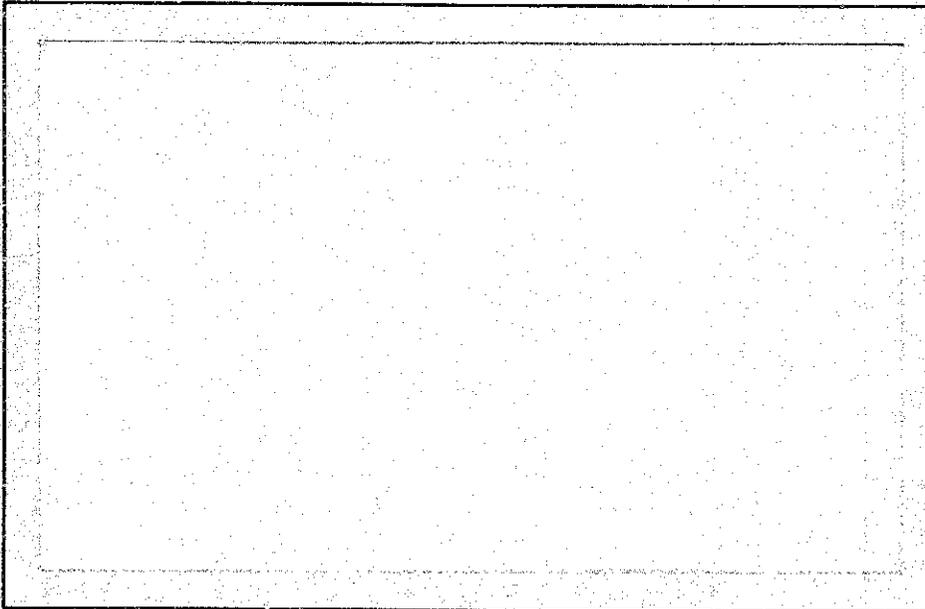


PD-ABG-369

8 3-93

17



PRITECH
Technologies for Primary Health Care

Management Sciences for Health
1925 North Lynn Street
Suite 400
Arlington, Virginia 22209

PD-ABC-369

**INSTITUTIONAL ANALYSIS/EVALUATION
HEALTH SYSTEMS MANAGEMENT PROJECT
DOMINICAN REPUBLIC**

(SPANISH VERSION)

A Report Prepared by PRITECH Consultant:

**BARRY SMITH
DONALD BRIDWELL**

During the Period:

May 1988

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT

Supported by the:

**U.S. Agency for International Development
AID/DPE-5969-Z-00-7064-00**

AUTHORIZATION:

AID/S&T/HEA: 9/15/88

ASSGN. NO: HSS 002-DR

ANALISIS / EVALUACION INSTITUCIONAL
PROYECTO DE ADMINISTRACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD
PROYECTO No. 517-0153
REPUBLICA DOMINICANA
Mayo 1988

RESUMEN EJECUTIVO

En Mayo de 1988, se llevó a cabo una evaluación del Proyecto de Administración de los Sistemas de Salud, Proyecto 517-0153, y un análisis de ciertas restricciones institucionales que confronta la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Se pidió a los consultores que, en base a las proyecciones, midieran los logros obtenidos dentro de la realización del Proyecto, analizaran y comentaran el proceso de reformas, enjuiciaran el grado de institucionalización y las probabilidades de mantener dichos logros, e identificaran otras áreas administrativas hacia las cuales el proyecto podría extenderse.

El Proyecto trataba tres áreas administrativas - finanzas, sistemas de información administrativa y personal, en las cuales son aparentes los considerables logros. En el área de finanzas, se han desarrollado manuales de procedimientos para casi todas las funciones críticas de contabilidad y el personal de SESPAS de todos los niveles se ha entrenado en su uso. Nuevos procedimientos presupuestales que vinculan el nivel de productividad con el nivel de fondos se han desarrollado y han sido utilizados en al menos un ciclo presupuestario. Modelos y procedimientos han sido desarrollados para computarizar el sistema financiero y ligarlo al sistema de personal así como para proveer una inmensamente mejorada información administrativa. Se ha desarrollado un sistema de contabilidad de costos que debía implementarse por el PACD actual. Un sistema de información que integra bancos de datos financiero, de personal, epidemiológico y de servicio ha sido desarrollado y su utilidad como herramienta administrativa debía hacerse manifiesta con la obtención de las computadoras, idea que se contempló durante el proyecto. Los instrumentos de recopilación de datos se han revisado y racionalizado, y todos los niveles de personal han sido entrenados en su uso. Aunque a paso lento, se han empezado a hacer reformas en el área de personal, comenzando con el desarrollo de una política de personal y una reestructuración de la división para respaldar dicha política (ambas todavía en discusión). Otros logros no anticipados inclu-

yen una mejoría en la coordinación interinstitucional como resultado de la representación del Comité Coordinador del Proyecto en varias oficinas y de la integración de las oficinas de información y cómputos dentro del amplio Directorio de Desarrollo de los Sistemas de Salud.

Entre los problemas no resueltos se incluyen la dilación en la compra del equipo de computadoras, un potencial no utilizado en el sistema presupuestario para efectuar transferencias de recursos, la relativa falta de progreso en el área de personal, y la política de cuidado de la salud gratuito que obstaculiza el desarrollo del sistema de contabilidad para el cobro y utilización de los honorarios pagados por los pacientes.

El proceso de reforma institucional es extremadamente efectivo y está avalado por un altamente profesional y calificado equipo de consultores. El proceso incluye un profundo análisis de cada área problemática con la activa participación de tanto los consultores como del personal de SESPAS, la preparación de una hoja de posición, el desarrollo de un plan de trabajo, la revisión de dichas políticas en varios niveles, resultando en la aprobación final del Secretario de Salud y finalmente, implementación a través de actividades de entrenamiento.

Ciertas reformas, tales como revisados procedimientos contables, están ya completamente institucionalizados. Todo indica que los sistemas presupuestarios y de información serán también institucionalizados al final del proyecto. Actualmente se dispone de muy poca experiencia para emitir un juicio acerca de las reformas de institucionalización de personal y de contabilidad de costos.

Tomado de recientes estudios sobre el sostenimiento de los programas de salud del AID en Honduras y Guatemala, se opina que las actividades del Proyecto son capaces de sostenerse. Particularmente importante para este sostenimiento son: la reconocida efectividad del proyecto, la integrada naturaleza de la implementación del proyecto, el alto grado de apoyo institucional para el proyecto, y la ausencia de onerosas implicaciones de costo recurrentes. El cambio de personal, aunque inconveniente, no sería un mayor impedimento para el sostenimiento.

Otros tres sistemas administrativos fueron analizados para una potencial inclusión en el proyecto. Estos fueron compras, mantenimiento y transporte. Hay, al menos, cinco sistemas de compras diferentes con considerables debilidades en los aspectos de pro-

gramación, compras y control. Se recomienda que las compras, con una sola excepción, se consoliden en una oficina, que se establezcan manuales y procedimientos escritos y que las compras en masa se lleven a cabo donde sea posible. Las restricciones de mantenimiento son múltiples e incluyen subvaluaciones presupuestarias, equipos deficientes, entrenamientos deficientes, talleres de reparación en estado deplorable, mala organización, y deficiente selección de equipos. En el área de transporte se nota la falta de vehículos y un mantenimiento deficiente de los pocos vehículos disponibles en el nivel central. Se recomienda la obtención de más vehículos a través de la ayuda de donantes y la organización de un "motor pool" en el nivel central. Los análisis indican que falta mucho por hacer en las tres áreas donde el proyecto está actualmente activo - finanzas, información y personal.

El grupo llegó a las siguientes conclusiones:

1. USAID/República Dominicana, SESPAS y Clapp y Mayne deben ser felicitados por haber diseñado e implementado, con fondos limitados, un extremadamente exitoso proyecto en un relativamente corto tiempo. Este proyecto abre la posibilidad de tener un impacto considerable sobre el cuidado de la salud, proveyendo con las herramientas para un mejor manejo, la administración de sus limitados recursos financieros y humanos.

2. Varios elementos del proyecto han sido institucionalizados y dada la efectividad de la metodología usada, existen todas las razones para suponer que la mayoría de los demás elementos del proyecto serán también institucionalizados. La única excepción potencial radica en el área personal, donde la falta de disponibilidad de la contraparte y la complejidad de los asuntos involucrados requerirán compromisos renovados por parte del personal de SESPAS para asegurar que las metas del plan de trabajo sean cumplidas. Otra excepción es aquella parte de los sistemas financiero y de información que depende de la presencia de computadoras. AID debería hacer todos los esfuerzos para resolver todas las dilaciones de obtención para asegurar que las computadoras y su software lleguen a tiempo para permitirles su completa integración dentro del funcionamiento de SESPAS, mientras los asesores técnicos aún estén presentes.

3. Los factores que favorecen el sostenimiento, particularmente de los procedimientos contables, exceden en importancia a los factores en contra del sostenimiento. Una extensión del

aporte de asistencia técnica ciertamente favorecería el sostenimiento de otros aportes por igual.

4. Las caóticas políticas y prácticas de personal actualmente en vigencia en SESPAS son el más significativo factor de amenaza para una supervivencia a largo plazo de las reformas. La implementación del plan de trabajo en el área de personal y la expansión y extensión de las actividades del proyecto en esta área asegurarían el sostenimiento de las actividades del proyecto.

5. Actualmente, el Proyecto está desarrollando las herramientas esenciales para un mejor manejo. Sigue en las manos del liderato de SESPAS el asegurar que estas herramientas, especialmente la información mejorada, se usen para tomar decisiones administrativas. La decisión clave es la transferencia de recursos para aumentar la productividad.

6. Las actividades del proyecto deberían extenderse por un período adicional y expandidas para incluir, al menos, el área de compras.

7. La metodología de reforma ha sido muy efectiva. El grado de participación de las contrapartes a cada paso, el rol central del Comité Coordinador y el altamente profesional y disciplinado enfoque de los asesores Clapp y Mayne ha sido muy importante.

8. La actual "ventana de oportunidad" provista por el apoyo de la actual administración de SESPAS para las actividades del proyecto, estaría abierta muy posiblemente durante los próximos dos años. Esto presenta la posibilidad de dar un seguimiento agresivo al trabajo actual para ver que éste sea completado, consolidado y expandido más allá de las regiones actuales. Al menos otra área clave, compra y suministro, debe ser tratada. El tamaño y la complejidad del problema de mantenimiento y la presencia de otros donantes, OPS y BID, trabajando en esta área hablan en contra de que la Misión se involucre en ello.

Se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Durante el resto del proyecto, SESPAS debería asegurar que se le de la más alta prioridad a la conclusión de las metas del plan de trabajo en el área de personal.

2. USAID/República Dominicana debería tomar las acciones necesarias para asegurar una rápida entrega de las computadoras y su inherente software.

3. Dado el éxito del proyecto, la Misión y el SESPAS deberían acordar extender el proyecto por dos años más. Los elementos de la extensión del proyecto deberían incluir lo siguiente:

a. Personal.

1. Desarrollo de normas de trabajo y descripción de puestos.

2. Desarrollo de pautas de supervisión.

3. Entrenamiento de supervisores.

b. Finanzas

1. Consolidación y afinación del proceso de presupuesto.

2. Extensión de los sistemas financieros computarizados en las seis regiones no incluidas en el proyecto original.

3. Supervisión del sistema en los niveles central, regional y de establecimiento.

4. Ajuste y expansión del sistema de contabilidad de costos, basado en la experiencia con el proyecto actual.

c. Información

1. La expansión del sistema de información computarizado hacia las seis regiones no incluidas dentro del proyecto actual.

d. Compra y Suministro

1. Desarrollo de normas y procedimientos que rijan todos los aspectos del proceso de compra y suministro incluyendo programación, obten-

ción, almacenamiento, distribución y evaluación y control.

2. Consolidación de todas las obtenciones a nivel central bajo una autoridad de obtención central, con la excepción de los actuales fondos rotativos que deben ser mantenidos.
3. Expansión de la actual capacidad de almacenamiento luego de determinar las necesidades.
4. Uso incrementado de las compras en masa, particularmente de medicamentos.

e. Supervisión

1. Compra de ocho vehículos, uno para cada una de las dos regiones piloto y para cada área dentro de esas regiones, para permitir la supervisión y seguimiento de las actividades del proyecto.
2. Desarrollo de procedimientos de mantenimiento preventivo y de control sobre esos ocho vehículos.
3. Desarrollo de pautas y procedimientos para el funcionamiento de un "motor pool" en el nivel central.

ANALISIS / EVALUACION INSTITUCIONAL
PROYECTO DE ADMINISTRACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD
PROYECTO No. 517-0153
REPUBLICA DOMINICANA
Mayo 1988

I. INTRODUCCION

A. Alcance del Trabajo.

En Mayo de 1988 se llevó a cabo una evaluación del Proyecto de Administración de los Sistemas de Salud, Proyecto 517-0153, y un análisis de ciertas restricciones institucionales que confronta la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). El Alcance del Trabajo provisto por USAID/República Dominicana para dicho estudio es el siguiente:

1. Determinar si el componente de reforma administrativa del proyecto se está implementando de conformidad con el Acuerdo de Proyecto y si los logros listados en el Acuerdo de Proyecto son reales.
2. Analizar y hacer recomendaciones en relación al proceso por el cual se han hecho las reformas hasta ahora.
3. Determinar los mecanismos y estrategias mediante los cuales los sistemas administrativos de SESPAS se han institucionalizado. Indicar hasta que punto el cambio de personal y el entrenamiento inadecuado obstaculizan el proceso de institucionalización.
4. Determinar si el proyecto está institucionalizando significativas y necesarias mejoras en los sistemas administrativos de SESPAS. Determinar hasta que punto se espera que persistan las mejoras más allá de la duración del proyecto.

5. Recomendar cuales otros sistemas de administración deberían ser reformados (si alguno) y proveer una lista de las reformas específicas que deben hacerse.
6. Determinar si la reforma administrativa tiene un impacto substancial sobre la entrega de los cuidados de la salud.
7. Determinar cómo podría ayudar el proyecto en el establecimiento de un sistema de incentivos básicos en SESPAS que facilitaría el reclutamiento y la retención de personal competente para posiciones claves administrativas y técnicas.

B. Metodología.

El equipo de evaluación estaba compuesto de un médico de salud pública y un especialista en mantenimiento/obtención. El equipo llevó a cabo profundas entrevistas con el personal clave de SESPAS involucrado en actuales o potenciales actividades del proyecto, con los asesores Clapp y Mayne y con los gerentes de proyecto del AID para responder las preguntas planteadas por el alcance del trabajo. Refiérase al Anexo A para una lista de las personas entrevistadas. El equipo también visitó dos regiones de salud y dos subcentros de SESPAS. Finalmente, el equipo revisó la documentación pertinente. Ver Anexo B para la bibliografía. En la última semana de la evaluación, borradores preliminares del proyecto fueron presentados y discutidos con el personal de SESPAS a fin de validar y/o corregir la información. Algo similar se llevó a cabo por parte de la administración de USAID.

C. Descripción del Proyecto.

El Proyecto de Administración de los Sistemas de Salud (Proyecto No.517-0153) es un esfuerzo de US\$2,000,000 (US\$1,500,000 AID y US\$500,000 del gobierno) destinado a mejorar los sistemas administrativos de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia

Social (SESPAS) y concurrentemente para desarrollar la capacidad de administrar y manejar los servicios de salud dentro de la SESPAS.

