

**El Seguro Familiar de Salud en República
Dominicana:**

Una Reforma impostergable

**Montaje de un Esquema Comprador Proveedor de
Servicios para atender a los más pobres**

**Luis G. Morales
Doctor en Medicina
Maestro en Salud Pública**

**Santo Domingo
República Dominicana
2007**

Tabla de Contenido

Introducción

Glosario de Términos

- I. La situación de los sistemas de salud en la Región: Por que reformar.
- II. Características económicas, demográficas, epidemiológicas y de oferta de salud en la República Dominicana.
 - a. Características generales
 - b. Recursos y desempeño del sector salud
 - c. La organización del sistema de salud dominicano antes de la reforma
- III. En qué consiste la reforma al sector salud en la República Dominicana
 - a. El proceso de discusión, objetivos e instrumentos de la reforma
 - b. Innovaciones en el sistema a partir del nuevo marco jurídico
 - c. Las nuevas instituciones para la ejecución de la reforma
 - d. Oportunidades y limitaciones de la reforma
- IV. Desarrollo de un esquema de comprador-vendedor de servicios de salud
 - a. El mercado de servicios de salud y sus fallos: como han sido enfrentados
 - b. Otros fallos en el mercado de salud
 - c. Como se hace operativo el concepto comprador-vendedor en la RD
- V. Análisis crítico del esquema comprador-vendedor de servicios de salud SENASA-SESPAS en el régimen subsidiado
 - a. Por qué es importante focalizar el análisis en este esquema público-público
 - b. Organización, funciones y desarrollo institucional del SENSA; avances y desafíos
 - c. Organización y funciones de la SESPAS; avances y desafíos
 - d. Ventajas y desventajas del esquema desde la perspectiva de la eficiencia social y la equidad

Conclusiones y recomendaciones

Bibliografía

Aclaración

El contenido de este documento es de la entera responsabilidad de su autor y para nada representa o compromete la posición o pensamiento de ninguna otra persona o entidad, en especial del Proyecto REDSALUD, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y de la firma Abt Associates Inc.

Introducción

Este documento tiene como su principal finalidad ofrecer a los lectores información detallada de lo que ha sido la novedosa iniciativa de reforma en salud de la República Dominicana, donde después de más de una década de discusiones se decidió en el año 2001 comenzar a recorrer el largo y complejo camino de introducir extensos y profundos cambios al viejo sistema sanitario.

Podría afirmarse que el motivo principal que lleva al país a emprender este ambicioso proceso de reforma, recae en el agotamiento de la capacidad del anterior sistema para hacer frente a las crecientes demandas de la población en materia de protección social contra la enfermedad.

Una de las principales razones que explica el ocaso del viejo modelo, predominante en la mayoría de los países de la Región de América, radica en su esencia “asistencialista” y “segmentada”, carente de una visión sistémica integradora que considere los servicios de salud como un derecho social y económico de todos los ciudadanos, más que como una simple prestación asistencial a los más pobres.

El nuevo sistema que se empieza a construir en el país se basa en una sólida rectoría sectorial por parte del Estado y en una amplia participación social en su gestión y control, capaces de impulsar y hacer sostenible el desarrollo gradual de un modelo de protección social contra la enfermedad. Este opera como un seguro universal obligatorio de carácter social, subsidiado y controlado por el Estado, donde los ciudadanos reciben los beneficios a través de redes de proveedores descentralizados públicos y privados, que acceden a los recursos en función del tipo, cantidad y calidad de servicios ofrecidos.

Poner en marcha este nuevo sistema requiere de un gran esfuerzo que aborde simultáneamente la construcción de capital humano e institucional, partiendo en muchos casos de lo más elemental hacia lo más complejo, de lo local hacia lo central, a un ritmo dado por la capacidad de asimilación de funcionarios y comunidades, sin lo cual no será posible alcanzar y más aún, sostener los cambios perseguidos.

Esto hace de la reforma Dominicana un proceso singular y complejo diferente de lo que tradicionalmente se ha venido haciendo en la Región sin lograr mayores avances, que bien vale la pena ser analizado a profundidad.

A lo largo de este documento se presentan y analizan en primer término las razones por las cuales el país considera necesario introducir modificaciones substanciales a la forma como se conciben, organizan y financian los servicios de salud. Éstas se basan en hechos incontrovertibles que sustentan la percepción de que el modelo existente, además de ineficiente e inequitativo, había agotado las posibilidades de responder a las crecientes demandas de protección social contra la enfermedad y sus consecuencias.

En segundo lugar, se describen en detalle y se analizan conceptual y metodológicamente las nuevas estrategias y herramientas operativas que se decidió utilizar, especialmente para desarrollar un esquema comprador-proveedor de servicios en un escenario que

operaba casi a su libre albedrío, condición esta última que hace más difícil su puesta en marcha por la natural resistencia de sus principales actores y la conformidad o resignación de muchos de sus usuarios.

Se espera que éste nuevo esquema ayude a superar las deficiencias del modelo predominante y se pueda alcanzar una mejor cobertura, equidad, eficiencia y calidad con los servicios de salud, en especial para la población que nunca ha contado con protección económica contra la enfermedad, la cual supera el 70% de los habitantes de la nación.

Es este pues un documento donde el lector puede confrontar la teoría sobre los sistemas de salud con la cotidianeidad económica, política y cultural que se vive en un país de ingreso medio con grandes contrastes en su desarrollo, proceso que a pesar de lo incipiente aporta desde ya un sinnúmero de valiosas enseñanzas que serían de gran utilidad para otros países que decidan emprender el mismo camino.

Quizás la primera y más importante conclusión de este proceso es el ver como la discusión teórica de tipo técnico, se ve ampliamente superada en la práctica por el juego de los intereses sectoriales y por la dificultad de un gobierno para hacer primar el interés de las mayorías desprotegidas de un seguro de salud, aspectos que permiten concluir que cada proceso es único y que no existen modelos teóricos perfectos ni dogmas inamovibles cuando se trata de resolver problemas específicos en contextos tan disímiles.

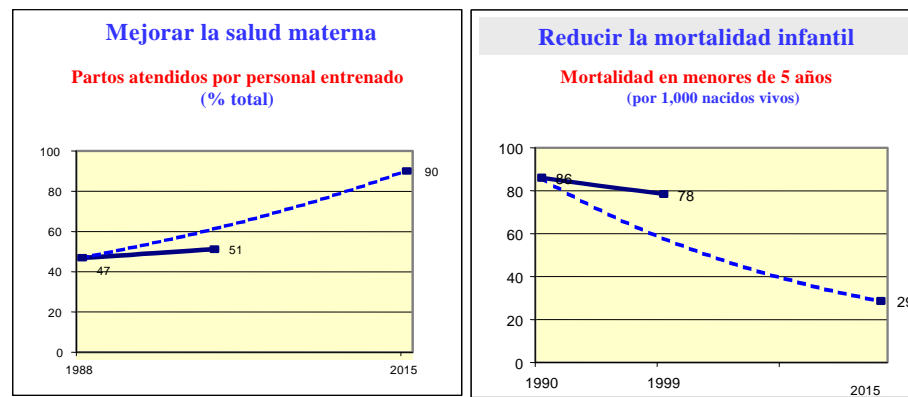
Glosario de Términos

ARS: Administradora de Riesgos en Salud
CAH: Consejos de Administración Hospitalaria
CERSS: Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud
CNS: Consejo Nacional de Salud
CNSS: Consejo Nacional de Seguridad Social
DIDA: Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social
DPS: Dirección Provincial de Salud de la SESPAS
DRS: Dirección Regional de Salud de la SESPAS
IDSS: Instituto Dominicano de Seguros Sociales
OAU: Oficina de Atención al Usuario
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones
PARSS: Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud del Banco Mundial
PSS: Provedora de Servicios de Salud, significa lo mismo que una **IPS**
SDSS: Sistema Dominicano de Seguridad Social
SENASA: asegurador público Seguro Nacional de Salud
SESPAS: Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SFS: Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social
SISALRIL: Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
TSS: Tesorería de las Seguridad Social

La situación de los sistemas de salud en la Región: Por que reformar?

Cuando se da un vistazo a lo que sucede en muchos países de la Región de América, en relación con los resultados de sus sistemas de salud, no queda la menor duda que las cosas no están bien. A pesar de varias décadas de reformas y de enormes inversiones, la situación de salud de la población aunque ha mejorado, no se corresponde con el esfuerzo realizado, y que al paso que se avanza, no se lograrán alcanzar las Metas del Milenio en muchos de los países. En la Gráfica 1, se presenta el resultado de los agregados mundiales en cuanto a dos de las metas del Milenio en salud.

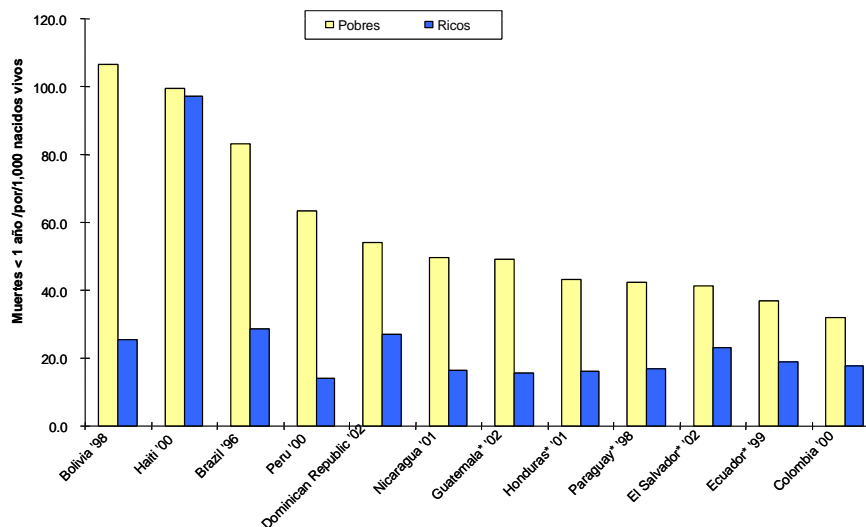
Gráfica 1
Metas del Milenio en salud, resultados y proyecciones para agregados mundiales, 2003



Fuente: Pablo Gottret, Senior Economist, Health, Nutrition and Population, Banco Mundial 2003

Al analizar en detalle lo que sucede en la Región, puede verse que detrás de los promedios nacionales y regionales, las diferencias entre países y aun al interior de los mismos, denotan un panorama además de pobre, altamente inequitativo. Gráfica 2.

Gráfica 2
Mortalidad en menos de 1 año según nivel de ingreso en LA



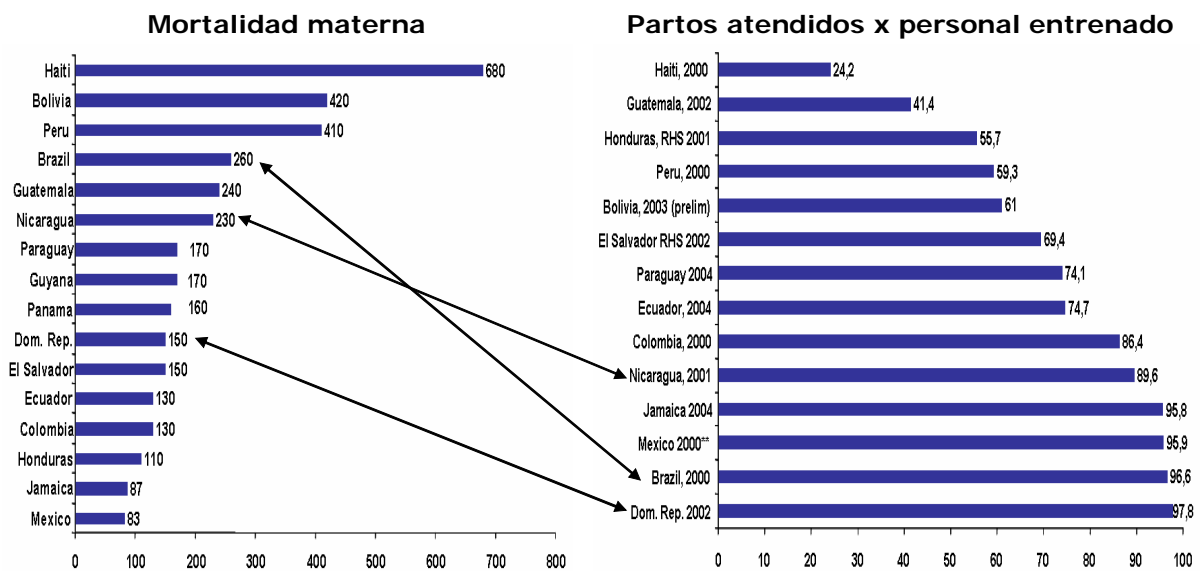
Fuente: DHS; Gwatkins, et al. The World Bank: 2004; *RHS; PHNI, 2005

Las enormes disparidades entre ricos y pobres son un problema que merece una mayor atención. Las diferencias señalan que la pobreza sigue siendo uno de los principales factores asociados al riesgo de enfermar y morir. Por eso bien valdría la pena cuestionar la eficiencia redistributiva, la eficacia y la calidad de los servicios ofrecidos por los tradicionales sistemas de salud, así como de sus estrategias tradicionalmente utilizadas para llegar a los más pobres y vulnerables.

