**Evaluación de la Estrategia de Apoyo
a la Reforma del Sector Salud de
USAID/RD y de la Correspondencia
de las Acciones de REDSALUD**

Remitido por:
**Deloitte Touche Tohmatsu Emerging Markets, Ltd.
(Emerging Markets Group)**

En Asociación con:
**El Instituto Internacional de Ciencia y Tecnología
(ISTI)**

Número de Contrato:
GHS-I-800-03-00031-00, Orden No. 02

Fecha:
28 Mayo 2004

CONTENIDOS

EQUIPO DE TRABAJO	III
ACRÓNIMOS	IV
RESUMEN EJECUTIVO	1
I. INTRODUCCIÓN	3
II. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN	4
A. OBJETIVOS	4
B. METODOLOGÍA	4
III. CONTEXTO DE LA REFORMA DE SALUD	5
A. AMBIENTE ECONÓMICO	5
B. AMBIENTE POLÍTICO	5
C. EL SISTEMA DE SALUD	5
D. PROYECTOS DE APOYO A LA REFORMA	7
E. APROBACIÓN DE LAS NUEVAS LEYES	8
IV. PROBLEMAS ESTRUCTURALES QUE ORIGINARON LA REFORMA	10
V. RESPUESTAS DE LA REFORMA A LOS DESAFÍOS	12
VI. PRINCIPALES LOGROS ALCANZADOS EN EL PROCESO DE REFORMA	15
VII. FACTORES QUE OBSTACULIZAN LOS AVANCES DEL SISTEMA	17
VIII. COHERENCIA, VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD DEL PROCESO	19
IX. USAID/DR HEALTH STRATEGY	20
X. EL PROYECTO REDSALUD Y SUS AVANCES	22
A. EL DISEÑO ORIGINAL DEL PROYECTO REDSALUD	22
B. LA ESTRATEGIA DE REDSALUD	22
C. LOS HALLAZGOS PRINCIPALES DEL PROYECTO REDSALUD	25
XI. RECOMENDACIONES PARA EL CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO	27

BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS.....	33
ANEXO I LISTA DE ENTREVISTAS	34
ANEXO II LOS GOBIERNOS DOMINICANOS Y LA REFORMA EN SALUD.....	37
ANEXO III PRINCIPALES RESULTADOS DEL PROCESO DE REFORMA.....	38
ANNEX IV PRINCIPALES PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA DOMINCANO DE SALUD, ABORDAJES ESTRATEGICO DE LA REFORMA Y RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	41
ANEXO V OPCIONES DE APOYO DE USAID A LA REFORMA EN EL MEDIANO PLAZO	45

EQUIPO DE TRABAJO

Dr. César Chelala

Dr. Jaime Arias

Lic. Cindi Cisek

Ing. Alejandro Moline

Ms. Karen Cavanaugh (USAID)

ACRÓNIMOS

ABT	Abt Associates
ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
AS	Areas de Salud
CAL	Central de Apoyo Logístico
CERSS	Comisión Ejecutiva de la Reforma del Sector Salud
CMD	Colegio Médico Dominicano
CNS	Consejo Nacional de Salud
CNSS	Consejo Nacional de la Seguridad Social
CONEP	Consejo Nacional de la Empresa Privada
DAS	Direcciones de Areas de Salud
Deloitte	Deloitte Touche Tohmatsu Emerging Markets, Ltd. (Emerging Markets Group)
DIDA	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados
DPS	Direcciones Provinciales de Salud
DR	Dominican Republic
EDA	Enfermedades Diarreicas Agidas
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
FHI	Family Health International
FMI	Fondo Monetario Internacional
IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
INSALUD	Instituto Nacional de Salud
INTEC	Technology Institute of Santo Domingo
IRA	Infección Respiratoria Aguda
ISTI	Instituto Internacional de Ciencia y Tecnologia
OAU	Oficinas de Atención al Usuario
OCT	Oficina de Coordinación Técnica
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PBS	Plan Básico de Salud
PDSPS	Proyecto de Desarrollo de los Servicios Provinciales de Salud
PF	Planificación Familiar
PIB	Producto Interno Bruto
PLD	Partido de la Liberación Dominicana
PMRSS	Proyecto de Modernización y Reestructuración del Sector Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRD	Partido Revolucionario Dominicano

PROMESE/CAL	Programa de Medicamentos Esenciales/ Central de Apoyo Logístico
PROSISA	Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud
PRSC	Partido Reformista Social Cristiano
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SISASRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SR	Salud Reproductiva
TB	Tuberculosis
TSS	Tesorería de la Seguridad Social
UMDI	Unidad de Modernización y Desarrollo Institucional
UNAP	Unidades de Atención Primaria
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	United Nations Children's Education Fund
UNIDOSIS	Asimismo se ha Iniciado la Dispensación de Dosis Unitarias
URO	Unidades de Rehidratación Oral
USAID	La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

RESUMEN EJECUTIVO

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) colabora con la República Dominicana en varias áreas y en el sector salud su estrategia se dirige al mejoramiento sostenible de la salud de las poblaciones más vulnerables por medio de varios proyectos, uno de los cuales es REDSALUD, contratado en Julio de 2000 con Abt Associates Inc. por un monto de US \$ 13.3 millones. El proyecto REDSALUD tiene un plazo de ejecución de cinco años, hasta el 2005, y busca apoyar la reforma y descentralización de salud de la República Dominicana. Con el fin de evaluar su estrategia y las actividades implementadas por REDSALUD, USAID contrató una evaluación con Deloitte Touche Tohmatsu y el International Science and Technology Institute (ISTI) la cual se realizó en la República Dominicana entre el 16 de marzo y el 4 de abril de este año, cuyos resultados se describen en este documento.

Contexto de las Reformas

Desde finales de los 1980s se inició la discusión de las posibles reformas al sector de salud y a la seguridad social en la RD; en el 2001 el Congreso aprobó las leyes 42-01 (Reforma del Sector Salud) y 81-01 (Reforma a la Seguridad Social). En la década de los 90 el país vivió una bonanza económica con crecimiento del PIB superior a 6.5% pero en el 2003 sobrevino una crisis cambiaria y fiscal que ha generado dificultades para la financiación de la salud y la implementación del nuevo sistema de seguridad social en salud.

Situación Actual

Si bien es cierto que se ha avanzado en la implementación de algunos procesos de reforma, en la creación de un nuevo marco jurídico regulatorio, en la constitución de las instituciones contempladas en la ley de seguridad social y en el inicio parcial del Seguro Familiar de Salud del régimen subsidiado en la región IV, existe una serie de factores perturbadores que suscitan dudas sobre la inminente y completa puesta en marcha de las reformas. Durante el año en curso tendrán lugar las elecciones presidenciales en el país, lo que crea incertidumbre por los posibles cambios en el gobierno que pudieran afectar el inicio de la reforma y la continuidad del proceso. Además de estos factores contextuales, se aprecia una ausencia de liderazgo en la conducción de los cambios, preocupación de algunos actores por los costos del Plan Básico de Salud, y las tarifas profesionales del sector.

Grandes Problemas de Salud de la RD y Situación Sanitaria

La RD tiene un sistema tradicional de salud caracterizado por bajas coberturas, deficiente calidad de algunos servicios, fragmentación de esquemas de financiamiento y prestaciones, bajo nivel de aseguramiento, alto e inequitativo gasto de bolsillo, ineficiente uso de los recursos, énfasis en la atención hospitalaria y en las acciones curativas y muy pobre regulación, control y vigilancia gubernamental. El grupo evaluador encontró que los principales problemas estructurales son: la baja cobertura y falta de equidad, un sistema muy centralizado con mínima autonomía en las regiones y provincias, ineficiencia por bajo nivel de gestión y debilidad en los programas de salud pública

Como consecuencia, la RD muestra unas tasas de mortalidad infantil y materna muy altas, insatisfacción por parte de los usuarios, presencia simultánea de enfermedades e infecciones

asociadas con la pobreza (EDA; IRA;VHI-SIDA; Desnutrición, TB y otras) mientras las enfermedades degenerativas como cáncer, trauma e hipertensión, aparecen ya entre las causas más frecuentes de consulta y hospitalización.

Respuesta de las Reformas

Las reformas apuntan a enfrentar los problemas más críticos con las siguientes políticas y medidas: ampliación de cobertura y mejoramiento de la equidad, reforzamiento de la rectoría, la regulación y la vigilancia, separación de funciones, descentralización, cambios de financiamiento de la oferta a la demanda, unificación de esquemas de aseguramiento, financiamiento, recaudo y prestaciones, apoyo a las acciones de atención básica, respaldo a los programas de salud pública, búsqueda de eficiencia y competitividad, mayor participación social en el sistema, aplicación de herramientas eficaces de gestión y adopción de sistemas de información integrales.

Hallazgos sobre la Estrategia de USAID y las Actividades de REDSALUD

El grupo evaluador encontró que la estrategia de USAID ha sido correcta, coherente y viable y que su sostenibilidad depende del curso de las reformas y de las políticas sanitarias del país. El enfoque de los programas es relevante y estos se han ejecutado conforme a los planes. En cuanto a REDSALUD, el grupo encontró adecuado el diseño original y los cambios que se han producido durante la ejecución del proyecto; las cinco generaciones de proyectos demostrativos han funcionado adecuadamente, y se aprecia satisfacción de los funcionarios regionales y provinciales de la región V de salud, lo mismo que por parte de las autoridades de salud del nivel central y la seguridad social. Para garantizar viabilidad se necesita madurar algunos proyectos en los próximos dos años y prolongar otros más allá de ese tiempo.

Recomendaciones

Para REDSALUD se recomienda en el **corto plazo** (2004 a 2005) apoyar a las nuevas autoridades del sector que puedan surgir a partir de agosto, consolidar los logros en la Región V, apoyar la obtención de documentos de identificación personal de potenciales afiliados subsidiados, asegurar la sostenibilidad de las acciones que se ejecutan y sistematizar y compartir las experiencias positivas del proyecto.

A **mediano plazo** se recomienda a USAID continuar apoyando las tres líneas de acción: apoyo a la gestión local en la Región 5; apoyo al nivel central (Sespas y nuevas entidades) y apoyo al ambiente político.

En el **largo plazo** se recomienda a USAID que previo diagnóstico del sector salud en 2006, se continúen respaldando las acciones de la reforma (manteniendo su participación activa en la mesa de diálogo, apoyando actores más comprometidos, coordinando esfuerzos con otras agencias, buscando sinergias con programas de USAID, apoyando la creación de “Think Tanks”) y fortaleciendo programas de salud pública con acciones que incidan en el mejoramiento de la salud de los más vulnerables (salud reproductiva, materna e infantil, VHI-SIDA, entre otros).

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de reforma del sector salud de la República Dominicana se inició en la década de los noventa, teniendo como propósitos fundamentales la ampliación de cobertura, el mejoramiento de la equidad y el incremento en la calidad de los servicios de salud. En el año 2001 se aprobaron la ley General de Salud y la ley de Seguridad Social, estableciendo el marco jurídico de las transformaciones que habrán de ocurrir en el sector. Más adelante, el 1 de noviembre del 2002, se inició el Seguro Familiar de Salud del régimen subsidiado en la Región IV del país.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) colabora con la República Dominicana en varias áreas importantes y su estrategia para el sector salud se dirige al mejoramiento sostenible de la salud de poblaciones vulnerables. En Julio del 2000, USAID firmó un contrato de US\$13.3 millones con Abt Associates Inc. para implementar el proyecto REDSALUD de apoyo a la reforma y descentralización del sector salud dominicano, el cual fue diseñado para ejecutarse en 5 años y está orientado a contribuir con el cuarto Resultado Intermedio (IR4) de la estrategia nacional de USAID que se orienta al mejoramiento de la eficiencia y equidad de los servicios básicos de salud del nivel local.

Con la finalidad de realizar una evaluación de su estrategia respecto a la reforma del sector salud y de las actividades implementadas por REDSALUD para contribuir con ella, USAID contrató a la empresa Deloitte Touche Tohmatsu y al Instituto Internacional de Ciencia y Tecnología (ISTI). Para esos propósitos, se conformó un equipo de evaluación constituido por cuatro consultores internacionales, un especialista local en el tema de la reforma del sector salud, y una asesora de USAID con amplia experiencia en el sector salud y en el proyecto REDSALUD. Este equipo llevó a cabo su trabajo en la República Dominicana desde el 16 de marzo hasta el 4 de abril 2004.

II. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

A. OBJETIVOS

The objectives of the evaluation, specified in the Statement of Work are the following:

1. Evaluar los progresos recientes en el diseño e implementación de las reformas y señalar los problemas claves del sistema de salud dominicano, haciendo especial énfasis en su relevancia, coherencia, viabilidad, y sostenibilidad.
2. Examinar la relevancia, coherencia, viabilidad, y sostenibilidad de la estrategia de USAID y las actividades implementadas por el proyecto REDSALUD.
3. Hacer recomendaciones de corto, mediano, y largo plazo que puedan ser utilizadas para rediseñar o ajustar la estrategias e intervenciones apoyadas por USAID.

B. METODOLOGÍA

El proceso de evaluación inició con la revisión y análisis de una amplia documentación relacionada con la reforma del sector, incluyendo la Ley General de Salud, y la que crea el Nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social así como sus reglamentos principales y los documentos fundamentales del proyecto REDSALUD, que incluyeron planes y programación y resultados de ejercicios anuales.

Al inicio de la evaluación se sostuvieron encuentros con el personal de USAID/RD y REDSALUD y se realizó una serie de visitas y entrevistas a profundidad con actores claves de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISASRIL), de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del Colegio Médico Dominicano (CMD), de la Comisión Ejecutiva de la Reforma del Sector Salud (CERSS), del Seguro Nacional de Salud (SENASA), y del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y de otras entidades relevantes. Con el fin de conocer otros puntos de vista se entrevistó a directivos de los proyectos del Banco Mundial, El Banco Interamericano de Desarrollo y de Prosisa, el programa de la Comunidad Europea.

Analizada la información de las entrevistas, se realizaron visitas de campo a la Región V de Salud para conocer algunas de las autoridades locales, los establecimientos clínicos y las organizaciones comunitarias vinculadas a las acciones del proyecto. Además, se visitó un hospital provincial de la Región I de salud con el propósito de contrastar resultados y se entrevistó a funcionarios provinciales de la SESPAS. El listado se encuentra en el Anexo I.

Organizada y procesada la información de campo, se sostuvieron encuentros entre los miembros del equipo de evaluación, se elaboró la versión preliminar del informe y se preparó una presentación para ser mostrada en USAID/RD con la finalidad realizar observaciones y sugerencias. Finalmente, se elaboró el informe actual.

III. CONTEXTO DE LA REFORMA DE SALUD

A. AMBIENTE ECONÓMICO

Según datos del Banco Central, a finales de la década de los noventa la República Dominicana tuvo un crecimiento económico del 9.4%, sustentado por un fuerte influjo de inversiones públicas y privadas. El gasto en salud –mayormente privado- se mantuvo cerca del 6.5% del Producto Interno Bruto (PIB), a pesar de lo cual no se obtuvieron mejorías sustanciales en los principales indicadores de salud. En la década que transcurre no ha podido mantenerse el crecimiento de la pasada y durante el 2003 el PIB decreció en 0.4% debido a la depreciación de la moneda nacional, al alto costo de los combustibles y a la crisis bancaria que estremeció el sistema financiero nacional.

La crisis y el desequilibrio macroeconómico del pasado reciente hicieron que el gobierno recurriera al Fondo Monetario Internacional (FMI) y el 11 de febrero del año en curso, el Directorio del FMI otorgó su visto bueno a un acuerdo de esa institución con el país que presenta numerosos condicionantes y controles, lo que significará disciplina y restricciones en el orden fiscal y monetario que necesariamente afectarán las inversiones del gobierno en los sectores sociales y tendrá por consiguiente una incidencia desfavorable en el gasto público en salud.

B. AMBIENTE POLÍTICO

La República Dominicana es una democracia representativa con separación de los poderes ejecutivo, judicial y congresional. El país ha avanzado institucionalmente después de largos años de dictadura a una sociedad más abierta en lo político, pero aún muy matizada por los asuntos partidistas, particularmente en períodos pre-electorales. Este ambiente es más impactante en el sector público, donde muchas de sus instituciones se sumergen en un letargo funcional, algunos de los funcionarios se ausentan para integrarse a las faenas políticas y se respira un aire de incertidumbre. En el país existe, desde 1991, una ley de Carrera Administrativa y Servicio Civil cuya aplicación ha sido lenta, particularmente en el sector salud, debido a la complejidad de los recursos humanos del mismo.

El año pasado el Congreso eliminó la restricción legal a la reelección presidencial. Las elecciones presidenciales serán el próximo 16 de mayo con mayores posibilidades de triunfo para los candidatos del Partido de la Liberación Dominicana (PLD), el Partido Revolucionario Dominicano (PRD) y el Partido Reformista Social Cristiano (PRSC). De producirse un cambio en el gobierno es previsible una gran remoción en las altas escalas gerenciales de las instituciones oficiales del sector salud que suele llegar a los niveles regionales, provinciales y locales, afectando la continuidad de los programas. En el Anexo II se presenta un resumen de la participación de los últimos gobiernos en el proceso de la reforma a la salud en la República Dominicana.

C. EL SISTEMA DE SALUD

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

El sistema de servicios de salud es de naturaleza mixta y está conformado por instituciones del sector público, privado y ONG's. El sector público incluye un conjunto de instituciones como la

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el Programa de Medicamentos Esenciales/ Central de Apoyo Logístico (PROMESE/ CAL), y el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y las nuevas entidades establecidas por la legislación del 2001. La SESPAS es un departamento del Gobierno organizado en los niveles central, regional y provincial integrado por 9 Regiones de Salud y más de 30 Direcciones Provinciales de Salud (DPS) y finalmente las Direcciones de Areas de Salud (DAS).

El primer nivel de atención está constituido por clínicas urbanas, rurales y consultorios de salud. Estos centros de salud constituyen la sede de las UNAPs (Unidades de Atención Primaria) de las cuales hay una o más por establecimiento. El segundo nivel de atención incluye los hospitales municipales y provinciales y el tercer nivel lo componen los hospitales regionales. De acuerdo con las Memorias de la SESPAS del 2002, ésta contaba en la fecha con 6 hospitales especializados, 8 hospitales regionales, 107 hospitales municipales, 22 hospitales provinciales, 615 clínicas rurales, 90 dispensarios médicos, 30 centros sanitarios y 159 consultorios.

MODELO DE ATENCIÓN

Predomina en el país un modelo de atención tradicional de tipo curativo, con énfasis en la hospitalización. Los establecimientos de salud ofrecen un total de 12.057 camas, o sea una cama por 720 habitantes y se calcula que en el 2002 había un promedio de 9 médicos por cada 10.000 habitantes. Ambas cifras indican que se podrían proveer servicios públicos de buena calidad a la totalidad de la población. Sin embargo, aun cuando se estima que el número de médicos es adecuado en términos generales, existe una concentración de este recurso en los centros urbanos. En cuanto a las enfermeras profesionales se considera que su número es bajo y buena parte no se encuentra debidamente calificada para su desempeño.

El modelo de atención del subsector público se ha caracterizado por la provisión gratuita de la atención de salud con financiamiento estatal, a pesar de que se han venido introduciendo otras modalidades como la recuperación de costos. Estudios sobre gasto demuestran que los usuarios se ven obligados a contribuir considerablemente con gastos de bolsillo. La atención en los servicios públicos se orienta hacia los grupos en pobreza crítica, pero un alto porcentaje de la población no pobre utiliza servicios públicos, especialmente en casos de internación, cirugía y tratamientos de alto costo.

El país tiene un importante sector privado proveedor de servicios de salud que se sustenta fundamentalmente en el pago directo. En las últimas décadas se ha venido desarrollando la medicina pre-pagada principalmente a través de las “iguales médicas” que también tienen la función de aseguramiento. Mientras que las facilidades de la SESPAS alcanzan todo el territorio nacional, el IDSS, algunas ONGs y las clínicas privadas se concentran principalmente en las zonas urbanas del país. El sector de las ONGs tiene un papel importante en la provisión de servicios de atención primaria, particularmente en el área de programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a poblaciones de bajos ingresos en áreas marginales..

SITUACIÓN DE SALUD

La República Dominicana ha experimentado una reducción de morbilidad por enfermedades transmisibles. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las cinco causas principales de consulta médica son la Infección Respiratoria Aguda (IRA), la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) la hipertensión arterial, el embarazo y las dermatosis. La desnutrición

sigue siendo un serio problema entre los más pobres, particularmente en los niños, y las tasas de las enfermedades diarreicas y respiratorias continúan siendo elevadas entre los menores de cinco años. Los índices de mortalidad infantil y materna son superiores a muchos países con un grado similar de desarrollo socioeconómico. De acuerdo con fuentes oficiales, la tasa de mortalidad infantil estimada es de 34.4 por 1.000 nacidos vivos para 2000-2005 (Indicadores Básicos de Salud 2002. República Dominicana, SESPAS-OPS).

La mortalidad materna es un indicador útil no solo para medir la situación de salud sino también el acceso y la calidad de los servicios. Es relevante que a pesar que alrededor de un 98% de partos son institucionales las cifras de mortalidad materna continúan siendo muy elevadas. De acuerdo a las cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) del 2002, la mortalidad durante el primer año de vida para el quinquenio 1997-2002 se estimó en 31 por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna para el período 1992-2002 fue de 178 por cada 100.000 nacimientos. La inadecuada alimentación de las mujeres embarazadas conduce a que un alto porcentaje de niños nazcan con bajo peso, lo que disminuye sus posibilidades de sobrevivencia.

El sector salud evidencia una serie de desigualdades de cobertura por seguros, niveles de gasto y calidad del servicio. Por ejemplo, sólo el 4.2 % de la población de bajos ingresos tiene cobertura de seguro de salud, en contraste con el 41% de cobertura por estos servicios de la población con niveles de ingreso medianos o altos. En lo que respecta al gasto en salud, se calcula que alrededor del 30% de los ingresos de los hogares más pobres se destinan a gastos en salud, cifra que es menor en los sectores más pudientes. Se ha calculado que el 30% en el sector de mayores ingresos utiliza los servicios de la SESPAS y a la vez, el 30% de quintil más pobre tiene que pagar los servicios en la red privada. Hacia 1995, las principales fuentes de financiamiento de la salud en la República Dominicana eran las finanzas de los propios hogares (75.1%), teniendo el Estado un nivel de participación muy bajo (14.4%). La baja cobertura por seguros de salud, particularmente para los más pobres, los altos gastos de bolsillo para el cuidado de su salud, las altas tasas de enfermedades diarreicas y respiratorias en los menores de cinco años y las altas tasas de mortalidad infantil y materna configuran un panorama general de inequidad y de baja calidad de servicios.

D. PROYECTOS DE APOYO A LA REFORMA

Banco Mundial (BM)

El Banco Mundial apoyó a la reforma de salud en la República Dominicana con el proyecto de Desarrollo de los Servicios Provinciales de Salud (PDSPS). Tal proyecto incluyó un préstamo de \$30 millones y una contribución del Gobierno de \$12 millones por un valor total de \$42 millones, se inició en 1998 y está por terminar el 30 de junio de 2004. Tiene tres componentes: el primero para financiar nuevas modalidades para brindar servicios básicos a poblaciones desatendidas; el segundo para desarrollar mecanismos de fortalecimiento del financiamiento y la asignación de recursos en el sector salud y para impulsar la contratación local a nivel piloto; y el tercero para apoyar a la SESPAS en sus funciones de fijación de políticas y de regulación de los servicios. El proyecto se desarrolla intensamente en la Región 4 de Salud. El proyecto ha apoyado a los esfuerzos de vacunación de la SESPAS, la rehabilitación de hospitales, la capacitación en reforma de hospitales, la introducción de un sistema computerizado de información, la planificación para la reorganización de la red de servicios de salud, un inventario de personal de salud para las provincias de la Región 4 y la adquisición de vehículos.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

El Banco Interamericano de Desarrollo ha apoyado la reforma con el Proyecto de Modernización y Reestructuración del Sector Salud (PMRSS) que fue aprobado en 1997, con financiamiento de US\$75 millones; inició su ejecución en 1998 y concluye en 2005. El Proyecto tiene cuatro componentes: el primero de formulación de políticas; el segundo de apoyo a la SESPAS y al PROMESE; el tercero de apoyo al IDSS y al sistema de seguridad social; y el cuarto de experiencias pilotos en áreas de atención primaria y especializada.

Unión Europea (UE)

La Unión Europea apoya a la reforma en salud a través del Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud (PROSISA) que comenzó en 2000 y terminará sus operaciones en el 2005. Este programa tiene una donación de la Unión Europea de 12 millones de Euros y una donación gestionada por el Ordenador Nacional de los Fondos Europeos de Desarrollo de 1.5 millones de Euros. PROSISA tiene tres componentes: el primero de Refuerzo Institucional; el segundo de Gestión de Recursos Humanos; y el tercero de Medicamentos y ejecuta proyectos locales en la Región Nordeste.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

USAID apoya la reforma en salud con el proyecto Reforma y Descentralización en Salud (REDSALUD), que comenzó en 2000 y continúa hasta 2005 apoyado con una donación de USAID de \$13.3 millones. El proyecto tiene tres componentes: primero, de apoyo a la gestión local de servicios de salud que se ejecuta en la Región 5 (Región Este); segundo, de apoyo al nivel central de SESPAS; y tercero, de apoyo al ambiente político. Se ejecuta a través de un contrato de USAID con la firma de Abt Associates y cinco socios—Development Associates, el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), Family Health International, George Washington University, y American Manufacturers Export Group (AMEG).