El Proyecto tiene tres componentes principales. El primero es finanzas, donde las siguientes realizaciones han sido definidas:

1. Desarrollar manuales de procedimiento que cubran la operación rutinaria del planeamiento y de las transacciones financieras;
2. Establecer un sencillo sistema de obtención y comprobante de pago mediante el cual el pago por las compras efectuadas se identifica y se reserva antes de que sea hecha la obtención;
3. Establecer lazos efectivos con la División de Personal para que las transferencias y despidos de personal estén comunicadas con la Oficina de Nóminas a tiempo de evitar la emisión de cheques de nómina;
4. Establecer un sistema de contabilidad de costos que muestre los costos de los servicios dados en los diferentes tipos de establecimientos y haciendo esta información disponible, con regularidad, para el Sistema de Información Administrativa;
5. Proveer al Sistema de Información Administrativa con resúmenes mensuales del status presupuestario por programa, subprograma y actividad;
6. Proveer a las regiones de salud y a los niveles locales con información mensual sobre el flujo de fondos;
7. Establecer un sistema de contabilidad que permita a los establecimientos de salud seleccionados experimentar con la implementación del uso de un programa de recuperación de costos de servicio.

El segundo componente es lo que los sistemas de información administrativa deben lograr:

1. Llevar a cabo un inventario de información el cual necesitan las personas claves en la toma de decisiones, identificar las fuentes de información e identificar la información que actualmente está disponible.
2. Preparar manuales y protocolos que listen la información que debe incluirse en el Sistema de Información Administrativa para compilación y diseminación;
3. Tomando datos de las áreas de epidemiología, administración financiera y personal, el Sistema de Información Administrativa rendirá reportes regulares sobre las tasas de utilización de los establecimientos por el tipo y localización geográfica, mostrando su relativa eficiencia basada en los aportes y los logros y en la reducción general de las enfermedades comunes;
4. Proveer información sobre los problemas potenciales de salud que confronta la R.D. basado en programas de encuestas sobre enfermedades claves como la malaria, dengue y biliarzia, entre otras;
5. Proveer información en indicadores de salud claves, incluyendo desnutrición, mortalidad infantil y materna, entre otros.

Una tercera área de implicación es el sistema de personal con las siguientes programadas realizaciones:

1. Proveer un inventario de todas las personas contratadas directamente en SESPAS por región y por establecimiento;
2. Proveer manuales de procedimientos para oficinas administrativas del nivel central y regional sobre como manejar la más común función personal;
3. Junto con la emisión de la nómina de la División de Administración Financiera, proyectar los costos

de personal por establecimiento;

4. Desarrollar pautas para la supervisión personal y las normas de ejecución de trabajo.

A fin de implementar el Proyecto, se le confirió un contrato a la firma Clapp y Mayne, en Agosto de 1986, con la formal iniciación de actividades en Octubre de ese mismo año. La metodología usada por Clapp y Mayne se describe más detalladamente en el contexto de este reporte.

II. MEDIO-AMBIENTE DEL PROYECTO

A. Infraestructura del SESPAS.

La infraestructura física de SESPAS está compuesta por 515 clínicas rurales para salud materno/infantil, medicina preventiva y emergencias, con el siguiente personal: dos médicos, supervisor de promotores y enfermeras auxiliares. Cuenta con otros 50 subcentros con 20-30 camas cuyo foco está centrado en la salud materno/infantil. El personal de estos centros está usualmente compuesto por pediatras, obstetra/ginecólogos y especialistas en medicina interna, capaces de proveer sencillos procedimientos quirúrgicos. Finalmente, hay 48 hospitales que han sido ignorados por los anteriores gobiernos y sufren de severos problemas de mantenimiento y administración.

B. Organización Administrativa de SESPAS.

Los empleados de SESPAS, unos 45,000, incluyen más de 5,000 promotores rurales quienes reciben un sueldo simbólico. La estructura organizativa de SESPAS y las descripciones de puestos para posiciones claves se encuentran en el Anexo C.

III. LOGROS EN LA REALIZACION DEL PROYECTO.

A. Administración Financiera.

Existen siete metas programadas bajo el componente de la administración financiera de este proyecto. Todas serán alcanzadas por el proyecto, excepto la última: un programa de recuperación de costos.

1. Desarrollo de manuales de procedimientos que cubren las operaciones rutinarias de planificación financiera y las transacciones financieras.

Este aspecto del proyecto involucra tres sub-sistemas: presupuesto, contabilidad y contabilidad de costos. Cada uno de los cuales será discutido por separado.

a. Presupuesto.

El proyecto introdujo un nuevo sistema de presupuesto, el cual ha sido bien recibido en todos los niveles del sistema de salud e incluso ha llamado la atención de la Oficina Nacional de Presupuesto como un modelo excelente para una aplicación potencial en otros ministerios. El modelo, un modelo de planificación de "abajo hacia arriba", incluía la aplicación de instrumentos de planificación financiera por parte de los directores y administradores de cada región, área, hospital y sub-centro de SESPAS, donde ellos directamente relacionan con los fondos presupuestados la meta de productividad en términos de los pacientes por ser atendidos, la ocupación de camas, los pacientes que cada médico da de alta, etc. Por tanto los administradores de menor nivel participaron, resultando en una mejor apreciación del costo de sus servicios. La Oficina de Presupuestos de SESPAS evaluó el proceso en cuatro regiones y basado en ella ajustará el proceso para el año próximo. A pesar de que aún no han sido producidos, los manuales estarán listos antes del final del proyecto.

Sin embargo, un gran problema es que aparentemente las transferencias de recursos no se hicieron en base al nuevo presupuesto. A pesar de que nuevos criterios tales como población base, productividad, número de consultas, etc., fueron la base del desarrollo del presupuesto y la asignación de recursos que debieron

hacerse, parece que el presupuesto del año anterior, fue la base para la ejecución del presupuesto actual. Esto significa que por lo menos en la práctica, el nuevo proceso presupuestario no tuvo el efecto deseado en cuanto a asignación de recursos. Adicionalmente, por lo menos una de las regiones se quejó de que a pesar del proceso de participación, ellos aún no sabían cual era su presupuesto aprobado para el 1988. También, aunque el presupuesto, establecía la base para una evaluación objetiva de ejecución a final de año, es aún muy temprano para saber si va a ser usado para esos fines. Al menos, el nuevo proceso pone en función una de las herramientas claves para el mejoramiento de la administración financiera de los recursos de la SESPAS. También el proyecto original requería la implementación de este sistema solamente en las dos regiones pilotos, pero el apoyo y entusiasmo de la SESPAS respecto a este sistema dió como resultado que éste fuera utilizado por todo el país en la preparación del presupuesto del año 1988.

b. Contabilidad.

Han sido desarrollados manuales de procedimientos para las operaciones rutinarias del sistema de contabilidad, incluyendo lo siguiente:

1. -Organización y Estructura Funcional de la Dirección General de Finanzas (Actualmente el Directorio de Administración)
2. -Organización y Estructura Funcional de la Oficina de Auditoría Interna
3. -Procedimiento para el Control e Intervención de las Cuentas de Subvenciones Hospitalarias.
4. -Procedimiento para el Control y Manejo Interno de Cheques.
5. -Procedimiento para el Control y Manejo Interno de Cheques en los Establecimientos de Salud.
6. -Procedimiento para la Pre-Intervención, Contabilización y Trámite de Obligaciones y para el desembolso de Fondos.

7. -Procedimiento para el Registro y Control de Firmas Autorizadas
8. -Procedimiento para el Control, Administración y Establecimiento del Fondo de Caja Chica.
9. -Procedimiento para el control y establecimiento del Fondo de Caja Chica en Establecimientos de Salud.

Los manuales y procedimientos están siendo implementados gradualmente a través del entrenamiento de Directores y administradores de los establecimientos de salud a nivel central y en cada región y área. A la fecha, se han llevado a cabo programas de entrenamiento en cuatro regiones y para los empleados del nivel central, incluyendo un total aproximado de 200 personas. Adicionalmente, se ha llevado a cabo la reorganización funcional y estructural del Directorio General de Finanzas.

Además, se ha elaborado un borrador de un manual de procedimientos para las operaciones fiscales relacionadas con Personal. Incluye (entre otras cosas), la computarización de los registros para el control de posiciones autorizadas y pagos a los empleados. Estará también incluido el proceso mediante el cual el Departamento de Personal notificará y coordinará todas las transacciones de personal con la Dirección General de Finanzas y los programas, sub-programas y actividades de SESPAS; el establecimiento y control de los registros de asistencia y el control de acciones disciplinarias; y el proceso de revisión de las nóminas de pago.

El cuarto y quinto procedimiento mencionados arriba no se han implementado en su totalidad debido a la dilación en la producción de los formularios necesarios (tarjetas de firma e identificación). La dilación en la entrega de las computadoras ha impedido la total implementación del sexto procedimiento.

Modelos de reportes financieros que serán producidos por el sistema computarizado, han sido diseñados y aprobados.

Mecanismos de control financiero, extremadamente importantes, han sido colocados a nivel central, incluyendo el establecimiento de un departamento que dirija la pre-auditoría de documentos para asegurar su terminación, exactitud y consentimiento legal previo al envío de dichos documentos a la Oficina del Contralor General

a nivel nacional; al establecimiento de una Oficina de Tesorería separada de la función de preparar, revisar y aprobar documentos de desembolso y reconciliaciones bancarias; al establecimiento de un sistema para reservar fondos antes de efectuar compras; y al establecimiento de un punto separado y central para el recibo y despacho de documentos, liberando así a los empleados de la constante interrupción por personas que acuden a sus oficinas en busca de soluciones a problemas individuales.

En los niveles regionales y de establecimientos de salud se están implementando procedimientos similares que incrementarán enormemente el control y la administración de fondos.

La total implementación de estos procedimientos constituirá un segundo elemento clave que, junto con el proceso de presupuesto, proveerá a los oficiales de la SESPAS las herramientas para una mejor administración de recursos.

c. Contabilidad de Costos.

Esto será discutido más abajo en la meta No.4.

2. Establecer un sistema sencillo de solicitud/recibo de pago donde los fondos a pagar por compras sean identificados y reservados antes de hacer la solicitud.

La realización de este proyecto tiene dos elementos: el establecimiento de un sencillo sistema de solicitud/recibo de pago y el establecimiento de un proceso para identificar y asignar los fondos previo a la compra. Parece que las regulaciones gubernamentales no permiten el establecimiento de un documento único para ambos solicitud y pago y por tanto, ese aspecto de la realización no es factible dentro del tiempo de duración del proyecto. Sin embargo, un mecanismo para la reserva previa de fondos, ha sido establecido y se describe en el manual arriba mencionado de "Procedimiento para la Pre-Auditoría, Contabilidad por Gravamen y Desembolso de Fondos". Sin embargo, debido a la falta de computadoras, el manual aún no ha sido implementado.

3. Establecer enlaces efectivos con la División de Personal para que las transferencias y terminaciones de personal estén comunicadas con la Oficina de Nóminas a tiempo de evitar la emisión de cheques de nómina.

Esto ha sido logrado en gran parte a través de los nuevos procedimientos presupuestarios, los cuales han facilitado la preparación de las nóminas mensuales por programa, sub-programa y actividad. La nómina es preparada por la oficina del Contralor General y enviada todos los meses a la división financiera de la SESPAS para su revisión. En ese momento, las adiciones, remociones o transferencias que no se registraban previamente se anotan y se reportan a la Oficina del Contralor General para que la nómina del mes próximo sea ajustada y corregida. Mientras tanto, cuando ya los cheques del mes actual se han recibido de la Secretaría de Finanzas, se rechequean contra la copia de la nómina que ha sido previamente ajustada, cancelando los cheques incorrectos que se reciban, enviándolos a la Secretaría de Finanzas, a través de la Oficina del Contralor. Cuando el manual de procedimientos referente a las acciones del personal se haya completado e implementado, el sistema debe ser aún más rápido y preciso, porque estará computarizado. En adición, el sistema computarizado permitiría la preparación de copias de la nómina, desglosándola en los niveles regional y de facilidad de salud. Esto economizaría tiempo, al eliminar lo que generalmente es un día completo de trabajo para el administrador que normalmente las prepara a mano.

4. Establecer un sistema de contabilidad de costos que muestre los costos de dar servicio en los diferentes tipos de facilidades y hacer que esta información sea regularmente accesible al Sistema de Información Administrativa.

El manual para operar un sistema de contabilidad de costos ha sido desarrollado y está actualmente circulando en la SESPAS para su revisión antes de ser presentado al Comité Coordinador del Proyecto. El sistema será inicialmente implementado en los niveles de hospitales y sub-centros con aproximadamente de cinco a ocho centros de costos, dependiendo del tamaño y complejidad de la unidad. La implementación de este sistema será otra pieza en el equipo de herramientas de la SESPAS para medir la productividad y eficiencia, ayudando así en la asignación de recursos.

5. Proveer al Sistema de Información Administrativa de resúmenes mensuales del status del presupuesto por programa, subprograma y actividad.

Los procedimientos de presupuesto y contabilidad para lograr esto existen, pero su implementación depende del recibo de computadoras y programas (software) que actualmente está comprando USAID.

6. Proveer información mensual del flujo de fondos a las regiones de salud y a nivel local.

Por muchos años, SESPAS ha sabido mes por mes, del flujo de fondos hacia las regiones y establecimientos de salud. Sin embargo, lo que SESPAS no sabe ni tiene registro es del desglose detallado de la suma global de desembolsos de dichos fondos. Tan pronto como se instalen las computadoras, los procedimientos delineados en los manuales de procedimientos para la administración de los fondos de subvención de hospitales permitirán un desglose detallado de los gastos de cada establecimiento para que así los gerentes de la SESPAS podrán saber en qué han sido gastados esos fondos y puedan comparar los patrones de gastos de los establecimientos.

7. Establecer un sistema de contabilidad que permita a los establecimientos de salud seleccionadas experimentar con la implementación de un sistema de cobros para la recuperación de gastos.

A pesar de una historia generalizada de honorarios pagados por los pacientes antes de 1986, la producción de este sistema ha sido frustrada por una política ministerial, la cual prohíbe cargos de consumidores en sus facilidades. Se entiende, sin embargo, que en vista de la actual crisis financiera, esta política está siendo reevaluada.

B. Sistemas de Información.

1. Llevar a cabo un inventario de información que aquellos individuos claves quienes toman las decisiones necesitan, identificar las fuentes de información e identificar la información que está actualmente disponible.

Esto fue hecho en dos pasos en dos diferentes talleres llevados a cabo a fines del 1986. Han habido 11 formularios que han sido identificados como críticos. Estos son:

- Hoja de consulta externa
- Formulario de Admisión y Egreso
- Programa de Control de SIDA
- Informe general de enfermedades de notificación obligatoria.
- Informe mensual de la clínica rural
- Resumen mensual de actividades de promotores de salud
- Informe mensual de vacunación
- Nacidos vivos - defunciones
- Nacidos muertos - defunciones
- Resumen mensual de salud bucal
- Actividades de saneamiento ambiental
- Consulta y Hospitalización

El más importante de todos es el nuevo formulario (diseñado bajo el proyecto) llamado "Hoja de Consulta", el cual contiene datos claves tanto de servicio como de información del estado de enfermedad. Eventualmente suplantará uno o dos formularios de los que están actualmente en uso, pero hasta la fecha se está usando en adición a los mismos. Además de volver a diseñar o revisar los once formularios más críticos, el proyecto tiene otros siete listos para ser revisados. Hasta ahora, los nuevos formularios sólo han sido implementados en su totalidad en las Regiones I y II, se necesita entrenamiento, materiales y equipos en las otras regiones a fin de que los formularios sean implementados en ellas. La estrategia es llevar los nuevos formularios a las regiones y entrenar estadígrafos en los niveles regional, de área y de establecimiento de salud. Cada área compilará información en su nivel y lo enviará a las regiones. Las regiones compilarán información por área y lo enviarán al nivel nacional que compilará la información por región. No será necesario un nuevo personal para implementar el sistema.

