la salud constituye un bien que solo podrá obtenerse mediante la estructuración de políticas coherentes de Estado ... que garanticen la participación integrada, informada y responsable de los miembros de la sociedad y sus instituciones, en acciones que promuevan y garanticen, en forma equitativa y justa, condiciones de vida apropiadas para todos los grupos de la población.....En adición a ...representar un bien de importancia social y un factor básico para el desarrollo de la persona en todos sus aspectos, la salud constituye un derecho humano e inalienable que debe ser promovido y satisfecho por los gobiernos y estados.....”²⁸.

El texto de la Ley establece, en su artículo 2, que “La salud es, a la vez, un medio para el logro del bienestar común y un fin como elemento sustantivo del desarrollo humano. La producción social de la salud está íntimamente ligada al desarrollo global de la sociedad....”²⁹, y posteriormente afirma que “Todos los dominicanos y dominicanas y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna”³⁰.

A su vez, la Ley del Sistema dominicano de Seguridad Social 87-01, establece en sus considerandos que “...las transformaciones económicas, sociales y políticas de las últimas décadas demandan la creación de un sistema dominicano de seguridad social que contribuya, en forma efectiva, al mejoramiento de la calidad de vida, a la reducción de la pobreza y las desigualdades sociales, a la protección de los desamparados y

²⁸ Congreso nacional de la República Dominicana. Ley General de Salud 42-01. Cuarto considerando. Santo Domingo 2001.

²⁹ Ley general de Salud (42-01), artículo 2.

³⁰ Idem. Artículo 3.

discapacitados, así como a elevar la capacidad de ahorro nacional e individual y a la sostenibilidad del desarrollo económico y social”³¹.

Es evidente que la reforma sanitaria en la República Dominicana es considerada una necesidad para el mantener el crecimiento económico y avanzar en el desarrollo, y es considerada a su vez una forma de superar la exclusión social y fortalecer la equidad y la solidaridad.

3.2.- Insatisfactorio desempeño del sistema de salud, bajo gasto público y elevado gasto familiar.

Como en la mayoría de los países del continente, la mayoría de los indicadores de mortalidad y morbilidad del país han descendido progresivamente en los últimos decenios. Las mas recientes estimaciones confirman esta tendencia al descenso³². Sin embargo los resultados han sido menores que los logrados por otros países e inferiores a los que corresponderían a la disponibilidad de recursos en la sociedad dominicana.

El país ha hecho un importante esfuerzo de construcción de establecimientos de salud en los últimos decenios ampliando la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, e igualmente ha logrado ampliar considerablemente la cobertura de algunos programas básicos de salud colectiva. El 98% de los embarazos reciben atención prenatal profesional y el 97.15% de los nacimientos ocurren en establecimientos de salud y son

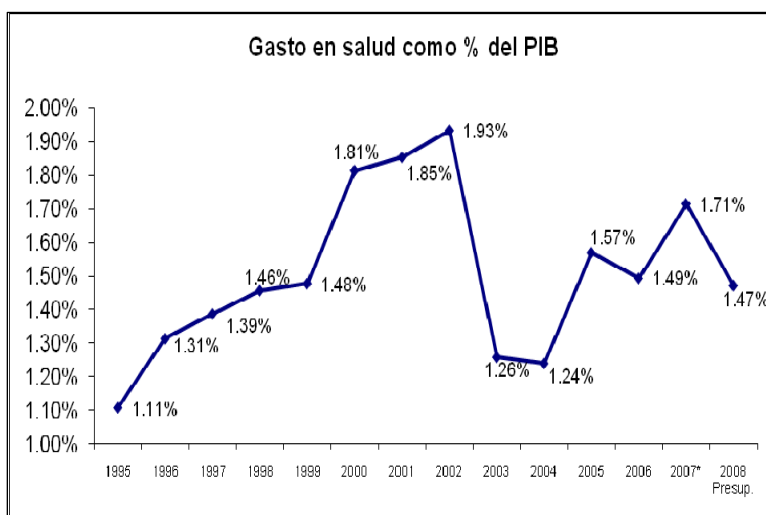
³¹ Ley del Sistema Dominicano de Seguridad social 87-01. Segundo Considerando.

³² Los datos preliminares de la ENDESA 2007 corroboran esta tendencia al descenso en la mortalidad en menores de un año (31 por mil para 2002-2006), aunque reflejan una disminución del ritmo de descenso para el último quinquenio, probablemente relacionada con la crisis económica y social de 2003 y 2004. Hay indicios de que en los últimos dos años podría haber ocurrido un descenso mayor y las mas recientes estimaciones internacionales señalan una mortalidad infantil alrededor de 26 por mil nacidos vivos para el 2006.

atendidos por médicos³³. Estas cifras de acceso al sistema de salud son superiores a la mayoría de los países latinoamericanos. Sin embargo, la mortalidad materna es una de las más altas del continente e igualmente la mortalidad infantil es superior a muchos países con menor nivel de cobertura institucional. Las muertes neonatales representan el 71% de las muertes en menores de un año y el 58% de las de menores de 5 años³⁴.

Estos limitados resultados expresan por un lado la pobreza y deficiente calidad de vida de la población (El 14.7% de los menores de 5 años presentan al menos un episodio diarreico y 20.9 % reportó cuadros febriles, en los últimos 15 días antes de la encuesta ENDESA 2007³⁵), pero también la deficiente calidad de los servicios a los cuales accede la mayoría de la población. Esta calidad está seriamente afectada por el bajo financiamiento público y por la condicionalidad de las atenciones, medicamentos y estudios complementarios a la capacidad de pago de las familias.

Gráfico 1.



Tradicionalmente el país se ha caracterizado por un bajo gasto público social y sobre todo por un bajo gasto público en salud. Como puede observarse en el

³³ CESDEM, Macro Internacional.- Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana ENDESA 2008. Santo Domingo 2008.

³⁴ SESPAS, INTEC, IDE SARROLO.- Plan Decenal de Salud 2006-2015. Versión borrador para consulta a la sociedad. Santo Domingo noviembre 2006.

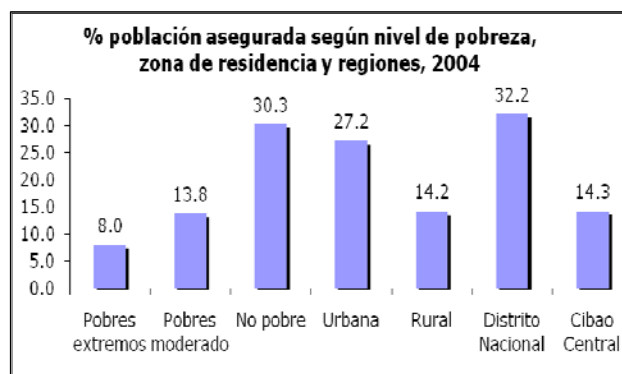
³⁵ CESDEM, Macro Internacional.- Op. Cit.

cuadro 2³⁶, el gasto social del país ha sido muy inferior al promedio de América Latina y con tendencia a representar una proporción cada vez mas baja de dicho referente.

El Gasto en salud, al menos a partir de 1985, nunca ha llegado a ser el 2% del PIB, manteniéndose entre el 1.1% y el 1.95% del PIB anual, como se aprecia en el gráfico 1³⁷. Históricamente, el gasto público en salud ha sido primordialmente canalizado a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y sus diferentes dependencias y establecimientos³⁸.

Este limitado financiamiento público de la salud se traduce en una precaria disponibilidad de recursos para el buen desempeño de los servicios, y en frecuentes crisis generadas por las protestas del personal acerca de sus remuneraciones y de la población acerca de la calidad de las atenciones.

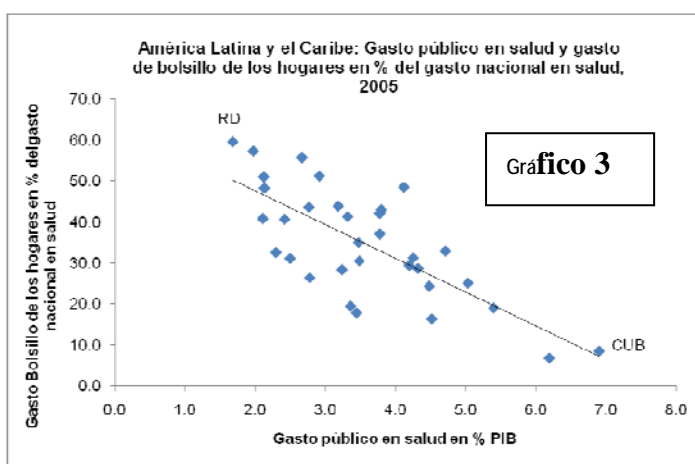
Gráfico 2.



³⁶ Tomado de: Lizardo Jeffrey.- El Gasto Social en la República Dominicana 1995-2005. Tendencias y Desafíos”. Unidad de Análisis Económico. Secretariado Técnico de la Presidencia. Junio 2005

³⁷ Idem.

³⁸ Lizardo, Jeffrey.- Financiación Pública del Sector Salud y la Seguridad Social en la República Dominicana Antes y Después de la Reforma. CUEP. Pontificia Universidad católica Madre y Maestra. Mayo 2008.



Una respuesta de adaptación de los servicios públicos a las deficiencias de financiamiento, ha sido la instauración de diversos mecanismos de cobro de aportes por parte de los pacientes, en el momento de solicitar los servicios. Una de

las respuestas de la población ante las deficiencias de calidad de los sistemas públicos ha sido la demanda selectiva de servicios privados, cuando están en condiciones de sufragar su precio. Como hasta el año 2006 solamente el 21.5% de la población y el 8% de los pobres (Gráfico 2) tenía algún tipo de seguro de salud³⁹, una de las consecuencias de esta situación es el elevado gasto familiar en salud. El “gasto familiar de bolsillo” representa alrededor del 50% del gasto total en salud del país (Cuadro 3).

Cuadro 3

ESTIMACIÓN PRELIMINAR DEL GASTO NACIONAL EN SALUD, 2001-2006

| Porcentajes | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| AGENTE FINANCIERO | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
| TOTAL GASTO NACIONAL EN SALUD | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| AGENTES FINANCIEROS PÚBLICOS | 32.0 | 34.0 | 26.2 | 22.8 | 29.5 | 30.4 |
| SESPAS | 20.9 | 20.5 | 21.1 | 15.1 | 18.1 | 16.9 |
| OTROS AGENTES PÚBLICOS | 11.1 | 13.6 | 5.1 | 7.7 | 11.4 | 13.5 |
| AGENTES FINANCIEROS PRIVADOS | 68.0 | 66.0 | 73.8 | 77.2 | 70.5 | 69.6 |
| HOGARES | 52.8 | 50.7 | 58.7 | 59.8 | 49.7 | 49.4 |
| OTROS AGENTES PRIVADOS | 15.1 | 15.3 | 15.0 | 17.4 | 20.8 | 20.2 |

FUENTE: Fundación Plenitud, *Estimación Gasto Nacional en Salud en RD 2001-2006*, (www.fundacionplenitud.org).

Como puede apreciarse en el Cuadro 4, el gasto total en salud del país significa alrededor del 6% del PIB (Cuadro 4), lo que se acerca a la situación en algunos de los países del continente que disfrutaban de los sistemas de salud más prestigiosos. Sin

³⁹ Idem.

embargo, la proporción de dicho gasto total que corresponde al gasto público es la más baja del continente y la que corresponde al gasto familiar es una de las más elevadas (Gráfico 3).

Cuadro 4

ESTIMACIÓN PRELIMINAR DEL GASTO NACIONAL EN SALUD, 2001-2006

| Como % del PIB | | | | | | |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| AGENTE FINANCIERO | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
| TOTAL GASTO NACIONAL EN SALUD | 6.4 | 6.9 | 7.5 | 7.0 | 5.9 | 6.2 |
| AGENTES FINANCIEROS PÚBLICOS | 2.0 | 2.3 | 2.0 | 1.6 | 1.7 | 1.9 |
| SESPAS | 1.3 | 1.4 | 1.6 | 1.1 | 1.1 | 1.0 |
| OTROS AGENTES PÚBLICOS | 0.7 | 0.9 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 0.8 |
| AGENTES FINANCIEROS PRIVADOS | 4.3 | 4.5 | 5.6 | 5.4 | 4.1 | 4.3 |
| HOGARES | 3.4 | 3.5 | 4.4 | 4.2 | 2.9 | 3.1 |
| OTROS AGENTES PRIVADOS | 1.0 | 1.1 | 1.1 | 1.2 | 1.2 | 1.3 |

FUENTE: Fundación Plenitud, *Estimación Gasto Nacional en Salud en RD 2001-2006*, (www.fundacionplenitud.org).