Es así como al observar la Gráfica 3, podría pensarse que el acceso a servicios de salud, como la atención del parto por personal entrenado, ha mejorado notoriamente, lo que no obstante parecería no se corresponde con las tasas de mortalidad materna registradas.

Paradójicamente se evidencia en algunos países niveles de acceso a servicios (atención de parto por personal entrenado) solo vistos en países desarrollados, pero resultados en mortalidad materna solo comparables con los de los países más atrasados, lo que pone de manifiesto la baja calidad de los servicios o el poco impacto que estos han tenido sobre este tipo de situaciones.

Gráfica 3
Comparación entre mortalidad materna y partos atendidos por personal entrenado en países de América



Fuente: WHO, 2004. Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Annex Table G. Encuesta DHS USAID

Más aún, además de los problemas de calidad que afectan a los sistemas de salud, está el de su deficiente capacidad para redistribuir de manera equitativa la carga de su financiación. La Tabla 1 señala como en promedio en la Región los hogares aportan de su propio bolsillo cerca del 32% de los recursos destinados a financiar los servicios de salud, con el agravante que éstos pagos se hacen directamente a los prestadores de servicios por las personas enfermas y por lo general más pobres, quienes acuden a este método ante la dificultad para acceder a seguros de salud. En la República Dominicana un hogar pobre

tiene tres (3) veces menos probabilidad de contar con un seguro de salud que uno de mayores ingresos (Bitran, 2007); la Gráfica 4 muestra lo que igualmente sucede en países de la Región. Dicho de otra manera son los pobres y los enfermos quienes mayoritariamente financian de su bolsillo los sistemas de salud de la Región.

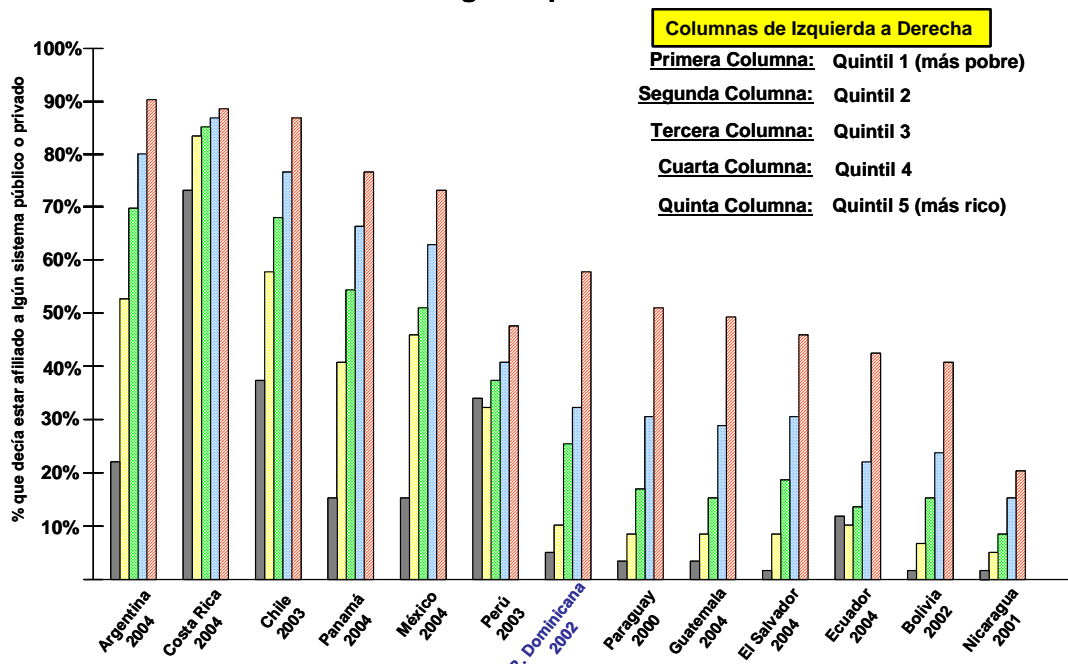
Tabla 1
Principales fuentes de financiación del gasto en salud en países de América, 2004

PAÍS	Gasto Percapita en salud	Gasto Público Directo	Gasto en Seguridad Social	Gasto Privado en Planes Prepago	Gasto de Bolsillo	Gasto Externo
	2004*	2004	2004	2004	2004	2004
CHILE	\$ 359,00	31,3%	15,7%	28,6%	24,3%	0,1%
BRAZIL	\$ 329,00	54,1%	0,0%	16,4%	29,5%	0,0%
URUGUAY	\$ 315,00	25,2%	18,3%	38,9%	17,6%	0,3%
COSTA RICA	\$ 290,00	76,4%	0,6%	0,5%	20,4%	0,8%
CUBA	\$ 230,00	87,8%	0,0%	0,0%	9,1%	0,3%
VENEZUELA	\$ 196,00	32,4%	9,6%	2,2%	51,2%	0,0%
BOLIVIA	\$ 186,00	21,1%	39,6%	3,5%	32,4%	9,1%
EL SALVADOR	\$ 184,00	25,9%	18,5%	3,1%	52,4%	1,2%
COLOMBIA	\$ 168,00	34,7%	51,3%	7,1%	6,9%	0,1%
REP. DOMINICANA	\$ 148,00	26,5%	5,1%	14,4%	50,0%	1,5%
ECUADOR	\$ 127,00	24,7%	16,0%	3,4%	50,6%	0,8%
GUATEMALA	\$ 127,00	20,7%	20,3%	2,5%	53,4%	2,3%
PERU	\$ 104,00	24,4%	22,5%	9,3%	42,1%	1,3%
PARAGUAY	\$ 88,00	21,1%	12,6%	9,2%	47,9%	1,9%
HONDURAS	\$ 77,00	47,1%	7,8%	4,1%	38,0%	8,7%
NICARAGUA	\$ 67,00	34,7%	12,4%	1,7%	50,7%	11,3%
PROMEDIO	\$ 187,19	40,2%	14,4%	12,0%	31,5%	1,6%

* Tasa promedio en dolares

Fuente: Tabla hecha por el autor utilizando las Estadísticas Mundiales de Salud 2007, Organización Mundial de la Salud

Gráfica 4
Porcentaje de hogares que declaran estar afiliados al seguro social o a seguros privados de salud

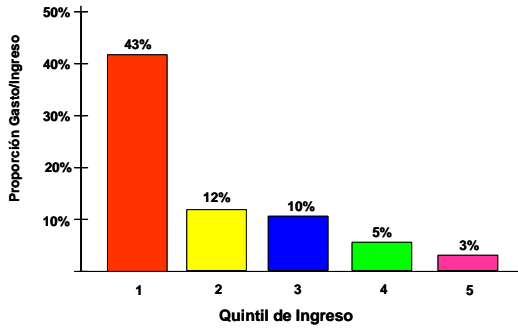


Fuente: CEPAL, Encuestas de Hogares; REDSALUD Reporte Línea Base, Bitrán y Asoc., 2006

Las Gráficas 5 y 6 muestran lo que en materia de inequidad en el acceso al aseguramiento y financiamiento de los servicios de salud sucede en la República Dominicana.

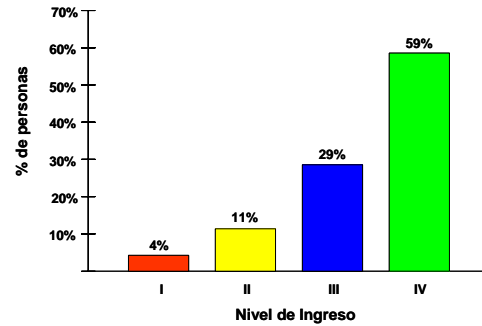
Gráficas 5 y 6

Gasto en salud como proporción del ingreso de los hogares República Dominicana, 1996



Fuente: REDSALUD Reporte Línea de Base , Bitrán y Asoc., 2006

Personas con seguro de salud según nivel de ingreso República Dominicana, 2002

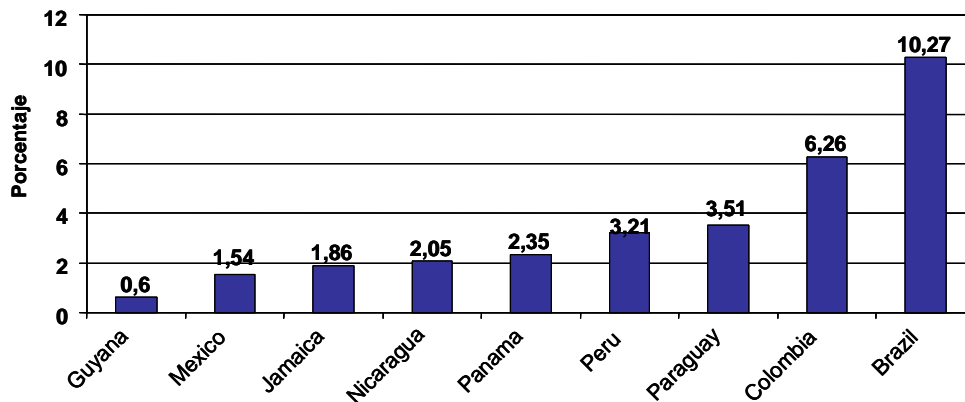


Fuente: REDSALUD Reporte Línea Base , Bitrán y Asoc., 2006

Pero si financiar los servicios de salud mediante el gasto de bolsillo de los hogares no es una forma adecuada de hacerlo, existe otra consecuencia nefasta de este perverso método cual es empobrecerse por tener que asumir gastos en salud denominados “catastróficos”, precisamente por su efecto sobre las finanzas de los hogares que desafortunadamente tienen que hacerlo. Gráfica 7. Esto significa por ejemplo, que en el año 2000 en Brasil uno de cada diez hogares se empobreció por causa de los servicios de salud.

Gráfica 7

% de hogares que asume de su bolsillo gastos catastróficos 2000



Fuente: Ke Xu, David B Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christopher J L Murray. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. The Lancet 362:9378 12 July 2003

Adicionalmente, la ineficiencia en la redistribución de los subsidios que el Estado destina a los más pobres es también un problema. La desviación de recursos públicos para financiar a los estratos más pudientes de la población, en detrimento de los servicios a los más pobres, es evidente. Tabla 2.

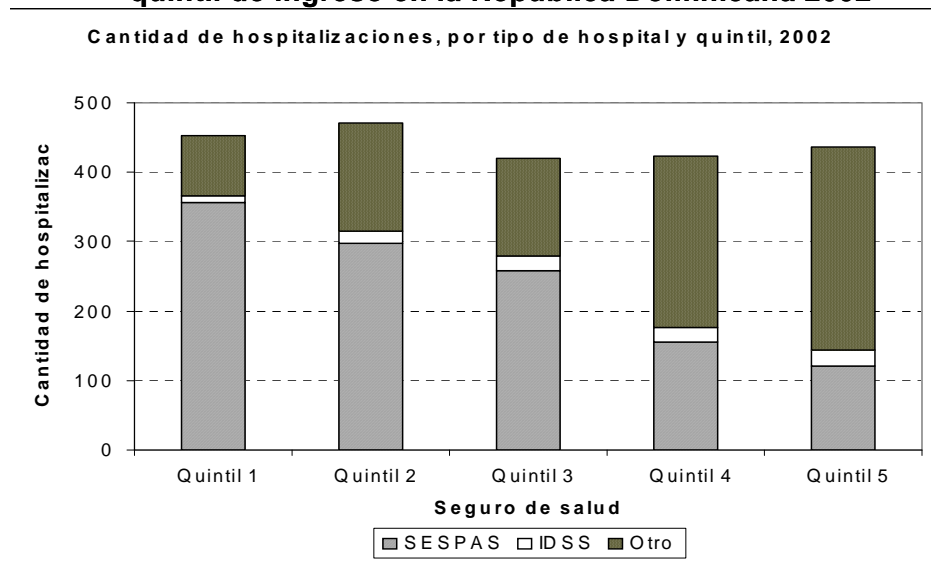
Tabla 2
Porcentaje del gasto público en salud por quintil de ingreso

Países	Quintiles de Ingreso				
	Más Pobre	Segundo	Tercero	Cuarto	Más Rico
Argentina (1991)	38.7	16.6	25.5	14.8	4.4
Bolivia (1990)	31.5	26.5	19.5	14.2	8.3
Chile (1996)	30.9	23.2	22.2	16.5	7.2
Colombia (1997)	17.5	19.7	22.2	20.7	19.9
Costa Rica (1996)	27.7	23.6	24.1	13.9	10.7
Ecuador (1995)	12.5	15.0	19.4	22.5	30.6
Guatemala (1999)	12.8	12.7	16.9	26.3	31.3
Jamaica (1996)	25.3	23.9	19.4	16.2	15.2
Perú (1996)	20.1	20.7	21.0	20.7	17.5
Uruguay (1993)	34.9	19.9	22.1	13.2	10.0

Fuente: André Medici Economista Senior, División Desarrollo Social Banco Interamericano de desarrollo

En este sentido, la Gráfica 8 muestra lo que sucede en la República Dominicana en materia de desviación de recursos públicos de salud. Como puede verse, cerca del 30% de las hospitalizaciones que se realizan en los hospitales de la SESPAS y el IDSS, están dirigidas a personas de los estratos más pudientes de la población.