Los problemas encontrados se incluye la renuncia en 1987 de dos contrapartes claves (el jefe de informática y el jefe de la unidad de computadora) por razones económicas y debido a insatisfacción con sus posiciones, como resultado de la reorganización de SESPAS. Otro factor que ha interferido con el desarrollo del proyecto es el hecho de que han habido otras prioridades que han desviado la atención de contrapartes claves, ocasionalmente, generadas por otros donantes internacionales. Otros problemas han sido el retraso en la entrega del equipo de computadoras ordenado por la AID y una serie de huelgas y disturbios en la comunidad que retrasaron el entrenamiento y consumieron la atención y el tiempo de las contrapartes.

2. Preparar manuales y protocolos que contengan la información que debe ser incluida en el Sistema de Información Administrativa para su recopilación y propagación.

Esto se ha logrado en un grado que la información que debía ser incluida en el sistema de información administrativa ha sido definido y el sistema para la recopilación de información ha sido elaborado. Existe un manual producido hace ya algunos años que unifica el sistema de información, pero ya está anticuado. Instrucciones respecto la preparación de formularios individuales han sido preparadas y muchos de los formularios y sus instrucciones se encuentran en el Plan Nacional de Supervivencia Infantil (PLANSI). Los gerentes del programa de SESPAS esperan que se produzca un manual actualizado antes de que finalice el Proyecto actual.

3. Partiendo de informaciones sobre áreas de epidemiología, administración financiera y de personal, el Sistema de Información Administrativa reportará con regularidad las tasas de utilización de facilidades por su tipo y ubicación geográfica, mostrando su relativa eficiencia basada en recursos utilizados y productividad reducciones totales de enfermedades comunes.

Los pasos iniciales para el logro de ésto ya han sido tomados. Estos incluyen el uso de la "Hoja de Consulta" que proveerá estadísticas básicas de epidemiología y servicio de pacientes externos a nivel de paciente individual y proveedor de servicio. La "Hoja de Consulta" servirá también como información fresca para futuras auditorías del sistema de información para asegurar precisión de datos. Los sistemas de contabilidad y presupuesto permitirán el establecimiento de bancos de datos de información financiera. Aún faltan dos elementos claves, sin embargo, para el logro cabal de este renglón. Uno es la implementación del sistema de contabilidad de costos, el cual es un cruce de información de servicio y financiera de tal modo que los costos unitarios para varios servicios a cualquier nivel dado puedan ser determinados. El otro es la instalación de un equipo de computadora con su programa, que permitirá la manipulación electrónica de los diferentes bancos de datos para conseguir la información. Una computadora IBM PS2 se instalará en las Regiones I y II respectivamente, y cuatro se instalarán en el nivel central (en personal, información, contabilidad y en el centro de cómputos).

4. Proveer información sobre problemas potenciales de salud que enfrenta la República Dominicana basado en programas de vigilancia para la malaria, dengue y biliarzia, entre otras.

La información epidemiológica básica se proveerá en la "Hoja de Consulta" que incluye en una lista unos 90 diagnósticos específicos que están pre-codificados y simplemente encerrados en un círculo por el médico al cierre de la consulta. Nuevos formularios especiales han sido desarrollados por los tres programas específicos mencionados arriba, y están siendo usados por todo el país.

5. Proveer información sobre indicadores claves de salud incluyendo desnutrición, mortalidad infantil y mortalidad materna, entre otros.

Este sistema de información está diseñado para reportar sobre un número de indicadores claves de salud tales como número de vacunas, cobertura por la vacunación, tasas de morbilidad y mortalidad específicas por edad y por enfermedad, etc. Es muy probable, sin embargo, que no será muy efectivo en reportar la desnutrición y hay alguna inquietud acerca de su habilidad para proporcionar tasas precisas de mortalidad infantil. En primer lugar, la desnutrición no aparece como una de las 90 categorías específicas de enfermedades en la "Hoja de Consulta". Así pues, si el médico hace un diagnóstico, tiene que escribir a mano bajo la categoría "Otros Diagnósticos". En segundo lugar, no se le ha dado prioridad a la identificación del problema por parte de la SESPAS, dada su limitada capacidad para responder al problema. El cálculo de la tasa de mortalidad infantil presenta un problema distinto. No se sabe cuantas muertes de niños ocurren aparte de aquellas que se reportan. A menudo, niños que mueren dentro de las primeras semanas o meses de nacidos no se reportan al sistema de registro vital, particularmente si mueren en casa. A pesar de esto, los oficiales de la SESPAS afirman que las recientes encuestas de salud han hecho cálculos de las tasas de mortalidad infantil que se asemejan mucho a aquellos calculados en base a las estadísticas de la SESPAS.

6. Otros Logros.

Otros logros alcanzados y que no fueron mencionados específicamente en el Acuerdo de Proyecto incluyendo el entrenamiento de un gran número de empleados de SESPAS en materiales estadísticos, la provisión del equipo básico y la mejorada integración entre los proveedores de información y los pacientes. El personal regional

y de facilidad de salud en las dos regiones piloto de Baní (Región I) y Santiago (Region II) fueron entrenados en estadística básica, historia clínica y en el uso de la "Hoja de Consulta". Médicos fueron entrenados en la codificación de mortalidad y morbilidad. Calculadoras, necesidad básica para cualquiera responsable de proveer información estadística, han sido compradas para todas las regiones y establecimientos de salud. Esto último es la resultante de la inclusión de representantes de la Unidad de Información y de la Unidad de Cómputos en el Comité de Coordinación del Proyecto ha facilitado la interacción entre los proveedores y consumidores de datos, aumentando los conocimientos de cada uno sobre las necesidades y limitaciones del otro.

C. Sistemas de Personal

1. Proveer un inventario de todas las personas contratadas por SESPAS por region y facilidad.

Este tipo de inventario ha estado asequible en SESPAS por muchos años. Un archivo de tarjetas donde se detallan los nombres y los salarios de cada empleado dividido por región y facilidad, se mantiene en las oficinas de nóminas. La utilidad de esta información, sin embargo, aumentará con la instalación y operación de las computadoras, permitiendo un mayor manejo de la información que ahora se mantiene manualmente.

2. Proveer manuales de procedimiento para los niveles central y regional de las oficinas administrativas sobre como manejar las funciones más comunes en cuanto a personal se refiere.

Se dice que existen tres manuales básicos para la operación del sistema de personal: "Reclutamiento, Selección y Contratación de Personal", "Funcionamiento del Personal y Programación", y "Registro, Control e Información acerca de los Asuntos de Personal". El primer manual, que provee una buena base de la cual partir, está actualmente siendo revisado por el subcomité de personal del Comité Coordinador del Proyecto. El segundo manual contiene criterios muy subjetivos y tendrá que ser escrito nuevamente en su totalidad. Copias del tercer manual ni siquiera pueden encontrarse. Se anticipa que los manuales se completarán para el final del proyecto.

3. Junto con la elaboración de la nómina por la División de Administración Financiera, proyectar los costos de personal por facilidad.

Esto es consecuencia natural del punto número uno y ha sido obtenido manualmente durante años. Una vez computarizado, permitirá que los costos de personal se crucen con otra información, tal como número de pacientes atendidos, para obtener indicadores de eficiencia.

4. Desarrollar pautas para la supervisión de personal y normas de ejecución de trabajos.

El logro de éstos depende de la aprobación oportuna de una política de personal y de la reestructuración de la Oficina de Personal. Existen varias razones para esto. Primero, es la opinión de los asesores y del personal de SESPAS que los manuales deben ser el resultado de ciertos cambios más fundamentales incluyendo el desarrollo de una política de personal que defina lo que el SESPAS espera de su sistema de personal e incluyendo la reestructuración de la Oficina de Personal, transformándola de un simple puesto de procesamiento de papeles en una herramienta real para la administración de personal. Una vez se logren estas dos fundamentales condiciones previas, la meta de entrenamiento y desarrollo de supervisores y la introducción de normas de ejecución de trabajo podrían ser logradas.

5. Otros Logros

Una política de personal está siendo desarrollada e implementada. Entre otras cosas, que enuncie políticas tales como: reclutamiento según su adecuación para el desempeño del trabajo; la responsabilidad y el derecho de los supervisores a ser consultados sobre quien será contratado para trabajar bajo su supervisión; el derecho del supervisor de iniciar acciones de promoción, acciones disciplinarias: el concepto de "igual paga por igual trabajo"; y el concepto de reestructuración de la división de personal a fin de que implemente una política de personal. La política está actualmente bajo discusión con los oficiales de la SESPAS. Una consecuencia de la política de personal será el desarrollo de las regulaciones que expandan y definan operacionalmente la política. Los manuales surgirán de esta p. Los de SESPAS y los asesores de Clapp y Mayne se han reunido y han convenido sobre el curso de acción de emprender una reestructuración del sistema de personal. La estructura que se propone dejaría en su lugar a la actual

unidad procesadora de documentos de la Oficina de Personal, pero añadiría una unidad de Clasificación y Administración de Salarios, una Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos y Coordinación de Entrenamiento y una Unidad de Reclutamiento, Selección y Utilización. Estas unidades son necesarias para poder implementar la política de personal tal como fue diseñada. La aprobación de una política de personal y la reestructuración mencionadas arriba serán probables logros durante la vida actual del proyecto.

D. Otros Logros

1. Mejoría en la Coordinación entre Oficinas.

Uno de los más importantes e inesperados logros del proyecto ha sido el mejoramiento de la coordinación entre oficinas. Esto ha resultado del crítico rol desempeñado por el Comité Coordinador en la implementación del proyecto. El comité ha sobrepasado las consultas iniciales con el personal de SESPAS, cuyos resultados de los análisis iniciales fueron discutidos, y se desarrollaron planes de trabajo. Las contrapartes vieron la necesidad de un mecanismo con el cual el personal y liderazgo de SESPAS pudiera mantenerse a la par con los problemas que el desarrollo e implementación del proyecto pudieran acarrear. Un comité fue establecido encabezado inicialmente por el Vice-Ministro de Administración y, luego a la reestructuración de la SESPAS, por el Director Nacional de Salud, además Coordinador del Proyecto. El Comité se reúne aproximadamente una vez al mes, reúne a ejecutivos y contrapartes claves de la Dirección de Sistemas de Salud, Dirección de Recursos Humanos, Dirección de Administración y Dirección de Salud Rural. Ha provisto un foro para no solamente discutir actividades del proyecto, sino para el mejoramiento de la integración y coordinación de las actividades de la SESPAS en general. Ha jugado un papel clave en facilitar la implementación del proyecto.

2. Reestructuración de la Dirección de Sistemas de Salud.

Como resultado de las discusiones que conciernen la preparación del presupuesto, se hizo aparente la necesidad de reestructurar lo que entonces era el Subsecretariado de Planeamiento. Se desarrolló la Dirección de Sistemas de Salud y, entre otras cosas las oficinas de programación y presupuesto fueron agrupadas bajo el mando de un solo director, reforzando así el principio de interrelación entre estas dos actividades. También, las oficinas de

información y cómputos fueron añadidos a la Dirección alentando el uso de la información para fines administrativos.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE REFORMA.

A. Descripción de Proceso.

El documento del proyecto anticipaba cinco fases, comenzando en Octubre de 1985. El contrato con Clapp and Mayne, sin embargo, no fue firmado hasta Agosto 1986, y los contratistas no empezaron a trabajar hasta Octubre 1986. En ese momento, el proyecto debía ser implementado en tres fases. La primera, desde Octubre 1986 hasta Enero de 1987, fue dedicada a un estudio intensivo de cada una de las tres principales áreas de administración - finanzas, sistemas de información y personal. Dicho proceso envolvió una discusión profunda con las contrapartes de SESPAS, la preparación de análisis y documentos de posición y talleres con el personal tanto central como regional desde las dos regiones piloto, Banf y Santiago. El resultado de estas actividades fue el desarrollo de planes de trabajo en cada área y el establecimiento del comité coordinador. Con respecto a la institucionalización, es importante notar que desde el principio había un énfasis marcado en la activa participación de los oficiales de la SESPAS y el esfuerzo sincero de llevar a cabo actividades según sus necesidades. Más de un oficial ha notado que los asesores técnicos eran diferentes de otros asesores que habían tenido antes, ya que estos últimos no trabajan solos. Cabe hacer notar el hecho de que al comenzar el proyecto, se iniciaba también una nueva administración gubernamental (que se inició en Agosto 1986). El proyecto proveía nuevos oficiales con una poderosa herramienta para emprender reformas. Esto era particularmente notorio en el área de finanzas donde el nuevo director era un veterano y experimentado oficial gubernamental de finanzas, con conocimientos acerca de lo que debía hacerse y deseoso de mejorar las operaciones financieras de SESPAS.

La segunda fase, la implementación está en proceso; programada de Febrero de 1986 hasta Septiembre de 1988. El patrón de implementación de las reformas ha sido bastante uniforme en cada área y ha sido cuidadosamente gobernado por un detallado plan de trabajo preparado por SESPAS y Clapp y Mayne. El plan de trabajo es actualizado trimestralmente y ha sido utilizado como una herramienta de administración y planificación. El proceso de reforma funciona de la manera siguiente: primero, basado en

previas y subsecuentes discusiones, los asesores prepararon un borrador de manuales, políticas o procedimientos, dependiendo de la reforma de que se trate. El manual/política de procedimiento se discute entonces con el Jefe del Departamento y con el subcomité del SESPAS correspondiente al área envuelta. Durante la revisión del documento, se obtienen aportes desde las regiones piloto. Una vez hechas las revisiones, el documento es presentado formalmente al Comité Coordinador para su discusión y aprobación. En ese nivel, se reciben aportes de oficinas que no están directamente involucradas en el desarrollo de la política, pero que tendrán que vivir con sus implicaciones. Después de incorporar los cambios recomendados luego de dicho proceso, el documento se envía al Director Nacional de Salud y luego a la Secretaría de Salud para su aprobación final.

Una vez se reciben las aprobaciones, se lleva a cabo el entrenamiento. En las áreas, de presupuesto y contabilidad, el entrenamiento a nivel regional incluye directores así como administradores de facilidades. Esto incrementará la probabilidad de que la reforma se sostenga durante un largo plazo suponiendo que los directores tradicionalmente permanecen durante los cambios de gobierno. Luego del entrenamiento, se procede con las evaluaciones.

Durante la Fase III las reformas están supuestas a ser supervisadas y consolidadas. Sin embargo, esta fase aún no ha sido presupuestada ni programada.

B. Recomendaciones

No tenemos recomendaciones que hacer sobre el proceso de reforma. En este caso se aplica lo siguiente: "Si no está roto, no lo componga". Un número significativo de reformas importantes se ha llevado a cabo con relativamente pocas dificultades en un corto período de tiempo y creemos que todas las partes deben ser felicitadas por este logro.