Considerando el pobre desempeño del sistema de salud, su limitado financiamiento público y el elevado gasto familiar, se comprende que dos de las más importantes motivaciones de la reforma sanitaria en el país han sido asegurar un adecuado financiamiento para el sistema público de salud, lograr una disminución del gasto familiar, sin que esto repercuta en una elevación considerable del gasto total. En este sentido, el Plan Decenal de Salud 2006-2015, trabajando con proyecciones de crecimiento del PIB y sobre el comportamiento del mercado de trabajo, y asumiendo que para el año 2011 se cumplirá la meta de cobertura universal de aseguramiento establecida por la Ley 87-01, se ha planteado como meta que para el 2015 el gasto de los hogares sea alrededor del 13% del gasto total en salud del país (Cuadro 5). De acuerdo a las mismas estimaciones y proyecciones, el gasto total nacional no superaría el 6% del PIB, pero el 70% del mismo correspondería a gasto público (57.8% provendría del seguro familiar de salud del sistema dominicano de seguridad social).

**Cuadro 5. Gasto Nacional en Salud per cápita (miles de millones RD\$).
Estimaciones según fuente de financiamiento.
República Dominicana 2006,2010 y 2015.**

| Agente financiero | 2006 | | 2010 | | 2015 | |
|-------------------|------------------|--------------|------------------|-------------|-------------------|--------------|
| | RD\$ | % | RD% | % | RD% | % |
| Agentes públicos | 19,154.32 | 22.2 | 70,185 | 50.0 | 106,982.44 | 70.0 |
| SESPAS | 11,974.49 | 16.9 | 12,482 | 8.9 | 18,669.48 | 12.2 |
| Seguro Familiar | 7,182.87 | 13.5 | 57,703 | 41.1 | 88,312.96 | 57.8 |
| Agentes privados | 67,040.11 | 69.6 | 70,185 | 50.0 | 45,849.62 | 30.0 |
| Hogares | 52,674.37 | 49.4 | 46,322 | 33.0 | 19,868.17 | 13.0 |
| Otros privados | 15,562.88 | 20.2 | 23,863 | 17.0 | 25,981.45 | 17.0 |
| TOTAL | 86,194.43 | 100.0 | 140,370.0 | | 152,832.06 | 100.0 |
| Per cápita RD\$ | 9,342 | ---- | 14,201.2 | ---- | 14,560.3 | --- |
| Per cápita US\$ | 283 | | 430 | | 480 | |

Fuente: Cálculos de IDESARROLO a partir de informaciones de SESPAS; Unidad de Cuentas Nacionales y Magdalena Rathe, Fundación Plenitud.

3.3.- Los desafíos de la situación demográfica y de salud.

La situación de salud de la población dominicana incluye simultáneamente los desafíos que se derivan de la deuda social acumulada y la tendencia ascendente de problemas de salud que expresan las condiciones de vida actuales.

Los primeros se expresan en una alta mortalidad materna e infantil, en una incidencia de tuberculosis estimada alrededor de 80 casos nuevos por 100,000 habitantes y por año, la persistencia de focos de transmisión malárica (La Hispaniola es la única isla en el Mar caribe con transmisión autóctona), y la persistencia de otros problemas que son característicos de países con una elevada proporción de la población en condiciones de pobreza y servicios de salud con limitada efectividad⁴⁰.

⁴⁰ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.- “Plan Decenal de Salud 2006-2015”. Actualización febrero 2008. Santo Domingo 2008.

Al mismo han emergido nuevos problemas que constituyen importantes causas de mortalidad y morbilidad y ante los cuales el sistema de salud tendrá que incorporar importantes cambios culturales, en sus estrategias predominantes de trabajo, mas allá de la atención de la demanda, para desarrollar capacidades que le permitan afrontar con éxito su prevención y control.

Cuadro 6. Mortalidad registrada según grandes grupos de causas. lista 6/68 ops/oms. republica dominicana 1999 y 2005

| Causa | Muertes registradas | | Porcentaje | | Tasa por 100,000 h | |
|-----------------------------|---------------------|----------|------------|----------|--------------------|----------|
| | 1999 | 2005 (b) | 1999 | 2005 (b) | 1999 | 2005 (b) |
| Cardiovasculares | 8,354 | 10,268 | 34.85 | 39.95 | 100.0 | 114.1 |
| Enf. Transmisibles | 2,578 | 3,128 | 10.75 | 12.17 | 30.9 | 34.8 |
| Tumores malignos | 3,391 | 4,543 | 14.14 | 17.68 | 40.6 | 50.5 |
| Orig. Período Perinatal | 1,236 | 1,989 | 5.16 | 7.74 | 14.8 | 22.1 |
| Causas externas (violentas) | 3,668 | 3,737 | 15.30 | 14.54 | 43.9 | 41.5 |
| Total diagnosticadas | 23,973 | 25,700 | 100.00 | 100.0 | -- | -- |
| Mal definidas | 3,120 | 1,929 | 11.5 | 6.88 | -- | -- |
| Total registradas | 27,093 | 27,599 | 100.0 | 100.0 | 3.2 | 3.1 |

Fuente: a) Dirección General de Epidemiología. SESPAS.- Análisis de Situación de Salud. Santo Domingo 2003. b) Cálculos por el autor con base en información preliminar de DIGEPI/SESPAS 2007.

Entre estos problemas destacan por ejemplo, las enfermedades del llamado “síndrome metabólico” (cardiovasculares, diabetes, osteoporosis, lagunas localizaciones de Cáncer, etc) que conforman un complejo vinculado en su génesis a la necesidad de controlar las adicciones al tabaco y alcohol, incrementar la actividad física y mejorar la calidad de la alimentación. Destacan también la violencia familiar y social y los trastornos de salud mental cuya frecuencia y consecuencias afectan considerablemente la salud familiar y comunitaria. Así mismo, los accidentes constituyen una importante causa de mortalidad y de morbilidad, además de una pesada carga económica para los servicios y las familias. Algo similar se podría decir sobre el Cáncer, sobre todo el ginecológico y prostático, así como el de vías digestivas y otros de relativamente fácil prevención.

La gran mayoría de estos problemas en realidad no son nuevos. Sin embargo se han ido haciendo mas visibles y progresivamente mas relevantes. Todos ellos tienen una

distribución social que afecta con mas fuerza a la población con menores recursos. Muchos de ellos requieren el uso de tecnologías de diagnóstico y medicamentos cuyo costo no es accesible a la mayoría de la población. Además, por su carácter crónico, representan una pesada carga que gravitará por todos los años de vida adulta, afectando su calidad de vida y su productividad.

El Sistema Nacional de Salud debe asegurar el acceso de toda la población a los recursos de promoción de una vida mas saludable y de prevención de los principales factores de riesgo que determinan su incidencia y su severidad, al mismo tiempo que los recursos necesarios para un diagnóstico temprano y adecuado tratamiento y control a lo largo de la vida. De otra forma, los costos de atención y el impacto negativo sobre la vida familiar serán cada vez mas crecientes

Las dinámica demográfica plantea desafíos y oportunidades que condicionan la necesidad de cambios estructurales en el sistema de salud. En 30 años, entre 1960 y 1990, la población se duplicó, llegando a 7,179,330 habitantes. Pero en el 2015 será alrededor de 10, 496,000 personas. Aun cuando la tasa de crecimiento va descendiendo progresivamente, se proyecta que para el 2015 estaría aun alrededor de 12.02 por mil. La población dominicana se ha hecho cada vez mas urbana. En 1960 el 30.55 vivía en zonas urbanas y para el 2015 se estima que será el 71.2%⁴¹.

En su estructura por edad se encuentra en un estadio intermedio de transición demográfica, como consecuencia de la disminución de la fecundidad y de la mortalidad en las edades mas jóvenes en los últimos decenios. El grupo de edad que mas crece actualmente es el de 15 a 64 años, es decir la población económicamente activa (PEA)

⁴¹ Oficina Nacional de Estadística/CELADE.- Proyecciones de Población 1950-2050. Actualización 2008. República Dominicana 2008.

(Cuadro 7). Esto representa una ventana de oportunidad para desarrollar un sistema de protección social de la salud que aun persistirá por algunos decenios, pero que irá progresivamente cerrándose en la medida que aumente la proporción de la población por encima de los 65 años de edad y la demanda de servicios de alto costo se eleve consecuentemente. En los próximos años se incorporarán a la Población Económicamente Activa unas 102 mil nuevas personas cada año y este grupo pasará a ser el 65% del total de nuestra población. La proporción de población mayor de 64 años, aunque tiende a crecer, aun para el 2015 representará solamente el 6.1% del total⁴².

| Cuadro 7. Evolución de la población por edad. República Dominicana 1950.2015 | | | | | | | | |
|--|------------|-------|------------|-------|------------|-------|-------------|-------|
| Edad | 1950 | | 1970 | | 2003 | | 2015 | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| < 15 | 1.047.613 | 44.5 | 2.093.134 | 47.3 | 2.733.637 | 31.1 | 2.919.687 | 28.0 |
| 15 – 64 | 1, 229,594 | 52.3 | 2, 197,639 | 49.7 | 5, 645,288 | 64.1 | 6, 872,082 | 65.9 |
| 65 y + | 75,761 | 3.2 | 131,982 | 3.0 | 425,394 | 4.8 | 644,465 | 6.1 |
| Total | 2, 352,968 | 100.0 | 4, 422,755 | 100.0 | 8, 804,318 | 100.0 | 10, 436,236 | 100.0 |
| Tomado de: DIGEPI SESPAS.- ASIS 2003. Santo Domingo 2004. CEPAL.- Anuario Estadístico de América Latina 2005. Santiago de Chile 2006. | | | | | | | | |

Esto plantea la necesidad de actuar prontamente en el desarrollo de un sistema solidario, mientras la carga de dependientes sea favorable.

Al mismo tiempo, la población de adolescentes y adultos jóvenes plantea importantes desafíos por sus riesgos y problemas específicos de salud, y al mismo tiempo porque es una población que al incorporarse al mercado de trabajo presiona y demanda con insistencia empleo y servicios básicos de salud y educación.

⁴² CEPAL.- Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. 2006.

3.4.- El contexto político cultural.

3.4.1. Debilidad institucional del Estado.

El Estado dominicano se caracteriza históricamente por una gran debilidad institucional. Esta debilidad deviene de los antecedentes de autoritarismo que predominaron durante la mayor parte del siglo XX, caracterizada por un amplio margen de discrecionalidad de los gobernantes en las decisiones sobre lo público. Si bien en los últimos 20 años se han producido importantes avances en el respeto de las libertades públicas y en el predominio de estilos democráticos de gobierno y en algunos campos importantes del Estado, entre ellos en la justicia, el poder electoral y algunos de los órganos de regulación de la economía, persisten rezagos importantes en otros campos de la administración pública, particularmente en los relacionados con las políticas sociales.

Esta debilidad de las instituciones se traduce en varias dimensiones relevantes para la reforma sanitaria, entre ellas en la capacidad de gestión y en las funciones de rectoría. Las debilidades en la capacidad de gestión, tanto financiera como del personal y de los servicios y programas de salud, consecuencia en buena parte de la inexistencia de una carrera sanitaria y administrativa que asegure una administración más profesional y estable, son frecuentemente asociadas por la población con las deficiencias de calidad en los servicios, con limitaciones en la transparencia en el manejo de los recursos y con lo que percibe como falta de capacidad e interés de sus autoridades. La debilidad en las funciones de rectoría, incluidas las de formulación de estrategias y políticas nacionales de salud y las posibilidades de regulación y control de los diferentes agentes del sistema de salud, se traducen en la tendencia al predominio de intereses particulares. A

las anteriores se suma la existencia de múltiples niveles y espacios de autoridad no siempre convergentes en líneas de acción comunes.

La debilidad institucional no es exclusiva del sistema público de salud, pero se expresa de manera significativa en el desempeño del mismo y afecta considerablemente la imagen de la autoridad y el liderazgo necesario para impulsar los cambios, aun cuando los mismos hayan sido definidos en forma mas o menos consensuada. Muchas de las decisiones mas importantes terminan siendo expresión de acuerdos coyunturales entre intereses particulares que consecuencia de una direccionalidad estratégica.