Gráfica 8
Cantidad de hospitalizaciones por tipo de proveedor y quintil de ingreso en la República Dominicana 2002



Fuente: Bitran y Asociados, análisis de la encuesta ENDESA, 2007

Los datos presentados en este capítulo señalan como muchos de los sistemas de salud de América está afectados por serios problemas de inequidad en el acceso y en el financiamiento, mala calidad de los servicios e ineficiencia en la utilización de los recursos escasos de que se dispone, que sumados todos ellos menguan las posibilidades de hacer frente a las demandas crecientes de la población por más y mejores servicios de salud.

Tradicionalmente las estrategias de reforma utilizadas han apuntado mayoritariamente a mejorar el nivel de salud de la población mediante una combinación de acciones y programas de promoción de la salud, prevención y combate de la enfermedad, sin prestársele mucha atención a la forma como se organizaban y financiaban los sistemas de salud.

No obstante se ha avanzado en el mejoramiento de los indicadores de salud promedio de la mayoría de los países, la información presentada hace sugerir fuertemente que estos resultados no se distribuyen de manera equitativa entre la población, y que buena parte de las causas de este fenómeno se debe a la pesada carga que está afectando los presupuestos de los hogares de los enfermos y más pobres. Paradójicamente, el costo de los servicios de salud se ha convertido para muchos en un lastre que impide progresar y en una vía más expedita para cerrar el círculo vicioso pobreza, enfermedad y muerte prematura.

Este análisis habla de la necesidad que tienen los países de la Región, incluida la República Dominicana, de avanzar en reformas a sus sistemas de salud, que sin descuidar los tradicionales programas de salud, ajusten la forma como estos se organizan y financian, buscando formas más solidarias y eficientes de protección financiera contra la enfermedad y sus consecuencias.

Características económicas, demográficas, epidemiológicas y de oferta de salud en la República Dominicana.

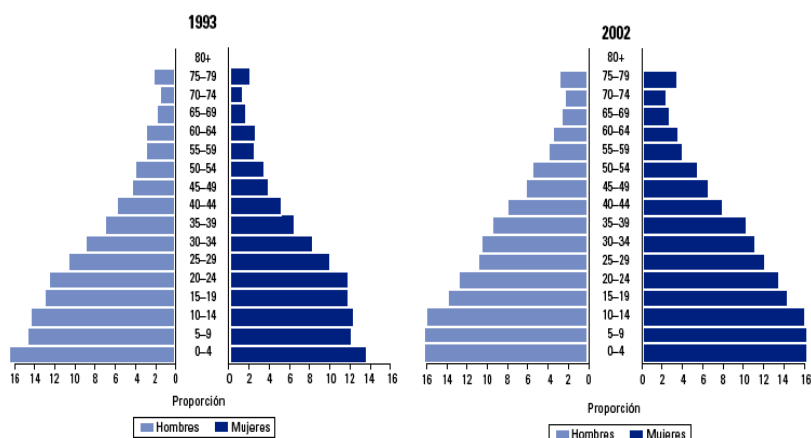
Características generales

La República Dominicana está catalogada como un país de ingreso medio que cuenta con una población estimada de 8.6 millones de personas con un ingreso per capita promedio de \$2,345 dólares (WHO, 2007), de las cuales aproximadamente el 35% vive en condiciones de pobreza.

Su población presenta una distribución por grupos de edad típica de la mayoría de los países en vía de desarrollo, que no obstante ser mayoritariamente joven, comienza a contar con un creciente número de personas mayores. Gráfica 9 y Tabla 3.

Gráfica 9

Estructura de población por edad y sexo, República Dominicana, 1993 y 2002



Fuente: Salud en las Américas 2007, Volumen II-Paises

Tabla 3
Tendencias demográficas de la república Dominicana, 1990-2005

	1990-1994		1995-1999		2000-2005	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población Total (miles)	3.629.834	3.533.824	3.946.958	3.836.534	4.298.144	4.182.649
Proporción de población urbana	49,2	52,5	56	59,1	60,2	63,4
Proporción de población menor de 15 años	19,9	19,2	19,2	18,6	18,2	17,5
Proporción de población 60 y más	2,7	2,71	2,83	2,84	2,97	3,01

Fuente: República Dominicana. Oficina Nacional de Estadísticas. VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002.

Entre las principales causas de enfermar y morir se destacan patologías crónicas y degenerativas propias de países desarrollados, que coexisten con enfermedades transmisibles propias de países en vías de desarrollo tales como las derivadas por la deficiente infraestructura sanitaria y de protección al medio ambiente, siendo llamativo el enorme peso que tiene las causas derivadas de la violencia intencional y accidental. Tabla 4. (SESPAS, 2006)

Tabla 4
Mortalidad en la población general,
República Dominicana, 2006

CAUSAS	# CASOS	TASA x 1000
Insuficiencia cardíaca	4.499,0	0,48
Heridas y traumas	4.004,0	0,43
Accidentes cardiovasculares	1.884,0	0,20
Hipertensión arterial	1.585,0	0,17
Insuficiencia respiratoria aguda	1.566,0	0,17
Insuficiencia renal	622,0	0,07
Cáncer/neoplasia	553,0	0,06
Úlcera péptica	321,0	0,03
Diabetes	309,0	0,03
Prematuridad	261,0	0,03
Edema pulmonar	195,0	0,02
Cirrosis hepática	176,0	0,02
SIDA	155,0	0,02
Muerte natural	143,0	0,02
Shock séptico	96,0	0,01
Homicidios	95,0	0,01
Tuberculosis	78,0	0,01
Shock hipovolémico	12,0	0,00
Otras causas	40.957,0	4,37
TOTAL	57.511,0	6,14

Fuente: Memorias SESPAS año 2006

Se destaca también en este campo el VIH-SIDA con una prevalencia 1036 x 100,000 entre adultos mayores de 15 años, cifra solo superada en la Región por Honduras y Haití (WHO, 2007).

En las Tablas 5 y 6 se presentan algunos indicadores demográficos, causas de enfermedad y de muerte en países de la Región, incluida la República Dominicana, contrastados con su gasto por cápita en salud.

Tabla 5
Indicadores demográficos y de mortalidad en países de América Latina y el Caribe

PAÍS	Gasto Percapita en salud	Expectativa de vida al nacer en años		Expectativa de vida saludable al nacer en años		Mortalidad por HIV/SIDA x 100,000	Mortalidad por Enf. No-contagiosas x 100,000	Mortalidad por Enf. Cardio vascul. x 100,000	Mortalidad por Cáncer x 100,000	Mortalidad por Lesiones x 100,000
		2005		2002		2005	2002	2002	2002	2002
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos
CHILE	\$ 359	74	81	65	70	<10	453	165	137	50
BRAZIL	\$ 329	68	75	57	62	8	712	341	142	81
URUGUAY	\$ 315	71	79	63	69	<50	518	208	170	55
COSTA RICA	\$ 290	75	80	65	69	<10	457	185	125	55
VENEZUELA	\$ 196	72	78	62	67	23	496	241	107	90
BOLIVIA	\$ 186	63	67	54	55	<10	824	260	256	80
EL SALVADOR	\$ 184	69	74	57	62	36	557	223	102	101
COLOMBIA	\$ 168	71	78	58	66	18	511	240	117	141
REP. DOMINICANA	\$ 148	65	72	57	62	75	687	381	131	59
ECUADOR	\$ 127	70	75	60	64	12	576	244	129	89
GUATEMALA	\$ 127	65	71	55	60	21	562	188	93	98
PERU	\$ 104	70	74	60	62	20	584	190	175	69
PARAGUAY	\$ 88	70	76	60	64	<10	598	291	141	57
HONDURAS	\$ 77	65	70	56	61	51	758	348	139	66
NICARAGUA	\$ 67	68	73	60	63	<10	655	305	120	73
PROMEDIO	\$ 184	69	75	59	64	29	597	254	139	78

Fuente: Tabla hecha por el autor utilizando las Estadísticas Mundiales de Salud 2007, Organización Mundial de la Salud

Tabla 6
Indicadores de morbilidad en países de América Latina y el Caribe

PAÍS	Gasto Per capita en salud	Prevalencia de VIH en mayores de 15 años x 100,000	Prevalencia de Tuberculosis x 100,000	Incidencia de Tuberculosis x 100,000
	2004	2005	2005	2005
CHILE	\$ 359	229	16	15
BRAZIL	\$ 329	454	76	60
URUGUAY	\$ 315	362	33	28
COSTA RICA	\$ 290	235	17	14
VENEZUELA	\$ 196	598	52	42
BOLIVIA	\$ 186	120	280	211
EL SALVADOR	\$ 184	770	68	51
COLOMBIA	\$ 168	509	66	45
REP. DOMINICANA	\$ 148	1036	116	91
ECUADOR	\$ 127	246	202	131
GUATEMALA	\$ 127	825	110	78
PERU	\$ 104	480	206	172
PARAGUAY	\$ 88	338	100	68
HONDURAS	\$ 77	1392	99	78
NICARAGUA	\$ 67	215	74	58
PROMEDIO	\$ 184	521	101	76

Fuente: Tabla hecha por el autor utilizando las Estadísticas Mundiales de Salud 2007, OMS

Recursos y desempeño del sector salud

En cuanto a los recursos que posee el sector salud, el país dispone en su conjunto (sectores público y privado) de 2.2 camas hospitalarias y 1.9 médicos por mil habitantes, y un aparente acceso total al control prenatal y a la atención institucional del parto, 98 y 97.8% respectivamente (OPS, 2006).

Lo anterior señala que el país posee relativamente suficientes recursos de salud si se compara con los promedios observados para sus homólogos de la Región. No obstante, al extender esta comparación a los resultados observados se concluye que el sistema de salud dominicano evidencia un bajo desempeño, que afecta la calidad en la oferta, la eficiencia en su funcionamiento y la equidad en el acceso financiero a los servicios, en especial por parte de los más pobres (Rathe 2000; La Forgia y col 2004).

Tabla 7
Indicadores mortalidad materna e infantil, gasto y recursos en salud en la República Dominicana

PAÍS	Mortalidad infantil x 1000 nacidos 2005	Mortalidad materna x 100,000 2000	Gasto per capita salud 2004*	Gasto Público/Gasto Total 2004	Medicos x 1000 habitantes	AÑO	Camas x 1000 habitantes	AÑO
CHILE	8	30	\$ 359	47,0%	1,09	2003	2,40	2004
BRAZIL	28	260	\$ 329	54,1%	1,15	2000	2,60	2002
URUGUAY	13	20	\$ 315	43,5%	3,65	2002	2,40	2005
COSTA RICA	11	25	\$ 290	77,0%	1,32	2000	1,40	2004
VENEZUELA	18	78	\$ 196	42,0%	1,94	2001	0,90	2003
BOLIVIA	52	420	\$ 186	60,7%	1,22	2001	1,00	2004
EL SALVADOR	23	150	\$ 184	44,4%	1,24	2002	0,90	2005
COLOMBIA	17	130	\$ 168	86,0%	1,35	2002	1,20	2004
REP. DOMINICANA	26	150	\$ 148	31,6%	1,88	2000	2,20	2005
ECUADOR	22	130	\$ 127	40,7%	1,48	2000	1,40	2003
GUATEMALA	32	240	\$ 127	41,0%	0,90	1999	0,70	2005
PERU	23	410	\$ 104	46,9%	1,17	1999	1,10	2004
PARAGUAY	20	170	\$ 88	33,7%	1,11	2002	1,20	2005
HONDURAS	31	110	\$ 77	54,9%	0,57	2000	1,00	2002
NICARAGUA	30	230	\$ 67	47,1%	0,37	2003	0,90	2004
PROMEDIO	24	170	\$ 184	50,0%	1,36		1,42	

* Tasa promedio en dolares

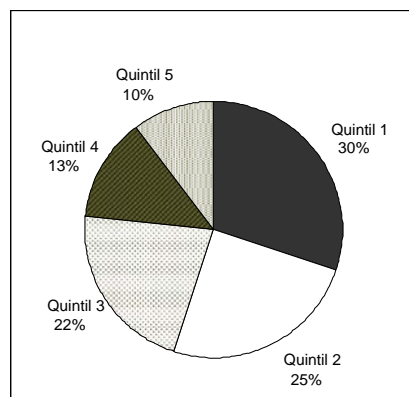
Fuente: Tabla hecha por el autor utilizando las Estadísticas Mundiales de Salud 2007, Organización Mundial de la Salud

Los seguros de salud cubren a no más del 25% de sus habitantes, mientras que entre el 50 y el 75% del gasto en salud proviene del bolsillo de los hogares (OPS, 2007). La Tabla 7 muestra algunos de los principales indicadores de salud y de recursos del sistema de salud dominicano comparados con otros países de la Región.

La ineficiencia estatal en la focalización de los subsidios públicos es evidente, lo que se demuestra con hechos como que una de cada cinco consultas médicas y una de cada cuatro hospitalizaciones que se realizan en el sector público terminan entre los estratos más ricos de la población (Bitrán, 2007). Gráfica 10.