E. APROBACIÓN DE LAS NUEVAS LEYES

El 8 de marzo del 2001 se aprobó la ley General de Salud (42-01) y el 9 de mayo del mismo año la que crea el nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01), fundando las bases legales para una nueva etapa en el campo de la salud y la seguridad social. La ley 42-01 establece que la rectoría del sistema de salud corresponde a la SESPAS, mientras que la 87-01 establece que la rectoría del subsistema de salud de la seguridad social es responsabilidad del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS).

Además, la Ley General de Salud determina que la SESPAS debe promover gradualmente la separación de las funciones de rectoría y provisión de servicios, indicando que sus establecimientos de salud deberán conformar una nueva modalidad de oferta de servicios; además, crea el Consejo Nacional de Salud (CNS) como entidad de participación social, asesoría y apoyo a la SESPAS. Así mismo, la ley establece que la SESPAS sea la máxima autoridad sanitaria, responsable de diseñar y aplicar las políticas y planes de salud en todo el país y ordena que las funciones de rectoría se desconcentren hacia las representaciones locales en todo el territorio nacional. La norma legal provee disposiciones generales concernientes a la acreditación y funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas.

La Ley de Seguridad Social (87-01) por su parte determina el financiamiento del sistema, las prestaciones generales de salud que deberán entregarse y cómo los afiliados van a acceder a las mismas. El espíritu fundamental es que toda la población tenga cubierta las necesidades básicas de salud a través de un sistema de seguridad social universal, que no discrimine por condición ni régimen a los afiliados del sistema.

Para el desarrollo del sistema la ley dispuso la creación de varias entidades como son: el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), y las Superintendencias de Salud y Riesgos Laborales (SISASRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), entre otras. El Seguro Familiar de Salud inició con el régimen subsidiado en la Región IV de Salud el 1 de noviembre del 2002. Ha comenzado la reestructuración de los servicios públicos de salud en la Región y hasta el momento existen cerca de 35,000 afiliados subsidiados que han sido reconocidos por la TSS.

IV. PROBLEMAS ESTRUCTURALES QUE ORIGINARON LA REFORMA

Existe una serie de problemas de carácter estructural cuyos efectos dieron origen a la crisis del sistema de salud dominicano motivando las propuestas de modernización y reforma del mismo. Entre los problemas estructurales destacamos los siguientes:

a) Cobertura Insuficiente y Falta de Equidad

La cobertura de servicios integrales de salud ha sido insuficiente y deficiente para los dominicanos, particularmente para los más pobres que son cerca de la mitad de la población. Algunos estudios plantean que los servicios organizados y regulares sólo llegan a aproximadamente tres cuartos ($\frac{3}{4}$) de la población. Pese a que el país ha dispuesto de una gran cantidad de médicos y camas hospitalarias, los mismos han estado inadecuadamente distribuidos, privilegiando los grandes centros urbanos y las áreas de mayor desarrollo.

Ha existido una marcada diferencia en oportunidad, integridad, efectividad y calidad entre los servicios recibidos por la población más pudiente y la de menores recursos. Así mismo, el país ha exhibido altas tasas de mortalidad materna infantil y una gran incidencia de enfermedades transmisibles que han afectado a las poblaciones más pobres. Más del 80% de la población -91% en la zonas rurales- ha carecido de alguna forma de aseguramiento de salud, lo que hace más impactante el problema del gasto familiar.

b) Instituciones de Salud Centralizadas y Verticalizadas

Un análisis del organigrama que hasta hace poco prevaleció en la SESPAS permite afirmar que la institución ha estado organizada de acuerdo al modelo tradicional de los ministerios de salud de la región que concentran una cantidad de funciones en una estructura rígida y verticalizada, con poca capacidad de adaptarse efectivamente a las modificaciones de un entorno cambiante y con un liderazgo limitado a su estructura interna. A esos problemas hay que añadir la poca institucionalidad y transparencia en el funcionamiento general, así como la fuerte presencia de una cultura paternalista y clientelista en el manejo de los recursos financieros y humanos.

c) Ineficiencia por el Bajo Nivel de Gestión

La ineficiencia administrativa se manifiesta en baja productividad de los recursos humanos, equipos e infraestructura; baja ocupación de camas; bajos índices de uso de quirófanos, etc. Los problemas de gestión se han evidenciado también en el uso de sistemas desactualizados para el manejo gerencial, en una cultura organizativa autoritaria; en el poco espacio que ha tenido la participación de la comunidad; en la mínima obligación que ha existido de rendición de cuentas por parte de las autoridades responsables; en los deficientes sistemas de selección y promoción del personal y en la baja utilización de controles y de sistemas de información gerencial.

d) Multiplicidad de Esquemas de Aseguramiento

En el sistema dominicano han convivido varios esquemas de aseguramiento, cada cual con su propia organización y modo de financiación. Los más pudientes han estado asegurados a través de las igualas o en esquemas de seguros privados; un sector de trabajadores de bajos ingresos ha

estado afiliado al IDSS; los militares y policías tienen sus propios servicios y otro tanto los del sector financiero estatal, los educadores, médicos y enfermeras, mientras que una gran mayoría de la población ha carecido de aseguramiento formal. Además, el sector del aseguramiento ha funcionado en forma fragmentada y bajo la ausencia de esquemas de regulación.

e) Gasto Público en Salud Insuficiente e Inadecuado

De acuerdo con los datos de las Cuentas Nacionales, el gasto nacional en salud en 1996 fue 6.5% del Producto Interno Bruto (PIB), correspondiendo al sector público el 1.5%. El gasto per cápita anual en salud fue de US\$72, del cual la internación hospitalaria consumió el 20%, la consulta el 60% y sólo el 10% fue destinado a servicios preventivos. Además, según la misma fuente, del total del gasto familiar ambulatorio, el 61% correspondió a medicamentos.

f) Debilidades en las Acciones de Salud Pública

La población en alto riesgo es amplia y ha estado desprotegida; las acciones de salud colectiva han estado dirigidas desde el nivel central y han operado en forma vertical. Varios programas se sostienen con apoyo internacional lo que puede significar que una vez suspendido tal apoyo podrán dejar de ser sostenibles o se demeritarían. La situación sanitaria es deplorable en muchas zonas del país, particularmente en lo relativo a disposición de basuras y de excretas, control de zoonosis y provisión de agua potable.

V. RESPUESTAS DE LA REFORMA A LOS DESAFÍOS

Una vez identificados en el país los problemas estructurales del sistema dominicano de salud hacia finales de los ochenta se empezó a diseñar una serie de proyectos y programas para responder efectivamente a ellos. Revisando y analizando las propuestas de esos proyectos y el Programa de Modernización y Reforma del Sector Salud, así como las legislaciones vigentes, se identificó un conjunto de cursos estratégicos comunes que mostramos en los párrafos que siguen y que apuntan a cuatro objetivos claves: equidad, eficiencia, eficacia y calidad.

a) Ampliación de Cobertura

La ampliación de cobertura, por lo menos de los servicios prioritarios de salud, es la aspiración fundamental y se encuentra en el centro de prácticamente la totalidad de las propuestas de reformas. Se apunta no solo a ofrecer servicios integrales de mejor calidad sino a que éstos se provean a través del aseguramiento formal.

b) Separación de Funciones y Reforzamiento de la Rectoría, la Regulación y la Supervisión

El sistema de salud dominicano se ha caracterizado por poseer unas pocas instituciones centralizadas y verticalizadas que concentran gran cantidad de funciones, lo que las hace ineficientes e inefectivas. La reforma plantea la separación y especialización de funciones en una estructura más pequeña, racional y horizontal que permitirá a las diferentes entidades concentrarse en el ejercicio de funciones específicas con mayor calidad y eficiencia. Es particularmente importante la propuesta de separación del financiamiento y la provisión de servicios, ya que con esta modalidad de asignación de recursos se puede generar un tipo de relación comprador/ vendedor de mayor calidad de los servicios y de transparencia en el uso de los recursos. El modelo propuesto pretende reforzar el rol central de las instancias estatales para el ejercicio de las funciones de rectoría, regulación y supervisión. Para un sistema complejo, conformado por tantos actores institucionales, se entiende como imprescindible el capacitar y dotar de condiciones e instrumentos técnicos adecuados a las instancias estatales correspondientes, para que puedan estar en capacidad de un mejor ejercicio de sus funciones.

c) Cambio del Financiamiento de la Oferta por el Financiamiento a la Demanda

Históricamente el sistema público de salud dominicano ha dirigido el financiamiento hacia la oferta de servicio y no a la demanda. El modelo de presupuestación que prevaleció durante muchos años fue de carácter histórico e institucional, sin prácticamente considerar variables de producción. La modalidad implícita en las propuestas de reforma generaría una variación en el sistema permitiendo que el financiamiento sea llevado a los centros de salud por el usuario de los servicios, a quien se subsidia. Con este cambio se busca generar una competencia saludable entre los centros de atención, lo que incidirá en la mejora progresiva de los niveles de calidad y atención a los usuarios.

d) Fortalecimiento de la Salud Pública

Uno de los objetivos de la separación de funciones es el reforzamiento de las funciones esenciales de salud pública con lo que se acrecentaría el rol rector y regulador de la SESPAS, así

como lo concerniente a los importantes trabajos de salud colectiva. Parte sustancial de la Ley 42-01 se refiere a la modernización de la estructura y funciones de salud pública, en lo que podría considerarse un código sanitario actualizado.

e) Centralización Normativa y Descentralización Operativa

Se busca transferir progresivamente el poder de decisión y gestión de operación a los niveles locales ya que quienes están más cerca de los usuarios tienen mejor información y más motivación para servir. Sin embargo, la desconcentración y descentralización de funciones debe contar con un adecuado marco normativo y un efectivo sistema de supervisión que garantice seguridad a los niveles centrales en la transparencia y efectividad del uso de los recursos. Tendrán una definición central las normativas, las políticas generales, los sistemas gerenciales y procedimientos normalizados. Aun cuando se instituye el Plan Decenal de Salud, la planificación y operación de los servicios será desconcentrada y descentralizada.

f) Asignación de Recursos por Resultados. Penalizaciones e Incentivos

La adquisición de servicios y la asignación de recursos estarán mediadas por instrumentos como son los convenios y contratos; en ellos se establecerán los términos y las condiciones de la contratación. Estos convenios y contratos definirán el pago por resultados y establecerán penalizaciones e incentivos dependiendo del nivel de cumplimiento entre las partes.

g) Desarrollo de un Sistema Formal de Aseguramiento Universal con un Plan Básico de Salud (PBS) y Capitación

Se busca desarrollar un sistema integrado de aseguramiento de carácter universal, con una oferta básica de servicio única y similar para todos los afiliados, que utilice un mecanismo de pago por capitación para las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y para las demás modalidades de aseguramiento público o privado.

h) Logro de Mayores Niveles de Participación Social y Rendición de Cuentas

El espíritu de participación, control y rendición de cuentas atraviesa transversalmente todas las propuestas de reforma y en las leyes se establecen numerosas instancias para el intercambio, la coordinación y negociación entre los actores. Además, se contempla la posibilidad de gestión y supervisión social en diferentes instancias.

i) Acciones que Privilegian la Atención Primaria

El marco legal de la reforma, los programas y proyectos y una gran cantidad de propuestas y acciones institucionales apuntan al desarrollo y reforzamiento de las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Se entiende que esta orientación redundará en mejores niveles de salud para la población y en una situación de dificultades materiales y económicas se estarán privilegiando intervenciones más costo/ efectivas para el país. La ley de seguridad social establece la atención primaria como puerta de entrada al sistema con el supuesto de que habrá un buen nivel resolutivo como instancia de racionalización y de contención de costos.

j) Desarrollo de Sistemas de Información Amplios e Integrables

El sistema de salud dominicano adolece de deficiencias en el registro, procesamiento y utilización de información para la toma de decisiones. La reforma plantea la información como un activo fundamental y un insumo clave de gestión del mismo. En este sentido, se busca disponer de un Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica en el ámbito de la salud y de un Sistema Único de Afiliación e Información. Los sistemas de información deberán tender a la automatización para lo cual se deberá procurar el equipamiento y la existencia de redes y sistemas informáticos especializados; los sistemas serán normalizados para que no exista variabilidad entre los mismos y sea posible la integración de los distintos sistemas entre sí.

k) Desarrollo de un Sistema de Recaudo y Afiliación Único

Se propone un sistema de recaudación único que permita controlar las duplicaciones y las afiliaciones múltiples, maneje las informaciones integradas y pueda ser de control y supervisión fáciles de utilizar.