VI. INSTITUCIONALIZACION Y SOSTENIMIENTO DE LAS REFORMAS.

A. Institucionalización

La institucionalización es definida como la incorporación de nuevos procedimientos o estrategias a las operaciones institucionales regulares y la identificación de la institución que tiene esos procedimientos o estrategias. No tenemos duda de que los nuevos procedimientos contables han sido institucionalizados exitosamente. Los nuevos procedimientos corrigen serias deficiencias, responden a necesidades institucionales definidas, son recibidas con entusiasmo a nivel central y se encuentran apoyadas por manuales y procedimientos escritos y aprobados. Al final del proyecto todo el personal de SESPAS responsable de la implementación de los nuevos procedimientos habrá sido entrenado. Una vez que el sistema esté totalmente computarizado, lo cual deberá ocurrir a nivel central y en las dos regiones pilotos hacia finales del proyecto, la institucionalización en estos niveles deberá ser completa. Todavía es muy temprano para juzgar la extensión y el éxito de la institucionalización en la periferia y puede depender en algún grado de la capacidad de la institución para supervisar los administradores de las facilidades.

Sería más difícil institucionalizar el proceso de presupuesto, porque es menos rutinario y depende mucho más del ejercicio de juicio y creatividad. No obstante, la producción de manuales, una segunda ronda de entrenamiento a nivel regional y una segunda ronda de presupuesto (todos los cuales se llevarán a cabo durante el proyecto) contribuirán en su totalidad a la institucionalización. Sin embargo, un factor extremadamente importante será el grado hasta el cual el nuevo proceso sea considerado útil por el personal del SESPAS. Si se desarrolla en un mecanismo real para la redistribución de los recursos de acuerdo a la necesidades y la productividad, entonces la institucionalización es posible. Si esto no ocurre, entonces el proceso bien podría verse trastornado cuando los vientos de los cambios políticos comiencen a soplar.

Las reformas en el sistema de información son mucho menos profundas que en aquellos casos ocurridos en el área financiera. La reforma principal es quizás una visión grandemente expandida del sistema de información como una herramienta administrativa. El uso de la Sección de Informática como el punto de convergencia de bancos de datos de los asuntos financieros, de personal,

servicios estadísticos, banco de datos de mortalidad/morbilidad consiste en un concepto nuevo cuya utilidad no es realmente apreciada hasta que las computadoras y sus programas se instalen. Si el sistema funciona como ha sido previsto, entonces su utilidad deberá ser un factor importante en la promoción de su institucionalización. Las reformas menos trascendentales, tales como la revisión de los formularios y el entrenamiento del personal también contribuyen con este proceso. El hecho de que sólo dos de las ocho regiones tendrán computadoras podría desalentar la institucionalización, ya que será difícil para el SESPAS mantener un sistema dual a un largo plazo.

En el área de personal, muy poco ha sido logrado para emitir un juicio acerca del proceso de institucionalización. Ciertamente la producción de los manuales contemplados será un elemento importante, pero probablemente insuficiente en sí mismo para producir cambios en las prácticas de personal. El éxito de SESPAS en la implementación de política de personal, en el desarrollo y la implementación de regulaciones de personal y en la reestructuración del Departamento de Personal, será un excelente indicador de su compromiso con las reformas de personal.

B. Sostenimiento

1. Factores que rigen la institucionalización, basados en las experiencias con Honduras y Guatemala.

La Oficina de Coordinación de Políticas y Programas (PPC) AID/Washington ha financiado y llevado a cabo dos evaluaciones de sostenimiento en América Latina, una en Honduras en 1986 y una segunda en Guatemala en 1987. Ambas evaluaciones observaron los proyectos de salud financiados por el gobierno de los Estados Unidos en los últimos cuarenta años, tratando de ver qué se había sostenido y qué no y para determinar los factores que parecían más propensos a llevar al sostenimiento.

La sección de conclusiones de la evaluación de Guatemala dice lo siguiente:

"Existe una clara evidencia de que actividades significativas y beneficios de los proyectos de salud apoyados por los Estados Unidos en Guatemala en los últimos cuarenta y cinco años han sido mantenidos. Esta evaluación ha mostrado que algunos factores de contexto y características del proyecto se relacionan con el sostenimiento del proyecto.

Factores de Contexto:

"Los factores de contexto que aparentan ser los más importantes para el sostenimiento del proyecto fueron:

"1. Compromiso Nacional: Los proyectos que perseguían metas consideradas como metas prioritarias del gobierno nacional y para los cuales había consenso general entre grupos significativos en el sector de la salud eran los más propensos a ser sostenidos.

"2. Características de la Institución que los Implementaba: Las instituciones que los implementaban que se encontraban fragmentadas, que tenían bajos niveles de habilidades, y/o metas organizacionales conflictivas, tenían menos probabilidades de implementar proyectos sostenibles.

Características del Proyecto:

"Las características del proyecto importantes para el sostenimiento fueron:

"1. Efectividad del Proyecto: Los proyectos que tenían la reputación de lograr metas de salud apropiadas con efectividad tenían mayores probabilidades de sostenerse que los proyectos que no eran vistos como exitosos.

"2. Características Institucionales y Administrativas: Los proyectos organizados verticalmente tienen menos probabilidades de sostenerse que aquellos integrados a la estructura administrativa normal de la agencia implementadora. Los proyectos con una administración estable y altamente calificada tanto dentro de la agencia implementadora como del AID tienen mayores probabilidades de sostenerse.

"3. Características Financieras. Los proyectos que proveen para una progresiva absorción de los costos recurrentes del proyecto en el presupuesto nacional tienen mayores probabilidades de sostenerse.

"4. Aspectos de Contenido: Los proyectos que proveen entrenamiento significativo bien a nivel profesional o paraprofesional tienen mayores probabilidades de sostenerse - especialmente si existen buenos prospectos de empleo para los

graduados. Los proyectos con asistencia técnica constante también tienen mayores probabilidades de sostenerse.

"5. Negociación del Proyecto: Los proyectos que fueron negociados en un proceso de respeto mutuo en el cual se establece el consenso sobre las metas, las actividades y los planes de implementación, tienen mayores probabilidades de sostenerse que aquellos que parecen ser impuestos por el AID."

Ese mismo estudio señaló cuatro implicaciones de políticas las cuales son de particular importancia en el diseño e implementación de proyectos sostenibles:

1. Respecto a las prioridades nacionales y al involucramiento nacional en el diseño del proyecto.
2. Mejoramiento de la efectividad administrativa y de la capacidad de las agencias implementadoras y la integración de las actividades del proyecto en aquellas instituciones.
3. Diseño del financiamiento del proyecto a fin de alentar la absorción nacional de los costos recurrentes del proyecto durante la vida del proyecto.
4. Procurar diseñar e implementar proyectos para asegurar que sean vistos como metas de salud posibles de ser logradas.

2. Aplicación de estas guías al Proyecto de Asesoría del Manejo de los Sistemas de Salud.

a. Factores que favorecen el sostenimiento.

Si observamos a aquellos criterios en términos del Proyecto de Asesoría del Manejo de los Sistemas de Salud existe un número de signos muy alentadores. Si vemos primero las variables contextuales del compromiso nacional y las características de la organización implementadora, vemos lo siguiente. Hay un alto compromiso de los niveles políticos a las metas del proyecto. Esto se ve en términos de fácil acceso para aquellos que toman las decisiones, su participación activa y generalmente oportuna en la solución de problemas y en el tiempo que dedican a la implementación del proyecto a través de reuniones y sesiones de trabajo. Aunque no

confirmado, suponemos un nivel de compromiso bastante elevado en los niveles Ministeriales y Gubernamentales.

Las características de la institución implementadora (SESPAS) muestran signos positivos. Existe una uniformidad de metas organizacionales - mejoramiento en los servicios de salud y una estructura organizativa claramente definida. Las capacidades del más alto nivel administrativo son también relativamente altas. Sin embargo, los niveles de capacitación en posiciones menores pero claves, a menudo son inadecuados.

Viendo ahora los factores del proyecto, este proyecto tiene la reputación bien establecida y bien merecida de efectividad. Esto puede verse en las reformas significativas que han sido introducidas e institucionalizadas en un breve período de tiempo.

Dos características administrativas e institucionales bien predicen el sostenimiento del proyecto - la naturaleza integrada de las reformas administrativas y la estabilidad de las posiciones claves en el AID y el SESPAS. El asunto de la verticalidad versus la integración nunca ha sido realmente un tema del proyecto. Puesto que los sistemas que están siendo diseñados, afectan todo aspecto de las operaciones diarias del SESPAS, y son la verdadera esencia de la integración. También la existencia y funcionamiento del Comité de Coordinación contribuye a la integración del proyecto, expresando una variedad de oficinas y programas del SESPAS. La estabilidad del SESPAS y el liderazgo del AID durante la vida del proyecto también ha sido importante. Administradores claves del SESPAS han estado en esas posiciones desde el comienzo del proyecto y permanecerán en sus posiciones durante al menos los próximos dos años, a no ser que ocurran circunstancias imprevistas. Muchos de los individuos han trabajado para el SESPAS a través de varios cambios de gobierno lo que también ayuda a la estabilidad. El hecho de que un simple Oficial de Salud del AID haya permanecido en esa posición desde el tiempo en que el proyecto fue diseñado y que posiblemente permanezca en la República Dominicana un año o dos más demuestra la estabilidad por parte del AID. El Gerente del proyecto de AID también ha estado en esa posición por tres años.

Las características financieras del proyecto también conducen al sostenimiento del mismo ya que las reformas hechas durante el proyecto tendrán costos recurrentes mínimos.

El aspecto de contenido de mayor significación es en términos de asistencia técnica. Como se mencionó anteriormente la asistencia técnica a largo plazo conduce al sostenimiento. Como se citó en la evaluación de Guatemala, "La evidencia de asistencia técnica sugiere que la asistencia técnica, que es o bien a largo plazo como en el período de SCISP o periódica a través de un largo período conlleva al sostenimiento." El proyecto de Administración de los sistemas de salud, provee un asesor permanente a largo plazo y tres asesores consistentes a corto plazo, tiene lo mejor de dos mundos, la ventaja de la continuidad y el seguimiento con el asesor a largo plazo y la eficiencia, en términos de costo, de los asesores a corto plazo.

El aspecto de negociación del proyecto en el diseño e implementación del proyecto también contribuye a la probabilidad de sostenimiento. Es claro que este no es un proyecto que el AID haya impuesto al SESPAS sino que fue diseñado en la misma manera que está siendo implementado, en una atmósfera de respeto mutuo y con el interés mutuo en la consecución de las metas del proyecto.

b. Factores que desalientan el sostenimiento.

De acuerdo a la evaluación de Guatemala, los sistemas administrativos eran mucho menos propensos a sostenerse en relación a los programas de entrenamiento o de infraestructura. Los reemplazos masivos de oficiales claves, especialmente de técnicos, contribuía a minar ciertos proyectos.

El documento de Guatemala hace la siguiente observación: "Niveles bajos de destrezas y capacitación dentro de la agencia implementadora, claramente minaron el sostenimiento y los de más alta capacitación favorecieron el sostenimiento." Los oficiales técnicos del SESPAS aparentan tener altos niveles de capacitación, no así el personal de más bajo nivel. Esto podría constreñir seriamente el sostenimiento. Además, casi todo el personal técnico del SESPAS está tremendamente mal pagado, planteando la constante amenaza de la deserción hacia el sector privado si la oportunidad se presentare. Sin embargo, el número limitado de oportunidades en el sector privado y el número de profesionales capacitados mitigan hasta cierto punto la amenaza de este problema. Un problema mas real es el sistema de personal que permite que se empleen estadígrafos que ni siquiera saben como calcular un promedio y la asignación de administradores sin experiencia administrativa, así como su casi seguro reemplazo cada cuatro años. Un clave factor positivo, sin embargo, es que

los directores regionales y de establecimiento parecen ser estables de gobierno en gobierno. Desde que se hallan envueltos en el desarrollo del proyecto y en el entrenamiento, ellos constituyen al menos un equipo constante de profesionales.

c. Impacto del cambio de personal y entrenamiento.

(1.) Información que demuestra la naturaleza del problema.

Existe una considerable aprehensión de parte de los donantes internacionales en referencia al impacto negativo de los proyectos de la caótica política de personal del gobierno. Entre las quejas principales están los masivos cambios de personal que ocurren cada cuatro años con los cambios de gobierno mediante los donantes internacionales ven que el personal que ellos han entrenado y los sistemas que han tratado de establecer son barridos mediante cambios masivos de personal. También ven lo que parece ser un descuido para la calidad del personal contratado, donde las consideraciones políticas parecen predominar sobre las técnicas. En el caso del AID, el despido masivo de más de 5,000 promotores que habían sido la piedra angular de dos proyectos previos del AID en un período de más de diez años fue particularmente traumático. Este reporte trata de mostrar la verdadera naturaleza del problema. El período limitado de tiempo disponible y la enormidad de la nómina del SESPAS, más de 40,000 empleados, significa que nuestra investigación fue por necesidad superficial, no obstante, creemos que tenemos una apreciación general del problema.

El proceso de diseño e implementación de reformas bajo el Proyecto de Administración de Sistemas de Salud involucró al personal del SESPAS a tres niveles - técnicos a nivel Central, profesionales a nivel Regional, y profesionales y para-profesionales a nivel de los establecimientos. Hemos reunido alguna información sobre la longevidad de cada uno de estos.

(a.) Técnicos a Nivel Central:

A nivel central, el proyecto ha trabajado principalmente con la Dirección de los Sistemas de Salud (donde se encuentran localizadas las funciones presupuestarias e informativas) y la Dirección Administrativa (donde se encuentran localizadas las funciones contables y de personal).

Las principales contrapartes y su tiempo de servicio en el SESPAS en el nivel central son como sigue:

<u>Posición</u>	<u>Tiempo con el SESPAS</u>
Director de Sistemas de Salud	15 años
Director de Informática	10 años
Vice-Director de Informática	22 años
Encargado de Cómputos	22 años (1)
Jefe de Presupuesto y Programación	3 años
Jefe de Programación	2 años
Jefe de Presupuesto	8 años
Director Administrativo	2 años (2)
Jefe de Nómina	14 años
Jefe de Tesorería	8 años
Jefe de Ejecución Presupuestaria	3 años
Jefe de Cuentas Hospitalarias	12 años
Jefe de Cuentas en Efectivo	3 años
Jefe de Revisión de Documentos	11 años
Jefe de Personal	2 años

- (1) Salió del SESPAS para entrenamiento y regresó por tres meses bajo contrato.
- (2) Más de 20 años trabajando con el gobierno en la Oficina de Contraloría General.

Es evidente que a este nivel no ha habido un problema significativo de despido de personal. Estos son también personas claves en términos de sostenimiento e institucionalización de las reformas administrativas introducidas por el proyecto, porque ellos establecen las normas y procedimientos que gobiernan el funcionamiento del sistema a niveles inferiores.

(b.) Técnicos a Nivel Regional:

Solamente visitamos dos regiones, No. 1 en Bani y la No. 2 en Santiago. En la Región 1, el director ha trabajado durante dos años con el SESPAS, no obstante él tenía la misma posición cuando el partido actualmente en el poder estuvo en el poder hace diez años. El estadígrafo ha trabajado durante dos años y el Administrador durante siete años. En la Región 2 el Director ha trabajado en el SESPAS como Director de la Región 2 por siete años y el Administrador por un año. Nuestra impresión después de haber hablado con estas personas así como con la Oficina de

Personal en Santo Domingo, es que el personal técnico tales como los Directores Regionales y los Jefes de Estadísticas, profesionales universitarios con entrenamiento en estadísticas, no son removidos cuando ocurren los cambios en el gobierno. El personal administrativo es mucho más propenso a ser cambiado así como el personal técnico en los niveles inferiores tales como estadígrafos auxiliares.

(c.) Profesionales y Paraprofesionales a Nivel de Facilidades de Salud

A nivel de los establecimientos de salud, profesionales tales como el director de facilidades y médicos, enfermeras, laboratoristas, etc., no cambian. Los paraprofesionales, tales como los administradores y estadígrafos auxiliares son cambiados casi en su totalidad.