Gráfica 10

Hospitalizaciones en hospitales de la SESPAS según quintil de ingreso, RD, 2002



Fuente: Informe línea de base, Bitran y Asociados, 2006

La organización del sistema de salud dominicano antes de la reforma.

La República Dominicana posee al momento de la reforma un sistema de salud segmentado en tres subsectores: seguros sociales, privado y público (Londoño, Frenk, 1997), muy similar a lo que sucede en muchos otros países de la Región de América.

El primer subsector, conocido como de los seguros sociales atiende una porción del empleo formal, con una cobertura al inicio de la reforma de no más del 10% de la población total del país. Este opera a través del Instituto Dominicano de Seguros Sociales –IDSS–, entidad semipública que financia su presupuesto con aportes de empleadores, trabajadores y gobierno, similar a las que se crearon en casi toda América después de la segunda guerra mundial.

El IDSS cuenta con 210 establecimientos de salud distribuidos en 160 consultorios, 30 Policlínicos y 20 Hospitales (IDSS, 2007). La afiliación a esta entidad es obligatoria solo para los trabajadores que devengan menos de un (1) salario mínimo al mes. Solo protege plenamente al trabajador afiliado, y parcialmente a su cónyuge durante el embarazo y a sus hijos durante el primer año de vida. Junto a esta entidad operan otras entidades públicas que actúan como aseguradores de sus propios empleados, como es el caso del de

las fuerzas armadas y policía –ISSFAPOL-, los educadores públicos –SEMMA-, y el Banco Central que en total no llegan al 3% de la población.

El segundo subsector, el privado está básicamente integrado por un conjunto de aseguradores, clínicas y consultorios, distribuidos en un amplio número y variedad. Los aseguradores privados suman en la actualidad más de 60 entidades denominadas bajo el nombre de igualas médicas y aseguradoras de salud, las cuales antes de la reforma operaban prácticamente sin ninguna regulación ni control (SISALRIL, 2007). Este subsector de seguros privados se financia mediante aportes hechos por las empresas para cubrir a sus trabajadores y por los hogares que cuentan con capacidad de pago para hacerlo.

Bajo este esquema privado se alcanza a cubrir a no más del 12% de la población total, cifra que sumada a la alcanzada por el IDSS y otros aseguradores puede considerarse bastante baja. Tabla 8. Pero además podría serlo menos si se considera que existe una doble cobertura entre ambos sistemas de seguros, lo que significa que hay personas que poseen un seguro privado y a la vez están afiliados al IDSS, debido en buena medida a la baja calidad e inoperancia del asegurador público.

Tabla 8
Aseguramiento en salud por tipo de seguros, República Dominicana, 2000

Sistema	Afiliados	Porcentaje
IDSS	571.328	7,0%
ISSFAPOL	244.855	3,0%
Privados	979.419	12,0%
Doble cotización	-114.266	-1,4%
Asegurados	1.681.335	20,6%
SESPAS	3.917.675	48,0%
Total	5.599.010	68,6%
Excluidos	2.562.812	31,4%
Total población	8.161.822 (1.569.581 hogares)	

Fuente: OPS, Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, 2003

De otro lado, hacen también parte del subsector privado más de 7,000 establecimientos de salud registrados en la Dirección de Habilitación de la SESPAS en 2007 (SESPAS, 2007), concentrados en no más de cuatro (5) grandes centros urbanos donde habita el 70% de la población. Tabla 9. Estas entidades privadas proveedoras de servicios operaban al momento de la reforma prácticamente bajo ningún tipo de regulación ni control. Este subsector privado financia sus presupuestos de recursos provenientes del bolsillo de los hogares dominicanos y en una proporción menor del pago que hacen las aseguradoras provenientes de pólizas que pagan algunas empresas públicas y privadas.

Tabla 9
Establecimientos privados de salud por tipo,
República Dominicana, 2007

Tipo de Establecimiento	Número
Consultorios médicos	3.541
Centros odontológicos	1.864
Clínicas	470
Laboratorios clínicos y de patología	441
Ópticas	217
Centros de diagnóstico	97
Centros de atención primaria	78
Centros de medicina alternativa	53
Dispensarios medicos	50
Centros ambulatorios y atención especializada	25
Otros	178
TOTAL	7.014

Fuente: SESPAS, Dirección de Habilitación, Octubre 2007

El tercer subsector, el público lo conforman alrededor de 143 hospitales y 615 centros de atención primaria de carácter público con 12,052 camas hospitalarias (SESPAS, 2002) organizados en diversos niveles de complejidad, los cuales se encuentran subutilizados en los municipios periféricos y altamente saturados en los grandes centros urbanos, donde se concentra la atención especializada y de mayor nivel de complejidad Tabla 10, Gráfica 11.

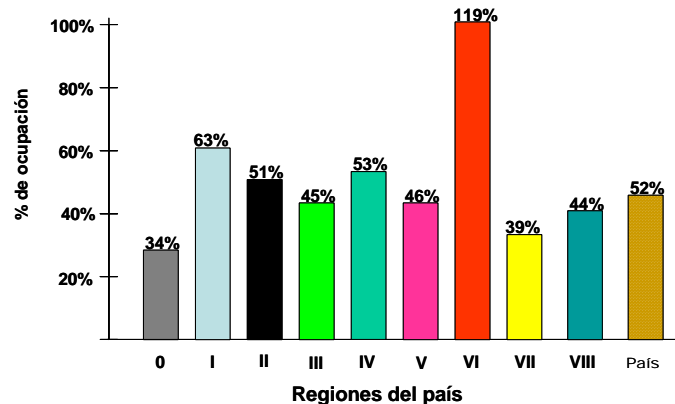
Tabla 10
Productividad de las camas hospitalarias en los hospitales
públicos, República Dominicana, 2006

Region	No. Camas disponibles	No. Días paciente	Días cama disponible	No. de Altas	% de ocupación	Días giro cama	Promedio días estancia
0	2.483	310.059	906.295	70.406	34%	28	4,4
I	658	150.452	240.170	39.145	63%	59	3,8
II	1.619	302.201	590.935	79.793	51%	49	3,8
III	1.008	166.325	367.920	43.266	45%	43	3,8
IV	414	80.411	151.110	25.730	53%	62	3,1
V	1.003	169.972	366.095	40.497	46%	40	4,2
VI	909	395.088	331.785	42.853	119%	47	9,2
VII	665	94.263	242.725	29.915	39%	45	3,2
VIII	722	117.184	263.530	46.072	44%	64	2,5
TOTAL Nacional	9.481	1.785.955	3.460.565	417.677	52%	44	4,3

Fuente: Cálculos del autor. Memorias SESPAS año 2006

Gráfica 11

Porcentaje de ocupación de camas en hospitales públicos
República Dominicana, 2005



Fuente: SESPAS Reporte anual, 2006

Estas instituciones públicas se encuentran organizadas en torno a la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS) que es una estructura vertical y centralizada que emplea a cerca de 50 mil personas, Tabla 11 (SESPAS, 2006), hecho que la convierte en uno de los empleadores más grandes del país, lo que ha sido una de las principales razones para explicar el manejo altamente politizado que ha tenido esta institución a lo largo de su existencia.

Tabla 11
Recurso Humano en el sector público de salud, República Dominicana, 2006

Categoría de Cargo	Cantidad
Médicos	
Generales	6.334
Jefes de Servicio	330
Especialistas	947
Pasantes de Ley	849
Pasantes de Postgrado	442
Residentes I	422
Residentes II	340
Residentes III	312
Residentes IV	150
Residentes V	75
Residentes VI	16
Con Cargo Administrativo	163
Total Médicos	10.380
Enfermeras	
Auxiliares de Enfermería	9.956
Enfermera I	1.862
Enfermera II	185
Enfermera III	44
Enfermera IV	20
Enfermera V	14
Enfermera VI	3
Enfermera VII	4
Total Enfermeras	12.088
Otro Personal de Salud	
Odontólogos	1.276
Psicólogos	288
Farmacéuticos	299
Auxiliar de Farmacia	320
Bioanalistas	1.166
Laboratorio	401
Técnico Rayos X	200
Otro Personal	3.020
Total Otro Personal de Salud	6.970
Personal Administrativo	
Personal Administrativo	17.672
Promotores	3.382
Total Personal Administrativo	21.054
Total General	50.492

Fuente: Memorias SESPAS año 2006

Este subsector público financia mayoritariamente sus ingresos de recursos provenientes del presupuesto nacional, que en una gran proporción (67%) se destinan al cubrimiento de las obligaciones laborales (SESPAS, 2007); que se complementa con las denominadas “cuotas de recuperación” que son aportes que los pacientes deben hacer directamente al hospital público al momento de utilizar el servicio, las cuales son utilizadas por la institución con relativa libertad a efectos de financiar gastos de combustible, alimentación y medicamentos, que no alcanzan a ser cubiertos con los aportes oficiales.

Paralelo al deficiente sector público y en buena medida justificado por ese argumento, ha florecido en la República Dominicana una enorme cantidad de Organizaciones No Gubernamentales, también llamadas Asociaciones Sin Fines de Lucro –ASFL-.

Estas entidades de salud sin fines de lucro reciben anualmente el 6.4% del gasto total en salud (Rathe, 2005) recursos que representan anualmente cerca del \$100 millones de dólares, equivalentes a una tercera parte de lo que la SESPAS invierte en los hospitales públicos (Rathe, 2005), provenientes del presupuesto nacional y de aportes de organismos y entidades nacionales e internacionales.

Desafortunadamente no existen datos que permitan estimar cual ha sido el impacto que estas entidades no gubernamentales han tenido sobre el sistema de salud. Se estima que de un total de 10,000 (diez mil) que hay en todo el país, cerca de 3,366 reciben recursos del presupuesto nacional. Tabla 12. Del gran total se calcula que unas 1,500 (mil quinientas) se dedican a la provisión de servicios de salud (Álvarez, Rosa 2005; Diario Libre, 2004)

Tabla 12

ONGs en la Republica Dominicana según dependencia oficial y presupuesto público asignado en dólares en el año 2005

Dependencia estatal	Cantidad	Recursos por año
Secretaria Administrativa de la Presidencia	1.288	\$ 12.946.875
Secretaria de Educación	686	\$ 3.121.875
Secretaria de Salud	296	\$ 7.162.500
Secretaria de Deportes	403	\$ 1.178.125
Secretaria de Agricultura	153	\$ 1.915.625
Procuraduría	16	\$ 65.625
Secretaria de la Mujer	107	\$ 509.375
Secretaria de Cultura	27	\$ 553.125
Secretaria de la Juventud	266	\$ 881.250
Secretaria de Medio Ambiente	76	\$ 378.125
Secretaria de estudios superiores, ciencia y tecnología	28	\$ 1.875.000
Otras	20	\$ 2.381.250
TOTAL	3.366	\$ 32.968.750

Fuente: Diario Libre, Santo Domingo, R.D. Miercoles 8 de Diciembre de 2004

Finalmente, merece especial mención la existencia de la agremiación de los profesionales médicos fundada en 1891 y que hoy se denomina Colegio Médico Dominicano, cuyo funcionamiento está regido en la actualidad por la Ley 68 del año 2003 (CMD, 2007).

La importancia de esta organización en el contexto de la reforma radica en su capacidad de presión derivada en buena medida de su cohesión organizativa y poder de convocatoria, que se explica entre otras cosas por que la afiliación a este gremio es condición obligatoria para poder ejercer la medicina en el país. (CMD, 2007).

Este mecanismo de presión ha sido utilizado durante su existencia mediante la realización de huelgas, con las cuales han paralizado casi por completo los servicios de salud del país, muchas de las cuales solo han podido ser resueltas con la intervención directa del Presidente de la República. En el año 2003 se realizaron a nivel nacional 10 huelgas, 13

en el 2004 y en el 2005 más de 10, casi todas en demanda de un aumento salarial. (Periódico El Caribe, 2005; Lorenzo, 2003; Diario Libre, 2004; Scavino, 2005)

El trámite de discusión, aprobación y puesta en marcha de la reforma se ha visto permanentemente matizado por la amenaza de este mecanismo de presión, que ha sido utilizado por el gremio médico para defender lo que considera son sus derechos.

Tal y como sucede en el resto de los países de la Región que poseen sistemas de salud estructurados de la misma forma como el dominicano, es común encontrar la situación donde buena parte de los médicos ostentan la doble condición de ser en la mañana empleados del desprestigiado sector público donde son mal remunerados, y dueños o empleados de prestigiosas clínicas privadas en la tarde donde en el mejor de los casos complementan sus ingresos, fenómeno denominado localmente como el “pluriempleo”. Esta doble condición ayuda a explicar en buena medida el alto ausentismo médico en el sector público estimado en un 80% (Lewis, 2006).

En resumen, existían evidentes e incontrovertibles argumentos que justificaban emprender un proceso de reforma amplio y profundo al sistema de salud imperante en la República Dominicana antes de la aprobación de la Ley 87-01. Sin duda alguna la inequidad en el acceso a los servicios y en la financiación de estos, resaltan como los principales problemas a resolver, y que no son más que el reflejo de una sociedad desigual, en donde muchos hogares tienen que sacrificar sus posibilidades de progreso social y económico por tener que asumir gastos de salud contra los cuales no estaban protegidos.