VI. PRINCIPALES LOGROS ALCANZADOS EN EL PROCESO DE REFORMA

Hasta el momento, la reforma sólo puede exhibir algunos logros intermedios que podrían ser llamados de proceso. Sin embargo, todavía no es significativo el impacto en las variables fundamentales de cobertura y calidad. Los principales logros que pudieron ser identificados durante el estudio se presentan de manera específica y detallada en el Anexo III de este documento. A continuación se describen los logros de forma general.

a) Establecimiento del Nuevo Marco Legal y Regulatorio

Con la promulgación de la Ley General de Salud (42-01) y de la Ley que crea el Nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01) se definió el marco jurídico que sustenta el proceso de reforma del sector salud de una manera coherente e integral. Además, los reglamentos requeridos para la operativización de ambas leyes han sido desarrollados, habiéndose promulgado un buen número de ellos y estando en vía de elaboración casi la totalidad de los restantes.

b) Creación de Instituciones del Nuevo Sistema de Seguridad Social

El Nuevo Sistema de Seguridad Social contempla una amplia constelación de instituciones oficiales, las cuales han sido ya creadas y funcionan en una etapa inicial de desarrollo. Entre las mismas podemos señalar: el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA). Todas disponen de un equipamiento básico adecuado y de un personal que refleja un buen nivel técnico y administrativo.

c) Generación de Espacios de Coordinación, Negociación y Supervisión Social entre los Principales Actores del Sector

Ambas leyes están dotadas de un amplio espíritu democrático y participativo. En muchas instancias institucionales de carácter normativo y operativo se contemplan espacios plurales de coordinación, negociación y supervisión donde participan el gobierno, los representantes de los usuarios del sistema, los gremios empresariales, el Colegio Médico, los sindicatos y la sociedad civil. El funcionamiento del Consejo Nacional de Salud (CNS) y del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) evidencia este resultado.

d) Sensibilización General en Torno a la Reforma del Sector

Se percibe que prácticamente todos los actores están sensibilizados positivamente en torno a las conveniencias generales del proceso de reforma a la salud y a la seguridad social. Las contradicciones ideológicas del pasado en torno a la naturaleza y el modelo de sistema han dado paso a la confrontación de intereses corporativos o de aspectos técnicos concretos. Sin embargo, no se manifiestan diferencias antagónicas, sino más bien coyunturales, que pueden ser superadas en procesos de negociación colectiva.

e) Inicio del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado en la Región IV de Salud

El primero de noviembre del 2002 se inició el Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado en la

Región IV de salud. Este acontecimiento formal abrió un proceso que puede exhibir ciertos logros. Entre los mismos pueden destacarse: las acciones de reorganización de las Unidades de Atención Primaria (UNAPs) de la región para poder brindar las atenciones que le corresponden del Plan Básico de Salud; la conformación formal y los esfuerzos internos de constitución de la red de establecimientos de la SESPAS como el Servicio Regional de Salud Sur Profundo; la firma del primer Convenio de Gestión entre dos instituciones públicas, el Seguro Nacional de Salud (SENASA), como comprador y el Servicio Regional de Salud Sur Profundo, como vendedor d) la habilitación provisional de la red pública y otros establecimientos de salud que fue realizada por la SESPAS en la Región; e) la afiliación de cerca de 35,000 subsidiados del SENASA en la Región y la entrega a los mismos de los primeros carnés de la seguridad social; y la realización del primer pago de la seguridad social efectuado por el SENASA a Sur Profundo por servicios prestados a sus afiliados a partir de la presentación de una factura.

f) Proceso de Separación de Funciones de la SESPAS

Con lentitud pero en forma irreversible se ha iniciado la separación de las funciones principales que concentra la SESPAS. Por un lado, ha comenzado la desconcentración de las funciones de rectoría y provisión de servicios con la aprobación del reglamento y la autorización de la SESPAS Central hacia la conformación del Servicio Regional Sur Profundo, al permitirle a este servicio regional el manejo del financiamiento que obtiene del SENASA por vía de la contratación para la venta de servicios.

g) Comienzo de la Preparación de una Masa Crítica de Personal Técnico y Administrativo para Gestionar el Sistema

Tanto las grandes jornadas de capacitación como las enseñanzas del proceso mismo, han ido conformando un personal clave en las áreas técnicas y administrativas de las instituciones del sistema, lo que se evidencia como uno de lo más importante legados del proceso. Esta masa crítica aún es una minoría en relación a la totalidad del sistema, pero es un activo institucional que está llamado a hacer un gran aporte en el proceso.

h) Mejora de la Infraestructura, Equipamiento e Implementación de Sistemas Informáticos

Sin ser propiamente un objetivo central, las acciones de reforma han realizado contribuciones puntuales en la infraestructura de instituciones públicas del sistema, tanto en los niveles centrales como en los locales. Sin embargo, donde sí se evidencia un gran cúmulo de intervenciones es en lo concerniente a la dotación equipos informáticos, redes de comunicación y sistemas de información automatizados. Estas mejoras son un soporte importante de las acciones de fortalecimiento institucional.

VII. FACTORES QUE OBSTACULIZAN LOS AVANCES DEL SISTEMA

En esta sección se presentan los principales factores generales que fueron identificados como obstáculos actuales al proceso de reforma e implementación de la seguridad social en salud en la República Dominicana.

a) Problemas con el Financiamiento de la Seguridad Social

En el último año y medio la tasa del dólar, que es una variable fundamental en el nivel de precio debido al alto componente externo de los bienes y servicios producido en el país, prácticamente se ha triplicado, generando un proceso inflacionario que ha alterado desfavorablemente el costo del Plan Básico de Salud (PBS). Así mismo, la República Dominicana ha firmado con el Fondo Monetario Internacional (FMI) un acuerdo que restringe las posibilidades de gasto del gobierno. Además, del Presupuesto Nacional, se tendrá que destinar más de un 40% al pago de compromisos externos. Esos factores cuestionan y amenazan sensiblemente las posibilidades de un amplio financiamiento del régimen subsidiado por parte del Gobierno. Un factor agravante es que la crisis por la que atraviesa el país ha elevado el desempleo lo que reduce la masa contributiva e incrementa el volumen de financiamiento que tendría que aportar el Estado. Por el lado del régimen contributivo, los salarios han sido aumentados en un tope que no sobrepasa el 20% y estudios realizados indican que las cotizaciones de los empleados y empleadores no son suficientes para cubrir el per cápita requerido con las nuevas estimaciones del PBS.

b) Superposición de Roles y Conflictos entre los Actores Principales del Sistema

En las definiciones de las funciones de algunas de las instituciones que se crean con la nueva Ley de Seguridad Social se podrían establecer ciertas confusiones entre los roles de rectoría y regulación, lo que en la práctica tiende a que se generen superposición y conflictos entre los mismos. Estos conflictos, matizados por excesos de protagonismos de algunos actores han dificultado la coordinación para la puesta en marcha del sistema.

c) Falta de Liderazgo y de Coordinación entre Proyectos y Programas de Reforma

El sistema carece de un liderazgo visible y localizado lo que contribuye a profundizar la dispersión de los actores centrales. La falta de liderazgo ha obstaculizado la necesaria construcción de una visión sistémica que permita la programación y armonización adecuada de los esfuerzos que realizan las distintas instituciones que trabajan en la gestión e implementación del sistema. El proceso de reforma carece de una adecuada conducción estratégica ya que ni la SESPAS, ni ninguna otra institución del Estado, han asumido esta función en la práctica. La no existencia de un plan estratégico de reforma y la carencia de un verdadero espacio de coordinación de los proyectos y programas de reforma han conducido a que los esfuerzos no estén armonizados, en ocasiones sean contradictorios y se superpongan o dupliquen.

d) Carencia de Personal Capacitado Suficiente para Implementar un Proceso Muy Complejo

En los contactos y entrevistas realizadas se pudo percibir la existencia de un buen nivel técnico y ejecutivo en la mayoría de los actores con responsabilidades sustantivas en el sistema. Sin

embargo, lo anterior no es la generalidad y es posible que el país confronte dificultades por tal vez no poseer la suficiente masa crítica gerencial para impulsar un proceso de cambio con tan altos niveles de complejidad, particularmente en los niveles regional, provincial y local.

e) Deficiencias en la Ruta Crítica del Proceso

En el campo de la seguridad social el país ha establecido plazos de inicio del sistema que no se han cumplido. Parece que existen dificultades en la identificación de las necesidades claves, en la respuestas que se debe dar a las mismas y en el monitoreo del cumplimiento de las responsabilidades pactadas; esto es sólo un reflejo de ciertas debilidades en la dirección y gestión global del proceso y la ausencia de una ruta crítica para la implantación de las reformas.

f) Inestabilidad Laboral

Los cambios de gobierno cada 4 años y a veces las sustituciones de la dirección de una institución dentro de un mismo gobierno ocasionan cambios en el personal, lo que muchas veces significa la salida de funcionarios ya experimentados de las áreas técnicas y administrativas. De esta forma se pierde parte de los esfuerzos de capacitación realizados y además se aborta la posibilidad de que se vaya generando una memoria histórica que identifique y registre los procesos de cambios progresivos de su institución.

g) Baja Institucionalidad de la SESPAS

La Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) es la institución clave del proceso de reforma del sector salud. Sin embargo, se evidencian una serie de debilidades que dificultan que la misma asuma adecuadamente el liderazgo del proceso. Igualmente, existe una gran inercia interna que resiste o no incorpora en forma sostenible muchas de las acciones de reforma realizadas. Además, no se ha socializado una propuesta en su interior que permita la integración activa de su personal al proceso de cambio y modernización.

VIII. COHERENCIA, VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD DEL PROCESO

En el Anexo IV se muestra un cuadro que relaciona en forma simple los principales problemas históricos estructurales del sistema dominicano de salud, sus abordajes estratégicos y resultados generales. Del análisis del mismo se puede colegir que las acciones de reforma han sido coherentes con relación a los problemas estructurales del sistema y que se han logrado avances importantes aun cuando no definitivos. El proceso es viable y sostenible en la medida que se mantenga el apoyo político para que ello ocurra.

AMENAZAS A LA REFORMA

El proceso de reforma y seguridad social ha avanzado lentamente debido a factores que pueden amenazar la viabilidad actual del proceso y su sostenibilidad futura. Algunos de ellos son:

- a) La situación económica, y en particular los incrementos en la tasa de cambio que han afectado los supuestos iniciales que se habían definido.
- b) El desempleo, que disminuye los potenciales afiliados contributivos y aumenta la carga de subsidios del estado.
- c) La indefinición en torno a las tarifas profesionales y el costo del Plan Básico de Salud (PBS)
- d) Los pagos de la deuda externa y los compromisos fiscales que éstos generan, lo que representa dificultades para que el estado pueda cumplir con los recursos necesarios para los subsidiados, con la parte correspondiente de los contributivos públicos y posteriormente, con el aporte complementario de los contributivos subsidiados.
- e) Que las instituciones estatales del sistema continúen sin coordinación efectiva y que el Estado se siga presentando débil y fragmentado en una serie de decisiones claves para el avance del proceso.
- f) Incertidumbre sobre el compromiso con la continuidad del proceso por parte de las nuevas autoridades si hay cambio en el gobierno.
- g) Que en función de sus intereses particulares alguno de los sectores puedan abusar de su capacidad de veto en el seno del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS).

Tanto la seguridad social como la transformación y modernización del sector salud se implementan bajo un esquema gradual que busca ir generando progresivamente las condiciones necesarias del proceso, sin producir traumas imprevistos y catastróficos en los principales actores del sistema. El acceso universal, el equilibrio financiero del sistema, la prestación de servicios con efectividad y eficiencia, la mejora en las condiciones de salud de la población serán los factores claves que podrán hacer sostenible el proceso. Para lograr esto se requiere una conducción efectiva por parte de las entidades rectoras en sus niveles más altos: la SESPAS y las nuevas entidades de dirección de la seguridad social.

IX. USAID/DR HEALTH STRATEGY

Desde década de los años 70, USAID ha apoyado los esfuerzos de la República Dominicana en el sector salud y ha sido el principal organismo de apoyo a los programas nacionales de Salud Reproductiva (SR) y planificación familiar (PF), lo que ha posibilitado avances importantes en éstas áreas. Además, USAID ha sido una fuente importante de recursos y asistencia técnica para mejorar la salud materno-infantil. Apoyó al Gobierno en la implementación de los programas de atención primaria luego de la reunión de Alma-Ata y fue la fuente principal de recursos y asistencia técnica para el inicio del programa de prevención del VIH/SIDA a finales de la década de los 80's y continúa prestando una colaboración fundamental en esta área.