La importancia del fortalecimiento de la institucionalidad pública ha sido reconocida y planteada como condicionante de los avances en las reformas del Estado por múltiples actores sociales. Entre ellos destacamos a las propias autoridades gubernamentales^{43, 44}, al empresariado⁴⁵, a los gremios de la salud⁴⁶ y las universidades⁴⁷.

Las características tradicionales del Estado dominicano se han traducido en un sistema público de salud con importantes deformaciones que afectan considerablemente su eficiencia y su efectividad. Entre ellas cabe destacar la fuerte centralización tanto de los recursos como de las decisiones relevantes para la gestión. También, la debilidad de las funciones de planificación, monitoreo y evaluación, y la asignación

⁴³ Montas, Temístocles.- “Una agenda para la cohesión social”. Secretaría de Estado de Planificación, Economía y Desarrollo. Junio 2007.

⁴⁴ CEPAL, Secretaría de Estado de Planificación, Economía y Desarrollo.- “La República Dominicana en 2030. Una nación cohesionada”. Santo Domingo mayo 2008.

⁴⁵ Consejo nacional de la Empresa Privada (CONEP).- “Agenda Nacional de Desarrollo”. Santo Domingo 2008.

⁴⁶ Severino, Fulgencio.- “Sistema Dominicano de Seguridad Social. Rostro de la anhelada protección social”. Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud PROSISA. Santo Domingo julio 2005.

⁴⁷ Castellanos, Pedro L.- “HACIA UN NUEVO SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ¿Por qué es necesaria una reforma del sector salud?”. CUEP. Pontificia Universidad católicas Madre y Maestra. Santo Domingo. Diciembre 2007.

presupuestaria basada en las tendencias históricas mas que en la evaluación de necesidades y articulación con metas y resultados de desempeño. Muy limitada participación social en los procesos de gestión, expresión de la tradicional desconfianza mutua que en el pasado predominó en las relaciones Estado-Sociedad y una amplia discrecionalidad de las autoridades en todos los procesos de gestión tanto de los recursos financieros y materiales y del personal como de las decisiones sobre estrategias y políticas de salud.

Desde esta perspectiva, la reforma sanitaria ha sido planteada como un proceso de descentralización y desconcentración de los servicios, de consolidación de una administración pública en salud mas profesional y estable, y de una mayor y mejor capacidad de conducción estratégica del sector salud, alrededor del Plan Decenal de Salud, y sus metas.

3.4.2. Modelo de salud predominante.

Tradicionalmente, en el sistema de salud dominicano ha predominado una concepción de la salud predominantemente clínica, individual y vinculada a los procesos curativos. Como consecuencia, las intervenciones de promoción de la salud y las de prevención de problemas prioritarios, sobre todo las de carácter colectivo, han sido tradicionalmente débiles. Así mismo, tradicionalmente la distribución y asignación de recursos ha priorizado la atención hospitalaria sobre la ambulatoria y sobre la atención primaria de la salud. La capacidad de resolución se ha concentrado en los mas grandes centros

hospitalarios de cada provincia y a nivel nacional y se ha consolidado una sobrevaloración de lo individual sobre lo colectivo y la producción social de la salud⁴⁸.

Entre las consecuencias del predominio de este modelo se ha señalado la concentración de la demanda de la población en los principales centros hospitalarios, los cuales se encuentran permanentemente congestionados y sobrepasados en sus capacidades y recursos, mientras los pequeños centros hospitalarios municipales y los servicios ambulatorios de nivel primario con frecuencia permanecen con baja ocupación y demanda.

Desde esta perspectiva, la reforma sanitaria ha sido planteada como un esfuerzo vinculado a la transformación del modelo de atención en el sistema de servicios públicos, con mayor énfasis en lo ambulatorio y en el primer nivel de atención, así como en estrategias de atención primaria de la salud, con un abordaje más integral que combina más armónicamente estrategias de promoción de salud, de prevención y de recuperación^{49, 50}.

3.4.3. Conflictos y consensos sociales. Principales actores sociales involucrados.

El sistema público de salud ha sido tradicionalmente un espacio de frecuentes conflictos laborales y entre actores múltiples cuyos intereses particulares se expresan en su seno.

⁴⁸ Sanchez, Antonio.- “El Modelo Dominicano de prestación de Servicios de Salud, Una Apuesta de Futuro”. Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Unión Europea. Santo Domingo. Abril 2005.

⁴⁹ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.- “Modelo de Red de Servicios Regionales de Salud”. Santo Domingo, octubre 2005.

⁵⁰ Castellanos, Pedro L.- “Separación de Funciones a Nivel Central y Desconcentrado de la SESPAS en el Marco de la Reforma Sanitaria. Informa Final de Consultoría”. Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Santo Domingo, Junio 2005.

La mayoría de los conflictos laborales promovidos por el gremio médico, así como de enfermeras, han tenido como principal motivación reclamaciones salariales. Sin embargo, en casi la totalidad de ellos, se ha incluido demandas correspondientes a la reestructuración del sistema de salud o de mejoría de algunos de los servicios a la población.

Para documentar los laboriosos y complejos procesos que condujeron a la formulación y aprobación consensuada del marco legal de la reforma sanitaria dominicana, así como los principales conflictos y consensos e identificar los principales actores involucrados, se hizo una revisión de dos de los principales diarios impresos del país, en el período 1972 al primer semestre del año 2000 (un poco mas de 28 años). A continuación se presenta una síntesis de los hallazgos.

Encontramos evidencia de 12 conflictos huelgarios médicos (en 28 años), un promedio cercano a una huelga por cada dos años⁵¹, y de un número mucho mayor de conflictos locales, amenazas de huelga o paros de corta duración conducidos por los gremios médico y de enfermería. Este período estudiado coincide con el proceso de gestación y posterior aprobación a comienzos del 2001, de las dos leyes que sirven de marco legal a la reforma sanitaria dominicana.

La primera evidencia pública encontrada acerca de la necesidad de proceder a una reforma integral, corresponde a un conflicto médico en el año 1972, en el cual se incluyó la demanda de cambios estructurales en el Sistema de de Salud, como solución a la elevada proporción de la población que estaba excluida de acceso a estos servicios.

⁵¹ Los diarios revisados fueron El Caribe y Listín Diario. El autor realizó esta búsqueda con el apoyo de la empresa OGM Central de Datos, subsidiaria del Diario El Caribe, especializada en este tipo de servicios, en Santo Domingo, enero y febrero 2008.

Posteriormente, en 1973 el Dr. Bernardo Defilló, conocido académico y quien posteriormente a partir del 2001 asumió como Superintendente de Salud y Riesgos Laborales del Sistema Dominicano de Seguridad Social hasta fines del año 2006, publicó una serie de artículos periodísticos en los que mostraba las limitaciones del sistema de salud y se proponía la organización de un Sistema Nacional de Salud, integrado, de cobertura universal. A partir de este momento. En 1975 la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) anunció que impulsaría un proceso de reforma de los servicios públicos de salud y pocos meses después, en 1976, la Asociación Médica Dominicana (AMD) reacciona reclamando nuevamente una reforma integral y la conformación de un Sistema Unico de Salud. En 1977, el Dr. Hector Acuña, Director de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), visita al país y llama la atención públicamente sobre la necesidad de reformar el sistema de servicios de salud poniendo énfasis en la Atención Primaria de la Salud, lo que era coherente con el ambiente internacional preparatorio de la reunión convocada por esta organización Mundial en Alma-Ata, para promover mundialmente las metas de Salud para Todos en el Año 2000 y la Atención Primaria de Salud como la estrategia para conseguir las.

En los años siguientes, la SESPAS asume un esfuerzo de grandes dimensiones para fortalecer los servicios del primer nivel de atención, sobre todo a nivel rural, mediante la construcción de clínicas Rurales y la implantación de un modelo de atención que articulaba personal médico, de enfermería y promotores voluntarios de las comunidades. Este modelo fue considerado muy favorablemente y apoyado por organismos de cooperación internacional. Hasta 1982, aun cuando hubo al menos dos

conflictos médicos, no encontramos evidencia de que hubiera sido planteado como tema relevante la reforma sanitaria.

En 1981, el Secretario del Trabajo, coincidentemente con una huelga médica reivindicativa, hace el primer planteamiento público que pudimos documentar sobre la necesidad de desarrollar un Sistema de Seguridad Social Universal, que transformara y articulara una reforma del sistema de salud y también el de previsión social. Al año siguiente, en 1982, la AMD reúne lo que denominó Convención por el Sistema Único de Salud, evento que formuló un conjunto de principios y lineamientos de lo que podría ser, según el criterio del gremio médico, la reforma sanitaria dominicana. En esencia, según fue reseñado por los medios de comunicación revisados, se planteaba la unificación de todas las instituciones públicas en una sola, con cobertura universal, la unificación de las condiciones de trabajo del personal, el reforzamiento del primer nivel de atención y de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Poco tiempo después, ese mismo año, el Congreso Nacional acuerdo una resolución según la cual se considera una prioridad la formulación y aprobación de una Ley que haga posible la universalización de los servicios de salud y las pensiones de vejez para toda la población.

En 1985 y 1986 se hicieron denuncias públicas sobre deficiencias en “los hospitales”, por parte de diferentes sectores del país. En 1987 el secretario de Estado de Salud anuncia públicamente el compromiso del gobierno de proceder a soluciones definitivas de estos problemas y en 1988, en el marco de un nuevo conflicto médico, plantea “reordenar todo el sistema de salud”. Es destacable que en este momento algunas de las

principales organizaciones sindicales del país se opusieron públicamente a las amenazas de huelga de la AMD.

En 1987 la Asociación Nacional de Hospitales y Clínicas Privadas (ANDEHCLIP) demandó lo que llamaron una “nueva política de salud” que hiciera posible mediante el concurso coordinado del sector público y el privado, lograr la cobertura universal de servicios de salud. Este podría haber sido la primera evidencia pública de que el sector de servicios privados de salud demandaba ser un actor en la reforma sanitaria.

Para 1989, en el contexto de un conflicto médico, el Presidente hablaba del compromiso de avanzar hacia un Sistema Único Público de Salud, basado, según expresiones del Secretario de Salud, en una unificación de los servicios del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y los de la SESPAS, solicitud que había sido planteada reiteradamente por la AMD, por lo menos desde 1982. Los programas de gobierno planteados por los tres principales partidos, en el proceso electoral presidencial de 1990, incluyeron variadas aproximaciones a la conformación del Sistema Único Público de Salud.

El 1991, como parte de un acuerdo con la AMD para suspender una prolongada huelga médica, el Presidente designó mediante el Decreto 278-91 la **Comisión de Alto Nivel**, presidida por el Rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), y con participación multiinstitucional, con la finalidad de analizar la “crisis del sistema de salud” y presentar en 90 días un informe con recomendaciones precisas y consensuadas para superarla. El informe de esta Comisión recibió mucha publicidad y respaldo en la opinión pública y en diversos sectores gremialistas y de la sociedad civil. Propusieron

29 acciones inmediatas y de mediano plazo que incluían la inversión inmediata de RD\$ 318 millones (aproximadamente US\$ 318 millones) para la rehabilitación de hospitales, un reajuste salarial inmediato del 30% y que posteriormente llegaría al 60%, y una inversión de RD\$ 2,000 millones para un plan de transformación del sistema público de servicios de salud. Aunque no fue publicado, se supone que esta propuesta implicaba un cierto acuerdo de paz laboral en el sistema de salud. Esta es la primera propuesta integral y operativa de reforma sanitaria de la que se pudo encontrar evidencia pública.

Ese mismo año, el Presidente, ante la amenaza continental de una epidemia de Cólera, que pudiera afectar los países del Caribe, designa un Consejo Nacional de Control de Cólera, presidido por el Dr. Bernardo Defilló. Para calibrar la relevancia pública de este Consejo, considérese que ya para entonces el turismo era una de las principales actividades económicas del país y que por unos dos siglos ningún país del Caribe había detectado casos ni brotes de esta enfermedad. La vocería pública del dr. Defilló acerca de los preparativos en los servicios de salud para la prevención del Cólera y para atender adecuadamente la eventual aparición de rotes y casos, prontamente se entremezcló con las demandas y propuestas acerca de la necesidad de una reforma del sistema público de salud, tanto para fortalecer sus capacidades de prevención y atención de este problema, como para fortalecer sus capacidades de rectoría a fin de asegurar el cumplimiento de las normas elaboradas por parte de los servicios privados y de otras instituciones públicas.