Además debe preocupar la ineficiencia en el manejo de los recursos públicos que el Estado destina a la atención de los más pobres, factor que ayuda a entender los también graves problemas de calidad y eficacia en las acciones del sector. Es igualmente claro que la dimensión y complejidad de los problemas, al igual que de las soluciones que se requieren, no serán un proceso fácil ni de corto aliento, en donde seguramente habrá que apelar a la creatividad y la paciencia que siempre han caracterizado a este país.

En qué consiste la reforma al sector salud en la República Dominicana

El proceso de discusión, objetivos e instrumentos de la reforma

El proceso de reforma dominicano se inicia a principios de la década de los 90 con una serie de estudios y propuestas acerca de lo que debería hacerse para mejorar el desempeño y los resultados del sistema de salud, ante las incontrovertibles evidencias de sus severas deficiencias en cuanto a protección financiera contra la enfermedad, equidad en el acceso a los servicios y en la financiación de estos, así como también en la calidad de los servicios ofrecidos, todo esto contrastado con una relativa suficiencia de recursos financieros, físicos y humanos que alimentaba la percepción de que podría lograrse mucho más de lo obtenido hasta el momento.

Fue hasta mediados del año 2001 que estos esfuerzos se vieron materializados con la aprobación de las leyes 42-01 y 87-01 (SISALRIL, 2007), la primera de las cuales actualiza el viejo código sanitario vigente desde 1953 y la otra que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social que en buena medida reemplaza y complementa el viejo y limitado esquema de Seguros Sociales existente en el país desde finales de la década de los 40.

Con ambas leyes, pero muy especialmente con la 87-01, se pretende introducir cambios profundos en la forma como se conciben, organizan y financian los servicios de salud. La nueva ley de seguridad social cubre además de la salud, las pensiones por invalidez, vejez y muerte, así como también los riesgos laborales y la protección de la niñez.

Son quizás los dos hechos anteriores: el contar relativamente con recursos suficientes para alcanzar unos mejores resultados que los observados hasta el momento, y el pretender introducir cambios de fondo a un sistema dominado por poderosos intereses privados y políticos, los que le confieren al proceso de reforma dominicano unas características que sin duda lo diferencian de otros procesos de cambio y que obligan a pensar que el diseño técnico no sería tan importante como si lo sería el de su proceso de implementación.

En esencia, el modelo propuesto para el nuevo sistema tiene como una de sus principales características la de ser un esquema de seguro social universal y obligatorio, dirigido y controlado por el Estado mediante una superestructura de gobierno colegiada en la que están representados todos los actores, denominada Consejo Nacional de Seguridad Social -CNSS-, en el que se separan y descentralizan en entidades autónomas especializadas, las funciones de dirección, vigilancia y control, financiación y provisión de servicios.

Este sería financiado por medio de aportes fiscales y parafiscales realizados por el propio Estado en representación de quienes no pueden pagar, los trabajadores, los empresarios y los usuarios, estos últimos mediante la figura de copagos al momento de utilizar algunos servicios; y en donde la focalización y la entrega de los subsidios que se destinan a este sector sería un monopolio del Estado.

Innovaciones en el sistema a partir del nuevo marco jurídico.

La reforma pretende crear un mercado altamente regulado en donde la participación de quienes actuarán como compradores y vendedores pueda llevarse a cabo de una manera transparente y equilibrada para lograr así mayor eficiencia y calidad de los servicios en beneficio de los usuarios. Se espera que en este mercado se puedan comprar y vender seguros y servicios de salud, ofrecidos por parte de entidades públicas y privadas que compiten de diversas maneras, bien sea entre ellas (compradores con vendedores) o entre sí mismas (compradores con compradores y vendedores con vendedores) para lo cual deben cumplir con una serie de requisitos legales, técnicos y patrimoniales.

Como uno de los principales instrumentos de regulación de este particular mercado de servicios de salud está el listado o catálogo de prestaciones denominado Plan Básico de Salud, que deberá ser único e igual en sus contenidos y condiciones básicas de calidad y acceso para todos los afiliados. El segundo instrumento esencial en la regulación de este mercado lo constituye el precio o valor per cápita promedio del Plan Básico de Salud. Ambos instrumentos de regulación podrían ser revisados y ajustados en cualquier momento dependiendo de diversas condiciones económicas o de riesgo, buscando en todo momento garantizar el mejor equilibrio posible entre los beneficios que es posible ofrecer con los recursos de que se dispone para financiarlos, buscando en todo momento no afectar la salud financiera del sistema.

De esta manera, mediante la regulación del valor del paquete de prestaciones *-pago per capita-* y del contenido de sus beneficios *-plan básico-*, se pretende, al menos en teoría, estimular la competencia entre entidades basada en la eficiencia en la utilización de los recursos y en la calidad en la prestación de los servicios, más que en el precio o los contenidos del producto que ofrecen. Esta situación se daría en la medida que los usuarios tuviesen libertad de elección de aseguradores y proveedores, mecanismo que actuaría para reconocer el esfuerzo de los mejores.

Otra de las más importantes innovaciones que introduce el modelo de reforma dominicana se da en la forma como los hospitales públicos seguirían funcionando, los cuales pasarán a convertirse de manera gradual en entidades autónomas con personería jurídica y patrimonio propio, organizadas regionalmente en redes por niveles de complejidad, que deberán comportarse como empresas de carácter social que deben generar excedentes, los cuales estarían destinados a mantener y mejorar la cobertura y la calidad de los servicios que ofrecen.

Complementariamente, la estructura de gobierno y control de estos nuevos proveedores públicos estará conformada por un consejo directivo en el que estarán representados diversos actores: gobierno central, gobierno local, trabajadores de la institución y comunidad. Entre sus funciones principales estará la de incidir directamente en el nombramiento del gerente de la institución y en la potestad para evaluar su gestión y con base en ello solicitar si es del caso su destitución.

Pero quizás lo que más impactará en el funcionamiento tradicional de los hospitales públicos, será el hecho que en el futuro una porción importante de su presupuesto provendrá de la venta de servicios a las entidades aseguradoras, lo que significaría una declinación gradual, seguramente no total, de la financiación mediante presupuestos históricos que el Estado les asigna directamente tal y como sucede en la actualidad.

En la misma línea de la eliminación gradual de los subsidios de oferta a los hospitales públicos y como medida que complementa ésta decisión, se da el proceso de focalización de subsidios mediante la identificación de las personas más pobres que serán beneficiarias de los recursos que les entregará el Estado a través de entidades aseguradoras, mediante una encuesta que clasifica a las familias según su nivel de pobreza denominada Sistema Único de Identificación de Beneficiarios -SIUBEN- (GCPS-DR, 2007) .

Cada hogar identificado como pobre podrá afiliarse a un nuevo asegurador público en salud denominado el Seguro Nacional de Salud –SENASA-, a través del cual tendrán derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan Básico de Salud que ofrecerá la red de hospitales públicos, quienes a su vez deberán facturar al asegurador público los servicios prestados.

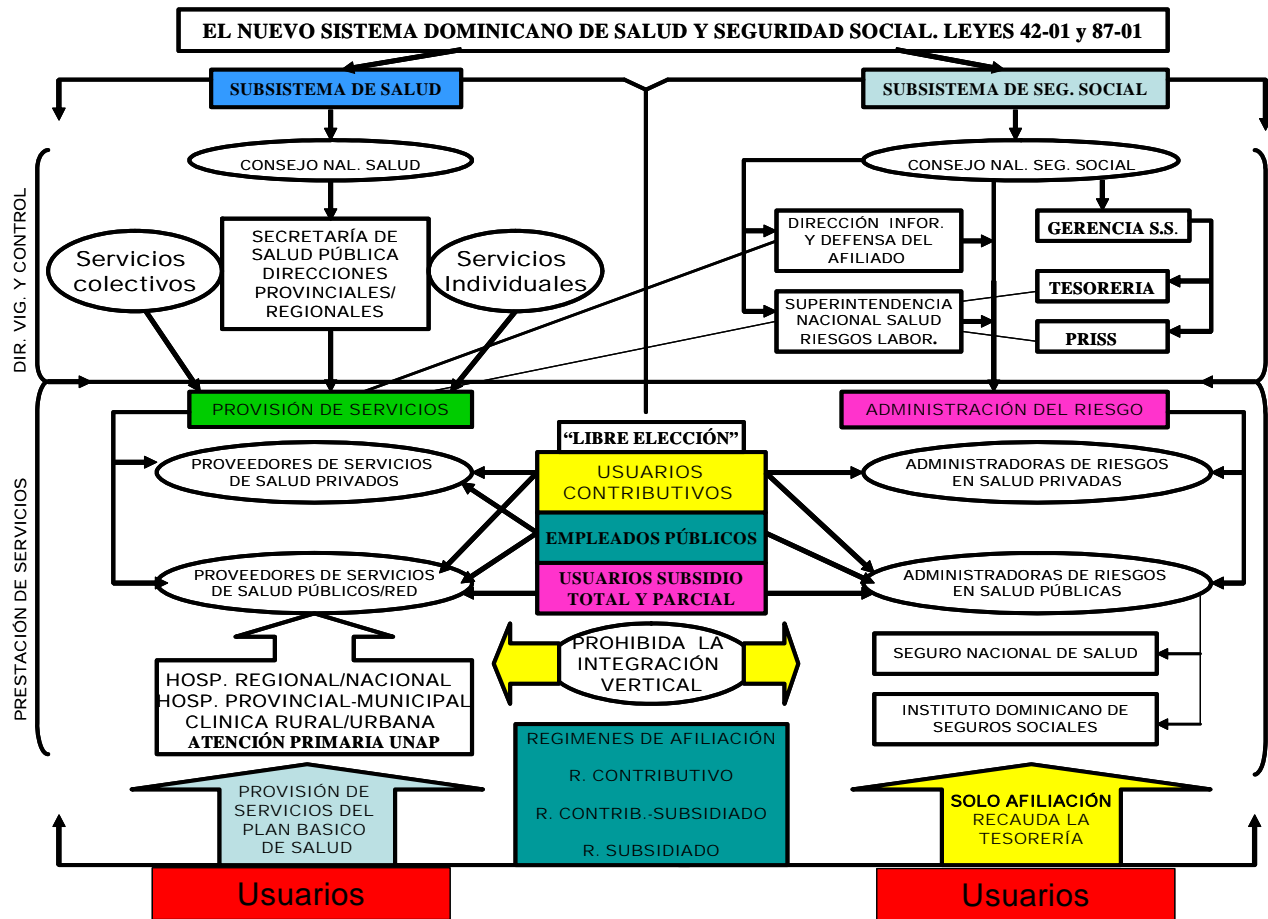
En el campo del aseguramiento el nuevo sistema también trae innovaciones. En primer lugar la afiliación al sistema de seguridad social en salud es obligatoria para todos los habitantes del territorio nacional, como lo es también el pago de un impuesto al salario de las personas, recursos con los cuales se financiaría buena parte del sistema. Los aseguradores deberán afiliar a cualquier persona o familia sin que puedan ejercer legalmente ningún mecanismo discriminatorio con el cual pudiesen hacer selección de riesgos y descreme del mercado (Belli, 2001; Newhouse, 1984).

Igualmente los aseguradores podrán ofrecer planes complementarios al Plan Básico, que como su nombre lo indica solo podrán contener servicios o condiciones de acceso y calidad que complementen, no substituyan al primero. De la misma forma no podrán vender planes complementarios a aquellas personas que no posean el Plan Básico. Como ya se mencionó, estas medidas generarán incentivos para que los aseguradores traten de competir con base en la eficiencia y calidad de los servicios que se ofrecen.

Las nuevas instituciones para la ejecución de la reforma

El nuevo Sistema contará con una estructura organizativa donde se separan, descentralizan y especializan las funciones de rectoría, vigilancia, control, financiación, administración del riesgo y provisión de servicios, creando entidades autónomas encargadas de cada una de ellas. En la Gráfica 12 se ilustran las principales funciones, instituciones y relaciones que se establecen por efecto del nuevo modelo.

Gráfica 12



La rectoría del nuevo Sistema de Seguridad Social, la cual abarca además de los temas de organización y financiamiento de los servicios de salud, el manejo de las pensiones, los riesgos laborales y la protección contra la niñez, estará a cargo de un órgano de gobierno colegiado denominado Consejo Nacional de Seguridad Social –CNSS-, el cual consta de 13 miembros que actúan en representación de los diversos sectores y actores que participan del sistema de seguridad social. Está presidido por los Ministros de Trabajo (presidente) y de Salud (vicepresidente).

Debe destacarse que en este organismo se concedió el derecho de veto a tres de sus actores principales: gobierno, trabajadores y empleadores, lo que de alguna manera desvirtúa en primer lugar su esencia de ser un espacio democrático para la discusión y búsqueda de consenso, y en segundo término debilita la posición rectora del Estado dentro de un sistema que es considerado un servicio público altamente regulado y que además por su manejo puede llegar a tener implicaciones sobre el equilibrio fiscal del gobierno.