En resumen parece ser que la espina dorsal del sistema administrativo en el SESPAS permanece intacta durante los cambios de gobierno, mientras que el personal en los niveles inferiores, grandemente responsable de la implementación de procedimientos, es cambiado. La excepción, una muy importante para fines de este proyecto, es el director de la facilidad quien aparenta ser relativamente estable.

(2.) Impacto del Cambio de Personal

Basados en lo anterior, concluimos que los cambios de personal no es una amenaza importante para el sostenimiento a largo plazo de este proyecto. Se puede anticipar que el sistema completo sufre un deterioro periodico en la eficiencia cuando se incorpora el nuevo personal cada cuatro años en los niveles inferiores, pero dado que los supervisores conocen la mayoría de los nuevos procedimientos, existe una cierta continuidad aún a ese nivel. La interrupción más seria es potencialmente en el área estadística, donde los directores no han recibido mucho entrenamiento. No obstante, el sistema estadístico está basado en diversos formularios que deben ser completados, archivados y enviados a niveles superiores para fines de análisis, permaneciendo estos formularios constantes. Como se puede notar más arriba, los técnicos a nivel central son quizás el cuerpo más constante de empleados del SESPAS y ellos son realmente la clave en la longevidad de las reformas.

2. Conclusión sobre la Probabilidad de Reformas Sostenibles.

Basados en lo anterior, creemos que los factores que favorecen el sostenimiento de las reformas instituidas bajo el Proyecto de Asesoría del Manejo de los Sistemas de Salud sobrepasa aquellas que minan el sostenimiento y que es probable que las reformas perduren mas allá de la duración del proyecto. De importancia particular es la reconocida efectividad del proyecto, la naturaleza integrada en la implementación del proyecto, el alto grado de apoyo institucional para el proyecto y la ausencia de onerosas implicaciones de costos recurrentes. También importante será la mecanización de los sistemas y la existencia de manuales, ampliamente distribuidos, y que gobiernen la operación de los sistemas. Los cambios de personal, si bien son un inconveniente, no constituirán un gran impedimento para el sostenimiento.

VI. SISTEMAS ADICIONALES DE ADMINISTRACION QUE REQUIEREN REFORMAS

Esta sección enfoca áreas previamente identificadas por SESPAS y USAID/República Dominicana como áreas potenciales de ser involucradas en el proyecto, i.e. compras y suministros, mantenimiento y transporte y en la expansión del proyecto dentro de las áreas de concentración (finanzas, personal y sistemas de información).

A. Compras y Suministros

1. Descripción del problema

Actualmente aproximadamente 8% del presupuesto de SESPAS por un monto de RD\$274,000,000 está presupuestado para la obtención de suministros, equipos y medicamentos. Unos RD\$120,000,000 adicionales están asignados a PROMESE, Programa de Medicinas de SESPAS, provenientes directamente de fondos del gobierno. Una suma adicional está presupuestada en un proyecto del BID para la obtención de suministros y equipos (a ser obtenida directamente por el BID).

No es fácil entender el sistema de compras de SESPAS. No obstante, parecen haber cinco sub-sistemas básicos. Uno está operado directamente por los establecimientos y regiones de salud mediante el uso de los fondos de su subvención mensual; un segundo es el de las órdenes de compra emitidas por el Departamento de Compras y Suministros de la Dirección General de Administración; un tercero es el sistema de fondos rotativos establecidos para tres programas específicos - mantenimiento, transporte y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); el cuarto es aquel operado fuera de la oficina de la Secretaría o Sub-Secretaría de Coordinación Institucional, orientado a la compra de equipos. Cada uno de éstos se discute en términos de los elementos básicos de un sistema de abastecimiento, i.e. programación, compras, almacenamiento, distribución y evaluación/control.

Lo siguiente, tomado de un estudio anterior de Administración de Ciencias de la Salud (MSH) de la logística y sistema de abastecimiento de SESPAS establece un marco conceptual para un sistema de abastecimiento coherente. El proceso incluye las siguientes actividades:

1. Una programación que pronostique las necesidades de suministros tomando en consideración el inventario existente, los patrones de consumos anteriores y las metas en el servicio de entregas. El pronóstico de necesidades debe determinar cuándo y dónde se requerirán suministros. La programación debe tomar en consideración la disponibilidad de recursos financieros, lo que establece el límite para la cantidad de suministro que puede comprarse.

2. La obtención supone la adquisición de suministros que el programa ha identificado como necesarios. Este proceso de obtención de suministros debe conllevar un intento de minimizar los gastos, asegurando a la vez la disponibilidad de suministros de calidad adecuada y en cantidad suficiente.

3. El almacenamiento de suministros obtenidos usualmente se requiere en una o más de las zonas centralizadas. El almacenamiento centralizado permite una mejor distribución para los servicios de entrega a los diferentes puntos conforme a los patrones de consumo local.

4. Intentos de distribución para lograr la entrega efectiva y menos costosa de los suministros obtenidos para los establecimientos de salud donde serán consumidos o entregados a los pacientes.

5. La evaluación y el control deben basarse en un sistema de información logística comprensivo donde los análisis de información rutinarios sobre la ejecución de las otras cuatro actividades determinen si la ejecución está dentro de las normas establecidas. La función de control usa información del sistema de datos para asegurar el uso adecuado de los suministros.

Las primeras cuatro actividades van en secuencia, cada una dependiendo de la ejecución oportuna de la actividad que le precede. Así, por ejemplo, la obtención oportuna depende del recibo oportuno de la información programada que define las especificaciones y cantidades de los suministros que deben conseguirse. Un sistema de información logística comprensivo debe generar la información que el gerente del sistema logístico requiere para coordinar efectivamente las otras cuatro actividades, así como asegurar a los auditores externos que no se ha hecho un mal uso de los recursos financieros y de los suministros.

La logística y el suministro constituyen un sub-sistema de administración que da apoyo al resto del sistema de entrega de salud. Un efectivo sub-sistema logístico es esencial para un efectivo sistema de entrega de servicios de salud. Por ejemplo, la falta de medicinas en las clínicas rurales de salud ocasiona una merma en el uso de la clínica.

a. Compras en los Niveles Regionales y de Establecimientos.

Cada Región de Salud, hospital y sub-centro reciben una subvención mensual. En 1988 ésta ascendió a un total de RD\$21,282,900 (8% del presupuesto total). Un 4% está supuestamente asignado para mantenimiento de los establecimientos, 50% para medicamentos, 30% para comida y 15% para otras compras. Esta distribución es la más comúnmente usada en los últimos tiempos ya que el alza en los precios de los medicamentos y la constante escasez de los mismos, llevó al gobierno a tomar la decisión de comprar medicamentos en el nivel central con fondos fuera del presupuesto de SESPAS. Sin embargo, esto no ha supuesto compras mayores por parte de las regiones y establecimientos de salud, ya que la inflación ha consumido el exceso que anteriormente se había destinado para la obtención de medicamentos. El más grande renglón del presupuesto es típicamente la comida para los pacientes internos. De la subvención mensual también se saca para la compra de suministros, gas, viáticos y mantenimiento. Cualquier compra de equipos requiere una previa aprobación del nivel central. La mayoría de las compras se hacen a crédito ya que la subvención mensual no se recibe hasta fin de mes.

En los establecimientos de salud no se han desarrollado programas formales de compras. Sin embargo, los nuevos procedimientos presupuestales establecidos en el Proyecto les ayudan a establecer con regularidad estimados mensuales de las necesidades. Los procedimientos de obtención de suministros son directos y relativamente sencillos y se espera que para el actual Proyecto de Asesoría del Manejo de los Sistemas de Salud todo el personal estará entrenado en lo que se refiere al mantenimiento adecuado de registros de obtención de suministros. Ya que las compras se efectúan mensualmente, el almacenamiento y la distribución no son problemas. Se hacen evaluaciones periódicas por medio de auditorías llevadas a cabo por el Auditor Regional.

b. Compras por el Departamento de Compras y Suministros de SESPAS

Las compras de suministros efectuadas por oficiales del nivel central se obtienen a través del Departamento de Compras y Suministros. Las compras se presentan sin programación previa sea directamente al departamento o a través de la Oficina del Secretario o Sub-Secretario. El jefe del departamento obtiene tres cotizaciones y prepara una orden de compra que es entonces enviada a la Oficina de Finanzas para ver si los fondos están disponibles. Si los fondos no están disponibles, se toma una decisión dependiendo de la urgencia de la compra. Si se considera urgente, se hace un intento de lograr la compra a crédito. Si la compra se hace a crédito, se devuelve la orden de compra con la factura a la Oficina de Finanzas. Si los fondos están disponibles, la orden de compra se envía para su aprobación a la Oficina Nacional de Presupuesto, enviándola luego a la oficina del Contralor General para la aprobación de los fondos y luego a la Tesorería para la emisión del cheque. La Oficina de Compras y Suministros gastan aproximadamente unos RD\$700,000 mensuales en más de cien compras individuales. La Oficina tiene actualmente una cuenta pendiente por pagar que oscila entre RD\$500,000 y RD\$700,000 y algunas cuentas tienen más de cinco meses de atraso. Las dificultades financieras se deben al hecho de que la asignación mensual de los fondos presupuestados para la SESPAS no están siempre disponibles debido a los recortes en los ingresos a nivel del Gobierno Central. Cuando los fondos que se reciben son menores que los presupuestados, las compras sufren ya que éstas no son parte de los costos fijos de SESPAS como son los sueldos y otros renglones. Los fondos disponibles para compras actualmente constituyen un poco menos del 10% de la asignación mensual de SESPAS.

La mercancía se entrega en uno de los dos almacenes de SESPAS dependiendo si se trata de suministros o de equipos. Ambos almacenes son pequeños, pero se consideran adecuados dado el hecho de que los artículos permanecen poco tiempo en ellos. Ambos almacenes tienen procedimientos de control de inventario y están sujetos a auditorías regulares por parte de SESPAS.

Existen serios problemas de control y evaluación. La obtención de cotizaciones y la compra actual están concentradas en una misma oficina. Viéndolo desde un punto de vista de control financiero, este es un sistema inadecuado. En segundo lugar, no se envía un reporte de ingreso de mercancía a la Oficina de Finana-

zas, por lo que no hay un registro central que indique que lo que se recibió fue lo que se ordenó y lo que se pagó.

c. Compras con Fondos Rotativos.

Como se mencionó anteriormente, Mantenimiento, Transporte y el Programa del SIDA, que tienen fondos rotativos de alrededor de RD\$25,000 mensuales. Además, la Oficina de Transporte tiene unos RD\$18,000 adicionales cada mes para la compra de gasolina y aceite para los vehículos del nivel central.

La programación de las compras que efectúan las Oficinas de Mantenimiento y Transporte depende de la demanda. No se persigue mantener un inventario de repuestos, en parte debido a la falta de fondos y en parte por la falta de equipos estandarizados. La obtención de suministros es relativamente rápida ya que el personal de los departamentos involucrados obtienen las cotizaciones que presentan directamente a la Oficina de Finanzas. Una vez se aseguren los fondos en las cuentas, la Oficina de Tesorería de SESPAS emite los cheques. Debido a que se trata de pequeñas cantidades, la distribución y el almacenamiento no son problema alguno. No obstante, existen las mismas deficiencias de control mencionadas arriba.

d. Compras de Equipo.

La compra de equipos se maneja fuera de la oficina de la Secretaría de SESPAS con fondos de una cuenta del gobierno abierta para estos fines. Hospitales y sub-centros presentan sus solicitudes directamente al Secretario. Las solicitudes se analizan y se toman decisiones en base a las necesidades. La obtención se hace por contrato en vez de orden de compra. Esto se debe a que a menudo hay una limitada disponibilidad del artículo en inventario en la República Dominicana. El contrato se prepara en SESPAS y luego se envía al Presidente para su ejecución.

e. Compras de Medicinas

La quinta categoría de compras es aquella de medicamentos efectuadas a través de PROMESE. Actualmente, PROMESE gasta aproximadamente RD\$10,000,000 a RD\$12,000,000 mensuales en la compra de unos 226 medicamentos esenciales y suministros adicionales tales como guantes quirúrgicos, cinta pegante, gaza, etc. Los medicamentos que no están incluidos en la lista se compran según surjan las necesidades, previa determinación de las mismas. Se

hacen programaciones periódicas por períodos de 3 a 6 meses. Los almacenes preparan requisiciones de compras basados en los inventarios actuales y en la demanda de los hospitales y sub-centros.

La obtención de medicamentos se hace a través de un proceso de ofertas cuya aceptación la decide un comité compuesto por el Director de PROMESE, el Secretario de Salud y el Sub-Secretario de Coordinación de Intersectorial. Luego de tomar una decisión en la aceptación de una oferta, la Oficina Legal prepara un contrato y lo envía a la Oficina del Presidente para que sea procesado.

PROMESE tiene tres almacenes, uno para hospitales y sub-centros, otro para clínicas rurales y un tercero para las boticas populares. Los hospitales y sub-centros vienen mensualmente al almacén a procurar los medicamentos que necesitan. Hace varios años se hicieron estudios comparando los patrones de necesidades proyectados para cada hospital contra el consumo actual, y mostraron que el consumo es excesivamente mayor que las proyecciones, probablemente un reflejo de que la existencia de medicamentos ha generado una mayor demanda. Dada la frecuencia de las compras y el relativamente rápido movimiento de productos, no existe problema alguno de almacenamiento en este momento. Como se mencionó arriba, los hospitales y los centros de salud envían sus propios vehículos a Santo Domingo mensualmente a buscar sus medicamentos. Vale la pena hacer notar que recientemente el suministro de medicamentos ha sido bastante bueno y que ha dado como resultado, al menos en un instante, un significativo aumento en la credibilidad de los establecimientos de SESPAS y un subsecuente aumento de un 50% de los pacientes atendidos. No obstante, aún hay insatisfacción a nivel de los establecimientos de salud debido a la escasez de algunos medicamentos y al exceso de otros. Las clínicas rurales reciben un determinado suministro mensual de medicamentos sin tomar en cuenta las necesidades actuales, la escasez o la abundancia. SESPAS envía tales medicamentos mensualmente a la Oficina Regional para que ésta los distribuya entre los diferentes centros de salud.

Como se mencionó arriba, se necesitan observar seriamente los patrones de utilización de los hospitales para determinar por qué su comportamiento difiere tanto de las necesidades proyectadas.

2. Restricciones

a. Restricciones Generales.

No hay pautas escritas que rijan todo el proceso de obtención de suministros. La falta de manuales de procedimientos, tales como aquellos desarrollados en el actual Proyecto de Administración de Sistemas de Salud del AID/SESPAS, permite que los procedimientos de obtención no sean óptimos y abren las puertas para un posible abuso como el que aparentemente ocurrió en PROMESE en años anteriores.

No existe una oficina central de gestiones en el nivel central. Como se mencionó arriba, la gestión en el nivel central se divide entre tres procesos diferentes llevados a cabo por cinco o seis autoridades diferentes. También la existencia de dos grandes cuentas extra presupuestarias, una para medicinas y otra para equipos, distorsiona el sistema de obtención.

b. Restricciones de Programación.

Uno de los resultados de un mejorado proceso de presupuesto debería ser un mejorado programa de compras. Mejores proyecciones ayudarían a eliminar las dilaciones actuales que ocurren debido a carestías de fondos y podría, tal vez, permitir compras en masa lo cual resultaría más económico.

c. Restricciones de Obtención.