A partir del año 1992, el tema de la reforma sanitaria y de la seguridad social aparecerán siempre vinculados y pasan a ocupar importantes espacios en los medios de opinión consultados. Ese año se realiza lo que fue conocido como el Foro Nacional,

coincidiendo con un conflicto médico reivindicativo. Fue auspiciado por la OPS/OMS y su temática central fueron los procesos de reforma sanitaria y de seguridad social que se estaban desarrollando en América Latina. Ese mismo año, ANDEHCLIP fue insistente en la propuesta de un sistema nacional de seguridad social y de salud en el cual compartieran responsabilidades la “Iguales Médicas”⁵² y el sector público de la salud.

En 1993 se hicieron públicas las primeras propuestas de reforma de salud y seguridad social inspiradas por el pensamiento de la OIT y sectores organizados de los trabajadores. Básicamente consistían en una expansión del Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS), manteniendo su base conceptual tripartita, tipo “Bismark”, basada en la cotización y en la cogestión de trabajadores, empleadores y el Estado.

Para ese mismo año el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) anuncia públicamente su interés y disposición para apoyar financieramente un proyecto de Modernización y Reforma del Sistema de Salud del país, aunque este préstamo solo se concretó en 1997, el anuncio fue la primera evidencia pública de que los organismos financieros internacionales multilaterales estaban interesados en propiciar en la República Dominicana procesos similares a los que habían respaldado en varios países de América del Sur. A partir de 1994 el BID hizo pequeños aportes no reembolsables a la SESPAS.

⁵² Las igualas médicas eran servicios prepagados de atención médica, desarrollados por los principales hospitales y clínicas privadas de las principales ciudades. Tuvieron un desarrollo importante en las décadas de los años 80 y 90 del siglo pasado. A diferencia de las aseguradoras que posteriormente las desplazaron o incorporaron, su capital estaba básicamente constituido por aportes de profesionales de la salud, mientras que en las aseguradoras la participación del capital financiero es mucho más relevante y decisivo. Puede considerarse que fueron las precursoras de los servicios de salud prepagados en el país. El nuevo marco legal aprobado en el 2001 las obligó a evolucionar o desaparecer.

Ese mismo año de 1993, el Consejo Nacional de Hombres de Empresa (CNHE), que posteriormente se transformaría en el Consejo Nacional de la Empresa Privada (CONEP), como el principal aglutinante y representante del empresariado planteó públicamente que debía adelantarse una reforma del sistema de salud y seguridad social que tuviera como bases la articulación entre lo público y lo privado y la libre elección de los prestadores de servicios. Poco tiempo después, la Cámara Dominicana e aseguradores y Reaseguradores hizo pública una propuesta mas o menos similar.

Durante se mismo año de 1993, el PNUD trae al país un reconocido experto costarricense que, en consultas con numerosos sectores, formula los lineamientos de una propuesta de reforma, basada en la experiencia de dicho país centroamericano y sustentada éticamente en un principio de equidad y solidaridad. Además planteó la descentralización y la “extensión masiva” del IDSS, en forma progresiva. Ese año se constituye una **Comisión Nacional de Salud**, presidida por el Secretario de Salud, la que recibe apoyo técnico del PNUD y de la OPS/OMS, y se firma un acuerdo entre el CNHE, el IDSS, la SESPAS, el Secretariado Técnico de la Presidencia y varias de las principales Centrales Sindicales, para impulsar estas propuestas de reforma. La ANDEHCLIP, respalda la idea con reservas y reitera su propuesta de un sistema mixto en el cual la iniciativa privada y sobre todo las “iguales médicas”, puedan coexistir con el sistema público. La AMD, aunque mostró interés, estaba concentrada en un conflicto reivindicativo, parece haber tenido en este momento una participación tangencial.

Ese mismo año, 1993, la Fundación Siglo XXI publica un estudio y sus respectivas conclusiones y propuestas, que había sido realizado por la empresa ECOCARIBE⁵³, a

⁵³ Santa Isidoro y Rathe Magdalena.- “Reforma Social. Una Agenda para Combatir la pobreza”. Ediciones de la Fundación Siglo 21. Santo Domingo 1993.

solicitud y con respaldo financiero del BID en el que se incluyeron propuestas para la reforma de educación y del sistema de salud. Estas propuestas planteaban, en algunos aspectos clave, una perspectiva diferente para la reforma sanitaria y de la seguridad social, mas articulada con propuestas de reforma estructural del Estado, así como de los sistemas tributarios y fiscales del país. En este sentido, estas propuestas estaban mas cercanas a algunas de las experiencias que en países de Sur América s venían desarrollando. Muchas de estas ideas resultaron inspiradoras para las que posteriormente fueron posiciones y propuestas de sectores empresariales y de la Comisión Nacional de Salud.

El año 1994 fue un año electoral. Todos los programas de gobierno propuestos por los tres principales partidos que aspiraban a la Presidencia de la República, incluyeron propuestas explícitas de compromiso con una reforma del sistema de salud. Durante ese año, el BID manifestó públicamente que estaba en proceso de negociación de un préstamo para el proceso de reforma y modernización del sistema de salud y la Unión Europea anunció su intención de cooperar financieramente con un importante fondo de donación, el cual prontamente inició su ejecución.

Para 1995, la Cámara de Diputados estudiaba variadas propuestas orientadas a la reforma de salud y seguridad social. El Presidente mediante Decreto, establece la **Comisión Nacional de Salud**, presidida por el Secretario de Salud, la cual designa una Comisión Técnica. Avanza la preparación de un documento técnico de base, el cual sería concluido en el primer semestre del 1996, denominado: “Salud: Visión de Futuro”, el mas completo e integral producido hasta ese momento, el cual pasaría desde entonces a ser el centro de los debates.

Al calor de las iniciativas desatadas por este documento, y suspendido el conflicto huelgario que por varios meses sostenía la AMD ante la expectativa del cambio de gobierno, los debates sobre la reforma de salud y seguridad social se hacen más intensos.

Ese mismo año, organizado por el CUEP⁵⁴ de la Universidad PUCAMAYMA, un importante taller sobre las principales prioridades que debían conformar un Plan Nacional de Desarrollo. Las conclusiones y propuestas de esta actividad tuvieron una importante repercusión pública. Entre otras propuestas correspondientes a temas relativos al desarrollo económico, se incluyó en forma destacada una propuesta de reforma del sistema educativo y una propuesta de reforma del sistema público de salud, incluyendo lineamientos de lo que podría ser un programa de trabajo de 4 años. Figuras destacadas en esta propuesta fueron el dr. Bernardo Defilló, la Economista Magdalena Rathe y el Dr. Fernando Rojas. Este último era entonces el Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Salud.

Para 1997 la Cámara de Diputados está estudiando una Ley General de Salud, la Comisión Nacional de Salud ha sido fortalecida con apoyo financiero del BID (posteriormente también sería respaldada por el Banco Mundial), lo que no solo se traduce en un fortalecimiento de su capacidad técnica, sino también en la ejecución de experiencias innovadoras en algunas regiones. Los proyectos apoyados por la Unión Europea han permitido a la SESPAS desarrollar otras experiencias innovadoras, aunque no coincidentes, en otras regiones del país.

⁵⁴ Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales. Pontificia Universidad católica Madre y Maestra. Santo Domingo. República Dominicana.

Ese mismo año el Banco Mundial expresa observaciones negativas sobre el proyecto de Ley General de Salud. El gobierno, por su parte, inaugura un complejo hospitalario de grandes proporciones y del que asegura se constituiría en el modelo para la reorganización de la atención hospitalaria. La administración y gestión de este complejo (Plaza de la Salud) es asignada a una entidad sin fines de lucro, constituida para tales fines y se define un modelo de gestión semiprivado, el cual recibe aportes importantes del Estado y al mismo tiempo establece tarifas que son cobradas a los pacientes. Este modelo, en los años posteriores, ha sido aplicado en algunos otros nuevos centros hospitalarios.

El Congreso pasa a ser el centro en el que se concentran los debates sobre el nuevo marco legal. Con apoyo de la Comisión Nacional de Salud (posteriormente paso a denominarse Comisión de Reforma del Sector Salud y mas tarde Comisión Ejecutiva para la Reforma del sector Salud {CERSS} y ha ejercido como órgano executor de los préstamos aportados por el BID y el Banco Mundial), una comisión especial designada por el Senado formuló un proyecto de ley de Seguridad Social. El gobierno por su parte hizo observaciones a este borrador y formuló una propuesta alternativa estructuralmente diferente y sobre todo inspirada en las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y por lo tanto respaldada por las principales organizaciones sindicales.

Durante los años siguientes, hasta el año 2000, se desarrollaron complejos procesos de debates y conflictos alrededor del contenido de los tres proyectos de Ley. Ya en el año 1998, el Secretario de Salud había solicitado públicamente al Congreso proceder a

unificar estos proyectos en una sola pieza para asegurar el consenso y la coherencia del marco legal. Para el año 2000 se produce un acuerdo entre las organizaciones empresariales y las sindicales alrededor de lo que denominaron “proyecto consensuado” sobre la seguridad social. La AMD y Foro Ciudadano (agrupación de numerosas organizaciones de la sociedad civil) demandan la no aprobación de este proyecto y reabrir los procesos de consulta, y solicitaron la mediación de la CERSS para lograr acuerdos mas amplios para la aprobación del nuevo marco legal. Ante las fuertes presiones sobre el Congreso, de parte de quienes respaldaban el llamado proyecto unificado, la AMD amenazó con una huelga nacional, con el respaldo de organizaciones sociales.

La AMD concentraba sus planteamiento alrededor de la necesidad de que el sistema de salud no fuera subordinado al de seguridad social y no fuera reestructurado sobre la base de una racionalidad de mercado sino de derechos. También planteó la necesidad de fortalecer la rectoría pública en el sistema de seguridad social, y el fortalecimiento de las intervenciones de promoción de la salud y de prevención en el modelo de servicios. Estos conflictos y debates arrastraron a la Cámara de Diputados, la cual expresó públicamente su inconformidad con el llamado proyecto consensuado y su disposición a negarlo si fuera aprobado en el Senado.

El año 2001 se inicia con dos polos confrontados. Uno constituido por el CONEP, la Asociación de Industriales (AIRD), la Asociación de Empresas de Inversión Extranjera (ASIEX). La Asociación de Fondos de Pensiones, la Asociación de Aseguradoras y reaseguradoras y otras organizaciones empresariales, con el respaldo público de la cooperación internacional de la OPS/OMS, USAID, BID, BM., quienes respaldaban y

plateaban con apremio la aprobación del llamado proyecto unificado por parte del Congreso. El otro polo estaba conformado por la AMD, otras organizaciones gremiales de salud, Foro Ciudadano, INSALUD y otras organizaciones civiles, quienes coincidían en la necesidad de modificar el mencionado proyecto.

Después de arduos esfuerzos y numerosas confrontaciones públicas, se arribó a un consenso de todas las partes basado en la aprobación primero de la Ley General de Salud y posteriormente de la Ley del Sistema de Seguridad Social, y en la incorporación de modificaciones a esta última que incluyeron la creación de una aseguradora pública y en lo que se consideró fortalecimiento de los órganos de regulación del sistema. Aprobadas ambas leyes, fueron promulgadas por el poder ejecutivo el 8 de marzo y el 18 de mayo del año 2001, respectivamente.

Como puede apreciarse en las evidencias encontradas en los medios de comunicación impresos revisados, la formulación y aprobación del marco legal, si bien fue producto de un consenso muy amplio de sectores del país, implicó un largo laborioso proceso de conflictos y consensos que finalmente fue resuelto por la vía de concesiones de todas las partes. Esto ha significado que entre los dos principales instrumentos legales hay aspectos que pueden ser y han sido interpretados de diferentes maneras por diferentes actores interesados, además de que hay contenidos que pueden ser considerados sustanciales, que no son totalmente claros y en algunos casos podrían ser contradictorios. Algunos de los conflictos de base social, que se expresaron en diferentes concepciones y propuestas sobre la reforma sanitaria, durante la formulación del marco legal, persisten y de una u otra forma se expresan en los avances y

dificultades que se han experimentado en la aplicación de dicho marco legal y en la reforma sanitaria, a partir del año 2001.

3.5. Hacia una síntesis comprensiva del entorno de la reforma sanitaria dominicana.

Con la intención de facilitar la comprensión del complejo entorno en el cual se ha definido y se ha adelantado la reforma sanitaria dominicana, hemos elaborado el gráfico que se incluye a continuación.