En el 2002, USAID definió su estrategia para el sector salud correspondiente al período 2002-2007 con el objetivo principal del mejoramiento sostenido en la salud de poblaciones vulnerables en la República Dominicana. Como parte de esta estrategia se han identificado cuatro áreas de acción o de resultados intermedios. Las tres primeras responden a situaciones de alto riesgo para la salud de la población dominicana, como son: prevención y atención de VIH/SIDA, sobrevivencia infantil y salud reproductiva/ planificación familiar. Una cuarta área es la reforma del sector salud que cruza transversalmente y es la base organizacional de las primeras tres. Aun cuando el “mejoramiento sostenible de la salud de las poblaciones vulnerables en la República Dominicana” no se logrará solamente por los esfuerzos de USAID, se espera que este organismo pueda hacer una contribución sustancial a disminuir el impacto negativo de estos problemas.

La estrategia de USAID enfoca sus acciones en grupos poblacionales especialmente vulnerables, definidos como aquellos que viven bajo el nivel de pobreza, con énfasis en niños, adolescentes y mujeres en edad reproductiva. De la misma manera, las intervenciones en VIH/SIDA también estarán enfocadas hacia las poblaciones de más alto riesgo. Se entiende que las mejoras en la salud de la población contribuirán a la reducción de la pobreza, ya que una fuerza de trabajo saludable tendrá menos gastos de medicamentos y será productiva por períodos de tiempo más extendidos, lo que posibilitará que las familias conserven sus ingresos. La estrategia de reforma del sector salud está a su vez involucrada en reformas políticas y sociales que promueven la participación de la sociedad civil y de los gobiernos locales, tanto provinciales como municipales. Además, la estrategia de salud apoya los esfuerzos de USAID en temas relacionados como son la reducción de la pobreza, las reformas de políticas, la sociedad civil, la gobernabilidad local y la colaboración estratégica con otros organismos.

La estrategia de USAID se apoya sobre el supuesto que los programas de otras instituciones financieras internacionales tales como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, así como donantes como la Comunidad Europea y los programas de las organizaciones de apoyo técnico como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el United Nations Children's Education Fund (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) continuarán sus actividades sin mayores demoras ni alteraciones. También se espera que las reformas llevadas a cabo durante la administración del actual presidente semantendrán en los gobiernos siguientes y que el personal técnico nombrado tendrá estabilidad.

USAID tiene tres importantes razones para apoyar el proceso de reforma de salud en la República Dominicana. En primer lugar, se busca la sostenibilidad de sus esfuerzos en el área, lo que solamente se asegura a través de un sector financieramente equilibrado que proporcione

los servicios fundamentales a toda la población. Segundo, se promueve un enfoque en la atención materno-infantil, la salud reproductiva y el combate contra las enfermedades infecciosas, especialmente el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria, haciendo énfasis en las poblaciones más vulnerables. Tercero, la importancia de la relación de la República Dominicana con los Estados Unidos permite que USAID apoye el tema de reforma del sector por las contribuciones que ésta tendría en la construcción de una sociedad más democrática y una economía mejor preparada para enfrentar la globalización y luchar contra la pobreza.

X. EL PROYECTO REDSALUD Y SUS AVANCES

A. EL DISEÑO ORIGINAL DEL PROYECTO REDSALUD

El proyecto REDSALUD fue concebido por un equipo de consultores del Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud en Diciembre del 1998. El diseño original enfatizó la necesidad de tener flexibilidad para ajustar las prioridades y orientación según los cambios que se sucedieran durante la ejecución del proyecto, así como la importancia de diversificar los riesgos para alcanzar una diversidad de actores gubernamentales y no-gubernamentales. Además, se incluyó la creación de “fondos” para estimular e impulsar a las organizaciones dispuestas a tomar la iniciativa en la implementación de las acciones de reforma. El diseño conceptual tiene dos grandes componentes: 1) Fortalecimiento del proceso de descentralización, y 2) Creación de condiciones positivas para políticas de salud y reforma de largo plazo con actores gubernamentales y no-gubernamentales. El diseño fue exitoso y ha marcado la línea de los programas, permitiendo hacer ajustes en la medida de lo necesario.

B. LA ESTRATEGIA DE REDSALUD

USAID contrató a Abt Associates para la implementación del proyecto REDSALUD, quien presentó una propuesta con tres grandes estrategias: 1) Implementar redes innovadoras de servicios de salud en catorce DPS, 2) Fortalecer la capacidad de la SESPAS para apoyar la descentralización, y 3) Desarrollar un ambiente político favorable a nivel nacional, provincial, y local.

Aunque el proyecto original contempló la participación de REDSALUD en un máximo de 14 DPS, en la actualidad se realizan acciones de apoyo local en 5 provincias que conforman la Región V de Salud. La concentración del trabajo de REDSALUD en esa Región fue resultado de una iniciativa gubernamental para organizar los proyectos de apoyo a la reforma del sector salud.

1. IMPLEMENTAR REDES INNOVADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS PROVINCIAS

REDSALUD ha desarrollado varias generaciones de proyectos demostrativos que se muestran a continuación.

1ª Generación: Actividades innovadoras para fortalecer la salud pública

El enfoque de los proyectos demostrativos de primera generación ha sido fundamentalmente el fortalecimiento gerencial de los responsables de estos programas, las DPS y los proveedores del primer nivel. Los programas han sido utilizados como vehículo para introducir y desarrollar intervenciones de apoyo a la gestión bajo la hipótesis de que una mejor gestión llevaría a mejorar los programas y su impacto y que, además, contribuiría a mejorar la ejecución de otros programas, lo que está ocurriendo en la actualidad.

En la provincia de El Seibo, REDSALUD está apoyando a varias unidades de atención primaria (UNAPs) en el fortalecimiento de la atención efectiva de las enfermedades diarreicas agudas (EDA). Este enfoque fue identificado por la Dirección Provincial de Salud (DPS) como una prioridad debido a varias causas medioambientales. El proyecto también ha ayudado a los hospitales y las UNAPs a instalar Unidades de Rehidratación Oral (UROs) para atender a los niños que llegan deshidratados. También en las provincias de la Romana y Hato Mayor, REDSALUD está apoyando el fortalecimiento de la gestión del Programa Ampliado de

Inmunizaciones (PAI) para aumentar la cobertura. Estos proyectos funcionan bien y han logrado mejorar la cobertura de vacunas y reducir la incidencia de enfermedades diarreicas. Otro componente importante de esta estrategia es la formación de grupos de apoyo comunitario alrededor de las UNAPs. Con estos grupos se busca promover los servicios, brindar información y educación, y vigilar la atención.

2ª Generación: Actividades innovadoras para fomentar una cultura de atención al usuario

REDSALUD ha ayudado instalar oficinas de atención al usuario (OAU) en 14 hospitales de la región. Este apoyo ha permitido la adecuación y equipamiento de las oficinas, incluyendo la instalación de señalización interna y externa, capacitación al personal en computación, cursos de relaciones humanas y diseño de un programa de verificación de derechos (registro de pacientes), así como charlas y reuniones de sensibilización del personal de los hospitales. Es importante destacar que esta idea surgió en la región como derivación de las acciones desarrolladas por el proyecto FONHOSPITAL en el hospital Antonio Mussa, y por su conveniencia fue ampliada y ofrecida a otros hospitales. También se ha organizado el Comité Regional de las OAU cuya principal responsabilidad es la de velar por el desarrollo y buen funcionamiento de estas oficinas en los hospitales. Este comité además elabora la reglamentación interna y estrategias para responder a la reforma.

El equipo tuvo la oportunidad de visitar a varias OAUs de la Región V percibiendo que existe una buena valoración de ellas por parte de los usuarios. La mayoría de las oficinas están funcionando bien y su utilidad se incrementará con la entrada del sistema de seguridad social. Es importante señalar que también se observó una OAU, la del Hospital Regional Antonio Mussa, que estaba desatendida durante la visita y en otras se notó que todavía hace falta desarrollar más la cultura de atención al usuario. En general, los logros dependen mucho de la capacidad y disposición de contrapartes locales y las experiencias varían en cada establecimiento de la región.

3ª Generación: Actividades para fomentar la gestión hospitalaria

REDSALUD ha firmado siete convenios con 14 establecimientos hospitalarios para analizar la cartera de servicios, y hacer determinación de costos, productividad, presupuestación prospectiva y mejorar el sistema de información gerencial. REDSALUD ya terminó los ejercicios de cartera de servicios, costeo y análisis de productividad; el próximo paso es la capacitación en presupuestación prospectiva. Con base en la información obtenida a través del trabajo de cartera de servicios, análisis de costos y determinación de productividad los hospitales se realizó un taller de negociación con el SENASA en donde se identificaron el tipo, la cantidad, y la calidad de los servicios que los prestadores de la Región V podían ofertar a la administradora de riesgos de salud pública.

El programa de post-grado en gestión de servicios de salud también representa una contribución clave al futuro del sistema en la Región. El equipo contempló varios ejemplos de motivación del personal que participa en el programa y de capacidad para aplicar lo que están aprendiendo en su trabajo diario.

4ª Generación: Actividades para apoyar el inicio de la seguridad social

La finalidad esencial de este proyecto es apoyar la creación y desarrollo de las condiciones mínimas necesarias para que la seguridad social pueda iniciar en la Región V. Muchas de las acciones de este proyecto han apoyado a las nuevas instituciones de la seguridad social. En este

sentido, se apoyó a la SISALRIL en la definición de su estructura orgánica y operativa, en la elaboración de sus reglamentos básicos y en la definición y costeo del Plan Básico del Salud (PBS). Así mismo, RESALUD ha apoyado al SENASA en el levantamiento de la información de los afiliados subsidiados de la Región, en el diseño de un software para su registro, en la definición y costeo de los paquetes de servicios que serán comprados a los distintos proveedores y en la elaboración de mecanismos de pago y contratación. También se ha apoyado a la DIDA en la definición de la estrategia de organización y defensa de los afiliados a la seguridad social en la Región V y en su estrategia general de información, educación, y comunicación.

El Seguro Familiar de Salud del régimen subsidiado comenzó oficialmente en la Región V el 1 de abril del 2004. Sin embargo, todavía hay mucho trabajo pendiente para que el sistema funcione adecuadamente en la Región.

5ª Generación: Actividades para fomentar la creación de una red de servicios

Este proyecto reciente tiene como objetivo fomentar la creación de una Red de Servicios en la Región V. Se incluye el diseño de la plataforma de gerencia y control, los servicios, los recursos humanos, los recursos físicos y financieros, y la información para que las instalaciones de salud en la Región V puedan empezar a funcionar y a organizarse como red de proveedores.

2. FORTALECER LA CAPACIDAD DE LA SESPAS PARA APOYAR LA DESCENTRALIZACIÓN

El objetivo principal de este componente es apoyar a la SESPAS en el desarrollo de su estrategia de desconcentración y descentralización, así como en el desempeño de sus roles de rectoría; se busca apoyar la transición de SESPAS desde una entidad centralizada y poco eficiente hacia una más flexible, horizontal, y dotada de mayor capacidad para el ejercicio de las funciones esenciales. En las entrevistas realizadas durante la evaluación, varios actores señalaron que en un principio fue difícil el apoyo técnico de REDSALUD a la SESPAS Central ya que la entidad se resistía a los conceptos de descentralización, además de que algunos señalaban que el interés del proyecto era privatizar los servicios de salud. Con el tiempo, fueron aclaradas las confusiones y en la actualidad este componente tiene como propósito servir de enlace entre el apoyo a la gestión local y el nivel central, con la finalidad de que exista un mecanismo de réplica e institucionalización de los resultados exitosos que se alcancen con los proyectos demostrativos.

3. DESARROLLAR UN AMBIENTE POLÍTICO FAVORABLE

Este componente tiene como objetivo principal contribuir a la mayor comprensión y coordinación entre actores técnicos y políticos del sector salud para crear un ambiente favorable a la planificación y ejecución de la reforma. REDSALUD apoyó, con asesorías técnicas, la participación en comisiones, la formación de coaliciones y la promoción de las propuestas, la formulación y aprobación de las dos grandes leyes del sistema, así como de los reglamentos complementarios. Este componente también ha contribuido a la participación social y a la viabilidad política de los proyectos demostrativos en la Región V.

Además, se ha ejecutado un proceso de capacitación continua en el tema de la reforma dirigido a los actores del sistema de salud, las organizaciones comunitarias y los periodistas.

C. LOS HALLAZGOS PRINCIPALES DEL PROYECTO REDSALUD

El cuadro siguiente muestra la correspondencia de la estrategia de USAID/RD y la estructura del proyecto REDSALUD.