El tradicional Ministerio de Salud, conocido como la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social –SESPAS-, deberá reformarse para dedicarse exclusivamente a la función rectora en los aspectos normativos y de política, relativos a la calidad de los servicios y la gestión de la salud pública (promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel más colectivo que individual, así como al control de endemias y epidemias). Igualmente estará encargado de la vigilancia y control de la calidad en la prestación de los servicios. Esta entidad contará con un organismo asesor denominado Consejo Nacional de Salud –CNS- en el que igualmente estarán representados los diferentes actores del sector, el cual tendrá como su principal función asesorar y apoyar al Ministerio de Salud en el ejercicio de las funciones que le competen. En lo sucesivo y de manera gradual el Ministerio deberá dejar su labor directa de provisión de servicios y de intermediario en la financiación de estos.

La vigilancia y el control en lo relativo a los aspectos de organización y financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud estará a cargo de una nueva entidad denominada Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales –SISALRIL-, entidad autónoma cuyo Director es propuesto mediante terna enviada por el CNSS y designado por el Presidente de la República un período fijo de tres años, al cabo de los cuales solo podrá ser reelegido por una (1) sola vez.

La información y defensa de los usuarios se realiza a través de la Dirección de Información y Defensa del Afiliado –DIDA-, entidad que actúa como una defensoría del consumidor, con funciones básicas en cuanto a la difusión de derechos y deberes de los afiliados, así como de apoyo legal y técnico en las reclamaciones que sea necesario llevar a cabo ante las diversas instituciones e instancias del nuevo Sistema.

Los recursos del nuevo sistema destinados a financiar el aseguramiento y la provisión de servicios de salud a las personas, provendrán de aportes directos del Estado y de impuestos parafiscales realizados por empleadores y trabajadores equivalentes a un porcentaje del valor total de los salarios pagados. Estos serán canalizados y manejados de manera centralizada por una entidad denominada la Tesorería de la Seguridad Social –TSS-, quien será la encargada de entregar sobre una base per capita que defina el CNSS, los recursos que le corresponden a las diversas aseguradoras de salud en función al número de afiliados.

Los recursos para la gestión de las acciones generales de salud pública y de los programas de salud colectiva seguirán siendo aportes directos del Estado canalizados a través del Ministerio de Salud, SESPAS.

El aseguramiento en salud se dará a través de tres (3) regímenes diferentes. El contributivo destinado a los trabajadores del sector formal. El contributivo-subsidiado destinado a los trabajadores independientes y del sector informal donde el gobierno subsidiará parcialmente la afiliación. Y finalmente el subsidiado destinado para aquellas personas pobres y vulnerables identificadas como tales mediante el instrumento diseñado para la focalización de subsidios –SIUBEN-.

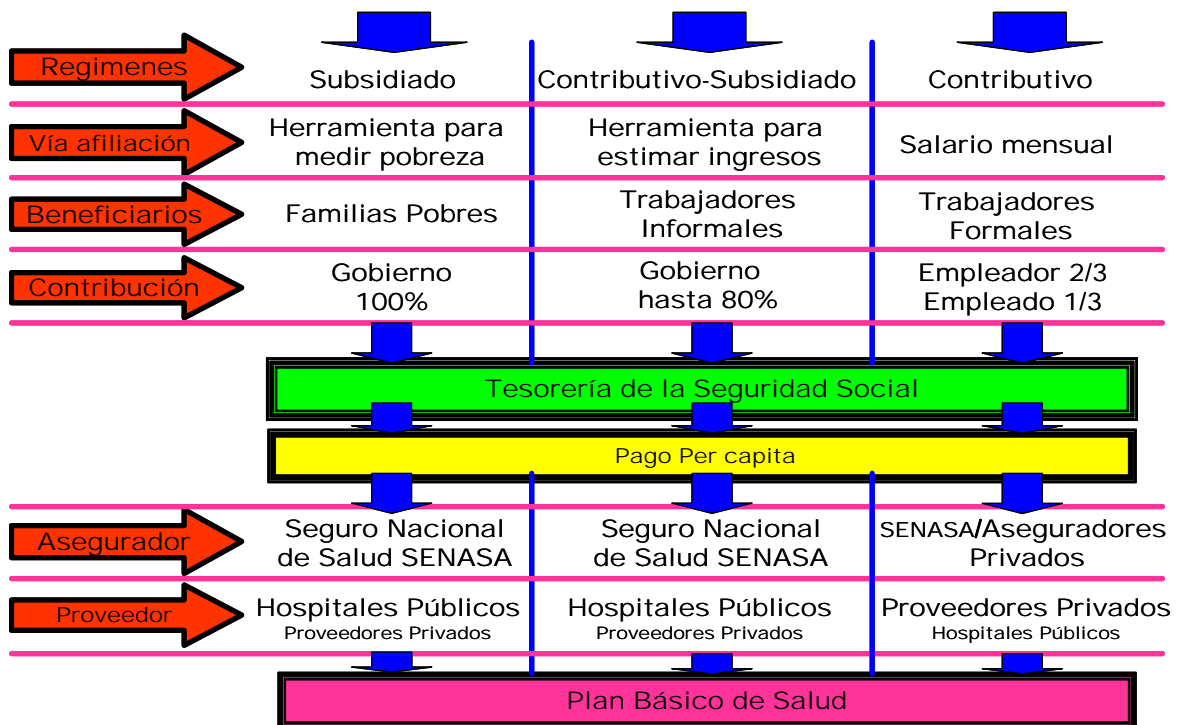
Las personas pertenecientes al régimen contributivo deberán afiliarse según su libre elección a alguna de las Administradoras de Riesgos en Salud –ARS- privadas o públicas que se creen para tal fin, las cuales para poder operar deberán cumplir con una serie de requisitos legales, organizativos y patrimoniales.

Las personas pertenecientes a los regímenes contributivo-subsidiado y subsidiado, así como los empleados contributivos de las entidades públicas deberán estar afiliados obligatoriamente al asegurador público –SENASA- que se creará para tal fin.

En cuanto a la prestación de servicios, solo los afiliados al régimen contributivo, incluidos los empleados del sector público, podrán elegir entre prestadores públicos o privados que conformen la red de la entidad aseguradora que elijan. Los afiliados a los dos regímenes restantes, que reciben un subsidio total o parcial del Estado, deberán obligatoriamente ser atendidos en los hospitales públicos. En la Gráfica 13 se resumen los principales elementos que caracterizan el funcionamiento del nuevo Sistema de Salud Dominicano.

Gráfica 13

Elementos esenciales del Nuevo Sistema de Salud



Finalmente, la prestación de servicios de salud se dará a través de las denominadas instituciones Proveedoras de Servicios de Salud –PSS- de carácter público o privado, las cuales deberán estar organizadas como entidades autónomas con personería jurídica y patrimonio propio, quienes por ley no podrán ser de propiedad de los aseguradores.

La anterior medida se tomó en un intento por controlar la integración vertical asegurador-proveedor, la que a juicio de algunos actores, especialmente de los médicos y de los actuales dueños de clínicas privadas, no es buena para el sistema por que podrían configurarse monopolios con efectos nocivos para los usuarios.

No obstante y como se discutirá más adelante, podría pensarse esto se hizo más bien para proteger la propiedad y rentabilidad del negocio de provisión de servicios, debido precisamente a que la integración vertical, tal como ha sido entendida en los diversos sectores de la economía, podría utilizarse como un mecanismo de control de costos (Coase, 1937; Stiglitz, 1994), los cuales de subir o mantenerse elevados terminan finalmente afectando de manera negativa a los usuarios, como parecería va a suceder.

A pesar de todo, la integración vertical asegurador-proveedor de servicios es una discusión aún no resuelta en el sector, y aunque existen argumentos a favor y en contra de ella, no puede afirmarse categóricamente que sea algo bueno o malo. Más bien debe hacerse un análisis profundo de las circunstancias sobre las cuales se aplican este tipo de mecanismos que orienten mejor sobre la conveniencia o no de su utilización.

Oportunidades y limitaciones de la reforma

El proceso de reforma iniciado, al que se llega después de un largo y tortuoso camino de discusión y consenso, es sin duda una enorme oportunidad sin precedentes en la historia del país, para cambiar de manera significativa un sistema de salud que ha demostrado su obsolescencia para resolver los problemas de salud de la población, y que cada vez más es un dolor de cabeza de hogares y gobiernos.

No obstante contrasta con la aparente claridad del diseño conceptual y operativo que se quiere poner en marcha, la complejidad y por eso mismo la dificultad del proceso de implementación por dos razones fundamentales.

La primera radica en la complejidad relativa del modelo de reforma que exige la existencia de un Estado que posea instituciones con un cierto nivel de desarrollo y credibilidad, que le den la fortaleza que se requiere para asumir el liderazgo en su puesta en marcha y posterior control.

La segunda se deriva de la profundidad de los cambios que se quieren poner en marcha, lo que necesariamente tocará intereses de poderosos actores en contienda como son ciertos sectores médicos, de clínicas privadas, de sindicatos del sector público, de empresas aseguradoras y de organizaciones sociales, quienes entienden que el establecimiento de un esquema de aseguramiento en un mercado altamente regulado

puede ser una amenaza para su estabilidad económica según unos, o para la para la salud de la población según otros.

Estas son apreciaciones que de una u otra manera reflejan el punto de vista de los intereses particulares de cada quien. Así por ejemplo, existe la percepción fundamentada en hechos sucedidos en reformas similares (Barón, 2007; WHO, 2007), en donde el montaje de un sistema universal obligatorio de aseguramiento reduce gradualmente el flujo de recursos que perciben los prestadores de servicios de manera directa sin la intervención de un intermediario asegurador. Para algunos esto podría significar la ruina de ejercicio privado de la medicina.

En la Tabla 13 que se presenta a continuación, se estima para el año 2003 los recursos que reciben directamente los proveedores de servicios en la República Dominicana, cifra que asciende a medio billón de dólares anuales.

Tabla 13

Gasto de bolsillo en salud dólares, República Dominicana, 2003

Gasto per capita	Gasto Privado /Gasto Total	Gasto Privado /Gasto Total	Gasto Bolsillo/ Gasto Privado	Gasto Bolsillo/ Gasto Privado	Poblacion estimada	Gasto de bolsillo total
\$ 132	66,8%	\$ 88	70,8%	\$ 62	8.600.000	\$ 536.886.029

Datos calculados en dólares para el año 2003

Fuente: Cálculos del autor utilizando datos del World Health Statistics 2006, Organización Mundial de la Salud

De otro lado, se apela igualmente al argumento de que el establecimiento de sistemas de mercado y la descentralización del sector público, podrían considerarse como el primer paso hacia la privatización de los servicios (Ugalde, 2005), que atentaría contra los derechos de los más pobres, temores que de alguna manera trataron de ser subsanados en la ley de reforma dominicana al hacer que los subsidios del Estado sean de manejo exclusivo del sector público.

En cuanto a las limitaciones que podrían surgir del diseño del modelo de reforma dominicano visto desde la óptica de la teoría económica, debería analizarse también el problema que puede surgir con los costos de transacción que se derivarían de este nuevo modelo, aparentemente mucho más complejo institucional y operativamente que el que reemplaza.

A primera vista parecería que la complejidad institucional podría dar lugar a un mayor costo transaccional (Coase, 1937) así como también a más y diversas modalidades de corrupción, que podrían terminar minando las supuesta ganancias en eficiencia que se lograrían como resultado del nuevo esquema de separación de funciones, descentralización y subsidios a la demanda. No obstante, no hay evidencia que permita sustentar estas apreciaciones y éstas sin duda deberían ser motivo de investigaciones futuras.

Desarrollo de un esquema de comprador-vendedor de servicios de salud

El mercado de servicios de salud y sus fallos. Cómo han sido enfrentados

Para poder entender mejor la racionalidad subyacente bajo el modelo teórico de reforma que se plantea aplicar en la República Dominicana, es preciso recurrir primero a un breve análisis de lo que son las principales características de un mercado de salud, los efectos que ello genera sobre los precios y las características de los servicios que se ofrecen, así como el por qué de las medidas que se proponen aplicar.

En general puede afirmarse que la salud es un mercado atípico altamente imperfecto donde no es fácil definir con la claridad con la que se puede hacer en casi cualquier otro mercado, quien es el que compra los servicios y que es en realidad lo que compra; y cómo por efecto de estas relaciones aparentemente disfuncionales, se pueden llegar a afectar características del producto que se ofrece tales como su cantidad, calidad y especialmente su precio.

Además por efecto de estas imperfecciones también es posible suponer que los resultados esperados de ésta relación entre compradores y vendedores no necesariamente produce beneficios a los pacientes en la misma proporción en que se consumen servicios y que inclusive se pueden llegar a generar efectos adversos. El ejemplo más patético es el de los Estados Unidos de América donde a pesar de ser el país del mundo con el mayor gasto per capita en salud, \$6,096 dólares en el año 2004 (WHO, 2007), se estima que cada año mueren cerca de 195,000 personas por culpa de los errores médicos, lo que ha llevado este hecho a convertirse en la 5ta causa de mortalidad en el país, por encima de los accidentes de tránsito (Medical News Today, 2004).