Aquí la mayor restricción es una constante merma de fondos en combinación con un deficiente plan de obtención. Esto da por resultado frecuentes compras a crédito, dilaciones en los pagos y la gradual extinción de suplidores que acepten dar crédito a SESPAS. Otro serio problema de obtención se genera por la rápida inflación en casos donde el pago se efectúa mediante cheque, luego de que una orden de pago se procesa. En el curso de uno a tres meses que normalmente va desde la obtención de las cotizaciones hasta la emisión del cheque, los precios usualmente suben requiriendo, por tanto, la cancelación del cheque y la reiniciación del proceso, o dando como resultado la compra de una cantidad menor a la que se necesitaba y se había solicitado.

d. Restricciones de Almacenamiento.

El almacenamiento no parece presentar serias restricciones en el presente, pero si se buscara la manera de efectuar compras en masa, entonces se necesitarían facilidades de almacenamiento adicionales, especialmente en el nivel central.

e. Restricciones de Distribución.

La distribución no parece ser una restricción crítica. La única distribución que depende del nivel central es la de medicamentos para los centros rurales de salud. El nivel central parece ser capaz de manejar este proceso.

f. Restricciones de Control y Evaluación.

Existen deficiencias básicas y fundamentales en el aspecto de Control y Evaluación del sistema. Esto se genera en parte por la falta de normas y procedimientos bien definidos. Como resultado no hay un patrón por el cual la ejecución del sistema logístico pueda medirse.

En adición, no hay tal cosa como un reporte de recepción que permita efectuar auditorías a las compras. El control de inventario en los establecimientos es también deficiente, dando pie a la posibilidad de pérdidas.

3. Recomendaciones.

a. Consolidar la mayoría de las compras del nivel central en una sola oficina de la SESPAS. Esta oficina tendría por lo menos tres subdivisiones básicas - una para medicamentos, una para equipo y una para suministro. Esta oficina debe estar ligada muy de cerca con la Dirección de Administración y con la Oficina del Secretario.

b. Usando un proceso similar a aquel utilizado en la contabilidad y presupuesto desarrollar procedimientos y normas que rigen el proceso de obtención en su totalidad.

c. Desarrollar una metodología que permita las compras en masa, lo cual generaría una considerable economía de costos.

B. Transporte

1. Descripción del Problema

El transporte está considerado por todos los gerentes de la SESPAS como un problema crítico. Hay una aguda escasez de vehículos. De acuerdo a las cifras del Departamento de Transporte de la SESPAS actualmente hay 179 vehículos en el inventario de SESPAS. De éstos, 82 son ambulancias, 25 están asignados a las regiones, 48 al nivel central y 24 para los hospitales o para otros usos. Sólo 18 de estos vehículos, i.e. 10% está en buenas condiciones, 60% está en condiciones aceptables y 30% en malas condiciones. La División de Transporte, como tal, solo tiene tres vehículos. Todos los demás vehículos del nivel central están asignados a oficinas o programas específicos. No hay un buen "motor pool". El Director Nacional de Salud estima que SESPAS necesita unos 100 vehículos adicionales. Cuarenta de ellos se conseguirán a través del nuevo proyecto del BID, 38 de los cuales se distribuirán entre las áreas y regiones y 2 serán asignados al nivel central. El estima que otros treinta vehículos se necesitan para el programa contra la malaria y otros treinta para el uso del personal del nivel central. La falta de vehículos restringe severamente la habilidad de SESPAS de supervisar sus programas.

Un presupuesto de RD\$18,000 está disponible cada mes para gasolina y aceite para los vehículos del nivel central. El combustible para los vehículos de las regiones y establecimientos de salud provienen de su respectiva subvención mensual. El Director de Transporte considera ésta una suma adecuada para las operaciones actuales. La provisión de gasolina se hace en base a los viajes y la calcula y provee la División de Transporte.

El mantenimiento de los vehículos será discutido en la próxima sección.

2. Restricciones

Excluyendo el mantenimiento, sólo existen dos restricciones u obstáculos en un mejorado sistema de transporte. El primero es la carestía abismal de vehículos, aunque esta se aliviará parcialmente con la provisión de cuarenta vehículos por parte del BID. El otro es la falta de un buen equipo de transporte que dificulte el uso racionado de vehículos en el nivel central.

3. Recomendaciones

a. La compra de vehículos está probablemente más allá de la actual capacidad financiera de SESPAS. Por tanto, debe intentarse la obtención de vehículos de donantes, pero sólo después de asegurarse la capacidad de dar manutención adecuada a estos vehículos.

b. Con la llegada de vehículos adicionales al nivel central, debiera hacerse un estudio de la distribución y uso de vehículos y del establecimiento de un equipo de transporte ("motor pool") el cual serviría las necesidades de todo el personal de SESPAS a nivel central. La llegada de vehículos adicionales al nivel central hará necesario un aumento en la asignación de combustible y aceite.

C. Mantenimiento

1. Descripción del Problema

El objetivo de un departamento de mantenimiento debe ser el de mejorar los servicios de salud asegurando la operación adecuada de infraestructura física, ya sea edificios, equipos o vehículos.

El mantenimiento debe hacerse en tres etapas: prevención, reparación y reacondicionamiento.

El mantenimiento preventivo debe hacerse regularmente para prevenir la necesidad de reparaciones. Los edificios requieren una manutención preventiva continua tal como el reemplazo de un vidrio roto, pintura en ciertas áreas descoloridas o el reemplazo de madera dañada antes de que el daño sea peor. Los equipos necesitan limpieza regular y el reemplazo de filtros, correas, etc. Los vehículos y motores necesitan cambios de aceite y chequeos regulares.

Las reparaciones deben hacerse cuando es necesario para prevenir daños futuros, para mejorar la economía y permitir que el equipo pueda volver a operar. Una tubería pinchada o una llave que gotea no solamente malgasta agua sino que puede ocasionar un daño mayor si no se arregla.

Los reacondicionamientos son usualmente el resultado de un fracaso en los dos procesos anteriores, son costosos y toman tiempo. El sistema debe ser diseñado para minimizar la cantidad de equipo que debe ser reacondicionado.

El actual programa de mantenimiento de SESPAS funciona a tres niveles - central, regional y de establecimientos.

a. Nivel de Establecimiento.

Un fijo pero pequeño porcentaje de los fondos de establecimientos de salud están asignados al mantenimiento. Aunque algunos de los más grandes hospitales tienen personal de mantenimiento, la mayoría de las reparaciones que no pueden hacerse allí se refieren al nivel regional o, más frecuentemente, al nivel central o enviado al sector privado. Esto es particularmente cierto cuando se trata de reparación de vehículos.

b. Nivel Regional.

Cada región tiene una oficina de mantenimiento, generalmente encabezada por un ingeniero. La Region I, por ejemplo, tiene un ingeniero eléctrico y un carpintero, con vacantes para un plomero y un electricista. La Region II tiene un mecánico y un carpintero, con vacantes para un ingeniero eléctrico y un pintor. Las regiones prefieren contratar, cuando está fuera de su capacidad, el servicio de talleres de reparación locales en vez de mandar los vehículos al nivel central donde no saben cuándo les serán devueltos. Las regiones, así como los establecimientos, sufren por la inflación que ha subido los costos de las piezas de repuestos de un 100 a un 200% en los últimos años, mientras que su presupuesto se mantiene constante.

El mantenimiento preventivo de los tres vehículos asignados a la oficina de la Region I está a cargo de talleres privados, con muy buenos resultados. Han podido mantener en funcionamiento una buena camioneta pick-up, una stationwagon aceptable y una stationwagon en malas condiciones. Sin embargo, los vehículos no están en condiciones suficientemente buenas para permitir hacer los viajes de supervisión que las áreas y establecimientos requieren, ni siquiera para la supervisión de las actividades del Proyecto de Asesoría del Manejo de los Sistemas de Salud.

Los talleres de reparación a nivel regional están restringidos por los deficientes equipos y la falta de espacio adecuado en los establecimientos. Los obreros que trabajan en Baní, por ejemplo, no tienen herramientas de mano apropiadas para cumplir sus responsabilidades, ni establecimientos adecuados donde trabajar. El ingeniero eléctrico no tiene ni un destornillador ni un medidor de voltaje. El plomero no tiene herramientas y el carpintero necesita herramientas adicionales. Sin embargo, entendemos que el BID financiará la construcción y equipamiento de establecimientos regionales de mantenimiento de equipos. Esto ayudará a aliviar el problema.

c. Nivel Central.

Hay tres departamentos en el nivel central responsables del mantenimiento: Mantenimiento de Equipos, Mantenimiento de Vehículos y Mantenimiento de Establecimientos.

(1) Mantenimiento de Vehículos.

El mantenimiento de vehículos a nivel central es responsabilidad de la División de Transporte. La División tiene un taller de mantenimiento de vehículos con 18 empleados incluyendo ocho mecánicos, seis ayudantes de mecánicos, un encargado de herramientas, un encargado de almacén, un oficinista y una secretaria. El taller recibe una asignación mensual de RD\$25,000 para la compra de repuestos. La apariencia general del taller central es muy poco favorable, con sucios y grasosos puestos de reparación, chatarra regada por donde quiera y un inadecuado estacionamiento para los vehículos que necesitan reparación. Actualmente hay 31 ambulancias, y cuatro otros vehículos en el taller pendientes de reparar.

Uno de los principales problemas es la falta de piezas de repuestos. En primer lugar, el presupuesto de RD\$25,000 es desastrosamente inadecuado dadas las necesidades. En segundo lugar, el proceso de compra no es tan rápido como para evitar el alza de los precios. Los suplidores entregan cotizaciones válidas por sólo 24 horas. Muchas piezas no están disponibles en el país y no hay provisiones para la compra de piezas en el extranjero.

(2) Mantenimiento de Equipos.

La División de Mantenimiento de Equipos tiene 35 empleados, de los cuales más de la mitad ha trabajado por más de cuatro años y

otros ocho han estado allí por más de dos años. La División tiene acceso a cinco vehículos para transportar mecánicos, materiales y herramientas, pero tres de ellos están actualmente fuera de servicio. Todos los vehículos están equipados con radios de onda corta con una estación base en la oficina de la División.

Generalmente, las solicitudes de reparaciones vienen directamente del establecimiento que las solicita, aunque a veces se canalizan a través de la oficina de la Secretaría. Las solicitudes se registran en un libro de control y generalmente requieren un técnico que viaje a la región para hacer la reparación o determinar la naturaleza de las piezas que se necesitan. Una vez terminada la reparación, el técnico archiva un reporte en un formulario modelo y la entrada se saca del libro de control. Una revisión superficial del libro demuestra que la mayoría de las reparaciones se hacen oportunamente. Sin embargo, un reporte, sugiere que cerca del 75% de los equipos de hospitales están inoperantes a la fecha, indicando una falla en el sistema de mantenimiento.

Los problemas mencionados arriba en el párrafo mantenimiento de vehículos en relación al aspecto general del taller de reparaciones y la dificultad de obtener piezas de repuestos, pertenecen también a la División de Mantenimiento de Equipos.

(c) Mantenimiento de Establecimientos.

El mantenimiento de los establecimientos es responsabilidad de la División de Arquitectura e Ingeniería, la cual tiene seis ingenieros que preparan planos, presupuestos, y supervisan las actividades de construcción en los establecimientos de la SESPAS. Actualmente están en mitad de una gran actividad de mantenimiento como resultado de una autorización especial del Presidente, donde asignó once millones de pesos para estas actividades de mantenimiento de hospitales. Adicionalmente, el BID ha desembolsado fondos para actividades de construcción y mantenimiento en otros establecimientos.

2. Restricciones

Las restricciones son casi idénticas a aquellas identificadas en el análisis llevado a cabo en Abril de 1983 por la Administración de Ciencias de la Salud (MSH) sobre el sistema de mantenimiento. Mucho de lo que sigue está sacado de ese reporte, amplificado y modificado por las observaciones de este grupo.

(a) Mantenimiento Preventivo.

Los primeros problemas que inhiben la ejecución de un mantenimiento preventivo son (1) la identificación del agente responsable, (2) el entrenamiento y orientación necesarios para que esa persona pueda dar servicio al equipo, (3) la provisión de los recursos necesarios, (4) el establecimiento de normas y procedimientos, y (5) supervisión.

(b) Mantenimiento de Reparación.

Las habilidades necesarias para efectuar reparaciones no está generalmente disponible ni en el establecimiento ni en el nivel regional. Si la habilidad está disponible en alguno de los tres niveles, existen por lo general otras restricciones, como se discuten más abajo.

(c) Reacondicionamiento.

La restricción u obstáculo principal es la falta de fondos suficientes que permitan el reacondicionamiento de equipos. Con solo RD\$25,000 mensuales para comprar piezas de repuestos, la división no puede ni siquiera comenzar a solicitar las necesidades de reacondicionamiento que requieren los equipos.

(d) Inventario.

No existe un inventario del equipo de los hospitales, sin el cual es imposible programar una asignación razonable de los recursos disponibles. Existen listas de inventario de vehículos, pero no está claro cómo se usan para fines de mantenimiento.

(e) Compras.

Si alguno, ha habido poca participación del personal de mantenimiento en la selección y compra de equipos, aunque al final ellos son responsables de su instalación y mantenimiento. El resultado ha sido la compra de una gran cantidad de equipo inapropiado. El calor, la humedad, y las fluctuaciones del voltage a los cuales el equipo está expuesto, generalmente no se toman en consideración. El equipo a menudo se compra si garantías de instalación, servicio o reparación. Peor todavía, se ha aceptado el equipo sin manuales de servicio o disponibilidad de repuestos garantizada.

Puesto que la División de Mantenimiento ni tiene un inventario de equipos, ni sabe los tipos o frecuencia de averías, ni tiene papel alguno en el proceso de compras, ha sido imposible para ellos mantener un inventario de piezas de repuestos. La falta de un inventario de repuestos, en cambio, lleva a una búsqueda de piezas específicas en el sector comercial, con la consecuente pérdida de tiempo.

(f) Presupuesto.

Las severas restricciones presupuestales bajo las cuales opera el programa de mantenimiento han sido mencionadas arriba. Aunque la asignación de pequeños fondos rotativos significó un gran paso adelante, se deben hacer esfuerzos para incrementar esos fondos para que los establecimientos y el personal dedicado al mantenimiento puedan hacer uso pleno de sus capacidades.

(g) Personal.

Se ha hecho referencia a las deficiencias en los niveles de composición y habilidades del personal de mantenimiento, pero este tema necesita de un examen más exhaustivo. Actualmente, ningún criterio en cuanto a habilidad se refiere se aplica a los prospectos empleados de mantenimiento. La selección de los mismos se basa mayormente en la afiliación política o en los contactos personales. En general, tanto la moral como la motivación son muy bajas.

(h) Organización.

La falta de inventarios de equipos y la inhabilidad para predecir las necesidades de mantenimiento requeridas llevan hacia una crisis el sistema de administración.

3. Recomendaciones

a. Es necesario desarrollar manuales y normas para el mantenimiento preventivo de las más comunes y críticas piezas de equipo. Esto incluiría, entre otras cosas, vehículos, equipos de red de frío, generadores y otros equipos de hospitales. Se de-

biera desarrollar y mantener un dinámico inventario de equipos. Este inventario podría desarrollarse gradualmente comenzando con las piezas de equipo básicas y críticas. Un sistema de orden de trabajo debiera implementarse para permitir un mejor control del trabajo pendiente. Debe hacerse un esfuerzo para conseguir los manuales de los equipos. La fuente para conseguir tales manuales podrían ser otros ministerios de salud latinoamericanos.

b. Todos los talleres de mantenimiento deberían ser mejorados. El equipo inservible debe ser descartado y las condiciones de trabajo mejoradas. El taller central debe tener planta eléctrica propia para que los recursos no se echen a perder durante los frecuentes apagones. Las herramientas deben comprarse para todos los talleres y ser mantenidas bajo la responsabilidad personal de los directores de dichos talleres.