CORRESPONDENCIA DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE USAID/RD Y LA ESTRUCTURA DEL PROYECTO REDSALUD	
Estrategia USAID	REDSALUD
RI 4: Aumento de la eficiencia y la equidad de servicios de salud primaria en niveles locales.	Objetivo General: Contribuir a mejorar el acceso, la equidad, la calidad y la sostenibilidad de servicios básicos de salud, en especial los que están dirigidos a la población más pobre y vulnerable.
Fortalecer la capacidad gerencial de áreas de salud y direcciones provinciales.	a) Apoyo al fortalecimiento de los servicios locales de salud
Aumento de la capacidad del sistema de salud para implementar una estrategia efectiva de descentralización.	b) Apoyo al nivel central de la SESPAS.
Mejorar el ambiente de políticas de salud para la reforma.	c) Apoyo al desarrollo y sostenimiento de un ambiente político favorable para la reforma del sector salud.

Como se observa en el cuadro anterior es muy alta la correspondencia entre los componentes del proyecto REDSALUD y el Resultado Intermedio 4 de la estrategia de USAID/RD. Analizando las acciones de REDSALUD se puede afirmar que los esfuerzos y resultados del proyecto han sido coherentes con la estrategia de USAID/RD, aunque no la han logrado realizar en su totalidad. Ellos representan aportes significativos dentro de un proceso complejo que rebasa las dimensiones y la temporalidad del proyecto. Un elemento para destacar es que las acciones de REDSALUD en la Región V apoyan la salud pública, el nivel primario y el especializado, por lo que sobrepasan el ámbito del RI 4 que solo se refiere a los servicios de salud primaria.

En el momento en que se encuentra el proceso de reforma del sector salud dominicano es muy difícil hablar aún de resultados significativos en la cobertura y la calidad de los servicios. Sin embargo, el proyecto REDSALUD puede exhibir muchos resultados intermedios, básicamente con las contribuciones técnicas que realiza en la Región V de Salud. Esta Región se encuentra en la actualidad en vía de responder a las demandas de transformación que le exige la entrada de la seguridad social, su nivel de preparación es superior al de otras regiones y por eso el CNSS la escogió como la segunda región en incorporarse al nuevo sistema. Sin lugar a duda se puede afirmar que la diferencia de la Región V con algunas de las otras regiones de salud del país descansa fundamentalmente en el apoyo brindado por REDSALUD.

Uno de los resultados principales que el equipo de evaluación pudo observar en la Región V es de orden intangible pero de enorme importancia; nos referimos al cambio de mentalidad y al respaldo absoluto a la reforma que manifestaron la totalidad de las personas entrevistadas.

Analizando las evidencias que sirvieron de base a la evaluación, se puede afirmar que el proyecto REDSALUD ha realizado y realiza contribuciones importantes a la reforma del sector salud en la República Dominicana y todos los actores con funciones claves dentro del sistema entrevistados manifestaron su valoración y satisfacción clara hacia el proyecto.

Además, el proyecto REDSALUD está integrado por un personal muy profesional y capaz que demostró un buen conocimiento de las acciones, los actores, la geografía, la cultura y los establecimientos que trabajan con el proyecto. El legado de estos recursos humanos nacionales, formados y capacitados durante la ejecución del proyecto, será un aporte adicional para el sistema.

En los párrafos siguientes se muestran de forma más específica los principales resultados de las acciones de REDALUD que fueron detectados por el equipo evaluador.

- Apoyo a UNAPs en el fortalecimiento de la atención efectiva de las enfermedades diarreicas agudas (EDA).
- Instalación de Unidades de Rehidratación Oral (UROs) para atender a los niños deshidratados.
- Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para mejorar la gestión y aumentar la cobertura.
- Respaldo a la conformación de grupos de apoyo comunitarios alrededor de las UNAPs.
- Instalación de Oficinas de Atención al Usuario (OAU) en 14 hospitales de la región.
- Charlas y talleres de sensibilización al personal de los hospitales.
- Organización del Comité Regional de las OAU.
- Firma de siete convenios con 14 establecimientos hospitalarios para:
 - Análisis de cartera de servicios.
 - Determinación de costos y productividad.
- Apoyo a la SISALRIL en:
 - La definición de una estructura orgánica y operativa.
 - La elaboración de sus reglamentos básicos.
 - La definición y costeo del Plan Básico de Salud (PBS).
- Apoyo al SENASA en:
 - El levantamiento de la información de los afiliados subsidiados de la Región V.
 - El diseño de un software para su registro.
 - La definición y costeo de los paquetes de servicios que serán comprados a los distintos proveedores.
 - La elaboración de mecanismos de pago y contratación.
 - En la visita a dos importantes experiencias de reforma en América Latina (Chile y Colombia).
- Apoyo a la DIDA en:
 - La definición de la estrategia de organización y defensa de los afiliados a la seguridad social en la Región V.
 - Su estrategia de información, educación y comunicación.
- Apoyo al consenso y la difusión de temas sobre la reforma de salud en la República Dominicana.

XI. RECOMENDACIONES PARA EL CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO

Corto Plazo: El período de 15 que resta de ejecución del Proyecto REDSALUD; de Abril 2004 a Julio 2005.

PARA REDSALUD

Las recomendaciones para los 15 meses que quedan del proyecto buscan consolidar los avances en el ámbito de la región V y sentar las bases para la próxima fase del 2005 al 2007.

a) Apoyar las nuevas autoridades del sector que puedan surgir a partir de agosto 2004.

Se sugiere que REDSALUD elabore y desarrolle una estrategia explícita de apoyo que proporcione orientación y capacitación a los nuevos responsables y profesionales de la Región V de Salud y del Nivel Central. La misma deberá estar disponible en caso de operarse algún cambio en las autoridades a partir de agosto del presente año. Sería muy conveniente que para estos fines se integraran otras instancias que contribuyen con la reforma, como son la CERSS y PROSISA.

b) Consolidar los logros en la Región V de salud

Se recomienda continuar con las acciones ya iniciadas y con las previstas a comenzar, como son el sistema de prestaciones ambulatorias de medicamentos y el de referencia y contrarreferencia, entre otras. Además, se sugiere que la experiencia de apoyo comunitario que ha venido respaldando los programas de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se pueda expandir a otras áreas, como son VIH/SIDA, salud materno infantil y salud reproductiva.

Especial énfasis debe ponerse al apoyo técnico para la conformación del Servicio Regional de Salud de la Región Oriental y para que las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) se constituyan en las expresiones provinciales de rectoría y salud pública de la Región.

c) Apoyar la obtención de documentos para la inscripción en la seguridad social de los subsidiados de la Región V

Son comunes los casos de carencia de cédulas de identidad personal y de actas de nacimiento entre la población subsidiada de la Región, lo que constituye una restricción para la inscripción en el nuevo sistema de seguridad social. Se sugiere que REDSALUD apoye cualquier iniciativa regional que busque agilizar y facilitar la obtención de los documentos.

d) Asegurar la sostenibilidad de la acciones que se ejecutan

Para garantizar la sostenibilidad de las acciones que REDSALUD ha venido ejecutando se sugiere:

- Analizar con INTEC la posibilidad de institucionalizar el postgrado en gestión de servicios de salud y/o de expandirlo hacia una maestría. De ser posible, apoyar al INTEC en la formulación de un plan de negocios para lograr un financiamiento sostenible de tal programa.

-
- Analizar la viabilidad del uso de computadoras en las unidades de atención primaria con poco volumen de usuarios, poco flujo de electricidad y bajas condiciones de seguridad. Además, ver si es posible disminuir la subutilización buscando usos complementarios. Así también, evaluar la posibilidad de transferir a los usuarios la garantía de los servicios de mantenimiento de los equipos informáticos.
 - Ampliar los nexos con instancias de la sociedad civil organizada como FINJUS, Foro Ciudadano, Participación Ciudadana, ANJE y COPADEBA, para que asuman y apoyen el tema de reforma en salud.
 - Analizar la pertinencia de que el proyecto apoye la creación de consenso en torno a temas críticos como son la falta de acuerdo sobre el costeo del Plan Básico de Salud, las posposiciones para el inicio del régimen contributivo, y la viabilidad y sostenibilidad financiera del sistema.
 - Estudiar la posibilidad de asignar personal que resida en la región V, ya que la carga de transporte es muy grande si todo el equipo vive fuera de la región.
 - Analizar la posibilidad de tener un asesor en asuntos políticos, ya que éstos requieren especial atención, particularmente en un año en el que, cualquiera sea el resultado de las elecciones, se anticipan grandes cambios.

e) Sistematizar y compartir las experiencias positivas del proyecto en la Región V

Se recomienda documentar, evaluar, sistematizar y compartir las experiencias y herramientas que han funcionado adecuadamente en la Región destacando los cambios que han resultado de las innovaciones. Para la difusión se sugiere recurrir a las instancias del sistema de salud, las universidades, la prensa y otros medios. Entre las experiencias se podrían destacar:

- Los ejercicios de análisis de contabilidad de costos en hospitales, incluyendo el proceso de capacitación, el intercambio de experiencias y los incentivos que se han usado para reconocer los destacados.
- La orientación funcional y práctica del postgrado y el proceso competitivo de selección de participantes.
- Las Unidades de Atención al Usuario como un mecanismo para mejorar la calidad de los servicios y la organización de las consultas. Además, el sistema de información instalado en las mismas permite el reconocimiento de los afiliados de la seguridad social y apoya la facturación.
- La participación comunitaria con el PAI y EDA.

PARA USAID

En el corto plazo se recomienda para USAID lo siguiente:

a) Aprovechar todas las oportunidades a su alcance para difundir los avances de la reforma del sector salud. Además, llevar a discusión algunos temas importantes, como son:

- El servicio civil y la carrera administrativa para el sector público de salud, con base en el Decreto 1282-00.

- La descentralización y fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud.
 - El problema de afiliación al seguro de salud familiar por falta de documentos de identificación que afectan especialmente a mujeres y niños pobres.
 - La garantía del financiamiento público de la seguridad social para los subsidiados, contributivos públicos y contributivos subsidiados.
- b) Asegurar que otras actividades en el área de salud, tales como el proyecto CONECTA, trabajen con abordajes consistentes con la reforma y con los cambios anticipados en el sistema de salud.***
- c) Fomentar que la SESPAS, como institución rectora del sector, asuma la coordinación de las acciones de cooperación y financiamiento externo, sea a través de la Unidad de Modernización Institucional o cualquier otra instancia interna.***
- d) Apoyar la recolección, el análisis y la difusión de información sobre el desempeño del sector salud que busque nutrir el debate y mejorar la toma de decisiones, tales como las cuentas nacionales de salud, estudios basados en la Endesa, estudios de satisfacción de usuarios, costeos de servicios, análisis de la productividad y de la inversión pública en construcción y equipamiento de hospitales.***

Mediano Plazo: el período de 26 meses entre la conclusión del proyecto REDSALUD, en julio 2005, y el fin de la estrategia actual de USAID en septiembre de 2007.

PARA USAID

Se considera que en mediano plazo USAID debe continuar con las tres líneas de acción establecidas en el proyecto REDSALUD: a) apoyo a la gestión local en la Región V, b) apoyo al nivel central, y c) apoyo al ambiente político. Además, en vista de las necesidades que confrontan las nuevas instituciones que han surgido con el sistema de seguridad social, se sugiere el apoyo a las mismas, lo que ya ha venido ocurriendo con REDSALUD en la práctica.

a) Apoyo a la gestión local en la Región V de Salud:

- En el fortalecimiento y replicación de herramientas y procesos desarrollados a través de REDSALUD.
- En la consolidación de las funciones de rectoría local y salud pública de las DPS.
- En gestión de servicios, incluyendo carteras de servicios, costos, presupuestos, contabilidad y facturación.
- En la consolidación legal y operativa del Servicio Regional de Salud.
- En la participación activa de la comunidad.
- En la modernización de la gestión hospitalaria.
- En el fortalecimiento de sistemas de auditoría técnica, financiera, y clínica.