Puede observarse que el proceso de reforma busca transformar el sistema público tradicional de salud en un sistema con capacidad de ejercer sus funciones de forma integrada y balanceada. Estas han sido definidas en el marco legal y reglamentario vigente como: Rectoría, Atención a las Personas, Salud Colectiva, Aseguramiento y Financiamiento. Sería necesario agregar que en el Plan Decenal de Salud se ha definido además objetivos estratégicos transversales, los que se consideran indispensables para alcanzar el desarrollo integral de las funciones descritas. Estos son: Participación social y municipal, Equidad de género, gestión de personal, sistemas de información y preparativos para emergencias y desastres

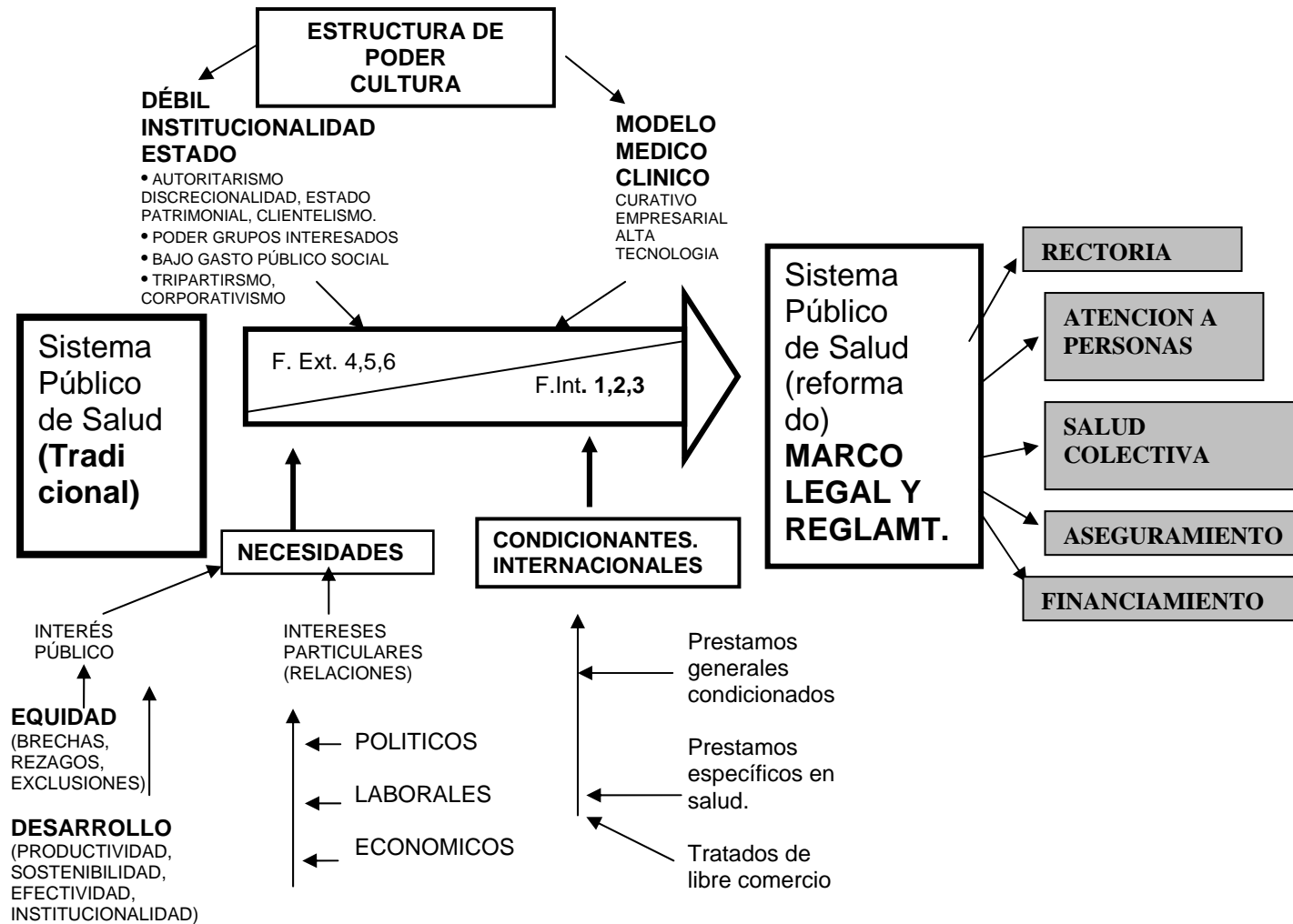
El impulso del proceso de reforma se sustenta en las necesidades, algunas de las cuales corresponden al interés público, como la de avanzar hacia mayor equidad en salud y la de contribuir a la productividad social y a la gobernabilidad democrática, mediante la elevación de la calidad de vida y por tanto del capital humano, y otras que corresponden a intereses de sectores particulares de la sociedad, políticos, laborales o económico financieros, es decir necesidades de obtener beneficios de algún tipo para si mismos o su grupo.

Al mismo tiempo, han concurrido como sustento algunos procesos internacionales, relacionados con la necesidad de recursos frescos en el país y la oferta de préstamos de organismos multilaterales o bilaterales, algunos de ellos para la reforma del estado o del sector financiero, y otros mas específicos para salud y mas recientemente los tratados internacionales. Muchos de estos préstamos estaban directa o indirectamente vinculados a compromisos del país de adelantar procesos de reforma sanitaria. Debe recordarse que para el año 2001, cuando formalmente se da inicio al proceso de reforma sanitaria en la República Dominicana, ya existía una experiencia importante en procesos relativamente similares en varios países del continente, por los cuales mostraban mucho entusiasmo los organismos financieros internacionales.

Sin embargo, el proceso que conduce a estos resultados propuestos, ha sido necesariamente teñido por algunas características y procesos generales de la sociedad dominicana. Uno de ellos es la tradicional debilidad de la institucionalidad pública, y otra es la concepción predominante en la población acerca de lo que es la salud y como se produce.

La debilidad institucional del Estado dominicano se expresa en rasgos autoritarios y centralistas en la gestión pública, una gran discrecionalidad de las autoridades en los procesos de decisión intrainstitucionales, una tendencia a predominar una concepción patrimonialista y también clientelar en la práctica de los funcionarios y en sus relaciones con la sociedad. Una expresión de esta debilidad es su alta dependencia de los sectores mas directamente vinculados al sector productivo de bienes y servicios, empresarios y trabajadores formales, con muchas dificultades y limitaciones para comprender y en

Gráfico 4. LA REFORMA SANITARIA DOMINICANA Y SU CONTEXTO ¹.



1.- Elaborado por IDESAROLLO. Santo Domingo, República Dominicana. 2007.

valorar las relaciones sociales de base territorial y las de tipo societal no mediadas por el contrato laboral, y de los espacios municipales y locales de organización del capital social.

Una expresión de esta debilidad, por ejemplo, es el “tripartismo”, es decir la tendencia a considerar que los acuerdos entre los empleadores y los trabajadores constituyen “acuerdos nacionales”, no obstante que ambos representan una minoría en el conjunto de la sociedad, y que el papel del Estado es arbitrar en estas relaciones laborales, lo que dificulta la comprensión del significado económico de la informalidad laboral y la vinculación de las políticas sociales de construcción de ciudadanía y de capital humano y social con la productividad y la gobernabilidad. En este marco conceptual, las políticas sociales dirigidas a sectores que no forman parte del mundo laboral formal, tienden a ser consideradas como asistencialistas y temporales. Otra expresión es la vulnerabilidad de los espacios de decisión sobre lo público ante los intereses particulares que tratan de asegurar su propio beneficio.

Las concepciones predominantes en la sociedad sobre la salud y su producción, predominantemente biológicas y muy vinculadas al pensamiento de la clínica, que prioriza lo individual y relativiza lo colectivo, que reconoce como relevante lo curativo pero valora menos la promoción de la salud y la prevención de los problemas prioritarios de salud. Este tipo de concepción, muy arraigada en la sociedad, fortalece y reproduce modelos de atención que favorecen el uso intensivo de tecnología, y a no valorar mucho las capacidades científico técnicas del personal.

este contexto es fácil comprender porqué cuando se aprecia la calidad muchas veces se tiende a valorar mas las facilidades de hotelería de un hospital público o privado, que su capacidad para resolver satisfactoriamente los problemas, y porque frecuentemente se encuentra mucha resistencia a la formulación y aplicación de protocolos de atención que permitan asegurar la calidad de la misma y evaluar su cumplimiento, mientras se asigna mayor valor a la capacidad de un profesional para decidir por si mismo, en forma individual, sobre las acciones de diagnóstico o de tratamiento de los pacientes o las comunidades.

Todos estos condicionantes generales se han expresado de una u otra manera en lo que ha sido la experiencia de reforma sanitaria dominicana y en los procesos de transformación institucional interna en el sistema público de salud.

.

IV.- EL DISEÑO PROPUESTO PARA EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD.

El diseño del sistema de salud y sus mecanismos de financiamiento están definidos en el marco legal y reglamentario que ha sido identificado con anterioridad en otra parte de este informe. Las leyes fueron promulgadas a comienzos del año 2001 y en ellas se establece un período de transición de 10 años que concluirá en mayo del 2011.

4.1. Las funciones básicas del Sistema nacional de Salud.

El marco legal y reglamentario vigente define las funciones del sistema nacional de salud, estas son:

4.1.1. La Rectoría en el Sistema Nacional de Salud.

Se refiere a la “capacidad política como máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias, concertar intereses, movilizar recursos de toda índole, vigilar la salud y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales”. Es el conjunto de responsabilidades referentes a la conducción estratégica del sistema nacional de salud (público y privado). Incluye las funciones de definición de las políticas de salud, formulación del Plan Nacional de Salud, su monitoreo y evaluación, la elaboración de las normas nacionales y protocolos de atención y la supervisión y control de su aplicación y cumplimiento, el aseguramiento de la calidad y el monitoreo del impacto de los servicios y programas sobre la situación de salud y sobre la equidad.

Estas funciones de rectoría corresponde ser ejercidas a nivel central de la SESPAS y por sus órganos desconcentrados (Direcciones Provinciales de Salud). La ley 42-01 define como desconcentración al “acto de transferir competencias técnicas o administrativas a instituciones o expresiones territoriales pertenecientes a la institución rectora o central”⁵⁵. De allí que el fortalecimiento de las Direcciones Provinciales de Salud guarda una estrecha vinculación con las posibilidades de cumplir las funciones de rectoría.

⁵⁵ Ley General de Salud (42-01). Artículo 170.

Estas funciones de rectoría, de acuerdo al marco legal, deben ser ejercida en forma compartida con la sociedad civil, en espacios de concertación y participación social, a nivel desconcentrado y central⁵⁶. La d participación social “garantiza la democratización de la gestión en la función de rectoría” de la SESPAS en el Sistema Nacional de salud⁵⁷.

4.1.2. La prestación de servicios personales.

La atención de salud a las personas incluye las actividades de promoción de la salud, de prevención específica y de recuperación de la salud y rehabilitación que se ejecutan a nivel individual y personal. Para el cumplimiento de estas funciones, se ha establecido que los servicios públicos de salud deben reestructurar y conformar una red única conformada a su vez por redes regionales descentralizadas y estructuradas por niveles de atención⁵⁸. A este conjunto se le denomina “subsistema de atención a las personas”.

La descentralización, de acuerdo al marco legal, es el “acto de delegar o transferir competencias a instituciones que gozan de personería jurídica diferente a la institución descentralizadora”⁵⁹. Por lo tanto, las redes regionales de servicios públicos de salud son entendidas como órganos con personería jurídica y autonomía administrativa, aunque de carácter público.

⁵⁶ Ley General de Salud (42-01). Artículo 8. Párrafo V.

⁵⁷ Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Servicio nacional de Salud N° 635-03. Artículo 95.

⁵⁸ Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de salud. Decreto Presidencial N° 635-03. Artículo 12.

⁵⁹ Idem.

Cada red regional se convertirá progresivamente en un Servicio Regional de Salud y será conducida por un Consejo de Planificación, con carácter participativo⁶⁰.

4.1.3. La prestación de servicios de salud colectiva.

Se refiere al conjunto de acciones dirigidas a la producción social de la salud, de promoción de salud, y prevención y recuperación de la salud, que se ejecutan a nivel colectivo, de poblaciones. La principal responsabilidad del “subsistema de salud colectiva” es enfrentar los problemas de salud de mayor relevancia y prevalencia y las situaciones de excepción determinadas por emergencias y desastres. Para lograrlo debe movilizar los actores del sistema nacional de salud a nivel nacional y local, en forma proactiva, organizándolos en las “redes programáticas”, las cuales se conforman por la interacción entre las redes de servicios y las redes de solidaridad social de las comunidades⁶¹.