Anexo - dar una lista del equipo sugerido para el taller automotriz central.

c. Los presupuestos necesitan incrementarse y un especialista en equipos con experiencia administrativa debe estar a cargo de la obtención de las piezas de repuestos. Sería ideal que la SESPAS hiciera arreglos para conseguir en el extranjero las piezas que no se consiguen en el país y que los comerciantes del ramo no pueden ni quieren encargarse de conseguir.

d. El personal debe recibir entrenamientos y actualizaciones regulares, particularmente en los niveles regionales y de establecimientos.

e. El personal de mantenimiento debe estar involucrado en el proceso de compra de equipos y cada obtención debe incluir una dotación inicial de piezas de repuestos en el momento de la compra.

D. Otras Áreas.

1. Expansión y Consolidación del Sistema de Información.

El proyecto solo contemplaba la implementación de sistemas de información computarizados en dos de las ocho regiones. Si las regiones piloto demuestran que la administración y el uso efectivo de estos sistemas han sido exitosos entonces, la Misión y la SESPAS deberían expandir el sistema hacia otras regiones. Esto

también ayudaría grandemente en la institucionalización de este aspecto del proyecto eliminando la necesidad de sistemas duales.

2. Consolidación del Sistema Financiero.

Aunque los tres sub-sistemas financieros estarán en su lugar, el proyecto podría ayudar grandemente en la supervisión y afinación de los sistemas, particularmente en los niveles más bajos. Se necesitará ayuda al usar el poder de información para mejorar la conducción en su totalidad.

3. Expansión y Consolidación del Sistema de Personal.

Dado que esta es el área donde menos progreso se ha hecho, pero donde hay un enorme potencial de beneficios, merecería una adicional ayuda técnica si SESPAS demuestra disposición de implementar la política de personal y la reestructuración que están bajo discusión. La actividad clave entre todas las demás sería el entrenamiento de supervisores y el comienzo de un rudimentario sistema de supervisión en todos los niveles de SESPAS.

VII. INCENTIVOS PARA EL RECLUTAMIENTO Y LA RETENCION DE PERSONAL COMPETENTE.

A. Problema

Como se citó arriba y por muchos consultores y expertos de SESPAS y el Gobierno de la República Dominicana, en general, sufren de la falta de un sistema de Servicio Civil. Se han hecho intentos de tratar este problema a nivel nacional pero hasta ahora no ha tenido éxito. Mientras las razones detrás de esto y la naturaleza de las reformas propuestas están fuera del alcance de este proyecto, algunos de los resultados son dignos de señalarse.

1. Inestabilidad de empleos.

Hay un grupo de empleados, particularmente personal administrativo de los más bajos niveles, que saben que sólo van a trabajar hasta el próximo cambio de gobierno. Esto destruye el tipo de motivación que las oportunidades de avance en el trabajo proveen en situaciones de trabajo más permanentes, y hace que los programas de entrenamiento que tienen que llevarse a cabo más frecuentemente debido a los cambios de personal resulten más costosos.

2. Selección deficiente.

Aunque el sistema de contratación de empleados de SESPAS depende grandemente de recomendaciones políticas, existen, en teoría, mínimas requisiciones de trabajo a ser observadas. No obstante, hay muchos casos de gente totalmente incompetente que han sido fijadas en posiciones en las cuales no encajan. Esto resulta en que los supervisores hacen cambios internos al mover de un sitio a otro a la gente que le ha sido asignada por imposición, para tratar de colocarla en posiciones para las cuales pudieran servir. Todos los departamentos parecen tener personas ejerciendo funciones totalmente diferentes de aquellas para las cuales fueron contratadas.

3. Desigualdades en los sueldos.

Debido a la falta de una tabla oficial de sueldos, el sueldo de cada empleado nuevo se decide individualmente. Esto da por resultado que personas con las mismas obligaciones y responsabilidades tengan sueldos diferentes generando descontento en el trabajo y una merma en la productividad.

4. Sueldos bajos.

La revisión de salarios en un establecimiento de salud mostró que el administrador del establecimiento, el farmacéutico y el trapeador de pisos recibían el mismo sueldo. El director médico recibía un sueldo sólo US\$28 mensuales más que el trapeador de pisos. Es extremadamente difícil retener buenos empleados en estas circunstancias. No obstante, el Director Nacional de Salud está tratando de subir los sueldos para las posiciones claves en el nivel central. Si esto da resultado y puede continuarse gradualmente con el transcurso del tiempo, aliviaría bastante el problema. El sueldo mínimo también fue recientemente aumentado para todos los empleados gubernamentales de RD\$300 mensuales a RD\$400. Dada la tasa de inflación, actualmente reportada como de un 60%, el poder adquisitivo, ha actualmente declinado.

B. Restricciones.

1. Falta de un Sistema de Servicio Civil.
2. Limitaciones Presupuestarias.
3. Falta de una escala de sueldos que permita "igual paga para igual trabajo".
4. Falta de normas de procesos rutinarios que gratifiquen a los empleados sobresalientes.

C. Recomendaciones.

Creemos que las actividades y expectativas de producción establecidas en el plan de trabajo para el sistema de personal son un intento razonable y positivo para mejorar el sistema a pesar de las restricciones actuales. Las acciones incluyen la creación de una política de personal que establece ciertas premisas básicas incluyendo el reclutamiento de personas para posiciones basado en su adecuación para esa posición, la responsabilidad y derecho que los supervisores tienen para expresar su opinión acerca de la conveniencia de contratar aquellos empleados que trabajarán bajo su supervisión, el derecho del supervisor de iniciar acciones de promoción y avance, el derecho del supervisor de iniciar acciones disciplinarias, el concepto de "igual paga por igual trabajo" y el concepto de estructurar la división de personal en cuanto a la implementación de la política se refiere. Una vez en su lugar, el desarrollo y la implementación de un sistema de supervisión

que asegure a los empleados una regular retroalimentación en la ejecución de su trabajo y les ayude a aumentar su capacidad a través del contacto directo con sus supervisores y a través de los cursos de entrenamiento en el servicio, tendrían un tremendo impacto positivo sobre la realización del trabajo en general.

VIII. CONCLUSIONES

A. USAID/República Dominicana, SESPAS y Clapp y Mayne deben ser felicitados por haber diseñado e implementado un proyecto extremadamente exitoso con fondos limitados en un relativo corto período de tiempo. Este proyecto abre la posibilidad de causar un impacto considerable sobre el sistema de salud, al proveer la administración con las herramientas necesarias para el mejoramiento administrativo de sus limitados recursos financieros y humanos.

B. Varios elementos del proyecto se han institucionalizado y, dada la efectividad de la metodología usada, se espera que la mayoría de los demás elementos del proyecto serán también institucionalizados. La única excepción potencial radica en el área personal, donde la falta de disponibilidad del tiempo de la contraparte y la complejidad de los asuntos involucrados requieren la renovación de compromisos por parte del personal de SESPAS para asegurar la consecución de las metas de trabajo planificadas. Otra excepción es la parte de los sistemas de computadoras informativos, los cuales dependen de la presencia de computadoras AID para asegurar que las computadoras pendientes para permitir su integración al funcionamiento de SESPAS mientras los asesores y su software lleguen con tiempo suficiente para permitir su integración al funcionamiento de SESPAS mientras los asesores técnicos estén presente.

C. Los factores que favorecen el sostenimiento de los procedimientos contables, en particular, exceden en importancia a los factores que están en contra del sostenimiento. Una extensión en el aporte de asistencia técnica ciertamente favorecería el sostenimiento de otros aportes.

D. Las caóticas políticas y prácticas con respecto a personal actualmente vigentes en SESPAS son el factor más significativo que amenaza la supervivencia a largo plazo de las reformas. La implementación del plan de trabajo en el área personal y la expansión y extensión de las actividades del proyecto en esta área ayudaría también a asegurar el sostenimiento de las actividades del proyecto.

E. Actualmente, el proyecto está desarrollando herramientas esenciales para una administración mejorada. Permanece en las manos del liderato de SESPAS el asegurar que estas herramientas,

especialmente la información mejorada, se usen para tomar decisiones gerenciales. La clave de estas decisiones es la transferencia de recursos entre los establecimientos, para incrementar la productividad.

F. Las actividades del proyecto deben extenderse por un período adicional y expandirse para incluir, al menos, el área de compras.

G. La metodología de reformas ha sido muy efectiva. El grado de participación de las contrapartes en cada paso, el papel central del Comité Coordinador y el enfoque altamente profesional y disciplinado de los asesores Clapp y Mayne han sido muy importantes.

H. La actual "ventana de oportunidad" estará muy probablemente abierta durante los próximos dos años. Esto presenta la posibilidad de perseguir agresivamente el trabajo actual para ver que éste sea completado, consolidado y expandido más allá de las regiones actuales. Otra área clave que también debe tratarse es la de compras y suministros. El tamaño y complejidad del problema de mantenimiento y la presencia de otros donantes, OPS y BID, trabajando en esta área, habla en contra de que la Misión se involucre en ésto.

IX. RECOMENDACIONES

A. Durante el resto del proyecto, SESPAS debe asegurar que se dé la más alta prioridad a la terminación de las metas del plan de trabajo en el área de personal.

B. USAID/República Dominicana debe tomar las acciones necesarias para asegurar la rápida entrega de computadoras y su inherente software.

C. Dado el éxito del proyecto, la Misión y SESPAS deben ponerse de acuerdo en la extensión del proyecto por unos dos años más. Los elementos de la extensión del proyecto deben incluir lo siguiente:

1. Personal.

a. Conclusión del actual trabajo sobre políticas, regulaciones, reestructuración y manuales.

b. Desarrollo de normas de trabajo y descripción de funciones.

c. Desarrollo de las pautas de supervisión.

d. Entrenamiento de supervisores.

2. Finanzas

a. Consolidación y afinamiento del proceso presupuestal.

b. Extensión de los sistemas financieros computarizados en las seis regiones no incluidas en el proyecto original.

c. Supervisión del sistema en los niveles central, regional y de establecimientos.

d. Ajuste y expansión del sistema de contabilidad de costos basado en la experiencia con el proyecto actual.

e. Conclusión del sistema de contabilidad de los pagos hechos por los pacientes, si es políticamente factible.

3. Información

a. Expansión del sistema de información computarizada en las seis regiones no cubiertas en el proyecto actual.

b. Desarrollo de otros reportes rutinarios que contribuyan con la administración de los niveles central y regional en la toma de decisiones.

4. Compra y Suministro

a. Desarrollo de las normas y procedimientos que rigen todos los aspectos del proceso de compra y suministro incluyendo programación, obtención, almacenamiento, distribución y evaluación y control.

b. Consolidación de toda la obtención a nivel central bajo una autoridad central de obtención, con la excepción de los actuales fondos rotativos que deben ser mantenidos.

c. Expansión de la actual capacidad de almacenamiento luego de determinar las necesidades.

d. Uso aumentado de compras en masa, particularmente de medicinas.

5. Transporte

a. Compra de ocho vehículos, uno para cada una de las dos regiones piloto y para cada área dentro de esas regiones que permitan la supervisión y seguimiento de las actividades del proyecto. (Ver Anexo - para especificaciones sugeridas).

b. Desarrollo de mantenimiento preventivo y procedimientos de control de vehículos para esos ocho vehículos.

c. Desarrollo de pautas y procedimientos para un "motor pool" a nivel central.

X. ANEXOS

- A. Lista de Personas Contactadas.
- B. Lista de Documentos Revisados.
- C. Estructura Organizativa de SESPAS.
- D. Especificaciones de Vehículos.
- E. Lista de los Equipos de Taller.

ANNEXES

1
23

LIST OF PERSONS INTERVIEWEDSESPAS

Dr. Miguel Campillo, Director Nacional de Salud y Coordinador del Proyecto
 Dr. Fernando Sanchez Agramonte, Assistant to the Secretary/SESPAS
 Dra. Sonia Candelario Directora de Sistemas de Salud
 Lic. Leonilda Miranda, Directora de Administracion
 Lic. Luis Emilio Feliz Roa, Director de Computo
 Lic. Federico Arias, Jefe de Departamento de Informatica
 Lic. Luis Lora, Sub-Jefe de Departamento de Informatica
 Col. Bienvenido Pichardo, Director Nacional de Transporte
 Lic. Mirian Acevedo, Jefe de Compras y Suministros
 Ing. Rafael Caamano, Jefe de Departamento de Mantenimiento
 Ing. Manuel A. Segura, Encargado de los Talleres Mecanica
 Dr. Jose L. Reyes Nin, Director Regional, Region I
 Estadistico Regional, Region I
 Administradora Regional, Region I
 Dr. Manual Estrella, Director Regional, Region II
 Lic. Ana Virginia Paulino, Administradora, Region II
 Lic. Jose Mercedes Torlentino, Estadistico Regional, Region II
 Lic. Angela Padovani, Jefe, Departamento de Personal
 Lic. Ada Santana, Departamento de Personal
 Lic. Altagracia de Robles, Departamento de Tesoreria, Seccion de Sueldos
 Lic. Milagros Osorio, Departamento de Tesoreria
 Lic. Migdalia Marciag, Departamento de Ejecucion Presupuestaria
 Lic. Maria Marte Pena, Seccion de Nominales
 Sra. Teresa Luna, Seccion de Revisiones de Cuentas Hospitalarias
 Lic. Dorka Alcantara, Enc. Div. de Programacion
 Lic. Rosa Francis, Enc. Div. de Presupuesto
 Dra. Rita Gonzalez, Enc. de Div. de Presupuesto, Planes y Proyectos
 Ing. Rafael Rivera, Departamento de Ingenieria y Obras Civiles
 Dr. Tobia Genao, Director Ejecutivo, PROMESE
 Dr. Osirio Madera, Jefe Nacional de Servicios de Emergencia,

CLAPP & MAYNE

Dr. Pedro Rosado del Valle, Jefe del Equipo
 Dr. Armando Lassus, Asesor en Sistemas de Informacion
 Dr. Alida Guzman, Asesor en Finanzas
 Mr. Jaime Villalobos, Asesor en Personal

AID

Mr. Thomas Stuckel, Mission Director
 Dr. Lee Hougen, Health and Population Officer
 Mrs. Lisa Early, AID Project Manager