En primer lugar, quizás la falla más protuberante y más importante en el mercado de la salud, la constituye la asimetría de la información, que genera desequilibrios entre vendedores, en este caso médicos y hospitales, y los supuestos compradores, pacientes y aseguradores (Shmanske, 1996). No obstante, en un esquema de aseguramiento como el de salud, los pacientes deberían ser llamados más bien consumidores finales de servicios, en vez de compradores de los mismos, por que es en realidad el asegurador quien actúa como el comprador y quien a su vez paga por los servicios.

Precisamente de la diferenciación que debería hacerse entre comprador y consumidor, se deriva la teoría del riesgo moral. Esta básicamente consiste en que una persona que posee un seguro no tendría que asumir ninguna o mínimas consecuencias financieras al consumir los servicios amparados, es decir no tiene que pagar directamente por ellos, además de que considera el costo del seguro como algo marginal, o en algunos casos sin valor por que alguien lo paga por él. Estas circunstancias generan incentivos que inducen a esa persona a actuar de forma descuidada o a consumir de forma irracional (Stiglitz, 1994).

Producto principalmente de la asimetría de información entre paciente y proveedor, se llega a una situación en la que el proveedor es en la práctica quien decide por el paciente

sin que éste, por su natural ignorancia sobre la materia, tenga mucho que aportar o controvertir en la decisión que se toma.

También debe mencionarse que la asimetría de información puede actuar en beneficio del paciente, caso que sucede cuando este sabiendo que está enfermo o requiere servicios de salud decide comprar o afiliarse a un seguro de salud. Este fenómeno se conoce como selección adversa el cual los aseguradores tratan de evitar con instrumentos tales como el no cubrimiento de enfermedades o condiciones preexistentes al momento de afiliarse, o ejerciendo lo que se conoce como selección de riesgos o descreme del mercado, mediante diversos mecanismos, el más conocido de ellos la diferenciación por precios y aun la negativa de afiliar personas, como ocurre con los ancianos (Belli, 2001; Newhouse, 1984).

Es así como la asimetría de información entre paciente y proveedor convierte de hecho al médico en oferente de servicios y simultáneamente en su comprador, relación en la que podría configurarse un conflicto de intereses. El mismo médico compra lo que vende y obtiene un beneficio por ello. Por lo tanto podría verse tentado a sacar provecho para sí mismo de esta ventaja que le concede el mercado, más allá de lo que racionalmente podría esperarse fuese la justa remuneración por su trabajo y un comportamiento sujeto estrictamente a los preceptos éticos y científicos que regulan su ejercicio profesional. Esta práctica se conoce como demanda inducida (Rossiter, 1987; Izumida, 1999).

La condición anterior coloca de alguna manera al paciente en desventaja en cuanto a su capacidad de control que podría ejercer sobre la conducta de su médico/proveedor, limitación que tradicionalmente ha tratado de ser remediada por los códigos de ética, siendo el Hipocrático (Wikipedia, 2007) el más conocido de ellos, redactado en el año 400 antes de Cristo. Este código hoy vigente impone límites a la conducta del médico/proveedor con lo cual se busca evitar daños o efectos indeseables sobre la salud o integridad del paciente más allá de lo humana y científicamente previsible.

No obstante, este tipo de situaciones ya habían sido advertidas por la sociedad desde muchos siglos atrás, como lo describe el Código de Hammurabi que data del año 1,692 antes de Cristo, el cual establecía drásticas penalidades a los excesos o equivocaciones en la conducta de los médicos (Meirelles, 1998).

Más recientemente han aparecido otras formas, más de carácter legal que ético, las cuales tratan de darle al paciente mayor control sobre las decisiones que en materia de servicios de salud podrían afectarlo, las que a su vez imponen nuevos límites al que hacer del profesional, siendo la más conocida el consentimiento informado (Tallone, 2002).

Este es un mecanismo que busca establecer un balance entre riesgos y beneficios de los servicios de salud que el paciente recibiría, y que en muchos países el médico debe por obligación dar a conocer al paciente y pedirle su aceptación de una manera formal y por escrito. Esta herramienta puede ser vista como un esfuerzo adicional por mejorar el poder de decisión del paciente, pero también ha sido considerado por médicos y proveedores de

servicios como una forma que reduce la posibilidad o severidad de sufrir demandas en su contra por casos de supuesta mala práctica.

Un tercer mecanismo, además de los códigos de ética y del consentimiento informado, que ayuda a controlar los efectos derivados de la asimetría de información entre pacientes y proveedores de servicios lo constituye la intermediación de un tercero que actúa en representación del paciente y que de alguna manera busca darle mayor poder de decisión. Tradicionalmente este mecanismo de intermediación ha sido ejercido por las compañías de seguros de salud, entidades que en realidad no fueron creadas con esa finalidad. Estas nacieron con el fin de ofrecer un mecanismo más eficiente y equitativo de distribuir la financiación de los servicios de salud (Stiglitz, 1994), en especial cuando el costo de la salud comenzó a subir dramáticamente, convirtiéndose en una amenaza para la estabilidad económica de hogares y empresas, algo que apenas comenzó a hacerse más evidente en la segunda mitad del siglo 20, concomitantemente con los grandes avances de la medicina.

A partir de ese momento, aparecen y proliferan los denominados terceros pagadores, que en un principio actuaban como simples intermediarios entre el paciente y el proveedor pagando los servicios y sin jugar un papel muy activo en el control de los costos. Este mecanismo se conoció con el nombre de pólizas o seguros de indemnización en salud que eran ofrecidos por las tradicionales compañías de seguros.

Más recientemente han aparecido compañías especializadas en seguros de salud que hoy se conocen como administradores del riesgo en salud, quienes además de actuar como pagadores de los servicios, intervienen en el proceso de prestación de los mismos y en algunos casos tratando de influir sobre algunos de los factores de riesgo en salud que podrían afectar a las personas, mediante diferentes acciones que apuntan a promover estilos de vida saludables. En la actualidad existen diversos tipos de estas empresas, que controlan desde el aseguramiento hasta la prestación de servicios, mediante diversos grados y modalidades de integración vertical, actuando de variadas formas y con diferente intensidad en la relación entre pacientes y oferentes de servicios de salud, razón por la cual hoy son en muchos países el blanco de críticas de médicos y proveedores, precisamente por que consideran ejercen una supuesta intromisión indebida en la relación médico-paciente.

Vale la pena mencionar por las frecuentes comparaciones que se hacen, que el modelo de reforma dominicano es diferente del modelo clásico propuesto por Enthoven para los Estados Unidos de América (Enthoven, 1993) el cual buscaba fortalecer la capacidad del comprador de servicios organizado que él denominaba “sponsor”, para obligar a los aseguradores a competir por el precio y el contenido del producto. Por lo tanto, no sería adecuado catalogar el esquema dominicano como de “competencia gerenciada” (managed competition en inglés) y más bien debería llamarse de “mercado regulado”.

No obstante los mecanismos de control descritos, el médico/proveedor mantiene una posición dominante sobre las decisiones que podrían afectar a su paciente, que finalmente

pueden conducir a efectos nocivos sobre su salud e integridad, como también sobre el costo que se paga por los servicios y que finalmente alguien debe asumir.

Además, el efecto sobre costo de los servicios que recibe el paciente, podría verse agravado por dos circunstancias adicionales. La primera, cuando el médico es el propietario de los servicios complementarios que recibe el paciente, más allá de lo que es su simple trabajo; y la segunda, cuando en la atención del paciente se utilizan determinadas tecnologías biomédicas, en especial aquellas denominadas de punta o de carácter experimental, las cuales muchas veces no ofrecen un adecuado balance entre su costo, la eficiencia con que operan y la eficacia en sus resultados. Los economistas denominan estas tecnologías no costo efectivas/eficientes por que el valor del resultado obtenido es inferior al costo de la tecnología utilizada (Warner, 1995).

No obstante ciertas tecnologías son consideradas no costo-efectivas, la mayoría de las veces son utilizadas bajo el argumento de ofrecer mayor seguridad a pacientes o proveedores, ó apelando al sentimiento de esperanza que naturalmente embarga a los pacientes que buscan alguna solución a sus problemas, sin que necesariamente esto signifique que se está engañando al paciente.

La situación anterior concuerda las más de las veces con la posición del común de la sociedad frente a la enfermedad, el sufrimiento humano y la amenaza de muerte, donde nadie quiere ahorrar cuando se trata de la salud y la vida, nadie acepta de buena manera envejecer y menos morirse aún los que creen en que la otra vida es mejor que ésta, justificaciones que nutren la natural esperanza humana y que hacen más difícil controlar la utilización de tecnologías que se sabe producirán muy pocos o a veces ningún resultado. Vale la pena mencionar que con estos argumentos se financia en buena medida la desenfrenada y lucrativa carrera de la tecnología biomédica.

Precisamente del dilema uso adecuado o abuso de la tecnología biomédica, surge lo que hoy se conoce como la medicina basada en la evidencia (Wikipedia, 2007) y su instrumento, los protocolos de atención, que no son más que la sistematización de experiencias en cuanto a procesos y resultados que buscan mejorar la calidad de los servicios, reducir las posibilidades de errores médicos y finalmente aunque no menos importante, hacer un uso más racional de los habitualmente escasos recursos de que se dispone.

Desafortunadamente los razonamientos que inducen a personas y sociedades a consumir servicios de salud sin ningún límite, sobrepasan las barreras de la racionalidad económica, en especial la natural limitación presupuestal de hogares y gobiernos, llevando a que los precios se convierten en un enemigo de la equidad y en una prioridad controlarlos.

Los efectos de no controlar los precios en salud han llevado en muchos países del mundo a que los costos de la salud crezcan anualmente a un ritmo mayor al que la economía puede hacerlo, produciendo una mayor escasez y por lo tanto un mayor exclusión social y concentración de la riqueza. De nuevo, el caso de los Estados Unidos de América es de

los más palpables, donde además del enorme y creciente número de personas que carecen por completo de protección financiera contra la enfermedad, estimados en unos 47 millones en 2007, los costos de la salud crecen anualmente al doble de los costos generales generando un creciente problema de financiación para hogares y gobiernos (NCHC, 2007).

Otros fallos en el mercado de salud

Un segundo fallo del mercado de salud radica en que este no es competitivo, esto es sus principales actores no están lo suficientemente dispuestos a competir entre sí, precisamente por las ventajas que les concede las imperfecciones de este mercado.

Es así como existen diversas formas mediante las cuales por ejemplo los médicos, colocan barreras que dificultan el acceso de nuevos competidores a sus mercados, tales como el control que ejercen sobre la formación de los especialistas así como el establecimiento de severos requisitos para ejercer la profesión o para revalidar las licencias de trabajo, especialmente para los emigrantes. En los Estados Unidos de América, ésta situación es palpable, además de ser común en muchos países de la región, incluida la República Dominicana.

De otro lado, los hospitales sacan ventaja de su condición de ser en la práctica monopolios naturales en la entrega de los servicios (Hsiao, 2000), elevan artificialmente los precios y producen servicios en cantidades por debajo de lo que podrían hacerlo si estuvieran en un mercado competitivo, características propias de cualquier monopolio. Igualmente segmentan los mercados utilizando productos y calidades diferentes, con los que igualmente segmentan los mercados de pacientes según su capacidad de pago. (Stiglitz, 1994; CIB, 2005)

Otro factor que facilita a los hospitales comportarse como monopolios es la existencia de barreras de entrada estructurales propias del mercado de la salud y que dificultan que otros competidores puedan participar. Es el caso de la mayoría de los hospitales que operan en ciertas regiones donde por el tamaño del mercado y por los altos costos que ello implicaría, no tendría sentido montar otro hospital. (Stiglitz, 1994)

Otra de las imperfecciones del mercado de la salud radica en que el producto que se ofrece es altamente complejo y que fácilmente puede diferenciarse, hasta el punto de afirmarse que hay tantos productos como pacientes, lo que dificulta el proceso de comparación propio de cualquier proceso de compra y venta de servicios, situación que a su vez facilita la manipulación de los precios por parte del oferente.

Finalmente, el producto que se ofrece en salud por su estrecha relación con la vida la muerte y la integridad de las personas, le confiere unas características sociológicas que lo ubican como un servicio público que debe estar dentro de las prioridades y responsabilidades directas de casi cualquier Estado, dándole por lo tanto una connotación de “bien meritario” más de carácter social que económico, definiciones que debilitan muchas veces los incentivos que tendrían los individuos de pagar un seguro de

salud al notar que el Estado siempre terminará protegiéndolo así no se asegure (Castaño-Yepes, 1999).