4.1.4. El Aseguramiento.

El marco legal define que el aseguramiento universal de salud se realice a través del Seguro Familiar de Salud, el cual, como indica su nombre es familiar y no individual. El sistema es responsable de avanzar progresivamente hacia lograr el aseguramiento universal de la población con el seguro familiar de salud del sistema dominicano de seguridad social, en sus diferentes regímenes de financiamiento.

⁶⁰ Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de salud. Decreto Presidencial N° 635-03. Artículo 96.

⁶¹ Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de salud. Decreto Presidencial N° 635-03. Artículo 10, Párrafos II y III.

El diseño contempla tres regímenes de financiamiento, pero un único plan básico de salud: a) Régimen Contributivo, previsto para afiliar a toda la masa de trabajadores del sector formal y sus dependientes. El seguro familiar de salud se financia con aportes proporcionales de los trabajadores y de los empleadores. La gestión de riesgos corresponde a las aseguradoras de riesgos de salud pública y privadas. Se ha estimado que correspondería aproximadamente entre un tercio y un 40% de la población total b) Régimen subsidiado, previsto para incorporar todas las familias en que ninguno de sus miembros trabaje en el sector forma y cuyos ingresos familiares son menores al salario mínimo promedio nacional. El financiamiento del seguro familiar de salud corresponde aportarlo al Estado y la gestión de riesgos debe ser asumida por el seguro nacional de salud (SENASA). Se estima que en la actualidad alrededor de 3.5 millones, alrededor de un tercio de la población, le corresponde ser afiliada a este régimen. c) El régimen contributivo-subsidiado, previsto para las familias de trabajadores del sector formal y por cuenta propia, cuyos ingresos sean superiores al salario mínimo nacional. El financiamiento debe ser compartido entre el Estado y los miembros de la familia. La gestión de riesgos corresponde a SENASA. Se estima que en la actualidad correspondería afiliarse en este régimen alrededor del 30% de la población.

Hasta el primer trimestre del año 2008, es decir transcurridos 7 de los 10 años del período de transición establecido, se había afiliado al régimen subsidiado cerca de 1,300,000 personas, poco mas de un tercio de la meta. En el régimen contributivo estaban afiliados alrededor de 1, 200,000 personas, alrededor de un tercio de la meta. El régimen contributivo-subsidiado aun no se ha iniciado, lo que significa que alrededor de 3 millones de personas no han tenido la oportunidad de ser afiliadas.

4.1.5. El financiamiento y la gestión financiera.

El marco legal y reglamentario dispone que la gestión financiera debe ser transparente y de forma progresivamente desconcentrada y descentralizada. Para los servicios de atención a las personas se establece un financiamiento predominantemente basado en el pago por servicios proveniente del seguro familiar de salud. Sin embargo se considera que por un largo período será necesario mantener subsidios provenientes del Estado, a través de la SESPAS; debido a que aun muchas familias no han sido incorporadas, y tal vez algunas nunca podrán serlo, en el seguro familiar de salud y debido a que no todos los problemas de salud están incluidos en el plan básico de salud de dicho seguro.

Para el subsistema de salud colectiva se establece que el financiamiento debe provenir primordialmente del Estado, vía la SESPAS. Igualmente las acciones correspondientes a las funciones de rectoría.

4.1.6. Procesos transversales.

El Plan Decenal de Salud, recientemente actualizado y que rige hasta el 2015, define 6 procesos transversales cuyo desarrollo considera fundamental para que puedan cumplirse las funciones básicas definidas por el marco legal y reglamentario. Estos procesos son:

1. Participación social y municipal.

Se refiere al establecimiento de espacios de participación organizada de la población en la cogestión y en la planificación, monitoreo y evaluación de los servicios y programas de salud. Así mismo se establece el fortalecimiento

progresivo de las responsabilidades municipales en la atención primaria de la salud. Estas ideas son coherentes con la establecido en la Ley municipal 176-07, promulgada el año pasado y que sustenta el desarrollo de las municipalidades y sus funciones..

2. Enfoque de género.

Se refiere básicamente a la promoción de la equidad de género en todo el sistema de salud, en consonancia con el Plan nacional de Equidad de género, definido por la Secretaría de Estado de la Mujer.

3. Emergencias y Desastres.

Se define un subsistema de emergencias y desastres en el seno del sistema nacional de salud, con carácter participativo, y articulado con el sistema nacional de emergencias y desastres.

4. Sistemas de información.

Se establece el desarrollo de un Sistema Nacional de Información en Salud, con dos componentes, la información epidemiológica y la información de producción y gestión.

5. Recursos humanos.

Se establece los lineamientos y compromisos de asumir y ejecutar el plan decenal de recursos humanos en salud. Esto se orienta a una transformación de los procedimientos de selección, reclutamiento y promoción del personal, y se establece un compromiso para desarrollar una carrera sanitaria que permita

avanzar hacia la profesionalización de la gestión pública en el sistema nacional de salud.

6. Investigación.

Se establece la obligación de formular las políticas nacionales de investigación en salud y de aplicar un plan de desarrollo de la investigación en salud, y de conformar redes de centros instituciones y organizaciones productoras de conocimientos en salud.

VI.- ESTADO ACTUAL DE LA REFORMA DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD.

Apreciación por informantes clave.

Apreciación del grado de avances.

Con la finalidad de aproximarnos a una valoración sobre el nivel de avances alcanzados en los procesos de reforma institucional del sistema pública de salud, se entrevistó a 22 informantes clave seleccionados de una lista inicial de 30. Las entrevistas se realizaron en privado y bajo la promesa de confidencialidad de las respuestas individuales. Fueron seleccionados por su experiencia y conocimientos sobre los procesos de reforma y sobre el funcionamiento de los servicios públicos de salud. Consideramos que los informantes seleccionados expresan típicamente las 4 categorías establecidas:

- a. Dirigentes altos del sistema público de salud (6 personas)..
- b. Funcionarios medios del sistema público de salud (5 personas)
- c. Usuarios calificados de servicios públicos de salud (6 personas) .
- d. Expertos externos al sistema de salud (5 personas).

Los altos dirigentes corresponden a personas del mas alto nivel de la SESPAS, con rangos de Secretario y subsecretarios de Estado. Los funcionarios medios fueron seleccionados entre Directores de establecimientos de salud tanto a nivel de la ciudad capital como de otras dos ciudades importantes del país. Los usuarios fueron seccionados entre dirigentes de organizaciones sociales y comunitarias, conocedores de las instituciones y servicios públicos de salud, y los expertos externos corresponden a personas reconocidas por su experiencia y nivel de conocimientos y que actualmente trabajan o han trabajado en organismos de cooperación técnica o financiera en salud en el país.

Cuadro 8. Opiniones de informantes clave sobre avances en la reforma institucional del sistema público de salud. Escala de 1 al 10.

| DIMENSION | PROMEDIO | D.E |
|--------------------------------|----------|------|
| Adecuación organizativa | 4.4 | 0.86 |
| Desempeño/objetivos desarrollo | 4.3 | 0.95 |
| Desempeño/objetivos equidad | 4.4 | 1.08 |
| APRECIACION GLOBAL | 4.3 | 0.94 |

Se preguntó cual es el nivel de avances logrados considerando una escala del 1 al 10, en la cual 1 significa ningún avance y 10 indica que se ha completado estos procesos. Las dimensiones exploradas y las respuestas obtenidas se muestran en la tabla siguiente:

Parecería existir bastante coincidencia al percibir que los procesos de reforma institucional del sistema público de salud han avanzado un poco menos de la mitad del camino. Considerando que han transcurrido 7 de los 10 años definidos para la transición, esto significaría que se percibe un retraso en los procesos de cambio. La dispersión de las respuestas es en general pequeñas. Por su parte el autor tiene una impresión coincidente.

Destacamos que las apreciaciones de los usuarios y de los expertos externos tienden a ser ligeramente mas negativas que las de los dirigentes altos y funcionarios medios del sistema, lo que es ligeramente mas notoria cuando se pregunta sobre el impacto de las reformas en la equidad. Sin embargo, aunque debido al pequeño número preferimos no sacar conclusiones. En el anexo 1 puede observarse las respuestas de cada informante.

6.1.2.. Factores y procesos favorecedores y desfavorecedores.

Con la finalidad de identificar factores y procesos que sean considerados mas relevantes por los informantes clave, se les hizo dos preguntas abiertas, solicitando enumeraran aquellos factores que en su opinión constituyen los mas favorables y los mas desfavorables para avanzar en los procesos de reforma institucional del sistema público de servicios de salud.

Las respuestas han sido resumidas en los cuadros siguientes:

Cuadro 9. Factores mas importantes favorecedores de la reforma del sistema público de salud. Resumen de respuestas de informantes clave.

| FACTORES FAVORECEDORES | N° | % |
|--|------------------------------------|--|
| 1.- DIRIGENTES <ul style="list-style-type: none"> - Conciencia de los actores sociales de que el viejo sistema de salud está en crisis y necesita cambiar. Presión social. - Voluntad política y fuerte compromiso del Presidente - Marco legal consensuado. - Efecto positivo de demostración al desarrollarse el régimen subsidiado. - Aumento de los recursos financieros asignados a salud. - Separación de funciones | 6 6 3 4 2 1 | 100.0 100.0 50.0 66.6 33.3 16.6 |
| 2.- FUNCIONARIOS <ul style="list-style-type: none"> - Presión de la sociedad civil. - Efecto de demostración positivo al desarrollarse el régimen subsidiado. - Separación de funciones. - Influencia de organismos internacionales. | 5 5 5 3 | 100.0 100.0 100.0 60.0 |
| 3.- USUARIOS CALIFICADOS <ul style="list-style-type: none"> - Demandas y propuestas de la sociedad civil. - Marco legal consensuado - Diálogo entre autoridades sanitarias y la sociedad. | 6 5 4 | 100.0 83.3 66.6 |
| 4. EXPERTOS EXTERNOS <ul style="list-style-type: none"> - Marco legal consensuado. - Presión social. - Percepción positiva de SENASA - La armonización entre actores públicos y privados. - Nuevos mecanismos de financiamiento de la seguridad social. | 5 5 4 3 3 | 100.0 100.0 80.0 60.0 60.0 |

Cuadro 10. Factores mas desfavorecedores de la reforma del sistema público de salud. Resumen de respuestas de informantes clave.

| FACTORES DESFAVORECEDORES | Nº | % |
|--|--|---|
| 1.- DIRIGENTES <ul style="list-style-type: none"> - Intereses económicos particulares - Intereses y conflictos políticos - Debilidad institucional y débil rectoría - Deficiencias en el recurso humano - Debilidad y Malentendimiento de la separación de funciones. | <ul style="list-style-type: none"> 6 6 5 4 3 | <ul style="list-style-type: none"> 100.0 100.0 83.3 66.6 50.0 |
| 2.- FUNCIONARIOS <ul style="list-style-type: none"> - Debilidad en voluntad política y liderazgo en algunas instituciones. - Debilidad y Malentendimiento de la separación de funciones. - Dispersión y conflictos inter institucionales. - Conflictos por intereses económicos. - Conflictos por intereses políticos | <ul style="list-style-type: none"> 5 5 4 3 3 | <ul style="list-style-type: none"> 100.0 100.0 80.0 60.0 60.0 |
| 3.- USUARIOS CALIFICADOS <ul style="list-style-type: none"> - Conflictos por intereses económicos. - Conflictos por intereses políticos. - Falta de voluntad y compromiso de algunas autoridades. - Debilidad institucional y de la rectoría. | <ul style="list-style-type: none"> 6 6 5 4 | <ul style="list-style-type: none"> 100.0 100.0 83.3 66.6 |
| 5. EXPERTOS EXTERNOS <ul style="list-style-type: none"> - Debilidad en el compromiso de algunas autoridades - Crisis económica del 2003 y 2004. - Clientelismo y debilidad institucional. - Control de instituciones clave por intereses particulares. - Debilidad de los movimientos sociales en Salud. - Debil tradición gerencial y de eficiencia en instituciones públicas. | <ul style="list-style-type: none"> 5 4 4 3 2 2 | <ul style="list-style-type: none"> 100.0 80.0 80.0 60.0 40.0 40.0 |

VII.- APROXIMACION ANALITICA INSTITUCIONAL DEL PROCESO DE REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DOMINICANO.