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

Dr. Mitra Roses, Country Representative
 Ing. Humberto Alfonso

INTERAMERICAN DEVELOPMENT BANK

Mr. Carlos Ramirez, Sectorial Specialist in Health

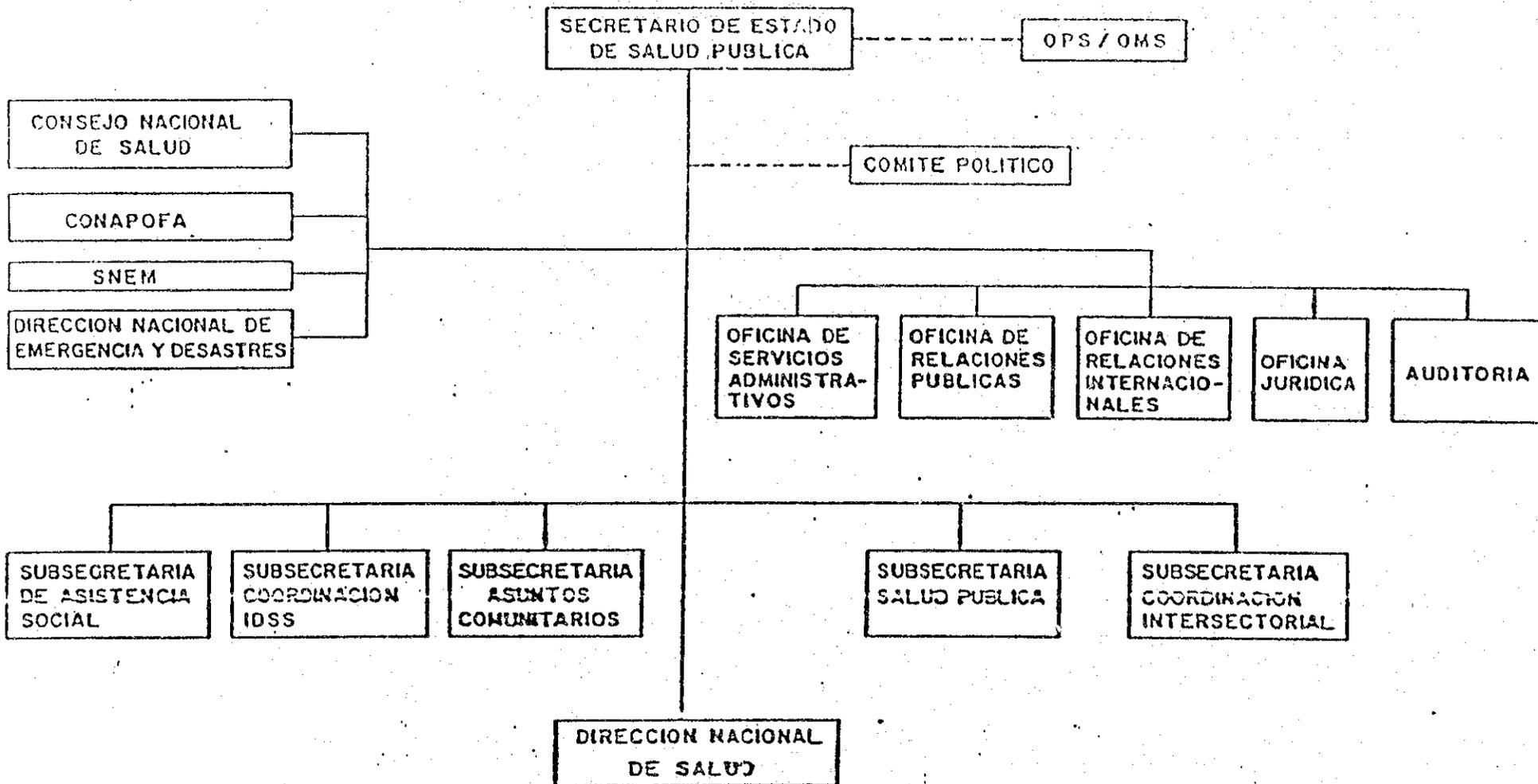
56

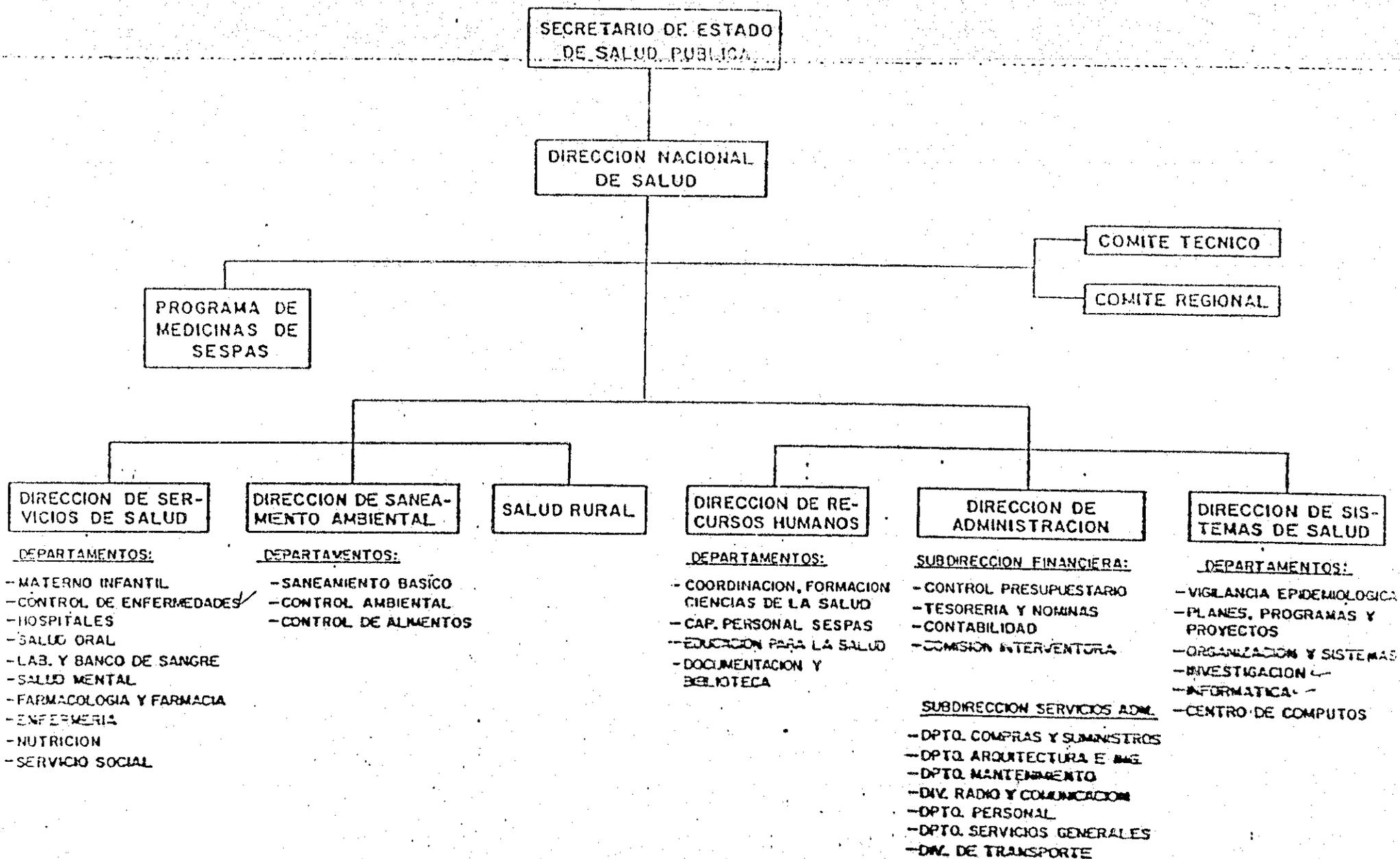
BIBLIOGRAPHY

- Sustainability of US Government Supported Health Projects in Guatemala: Summary Report, Draft, September, 1987.
- The Sustainability of U.S. Supported Health Programs in Honduras, Thomas Bossert et. al., July, 1987
- Marco de Referencia para un Politica de Personal, Clapp and Mayne, May, 1988.
- Health Systems Management Project Paper, USAID/Dominican Republic.
- Politica de Personal, Draft, SESPAS, May, 1988.
- Project Paper Amendment, Health Systems Management, USAID/Dominican Republic
- Work Statement, Clapp and Mayne Contract
- Health Financing Guidelines, AID/Washington, July, 1986
- Resumen de Evaluacion de Proyecto Especifico al Sistema de Servicios Basicos (SBS) en la Republica Dominicana, Robert LeBow et.al., Management Sciences for Health, May, 1983.
- Perfil, Fortalecimiento y Desarrollo del Sistema de Ingenieria y Mantenimiento Hospitalario, Organizacion PanAmericana de la Salud, Abril, 1988.
- An Evaluation of the Factors of Sustainability in the Lesotho Rural Health Development Project, AID, December, 1987.
- Informe Final Sobre la Asesoría a la SESPAS en Relacion al Mantenimiento de las Unidades Asistenciales, Ing. Humberto Alfonso, OPS, August, 1985, November, 1986 and February, 1986.
- Transportes, Primera Etapa, Lic. Eugenio Cantuarias and Dr. Melvin Andujar, OPS, October, 1984.
- Transportes, Segunda Etapa, Ing. Rafael Aquiles Ramirez and Lic. Eugenio Cantuarias, OPS, March, 1985.
- Logistics and Supplies Systems, Rodolfo Magana Petit, Management Sciences for Health, August, 1983.
- Maintenance Systems, David McCarthy, Management Sciences for Health, August, 1983.
- Clapp and Mayne Quarterly Technical Assistance Progress Reports.
- Minutes, Administrative Reform Coordinating Committee, SESPAS.
- Clapp and Amyne, Project Implementation Plans.

ORGANIGRAMA DE LA SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASIST. SOCIAL

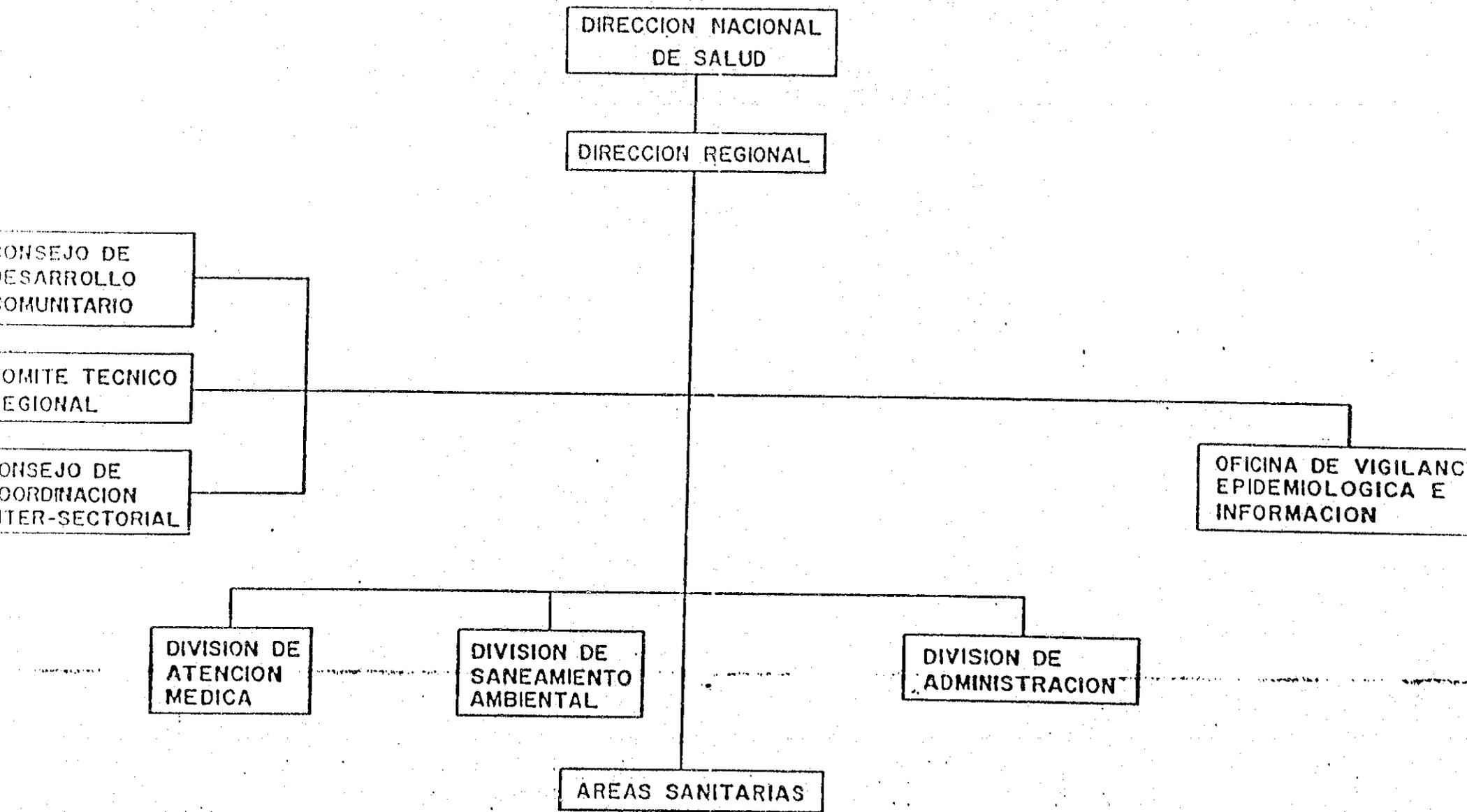
DESPACHO DEL SECRETARIO DE ESTADO





ORGANIGRAMA DE LA OFICINA FEDERAL DEL ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASIST. SOCIAL

NIVEL REGIONAL



SANTO DOMINGO

TOOLS RECOMMENDED FOR CENTRAL REPAIR SHOP

- 3 Bench Vises 4"
- 1 Electric Welding Machine 300 amps Gasoline driven
- 1 Set Gauges for oxygen and acetylene welding with hoses, tips and torch
- 1 Hydraulic Press 10 ton
- 2 24" pipe wrenches
- 1 3 pound Hammer
- 1 8 pound sledge Hammer
- 1 Floor Jack 4 ton
- 2 Hydraulic Jacks 4 tons
- 1 Hydraulic Jack 6 ton
- 2 Creepers
- 1 Hydraulic Press arbor
- 1 Porta Press
- 1 Set Body Dollies
- 1 Set Body Tools- Hammers and Small Dollies

- 1 18" Crescent Wrench
- 2 12" Crescent Wrenches
- 1 10" Crescent Wrench
- 3 Sets Hand Tools which include Metric and Standard
- 1 Set Screw Drivers
- 1 Electric Drill 1/2" Chuck
- 1 Electric Drill 1/4" Chuck
- 1 Electric Angle Grinder
- 1 Electric Drill 3/8" Chuck
- 1 Hydraulic Drill Press
- 1 1 ton Come-A-Long Chain Tackle
- 2 1/2 ton Chain Fall

Many of these tools could be used for General Plant Maintenance when need for an emergency Repair.

A clean shop equipped with the above tools will more than double the production plus improve satisfaction and efficiency. Would suggest

SEARS CRAFTSMAN TOOLS they are good quality and much more economical in price.

All Tools should be numbered with electric marking machine, All HAND Tools should be controlled by Chit system. Each Mechanic Having his number.

REGIONAL SHOP TOOLS

- ~~To organize a small Maintenance Shop that would be productive~~
- ~~they would need a small amount of hand tools such as:~~
- ~~voltage gauge~~
- ~~screw driver set~~
- ~~crescent wrenches 10" & 12"~~
- ~~Pipe wrench set 12"~~
- ~~hacksaw~~
- ~~vise 4" bench type~~
- ~~electrical pliers~~
- ~~insulated pliers~~
- ~~side cutter pliers~~
- ~~electric drills~~
- ~~hammer~~
- ~~Sears 112 piece of small tools~~
- ~~A few small tools and saws for the Carpenter~~
- ~~Pipe wrenches and cutters for the Plumber~~
- ~~All of the above plus other items needed to establish a workable,~~
- ~~Maintenance Shop organization would cost approximately US\$5,000.00~~
- ~~at a Sears store. *THE SEARS TOOL SET HAS METRIC AND STANDARD TOOLS. EACH TYPE ARE COMPLETE SETS.*~~
- ~~Gasoline at Bani costs \$3.50DR per gallon~~
- ~~Diesel Fuel at Bani costs \$2.51DR per gallon~~
- ~~At the time we were there the Electrical Engineer was repairing~~
- ~~Hospital equipment, or trying to with no tools or testers.~~