-
- En la creación de alianzas entre los sectores públicos y privados para hacer los servicios de salud más eficientes y ágiles.

b) Apoyo al nivel central de la SESPAS:

- En el diseño y desarrollo del sistema de monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud.
- En las funciones de rectoría central (vigilancia, regulación, normatización).
- En las funciones esenciales de salud pública.
- En la habilitación de establecimientos públicos, comenzando en la Región V.
- En el manejo y formación de recursos humanos, incluyendo la implementación del servicio civil y la carrera administrativa.
- En la función de coordinación de la cooperación externa.
- En la definición, estandarización de instrumentos operativos e implementación de las instancias desconcentradas y descentralizadas (DPS y Servicios Regionales de Salud).

c) Apoyo al ambiente político

- Se sugiere que USAID aproveche toda oportunidad para insertar los temas de la carrera administrativa y descentralización de los Servicios Regionales en el diálogo político. Se puede difundir las experiencias de reclutamiento de carrera basado en méritos de los sectores justicia, medio ambiente y ministerio público.
- Apoyo a la sociedad civil organizada:
 - En el monitoreo del desempeño del sistema de salud, especialmente el gasto de bolsillo, el acceso y utilización de servicios públicos y privado según nivel de ingreso, las respuestas para los indocumentados y la productividad de los servicios públicos.
 - En la difusión de información y definición de una estrategia con los medios de comunicación.
 - En el desarrollo de iniciativas de capacitación de recursos humanos en gestión en salud y en enfermería.
 - En la movilización e integración de las comunidades en instancias de gestión y supervisión del desempeño del sistema de salud.

d) Apoyo a las nuevas instituciones de la seguridad social (CNSS, SISALRIL, SENASA, DIDA)

- Con asesoría técnica y apoyando la acciones de desarrollo institucional y asesoría técnica.
- En el desarrollo y la implementación del régimen subsidiado, incluyendo su promoción, la identificación y afiliación de personas de mayor riesgo, organización de redes de proveedores, contratación de servicios, auditoría, etc.
- En iniciativas que busquen el financiamiento sostenible del sistema.

En el AnexoV se pueden contemplar algunas opciones que USAID tendría para continuar las acciones de reforma en el mediano plazo.

Largo Plazo: El período de siete a diez años que inicia a partir con la elaboración de la próxima estrategia de USAID en el 2007

RECOMENDACIONES PARA USAID

Es difícil anticipar las necesidades de apoyo del sistema de salud para el largo plazo en un medio ambiente cambiante e inestable. Además, se tendrá que realizar un diagnóstico del sector salud en el 2006 de cara a la elaboración de la nueva estrategia. De todas formas consideramos que USAID, en el largo plazo, debe seguir apoyando al país en las acciones de reforma y salud pública que incidan en el mejoramiento de las condiciones de vida de los grupos sociales más pobres y vulnerables. En salud pública se sugiere una concentración en los servicios prioritarios de salud reproductiva, materna e infantil y el combate a las enfermedades infecciosas incluyendo al VIH/SIDA. En el área de la reforma se presentan unas consideraciones claves:

- Que USAID mantenga su lugar en la mesa de diálogo sobre la reforma en salud.
- Que se apoye a los actores altamente comprometidos y bien orientados en sus esfuerzos de cambio.
- Que se coordinen los esfuerzos con otras agencias financieras y de cooperación, evitando duplicaciones.
- Que se busquen puntos de contactos y sinergia con las acciones que apoya USAID en otros sectores, especialmente democracia y gobernabilidad.
- Que se fomente la amplia participación social en el proceso.
- Que se apoye la creación de "thinks tanks" independientes para generar una masa crítica de la sociedad civil que se ocupa de relacionarse con el sector salud y de contribuir a crear consensos políticos en las próximas etapas de la reforma.

BIBLIOGRAFÍA

- SESPAS/ONFED/UE/PROSISA. *Una Reforma para estar en salud*. República Dominicana. 2004.
- Rathe, M. *Salud y Equidad: Una Mirada al Financiamiento de la Salud en la República Dominicana*. Macro International Inc. 2003.
- Consejo Nacional de Salud. *Reglamento de Provisión de las Redes de los Servicios Públicos de Salud*. República Dominicana. 2003.
- Consejo Nacional de Salud. *Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones del Sistema Nacional de Salud*. República Dominicana. 2003.
- Consejo Nacional de Salud. *Reglamento Sobre los Regímenes de Contratación de la SESPAS Para la Provisión de los Servicios de Salud Pública*. República Dominicana. 2003.
- Consejo Nacional de Seguridad Social. *Reglamento del Régimen Subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social*. República Dominicana. 2003.
- SESPAS/DIGEPI. *Análisis de Situación de Salud de la República Dominicana 2003 (Borrador)*. 2003.
- SESPAS/OPS. *Indicadores Básicos de Salud 2002*. República Dominicana.
- CNSS/DIDA/CERSS. *Cosas Que Hay Que Saber Sobre la Seguridad Social*. República Dominicana. 2002.
- OPS. *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de la República Dominicana*. República Dominicana. 2001.
- REDSALUD. *Planes de Trabajo y Acciones llevadas a cabo desde el comienzo del proyecto (2001-2004)*.
- Ley General de Salud No. 42-01. 2001.*
- Ley que crea el Nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01. 2001.*
- Saltman, R.B. y Figueras, J. *Reformas Sanitarias en Europa*. Ministerio Español de Sanidad en Europa. 1998.
- Oficina de Coordinación Técnica (OCT). *Salud: Visión de Futuro*. República Dominicana. 1996.

ANEXOS

ANEXO I LISTA DE ENTREVISTAS

MIERCOLES 17/03/04

9:00 a.m. Reunión de coordinación con equipo

4:00 p.m. Sr. Patricio Murgueytio – REDSALUD-

JUEVES 18/03/04

8:30 a.m. Sr. David Losk, Sarah Majerowicz, Marina Taveras -USAID-

12:00 p.m. Dr. Manuel Tejada - SESPAS –

3:00 p.m. Sr. Patricio Murgueytio y Equipo de REDSALUD

VIERNES 19/03/04

9:00 a.m. Reunión equipo de trabajo

SABADO 20/03/04

9:00 a.m. Dr. Ignacio De Oleaga Usategui - PROSISA-

10:00 a.m. Alberto Fiallo – EX Director Ejecutivo de la CERSS-

LUNES 22/03/04

9:00 a.m. Lic. Chanel Rosa - SENASA –

10:00 a.m. Dr. Mena – ANDECLIP -

11:00 a.m. Dra. Socorro Gross, Representante de OPS, Dr. Gerardo Alfaro

3:00 p.m. Sr. Patricio Murgueytio – REDSALUD-

5:00 a.m. Sra. Jaqueline Gonzalez, Consultora SENASA, Sra Maria Elena Tapia, Coordinadora SISUM, Dr. Adolfo Sagredo, PROMESA

7:30 p.m. Dr. Fulgencio Severino, encargado de la SS en el Colegio Médico Dominicano

MARTES 23/03/04

11:00 a.m. Dra. Alma Bobadilla – SENASA-

4:00 p.m. Dr. Bernardo Defilló – SISALRIL-

MIERCOLES 24/03/04

9:00 a.m. Lic. Nélsida Marmolejos - DIDA –

10:00 a.m. Lic. Arismendy Díaz Santana – Gerente General SS-

1:00 p.m. Gisela Quiteria -BANCO MUNDIAL-

2:30 p.m. Josué Ceballos – BID-

7:30 p.m. Carmen Adames -INSALUD-

JUEVES 25/03/04

9:00 a.m. Dra. Martha Butler, Directora CONECTA

2:15 a.m. Sarah Majerowicz, Marina Taveras -USAID-

3:00 a.m. Luis González, Manuel Ortega, Don Harrinton, Lissette Dumit -USAID-

VIERNES 26/03/04

9:00 a.m. Reunión equipo de trabajo

SABADO 27/03/04

9:00a.m. Reunión equipo de trabajo

DOMINGO 28/3/04

Viaje a Bayahibe, Región V

LUNES 29/03/04

8:30 a.m. Visita a Los Mulos, encuentro con técnicos y representantes de organizaciones comunitarias

10:00 a.m. Hospital Provincial La Altagracia, Higüey, encuentro con Dr. Héctor Peguero, Director.

12:00 a.m. Dra Mercedes Torres, Directora Provincial El Seybo

2:00 p.m. Dra. Francisca Gil, Directora, Hospital Provincial El Seybo

3:30 p.m. Clínica Rural de Miches

MARTES 30/03/04

9:30 a.m. Dirección Provincial de Hato Mayor, encuentro con la Dra Raquel Ogando

11:00 a.m. Clínica Rural Villa Ortega, Hato Mayor

12:00 a.m. Visita Hospital Antonio Mussa, San Pedro de Macorís, Dr. Mazzara, Director.

MIERCOLES 31/03/04

10:00 a.m. Dr. Milton Ray Guevara -Secretaria de Estado de Trabajo -

JUEVES 1/04/04

10:00 a.m. Hospital Nuestra Señora de Regla/ Baní

4:00 p.m. Reunión equipo de trabajo

5:30 p.m. Foro Ciudadano

VIERNES 2/04/04

8:00 a.m. Sarah Majerowicz, Marina Taveras USAID

11:00 a.m. Presentación de Informe, USAID-REDSALUD

SABADO 3/03/034

Reunión de trabajo

ANEXO II LOS GOBIERNOS DOMINICANOS Y LA REFORMA EN SALUD

Durante la administración de *Joaquín Balaguer*, se empieza a crear el ambiente para el tema de la reforma del sector salud por las deficiencias e insatisfacciones acumuladas y por el ejemplo de otros países en América Latina. Igualmente, incidió a favor el proceso de reforma del sector educativo a partir del Plan Decenal que se había definido. En 1992, el gobierno de Balaguer tramitó una asistencia técnica a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para analizar la situación del sector salud y proponer respuestas a su problemática. Esta asistencia técnica fue liderada por el consultor de Costa Rica Dr. Guido Miranda y contó con la participación alrededor de 50 dominicanos.

Con base en los resultados de este proceso, el gobierno constituyó la Comisión Nacional de Salud (CNS) bajo el liderazgo del entonces Ministro de Salud. Esta comisión fue dotada de una Oficina Técnica de Coordinación (OCT) con la conducción del Dr. Fernando Rojas. En 1993, el gobierno solicitó apoyo del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo para apoyar a la CNS y su OCT en la formulación de un plan de inversiones para mejorar el sistema de salud dominicano. La OCT con el apoyo del BM y el BID formularon el importante documento Salud: Una Visión del Futuro, que contenía una amplia propuesta de reforma. Además, la Oficina Panamericana de Salud (OPS) dio asistencia técnica a un grupo de técnicos de la SESPAS para formular un planteamiento de reforma. La OPS también apoyó en la formulación de las primeras versiones de la Ley General de Salud. El INSALUD luchó para lograr la participación de las ONG's en la formulación de cualquier reforma. Mientras tanto, el sector empresarial a través del Consejo Nacional de la Empresa Privada (CONEP) se preocupó por lograr un cambio en el sistema de Seguro Social ya que una gran parte de las empresas tenían cotizaciones dobles, las del Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) y las del seguro o iguala médica que también pagaban.

En 1996, comenzó la administración de *Leonel Fernández* con un enfoque en la descentralización del gobierno central. Esto se vio reflejado en el sector salud en la creación en el 1997 de las Direcciones Provinciales de Salud (DPS's). Con base en la asistencia técnica que tramitó el gobierno anterior, el Gobierno de Leonel Fernández firmó e inició las operaciones de préstamos con el Banco Mundial y el BID para apoyar la reforma y, en el 1998, se creó la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) y se iniciaron las primeras acciones en las instituciones del sector.

En el 2000 se inicia la administración de *Hipólito Mejía*, que continúa los esfuerzos previos de reforma dándole un fuerte impulso con la aprobación de la Ley General de Salud y la que crea el nuevo sistema de Seguridad Social. En el 2000, inician también los proyectos PROSISA y REDSALUD. Posteriormente, el 1 de noviembre del 2002 inicia el Seguro Familiar de Salud del régimen subsidiado en la Región V del país.

ANEXO III PRINCIPALES RESULTADOS DEL PROCESO DE REFORMA

REGULACIÓN

- a) Elaboración de normas de habilitación, puesta en funcionamiento de la Unidad de Habilitación y Acreditación de la SESPAS e inicio del proceso de habilitación provisional de establecimientos.
- b) Elaboración y difusión de las normas de atención en salud.
- c) Elaboración de 220 protocolos farmacoterapéuticos con la cooperación de las sociedades de las principales patologías clínicas.
- d) Elaboración y difusión de las normas de atención de las principales patologías que se presentan en el país.

SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Unidad Interna de Modernización

- a) Se constituyó y está en funcionamiento la Unidad de Modernización y Desarrollo Institucional (UMDI) de la SESPAS.

Plan de Salud

- a) Está en marcha el Plan Decenal de Salud que establecerá los principales objetivos del Sector para los próximos 10 años y las acciones para conseguirlos.

Estructura Organizativa

- a) Se diseñó y se puso en práctica parcialmente la nueva estructura organizativa de la institución.

Administración Financiera

- a) Formulación de los presupuestos del 2003 y 2004 con una nueva metodología de presupuestación por programa fundamentada en prioridades de salud nacionales e institucionales.
- b) Implementación, en SESPAS Central, de un sistema informático de gestión financiera.
- c) Inventario de bienes de la institución e instalación y puesta en funcionamiento del sistema informático de administración de bienes. Este sistema abarca la SESPAS Central y sus hospitales.

DESCONCENTRACIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN

- a) En el 1997 se establecieron 38 Direcciones Provinciales (DPS) y Areas de Salud (AS) que inicia el proceso de desconcentración de la institución. Se definieron la estructura, funciones, perfiles de puesto y desempeño esperado de los equipos.
- b) Promulgación del Reglamento de Separación de Funciones de la SESPAS que establece legalmente la separación de las funciones de rectoría/salud pública y atención a las personas.

Sistema de Información Gerencial

- a) Diseño conceptual del sistema único de información y vigilancia epidemiológica.
- b) Desarrollo del Sistema de Información Geográfica de la Salud.
- c) Nuevo Sistema de Nómina.

Servicios de Salud

- a) Propuesta reglamentaria que define la organización de los servicios regionales de salud.
- b) Se definieron las funciones básicas de salud pública y se ha manifestado un compromiso institucional para asumirlas.
- c) Se definió un nuevo modelo de atención que enfatiza y establece para cada unidad de atención primaria un área territorial con una población entre 500 a 700 familias. Se han definido y desarrollado varios de los instrumentos básicos de operación de los servicios de atención primaria: ficha familiar, guía de participación comunitaria, sistema de procesamiento de fichas, etc.
- d) Implementación de experiencia piloto de atención primaria, con una red mixta de provisión, una nueva modalidad de financiamiento y alta satisfacción de usuarios, en las provincias de Azúa, San Juan y Elías Piña beneficiando cerca de 250,000 personas.
- e) Elaboración y apoyo para la firma de 6 convenios de gestión con 5 de los principales establecimientos clínicos del país. A estos convenios no se le dio seguimiento ni se hizo un evaluación efectiva.
- f) Establecimiento de oficina y sistema de atención al usuario en 6 hospitales del la Región V de Salud.
- g) Se han ejecutado varias experiencias de modernización de la gestión hospitalaria. Se pueden destacar las los 6 hospitales del proyecto FONHOSPITAL y la del Jaime Mota. Además, se ejecuta un proyecto de Fortalecimiento de la Capacidad de Gestión Hospitalaria en 7 hospitales de la Región V de Salud.

Sistema de Recursos Humanos

- a) Censo de Recursos Humanos y desarrollo de sistema informático para el manejo de la base de datos. En la actualidad la base de datos no está actualizada.
- b) Diseño de seis subsistemas de recursos humanos. No existen acciones de implementación.

MEDICAMENTOS Y SISTEMA DE SUMINISTROS

- a) Promulgación del Decreto Presidencial 991-00 que convierte al PROMESE en una Central de Apoyo Logístico (CAL).
- b) Nuevas metodologías de concursos públicos en PROMESE/CAL que desde el 2002 han venido elevando la transparencia de los concursos y la calidad de los medicamentos adquiridos.
- c) Elaboración en fase avanzada del nuevo reglamento de medicamentos.

-
- d) Nuevo organigrama, manuales de procedimientos, guía de homologación de productos, modernización física y nuevo modelo de gestión de almacén de PROMESE/CAL.
 - e) Experiencia en 20 farmacias de los principales hospitales del país que ha permitido la racionalización de la adquisición, dispensación y almacenaje de suministros. Asimismo se ha iniciado la dispensación de dosis unitarias (UNIDOSIS).
 - f) Equipamiento, diseño de nuevo organigrama, identificación de funciones básicas, equipamiento de la División de Drogas y Farmacias de la SESPAS para que pueda ejecutar rol rector en el subsistema de medicamentos.
 - g) Remodelación, equipamiento y capacitación del personal del Laboratorio Nacional Dr. Defilló.

EL INSTITUTO DOMINICANO DE SEGUROS SOCIALES (IDSS)

- a) Separación de los fondos por Unidades de Negocio.
- b) Conformación de la ARS Salud Segura.
- c) Preparación institucional para la administración del Seguro de Riesgos Laborales.
- d) Creación de las Unidades de Gestión Analítica en la sede central, 17 hospitales y 28 policlínicas, y realización de estudios de productividad y costos de esos establecimientos.

CAPACITACIÓN

- a) Gran cantidad de actividades de capacitación técnicas y administrativas.
- b) Se han realizado varias jornadas de capacitación formal como son maestrías y posgrados.

ANNEX IV PRINCIPALES PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD, ABORDAJES ESTRATEGICOS DE LA REFORMA Y RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS

PROBLEMA ESTRUCTURAL: COBERTURA INSUFICIENTE

Abordaje Estratégicos de la Reforma:

- Ampliación de Cobertura
- Cambio del Financiamiento de la Oferta por el Financiamiento de la Demanda
- Centralización Normativa y Descentralización Operativa
- Asignación de Recursos por Resultados. Penalizaciones e Incentivos
- Desarrollar un Sistema Formal de Aseguramiento Universal con un PBS y Capitación
- Mayores Niveles de Participación Social y Rendición de Cuentas
- Privilegiar la Atención Primaria

Resultados Generales del Proceso de Reforma:

- Creación de nuevo marco legal y regulatorio
- Generación de espacios de coordinación, negociación y supervisión social entre los principales actores del sector
- Creación de instituciones del Nuevo Sistema de Seguridad Social
- Inicio del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado en la región IV de Salud

PROBLEMA ESTRUCTURAL: FALTA DE EQUIDAD

Abordaje Estratégicos de la Reforma:

- Ampliación de Cobertura
- Cambio del Financiamiento de la Oferta por el Financiamiento de la Demanda
- Reforzamiento de las Funciones Estatales de Rectoría, la Regulación y Supervisión
- Fortalecimiento de la Salud Pública
- Centralización Normativa y Descentralización Operativa
- Desarrollar un Sistema Formal de Aseguramiento Universal con un PBS y Capitación
- Mayores Niveles de Participación Social y Rendición de Cuentas

Resultados Generales del Proceso de Reforma:

- Creación de nuevo marco legal y regulatorio
- Creación de instituciones del Nuevo Sistema de Seguridad Social
- Inicio del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado en la región IV de Salud
- Proceso de separación de funciones de la SESPAS

PROBLEMA ESTRUCTURAL: INSTITUCIONES DE SALUD CENTRALIZADAS Y VERTICALIZADAS

Abordaje Estratégicos de la Reforma:

- Separación de Funciones
- Centralización Normativa y Descentralización Operativa

Resultados Generales del Proceso de Reforma:

- Creación de nuevo marco legal y regulatorio
- Proceso de separación de funciones de la SESPAS

PROBLEMA ESTRUCTURAL: INEFICIENCIA POR EL BAJO NIVEL DE GESTIÓN

Abordaje Estratégicos de la Reforma:

- Separación de Funciones
- Cambio del Financiamiento de la Oferta por el Financiamiento de la Demanda
- Fortalecimiento de la Salud Pública
- Centralización Normativa y Descentralización Operativa
- Asignación de Recursos por Resultados. Penalizaciones e Incentivos
- Mayores Niveles de Participación Social y Rendición de Cuentas
- Privilegiar la Atención Primaria
- Sistemas de Información Amplios e Integrables
- Fomento de Nuevas Modalidades de Gestión
- Desarrollar un Sistema de Recaudo Unico

Resultados Generales del Proceso de Reforma:

- Generación de espacios de coordinación, negociación y supervisión social entre los principales actores del sector
- Creación de instituciones del Nuevo Sistema de Seguridad Social

-
- Preparación de una masa crítica de personal técnico y administrativo para gestionar el sistema
 - Mejora de infraestructura, equipamiento e implementación de sistema informáticos
 - Proceso de separación de funciones de la SESPAS

PROBLEMA ESTRUCTURAL: MULTIPLICIDAD DE ESQUEMAS DE ASEGURAMIENTO

Abordaje Estratégicos de la Reforma:

- Desarrollar un Sistema Formal de Aseguramiento Universal con un PBS y Capitación
- Desarrollar un Sistema de Recaudo Unico

Resultados Generales del Proceso de Reforma:

- Creación de nuevo marco legal y regulatorio
- Creación de instituciones del Nuevo Sistema de Seguridad Social
- Inicio del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado en la región IV de Salud

PROBLEMA ESTRUCTURAL: AUSENCIA DE PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA GESTIÓN Y SUPERVISIÓN DEL SISTEMA

Abordaje Estratégicos de la Reforma:

- Mayores Niveles de Participación Social y Rendición de Cuentas

Resultados Generales del Proceso de Reforma:

- Creación de nuevo marco legal y regulatorio
- Generación de espacios de coordinación, negociación y supervisión social entre los principales actores del sector
- Sensibilización general en torno a la Reforma del Sector

PROBLEMA ESTRUCTURAL: GASTO PÚBLICO EN SALUD INSUFICIENTE E INADECUADO

Abordaje Estratégicos de la Reforma:

- Separación de Funciones
- Cambio del Financiamiento de la Oferta por el Financiamiento de la Demanda
- Fortalecimiento de la Salud Pública
- Centralización Normativa y Descentralización Operativa

-
- Asignación de Recursos por Resultados. Penalizaciones e Incentivos
 - Desarrollar un Sistema Formal de Aseguramiento Universal con un PBS y Capitación
 - Mayores Niveles de Participación Social y Rendición de Cuentas
 - Privilegiar la Atención Primaria
 - Fomento de Nuevas Modalidades de Gestión

PROBLEMA ESTRUCTURAL: DEBILIDADES EN LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA

Abordaje Estratégicos de la Reforma:

- Separación de Funciones
- Cambio del Financiamiento de la Oferta por el Financiamiento de la Demanda
- Reforzamiento de las Funciones Estatales de Rectoría, la Regulación y Supervisión
- Fortalecimiento de la Salud Pública
- Centralización Normativa y Descentralización Operativa
- Asignación de Recursos por Resultados. Penalizaciones e Incentivos
- Privilegiar la Atención Primaria
- Sistemas de Información Amplios e Integrables

Resultados Generales del Proceso de Reforma:

- Preparación de una masa crítica de personal técnico y administrativo para gestionar el sistema
- Mejora de infraestructura, equipamiento e implementación de sistema informáticos
- Proceso de separación de funciones de la SESPAS

ANEXO V OPCIONES DE APOYO DE USAID A LA REFORMA EN EL MEDIANO PLAZO

Hay varias opciones que USAID puede considerar para continuar su apoyo al proceso de reforma en el mediano plazo.

1. Extender el Contrato de REDSALUD

Esta opción tiene la ventaja de que el proyecto ya está operando, tiene un equipo de mucha experiencia y mantiene contactos con actores claves del proceso. Las desventajas pueden ser que una extensión sin competencia podría ser recibida negativamente por otras fuentes alternativas de asistencia técnica. Además, en caso de que USAID desea reorientar su apoyo, sería más difícil con un equipo que ya tiene un abordaje definido.

2. Ejercer la Opción de Apoyo en Reforma que Tiene el Contrato CONECTA

Esta opción tiene la ventaja que el mecanismo ya está establecido y que el proyecto ya está operando en el país. Visto que REDSALUD y CONECTA se ejecutan por algunas de las mismas agencias (Abt y FHI), se puede esperar una transición fácil. Otra posible ventaja es que la integración de acciones de apoyo a la reforma bajo CONECTA podría llevar a un mayor enfoque hacia la reforma en las acciones de este proyecto. Hay un riesgo, y es que el proceso podría ser alterado si las múltiples líneas de acción de CONECTA diluyen u obstaculizan una orientación adecuada hacia el área de reforma.

3. Adquirir Asistencia Técnica a través de Field Support del Global Health Bureau

Esta opción tiene la ventaja que existen ya varios proyectos con experiencia en reforma en salud y que ya están operando con equipos de gran experiencia. También puede ser de fácil ejecución por USAID. Dependiendo del enfoque que se le quiera dar a esta fase, se podría apoyar en PHRplus, POLICY, M&L, Measure Evaluation, QAWD y/o otros. La desventaja es que estos proyectos no están operando en el país y por ende no tienen los contactos que tienen los proyectos locales.

4. Adquirir Asistencia Técnica a través de un Task Order Bajo TASC II

Además de los proyectos que tienen experiencia en reforma, la misión cuenta con la opción de buscar una respuesta hecha a medida a través del mecanismo de TASC II. Tiene la ventaja que incluye a una gama amplia de posibles ejecutores y que ya están precalificados, lo que permite a la misión ahorrar esfuerzo y tiempo. También podría contemplarse un task order con opción de extensión para continuar las acciones bajo la nueva estrategia siempre y cuando sean compatibles. Puede tener la desventaja de no contar con todos los posibles ejecutores que tengan experiencia en este campo.