Para aportar a la validación de las hipótesis de trabajo correspondientes al presente estudio, a cada uno de los informantes clave seleccionados descritos en el capítulo anterior, y en las condiciones allí señaladas, se les preguntó acerca de cada uno de los factores identificados en el marco conceptual del proyecto.

A título introductorio, cada informante clave fue informado acerca de los propósitos del estudio, y de una síntesis de la metodología, así como del carácter confidencial de sus respuestas.

Sobre cada factor, se preguntó primero como caracterizaba el sistema público de salud del país, de acuerdo a la escala del 1 al 5 correspondiente, luego se le preguntó si en su opinión esa caracterización había influido para que las reformas institucionales estuvieran retrasadas, y en tercer lugar se solicitó que valorara la magnitud de dicha influencia en una escala de 1 al 5. (Ver anexo 3).

En el cuadro N° 11 se resume las valoraciones de los informantes clave sobre las variables estudiadas. Para cada una de ellas se presenta primero la información en cuanto a la presencia o ausencia (1 y 0) y la intensidad de la presencia (en una escala de 1 a 5) en forma de promedio y su desviación. Luego se presenta la valoración como determinante de los resultados obtenidos hasta ahora en la reforma institucional del sistema público de salud, señalando el valor promedio y la desviación correspondiente.

7.1. Meritocracia.

Los resultados sustentan la afirmación de que en el sistema público de salud dominicano la incorporación y los ascensos del personal está predominantemente determinado por la discrecionalidad de la autoridad competente para decidir. La meritocracia fue valorada como predominantemente ausente, y el sistema fue valorado como pobremente meritocrático.

Los informantes clave consideraron que esta característica del sistema es altamente determinante de los resultados obtenidos en la reforma sanitaria.

7.2. Probidad.

Los resultados indican que los informantes consideran que esta variable está predominantemente ausente, el sistema es considerado como predominantemente vulnerable a los diferentes intereses que presionan por sus decisiones clave. También consideraron que este es un factor que pesa negativamente en las posibilidades de avanzar en la reforma institucional de acuerdo al marco establecido, aunque un poco menos que el factor anterior.

7.3. Ausencia de “islas de poder”.

Se consideró que en el sistema hay muchas islas de poder que interfieren con las posibilidades de asegurar la direccionalidad de los procesos de cambio y se valoró que este factor tiene un gran peso en la determinación de los resultados, limitando las posibilidades de avanzar más rápidamente en la reforma institucional propuesta.

7.4. Proactiviad.

Los informantes consideraron que muchas de las decisiones y procesos de cambio en el sistema público de salud terminan definidos predominantemente en función de satisfacer necesidades e intereses internos y que la población y usuarios no influyen preponderantemente en sus decisiones y desempeño. Al valorar el peso de este factor en los resultados de la reforma sanitaria, los informantes consideraron que tiene una importante fuerza determinante.

7.5. Flexibilidad tecnológica. Innovación.

Los informantes clave consultados consideraron que en el sistema público de salud hay algunas posibilidades para la innovación, algunos estamentos y espacios organizativos en los cuales hay receptividad a los cambios y búsqueda de nuevas formas de hacer las cosas. Sin embargo, consideraron que lo predominante es la resistencia a los cambios, la dificultad de introducir innovaciones que requieran modificación de las formas de trabajo y de las relaciones entre los diferentes niveles de atención y de decisión. Esto ha dificultado los cambios propuestos en el modelo de atención y en la conformación de redes de servicios por niveles de atención.

7.6. Pensamiento estratégico. Construcción de alianzas.

Los informantes consideraron que el sistema no es del todo ausente de liderazgos y de espacios de pensamiento estratégico que han permitido algunos avances basados en la conformación de alianzas con variados sectores gubernamentales y no gubernamentales. Sin embargo consideraron que predomina una carencia de este tipo de gestión de carácter estratégico, la gestión del día a día, sin mucha claridad en el rumbo estratégico y en la valoración de los resultados parece predominar. Esta característica también fue

considerada altamente determinante de los resultados logrados en los procesos de reforma sanitaria en el país.

Cuadro 11. Valoración de las variables institucionales por los informantes clave.

| Variable | PRESENCIA | | | PESO DETERMINACION | |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|------|--------------------|-------|
| | Valor dicotómico 1=SI 0=NO | Intensidad promedio escala 0-5 | D.E | Promedio | D. E. |
| 1. Meritocracia | 0 | 1.6 | 0.52 | 4.2 | 0.59 |
| 2. Probidad | 0 | 1.8 | 0.36 | 3.8 | 0.55 |
| 3. Ausencia de Islas de poder | 0 | 1.6 | 0.72 | 4.0 | 0.78 |
| 4. Proactividad | 0 | 1.9 | 0.63 | 4.1 | 0.67 |
| 5. Flexibilidad tecnológica. Innovación | 0 | 2.1 | 0.31 | 3.9 | 0.50 |
| 6. Alianzas. Pensamiento estratégico | 0 | 1.8 | 0.69 | 4.1 | 0.74 |

IX. ANEXOS

ANEXO 1

APRECIACIÓN DE INFORMANTES CLAVE SOBRE AVANCES DE LA REFORMA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS DE SALUD Escala de 1 al 10.

| | Eval Global | Ad. organizat | Desemp. desarroll | Desemp EQUID |
|---------------------|----------------|------------------|----------------------|-----------------|
| DIRIGENTES | | | | |
| 1 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| 2 | 5 | 5 | 6 | 6 |
| 3 | 5 | 6 | 4 | 5 |
| 4 | 5 | 5 | 5 | 7 |
| 5 | 6 | 6 | 5 | 5 |
| 6 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Funcionarios | | | | |
| 1 | 6 | 5 | 6 | 6 |
| 2 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 3 | 6 | 5 | 6 | 6 |
| 4 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 5 | 6 | 6 | 5 | 6 |
| Usuarios | | | | |
| 1 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 2 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 5 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 6 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Expertos | | | | |
| 1 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 5 | 3 | 3 |
| 3 | 4 | 4 | 5 | 4 |
| 4 | 4 | 4 | 5 | 4 |
| 5 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | 96 | 97 | 95 | 97 |
| PROMEDIO | 4.3 | 4.4 | 4.3 | 4.4 |
| Desv. Est. | 0.94 | 0.86 | 0.95 | 1.08 |

ANEXO 2

PROYECTO: INSTITUTIONS AND DEVELOPMENT IN LATIN AMERICA: A COMPARATIVE STUDY.

INSTITUCIONES Y DESARROLLO EN AMERICA LATINA: UN ESTUDIO COMPARATIVO.

Center for Migration and Development. Princeton University.

Caso: la reforma del sistema público de salud dominicano.

IDESARROLLO⁶².

FORMULARIO PARA ENTREVISTAS DE INFORMANTES CLAVE

Nombre de la persona entrevistada:

Fecha de la entrevista:

Introducción:

El Centro para Migración y Desarrollo, de la Universidad de Princeton, New Jersey, USA, está desarrollando, con la colaboración de organizaciones de los países, un estudio orientado a validar un marco teórico y un conjunto de hipótesis, acerca de los factores que favorecen o desfavorecen los procesos de cambios organizativos y en el desempeño de instituciones públicas latinoamericanas que han estado experimentando esfuerzos de transformación en los últimos quinquenios. Entre ellas, se estudia instituciones de correo, de impuestos y aduanas, aeropuertos, bolsas de valores, y de salud en México, Chile, Argentina, Colombia, y República Dominicana. Algunas son instituciones cuya creación o desarrollo ha sido relativamente recientes, otras son instituciones con largas tradiciones en su organización y desempeño en nuestros países.

Todos estos esfuerzos de reforma han sido considerados, en su momento, parte importante de procesos mayores de modernización y reforma de las instituciones públicas de los países, con miras a fortalecer el desarrollo. Algunos de estos procesos transformadores han avanzado con gran rapidez, otros en cambio han tropezado con dificultades que han afectado su desarrollo y les ha resultado más difícil adecuar su realidad organizativa y su desempeño, al nuevo marco normativo definido y aceptado, y lograr así los objetivos planteados.

Aunque estos hechos han sido analizados desde diferentes perspectivas, el actual proyecto enfatiza en un análisis desde la perspectiva institucional, de los factores que en forma más directa e íntima pueden incidir en estos esfuerzos de cambio organizativo y en las formas de desempeño institucional, en un contexto más amplio de esfuerzos de reforma en determinados contextos culturales, económicos y políticos. Se espera aportar a una mejor comprensión sobre los factores y procesos que a nivel institucional deben ser considerados relevantes para favorecer el éxito de los procesos de reforma.

⁶² Instituto Dominicano para el Desarrollo Social. Santo Domingo, República Dominicana.

El proyecto aplica variadas metodologías para producir información y para analizarla y obtener conclusiones. Una de ellas es la entrevista a informantes clave que con diferentes roles han sido protagonistas de los esfuerzos de cambio institucional. En este caso, Ud. ha sido seleccionado(a) como informante clave sobre la reforma institucional del sistema público de salud dominicano. Los resultados de la entrevista no serán divulgados en forma individual y solo serán utilizados en conjunto con los aportes de todos los informantes entrevistados, y con los aportes de otras metodologías, incluyendo la revisión documental y de informaciones publicadas en medios de comunicación.

El caso del sistema público de salud de la República Dominicana.

Desde mediados de los años 80 del pasado siglo, surgieron propuestas y movimientos a favor de una reestructuración del sistema de salud dominicano. Entre los hitos más destacados se puede señalar la propuesta elaborada por la Comisión Presidencial presidida por el Rector de la UASD, la propuesta elaborada con apoyo de consultores del PNUD y la formulada por la CERSS con el nombre de “Una Visión de Futuro”. Estos esfuerzos desembocaron en la aprobación y promulgación de la Ley General de Salud (42-01) y la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01), ambas en el año 2001, como culminación de un intenso proceso de construcción de consensos basado en el Congreso, en el que estuvieron involucrados los sectores sociales y políticos mas representativos del país.

Posteriormente, fueron elaborados y promulgados, como Decretos Presidenciales, los principales Reglamentos de ambas leyes que perfeccionaron el diseño institucional, y mas recientemente, en un proceso de varios años de gestación, se formuló el Plan Decenal de Salud que define las orientaciones estratégicas fundamentales de la gestión del sistema nacional de salud hasta el año 2015.

De acuerdo al marco institucional definido en el marco legal y reglamentario vigente, el sistema de servicios públicos de salud debía transformarse sustancialmente, conformando una Red integrada por los subsistemas de Atención a las Personas y de Salud Colectiva, descentralizando los servicios de atención y desconcentrando los de salud colectiva, reforzando la Rectoría, ampliando el aseguramiento con el Seguro Familiar de Salud hasta toda la población y modificando los mecanismos y formas de financiamiento y de gestión presupuestaria..

Con base en la documentación disponible, puede considerarse que el proceso transformador busca conseguir objetivos de desarrollo y objetivos de equidad social:

a) Objetivos de desarrollo:

1. Mayor y mejor impacto sobre la situación de salud, el capital humano y el capital social, y la productividad sistémica del país.
2. Mayor calidad en las prestaciones y mayor satisfacción, menor conflictividad e impacto positivo en la gobernabilidad democrática..
3. Mayor financiamiento público y mayor sostenibilidad del sistema.

b) Objetivos de equidad:

1. Reducción del gasto familiar “de bolsillo”.
2. Eliminación de las brechas de acceso y calidad.
3. Eliminación de las brechas reducibles en la situación de salud.

Para alcanzar estos objetivos de transformación, se ha establecido un período de transición de 10 años, contados a partir del año 2001 y hasta mayo del año 2011, del cual ya han transcurrido 7 años.

Considerando el tiempo transcurrido y el compromiso de alcanzar este marco de propósitos y objetivos estratégicos de transformación del sistema público de salud, le solicitamos comentar y responder los siguientes aspectos:

1.- ¿Cuánto hemos avanzado en alcanzar el diseño organizacional y el desempeño previsto en el marco legal y reglamentario desde 2001 hasta hoy?.

Según su mejor criterio, por favor valore los avances alcanzados en la adecuación organizativa y en el desempeño del sistema público de salud, con respecto al diseño y con respecto a los objetivos establecidos en el marco legal y reglamentario vigente. Utilice una escala del 1 al 10, en la cual 1 significa avances muy limitados y poco significativos y 10 que ya se ha logrado lo máximo propuesto:

| Resultados: | Puntuación (1 – 10) |
|---|------------------------|
| 1.- Adecuación organizativa | |
| 2. - Desempeño del sistema según objetivos planteados | |
| a. Objetivos de desarrollo: | |
| b. Objetivos de equidad: | |
| 3.- APRECIACIÓN GLOBAL DE LOS AVANCES | |

2.- ¿Porqué hemos avanzado en estas proporciones?.

Probablemente Ud. ha reflexionado sobre los factores tanto internos del sistema público de salud como externos al mismo, que han favorecido y los que han desfavorecido las posibilidades de adecuar la institución al diseño normativo establecido y para alcanzar los objetivos estratégicos planteados.

2.a.- ¿Podría señalarlos brevemente, en su opinión, cuales han sido los principales factores que mas han **favorecido** avanzar en la reforma del sistema público de salud desde el 2001 hasta la actualidad?. Por favor, intente mencionarlos en orden de su importancia, primero el factor que Ud. considera que mas ha favorecido lograr los cambios propuestos.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

2.b.- ¿Podría señalarlos brevemente, en su opinión, cuales han sido los principales factores que mas han **desfavorecido** avanzar en la reforma del sistema público de salud desde el 2001 hasta el 2007?. Intente mencionarlos en orden de su importancia, primero el que mas haya desfavorecido estos cambios.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

3.- Análisis institucional (las hipótesis del marco conceptual).

Con base en resultados de estudios previos sobre instituciones latinoamericanas, el Centro de Migraciones y Desarrollo, de la Universidad de Princeton, ha formulado 6 hipótesis relacionadas con procesos que afectan los cambios organizativos y del desempeño a nivel institucional en nuestros países. Tres de ellas son factores externos a la institución y tres se corresponden con procesos internos.

Le presentaremos uno por uno estos factores. Le pedimos que en primer lugar señale si este factor ha estado presente afectando (favoreciendo o desfavoreciendo) las posibilidades de lograr los cambios propuestos en el sistema público de salud

dominicano desde 2001 hasta hoy, y en segundo lugar, que. intente calificar el peso de este factor en una escala en la cual 1 es la menor incidencia y 5 es la mayor incidencia..

3.1.- Factores internos a la institución:

3.1.1.- Sobre el reclutamiento y promoción del personal.

En algunos estudios previos se ha encontrado que los procedimientos predominantes de reclutamiento y promoción del personal tienen influencia en favorecer o desfavorecer los procesos de transformación organizativa y en el logro de los objetivos de desarrollo propuestos. En algunas organizaciones predominan criterios meritocráticos y en otras predomina la discrecionalidad de las autoridades, las preferencias y los privilegios.

a) En primer lugar interesa conocer como Ud. caracterizaría el reclutamiento y promoción del personal en el sistema público de salud dominicano. En una escala del 1 al 5, en la que 1 es predominantemente discrecional y 5 totalmente meritocrática y profesionalizada.

PUNTUACION: _____ (1 AL 5)

b) Ahora interesa conocer si en su apreciación, este factor ha tenido alguna influencia (favorable o desfavorable) en el proceso de reforma del sistema público de salud.

SI_____ NO_____

c) Si Ud respondió afirmativamente, por favor cuantifique el peso que considera ha tenido este factor (favoreciendo o desfavoreciendo) en los resultados logrados en la reforma del sistema público de salud. Utilice una escala del 1 al 5, en la que 1 significa que ha tenido muy poca incidencia y 5 que ha tenido una muy fuerte incidencia en los resultados obtenidos.

PUNTUACIÓN:_____ (1 al 5)

3.1.2.- Probidad y invulnerabilidad ante “intereses especiales”..

En estudios previos en otros países se ha encontrado que la burocracia de las organizaciones puede gestionarlas con gran probidad, y un fuerte compromiso con la Misión y los objetivos de la misma, que los hace invulnerables a los intereses especiales y particulares que presionan por decisiones o conductas a su favor. Por el contrario, en algunas organizaciones los funcionarios puede ser fácil víctima de las presiones de agentes extraños a dicha Misión, para que sean favorecidos sus

intereses particulares, bien sea por medio de pagos u otro tipo de beneficios a los funcionarios con diferente nivel de autoridad.

- a) Considera Ud. que el sistema público de salud dominicano se caracteriza predominantemente, en sus diferentes niveles de gestión, por la probidad o por la vulnerabilidad ante intereses ajenos a su Misión. Utilice una escala del 1 al 5 en la que 1 significa muy alta vulnerabilidad y limitada probidad y 5 significa la mas alta probidad e invulnerabilidad a las presiones de agentes don intereses especiales.

PUNTUACION: _____ (1 al 5)

- b) Ahora, señale si en su opinión este factor ha tenido alguna influencia en lo que han sido los resultados del proceso de reforma del sistema público de salud del país.

SI_____ NO_____

- c) Si respondió si, por favor intente calificar esta influencia en una escala del 1 al 5, en la cual 1 significa que este factor ha tenido muy escasa influencia en los resultados y 5 significa que ha tenido una muy importante influencia en los resultados logrados en el proceso de reforma del sistema público de salud dominicano.

PUNTUACION: _____ (1 al 5)

3.1.3.- “Islas de poder” atrincheradas dentro de la organización.

En estudios realizados en otros países, se ha encontrado que en algunas organizaciones existen grupos de poder que operan al interior y presionan para que sus intereses sean favorecidos, sin mucha consideración a la Misión y objetivos estratégicos de la misma, y afectan las posibilidades de cambio institucional. En algunos casos se ha identificado que grupos políticos, sindicatos y gremios, o grupos ligados a grupos religiosos o étnicos, pueden actuar de esta forma. Por esa razón se considera que la ausencia o presencia de estas “islas de poder” atrincheradas puede incidir en las posibilidades de lograr los objetivos de transformación organizativa y el alcance de los objetivos de la misma.

- a) En su opinión, ¿Cómo caracterizaría el sistema público de salud dominicano desde esta perspectiva?. Utilice una escala del 1 al 5, en la cual 1 significa que la peor situación, es decir una alta presencia de “islas de poder” y 5 significa la ausencia total de las mismas.

PUNTUACION: _____ (1 al 5)

- b) Ahora, señale si Ud considera que este factor ha tenido alguna influencia en los resultados logrados en la reforma del sistema público de salud.

SI _____ NO _____

- c) Si Ud ha respondido afirmativamente, por favor intente calificar esta influencia en una escala del 1 al 5, en la que 1 significa que ha tenido muy poca influencia y 5 significa que ha sido muy altamente influyente en los resultados alcanzados en la reforma del sistema público de salud.

PUNTUACION: _____ (1 al 5)

3.2.4. - Proactividad.

En algunas organizaciones se ha desarrollado una fuerte disposición a involucrarse con sus beneficiarios o usuarios, así como con otros actores en el ambiente institucional, son organizaciones orientadas a sus “clientes”, en las que se enfatiza en la satisfacción de sus usuarios al tomar decisiones y se ha desarrollado variados mecanismos y oportunidades en las cuales se expresa el interés de los usuarios, y con frecuencia se involucran en otros asuntos que interesan a sus comunidades, mas allá de sus responsabilidades específicas. Por el contrario, en otras se ha encontrado que se caracterizan por un predominio de decisiones que priorizan los intereses institucionales, o de sus funcionarios, antes que los de sus beneficiarios o usuarios y tienden a ser sordas o a manipular las expectativas e intereses de los usuarios. Estas son organizaciones en las que decisiones sobre los horarios de los servicios, los procesos administrativos de los servicios, la organización de los flujos de personas, etc, se deciden considerando prioritariamente las necesidades, intereses y expectativas internas que las de los beneficiarios, y que son muy resistentes a desarrollar espacios y oportunidades de participación de los usuarios en los procesos de decisión. Viven de espaldas a sus comunidades y no se involucran en los problemas que son de interés a la población de su localidad.

- a) En su opinión, ¿como caracterizaría el sistema público de salud dominicano desde esta perspectiva?. Utilice una escala del 1 al 5 en la que 1 significa una orientación predominantemente hacia adentro de la institución y su personal, con muy poca proactividad hacia la comunidad y los usuarios, y 5 una orientación muy predominantemente proactiva hacia los usuarios y beneficiarios y hacia la comunidad.

PUNTUACIÓN: _____ (1 al 5)

- b) Ahora, indique si en su opinión esta característica ha tenido alguna influencia en los resultados alcanzados en la reforma del sistema público de salud dominicano.

SI _____ NO _____

- c) Si Ud ha respondido afirmativamente, por favor clasifique esta influencia en un escala del 1 al 5, en la que 1 significa que ha tenido muy poca influencia y 5 que ha tenido una muy alta influencia en los resultados.

PUNTUACION: _____ (1 al 5)

3.2.5.- Flexibilidad tecnológica e innovación.

En estudios previos realizados en otros países, se ha encontrado que algunas instituciones son rígidas, resistentes a incorporar innovaciones, en ellas predomina la tendencia a preferir “hacer las cosas como siempre se las ha hecho”, por encima de las oportunidades racionales de innovación. Por el contrario, otras son mas flexibles y abiertas a incorporar innovaciones y promueven y tratan de aprovechar oportunidades para intentar “hacer las cosas mejor”. Se ha encontrado que este tipo de clima organizacional mas abierto o mas rígido ante las posibilidades de innovación, puede influir en las posibilidades de cambio organizativo y desarrollo institucional.

- a) En su opinión, ¿como caracterizaría el sistema público de salud dominicano desde esta perspectiva?. Utilice una escala de 1 a 5 en la cual 1 significa predominio de rigidez y resistencia a las innovaciones y cambios organizativos, y 5 significa total predominio de apertura e interés por innovaciones y cambios tecnológicos y organizativos.

PUNTUACION: _____ (1 al 5)

- b) Ahora, díganos si considera que este factor ha tenido alguna influencia en los resultados alcanzados en la reforma del sistema público de salud.

SI _____ NO _____

- c) Ahora, intente calificar la influencia que considera ha tenido este factor para lograr los resultados, desde 201 hasta la fecha, en los procesos de reforma del sistema público de salud dominicano. Utilice una escala del 1 al 5 en la que 1 significa que ha tenido muy poca influencia y 5 significa que ha tenido muy importante influencia.

PUNTUACION: _____ (1 al 5)

3.2.6.- Poder de neutralizar o prevenir el control por intereses particulares provenientes de la estructura social, sea por su propia fortaleza o por el campo de alianzas que construye.

Numerosas experiencias de cambio institucional han tropezado con grandes dificultades debido a la forma como son percibidos y

enfrentados por algunos de los poderes mas fuertes en la sociedad. Por lo tanto, no basta con un buen diseño del proceso de cambio institucional y con un fuerte compromiso de sus funcionarios para lograr los resultados previstos. Es necesario que las instituciones desarrollen fortalezas para poder comprender, contrarrestar o neutralizar esta posibilidad. Bien sea porque desarrolla fortalezas institucionales y medios de protección legal que protegen los procesos de cambio de este tipo de reacciones negativas, o bien porque incorporan y aplican una capacidad de pensamiento estratégico y logran construir alianzas suficientemente poderosas, en apoyo al proceso de cambio, que neutralizan la resistencia de sectores sociales que, con razón o sin ella, se sienten afectados.

- a) En su opinión, ¿las instituciones del sistema público de salud dominicano, tienen capacidad de neutralizar las resistencias o ataques a los procesos de cambio organizativo que puedan provenir de diferentes sectores sociales que puedan sentirse afectados?. Utilice una escala del 1 al 5 en la que 1 significa que su capacidad de neutralizar esta resistencia y ataques a los procesos de cambio institucional previstos, son predominantemente susceptibles y vulnerables, y 5 significa que por el contrario son totalmente invulnerables a estos ataques y resistencias externas y tienen capacidad de neutralizarlos.

PUNTUACION: ____ (1 al 5)

- b) Ahora, indique si en su opinión este factor ha tenido influencia en los resultados logrados en el proceso de reforma del sistema público de salud dominicano desde el 2001 hasta la actualidad.

SI_____

NO-----

- c) Por favor, díganos como calificaría Ud, la importancia de la influencia de este factor como influencia para los resultados obtenidos hasta ahora. Utilice una escala del 1 al 5 en la que 1 significa que no ha tenido influencia relevante y 5 significa que ha tenido una muy relevante influencia en los resultados alcanzados.

PUNTUACION: _____ (1 al 5)