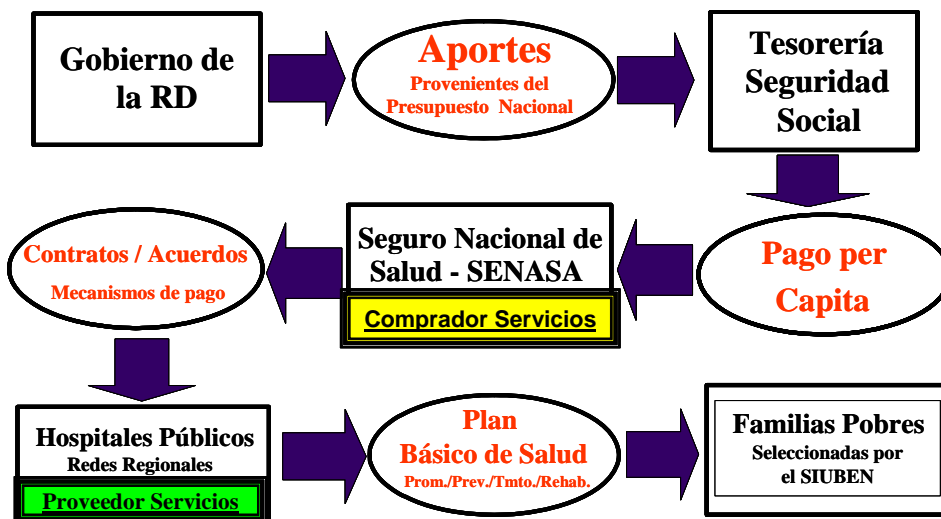
Como se hace operativo el concepto comprador-vendedor en la RD

La forma como la República Dominicana hace operativo el concepto comprador-proveedor de servicios de salud tiene lugar de manera diferente en cada uno de los tres regímenes de afiliación al sistema. Básicamente, el modelo de reforma propuesto busca controlar los efectos adversos o indeseables que genera un mercado imperfecto de carácter monopólico, utilizando para ello varios tipos de herramientas diferentes siendo las más importantes las siguientes:

- La relativa libre elección que puede ejercer el usuario/paciente tanto de la aseguradora como del prestador de servicios de su preferencia;
- La libre competencia en el aseguramiento y en la provisión de servicios, permitiendo que las empresas encargadas de estas dos funciones compitan entre ellas y entre si mismas;
- La obligatoriedad de todos los ciudadanos de afiliarse al sistema, así como de pagar un impuesto con el que se financia parte de este;
- La estandarización y regulación del producto o paquete de beneficios que se ofrece, así como también de su precio promedio o pago per capita promedio que se reconoce a las aseguradoras por cada afiliado inscrito;
- La prohibición para que aseguradores y proveedores de servicios discriminen durante la afiliación o atención a los pacientes basados en cualquier motivo.

En el Régimen Subsidiado la reforma plantea un esquema un solo comprador y de hecho un solo vendedor, ambos entidades de origen público, conformándose lo que podría denominarse un seudo mercado de competencia interna. Gráfica 14.

Gráfica 14
Como opera el esquema Comprador-Proveedor de servicios en el Régimen Subsidiado en la República Dominicana



Esto quiere decir que solo existirá un solo comprador de servicios, en este caso el SENASA quien obligatoriamente deberá comprarle servicios al Ministerio de Salud SESPAS, representado en los Hospitales públicos, quienes aparentemente competirían entre sí por los afiliados, pero que en la realidad esto no sucederá, o lo será de una manera muy limitada por las razones que se explican más adelante.

Por eso, y basados en las anteriores apreciaciones sería mejor decir que más que comprador de servicios, el SENASA actuará como un organismo pagador de los hospitales, donde la principal herramienta de relación entre ambos, la constituiría el contrato o acuerdo de gestión y el mecanismo de pago que se utilice para ello.

De otro lado aunque en teoría debería existir competencia entre los hospitales públicos, en realidad está se dará de manera muy limitada en razón de su ubicación geográfica que dificulta al usuario asistir a varias instituciones entre otras cosas por el costo del transporte y del tiempo que debería utilizar; y en razón del tipo de servicios que ofrece cada una de ellas, los cuales se diferencian según los niveles de complejidad definidos en la red de servicios; esto significa que los hospitales no competirán entre sí por que prestan servicios diferentes.

Lo anterior quiere decir que los usuarios carecerán por completo de libertad de elección de asegurador por estar obligados por ley a permanecer en el asegurador público SENASA, y poseerán una muy restringida libertad de elección del proveedor de servicios, por que igualmente deberán estar inscritos y asistir al proveedor más cercano a su lugar de residencia o trabajo.

No obstante el no definir claramente un mercado en el cual actúen libremente compradores y vendedores no significa que no habría resultados benéficos de esta relación, que se traduzcan en más y mejores servicios. El solo hecho de separar claramente en instituciones autónomas e independientes las funciones de compra y venta de servicios, y el hecho de comenzar a financiar los presupuestos de los hospitales públicos sobre la base de subsidios a la demanda y venta de servicios, se esperaría generen mayores posibilidades de transparencia y rendición de cuentas que redunden en mejor acceso, eficiencia y calidad de los servicios.

En el lado opuesto de las estrategias de reforma se encuentra el régimen contributivo, el cual puede catalogarse como un mercado más abierto a la competencia entre compradores y vendedores. Podrán existir múltiples compradores (aseguradores) a los cuales el usuario puede afiliarse libremente según su elección, sin desconocer que aquí también hay asimetría de información y posible coerción en la decisión de la libre afiliación, en especial por parte del empleador, quien de hecho realiza las dos terceras partes del pago y por ello podría hacer uso de su posición de autoridad sobre los trabajadores a su cargo.

De la misma forma existiría un mercado abierto y competitivo para la provisión de los servicios, lo que en realidad tampoco es del todo cierto. En primer término por que el comprador no está obligado a contratar a todos los proveedores existentes, razón por la cual organizará la red de prestación que ajustará en su tamaño y ubicación según

condiciones tales como el volumen de servicios requeridos y la ubicación de sus afiliados, situaciones que en cierta medida tiende a restringir la competencia y a limitar la posibilidad de elección de los pacientes.

Además la ley de reforma establece que los pacientes deberán hacer uso de una puerta de entrada -gatekeeper- (Carlson, 2007) al momento de solicitar servicios de salud, generalmente manejada por un médico general, para que luego pueda ser referido a otros servicios o de mayor complejidad. El hecho anterior limita aún más las posibilidades de libre elección del paciente y a su vez dificulta la libre competencia entre prestadores.

No obstante ésta es una medida que busca por un lado darle mayor calidad al servicio al ofrecerle al paciente una orientación adecuada en cuanto al servicio al que debe recurrir por su natural desconocimiento en materia de diagnóstico de enfermedades, como sucede en la gran mayoría de servicios de salud de los países desarrollados, y de otro lado persigue darle racionalidad al uso de recursos escasos y costosos, como son los especialistas médicos (Escarce,2001).

En un lugar intermedio entre las dos estrategias anteriores, se encuentra el Régimen Contributivo de los servidores públicos, en donde por ley deberán estar afiliados al SENASA pero podrán elegir libremente entre proveedores públicos y privados que hayan sido incluidos en la red de prestadores de este asegurador. De esta manera no habrá competencia en el aseguramiento pero supuestamente sí en la prestación, algo que por las razones expuestas para caso anterior del régimen contributivo, tampoco es tan amplia.

Análisis crítico del esquema comprador-vendedor de servicios de salud SENASA-SESPAS en el régimen subsidiado

Por qué es importante focalizar el análisis en este esquema público-público

No obstante la reforma dominicana pretende crear un esquema comprador-vendedor de servicios de salud que se aplica a todos los sectores (público y privado) y regímenes de afiliación, el análisis que se realiza a continuación se concentra en el Régimen Subsidiado que maneja el sector público, donde este esquema era prácticamente inexistente. Por esta razón se espera que sea allí donde se van a producir los mayores cambios y donde además se espera van a generarse los mayores resultados de la reforma en cuanto a la mejoría de las condiciones de protección financiera, acceso, equidad y calidad en los servicios para la población más pobre y vulnerable que representa alrededor del 70% de la población.

En cambio, analizar el esquema comprador- vendedor de servicios en el tradicional sector de los seguros sociales (IDSS) y del sector privado asegurador, tendría otras connotaciones por que en realidad este es un esquema que ya existía y que lo hace diferente quizás el establecimiento de regulaciones que tratarían de hacer más transparente y equilibrado el funcionamiento de este segmento del mercado.

Hechas las aclaraciones anteriores, en principio valdría la pena enfocarse un poco en las razones por las cuales entidades y organismos de cooperación (Banco Mundial, 1993) recomiendan que es necesario introducir profundas reformas en las instituciones públicas para hacerlas más eficientes, eficaces y transparentes en su gestión, como única vía para mejorar sus resultados, para luego enfocar la disertación en la descripción de lo que ha sucedido en la República Dominicana en este aspecto específico.

Para empezar, no es extraño escuchar que el Estado es ineficiente en la utilización de los recursos que se le asignan y que produce servicios de baja calidad. Frente a esta afirmación surgen interrogantes como ¿cuál debería ser entonces su papel en la producción de servicios de salud? ¿Con que nivel de eficiencia y calidad producen estas instituciones? ¿Cuáles son las razones que explican este comportamiento? ¿Cuál es el mejor camino que debe seguirse para afrontar estas situaciones?

De estos interrogantes surge el dilema de si es mejor que el Estado produzca los servicios que le corresponden según su función social, o si por el contrario debería más bien comprárselos al sector privado, bajo el supuesto de que probablemente podría hacerlo mejor y más barato.(Precker, 2000).

Pero como ya se advirtió al principio de este documento, en materia de reformas a los sistemas de salud, no existen respuestas únicas que den lugar a modelos que se puedan aplicar y replicar de manera uniforme. Las alternativas de solución deben construirse buscando un adecuado balance entre los elementos técnicos, políticos y económicos que son inherentes a cada país y a cada situación en particular.

Al tratar de entender las razones por las cuales algunos consideran que las instituciones públicas tienen un comportamiento y un desempeño diferente al compararlas con sus similares privadas, se describen en la literatura algunas de las principales circunstancias y características que supuestamente hacen diferente lo público de lo privado, algunas de las cuales se detallan a continuación (Shaw 1999).

Es así como por ejemplo en las instituciones públicas, su control recae sobre figuras políticas que generalmente están más interesadas en utilizarlas para mantener o aumentar su poder que en el desempeño de las mismas, mientras que en sus homólogas privadas, el control recae sobre sus propietarios quienes están más preocupados en obtener rentabilidad sobre el capital invertido.

Así mismo, en el sector público los funcionarios en muchos casos están protegidos por las normas del servicio civil, lo que los hace más renuentes a adoptar medidas para estimular el desempeño, mientras que es el caso contrario en las organizaciones privadas, estos permanecen en sus cargos de acuerdo al desempeño observado, lo que de alguna manera se constituye en un poderoso incentivo para hacer bien las cosas.

Bajo estos mismos planteamientos, se describe como los ingresos de las entidades públicas provienen de fuentes fiscales y se asignan en función de los costos, más que de las ventas de sus servicios y de la decisión de las personas por adquirirlos, como sucede con sus similares del sector privado. Usualmente las organizaciones públicas actúan como monopolios y los usuarios no tienen otra opción que aceptar los servicios que ofrecen, lo que no ocurre en el sector privado, donde los usuarios generalmente tienen la opción de elegir.

Aunque las razones que explican lo que sucede en el sector público aparentemente son claras y evidentes, las soluciones no son tan sencillas como decir que privatizarlas es el mejor camino. Tampoco lo es pensar que las prácticas derivadas de la racionalidad económica resolverán por sí solas las falencias. Crear mercados o cuasi-mercados en escenarios de monopolios naturales, como es la situación en la que operan muchos hospitales públicos (Hsiao, 2000), aunque es una solución teóricamente posible, no resulta ser siempre la mejor opción disponible.

Esto no significa que las estrategias de mercado no tengan valor en la solución de los problemas del sector público, sin descartar que en algunos casos no tiene sentido aplicarlas, pero sí quizás que éstas deben ser utilizadas teniendo en cuenta una perspectiva más real de lo que puede ser su alcance, el tiempo y el esfuerzo requerido para lograrlo. Esto permitiría determinar con mucha mayor exactitud en que grado y con que velocidad, las estructuras existentes son capaces de asimilar y sostener las medidas propuestas, que las lleven en el futuro a un mejor desempeño de sus funciones.

Pero, ¿en qué hecho radica la importancia de mejorar la gestión de las instituciones públicas de provisión de servicios? Estas entidades en los países en vía de desarrollo consumen una gran proporción del gasto en salud, las que como ya se ha mencionado operan como monopolios públicos ineficientes, en esquemas que privilegian el gasto en

la oferta de servicios, en vez de poner mayor énfasis en la producción de servicios sobre la base de su demanda (Walford, 1998). Y es precisamente en una mejor utilización de los recursos públicos existentes donde radican actualmente las posibilidades de muchos países, de mejorar las coberturas y el acceso a los servicios de salud para las comunidades más desprotegidas, dadas las limitadas posibilidades para aumentar como se quisiera los montos que se destinan al sector en razón de las limitaciones fiscales.

Es por eso que los procesos de mejoramiento en la gestión de las instituciones públicas de provisión de servicios adquieren crucial importancia en las reformas sectoriales. Estos han recibido diferentes nombres, agrupados genéricamente bajo el término “corporatización” ó “empresarialización”, que en esencia pretende identificar y adaptar en el sector público prácticas empresariales del sector privado que lo lleven a mejorar sus resultados (Walford, 1998).

Pero adoptar en las instituciones públicas este tipo de prácticas empresariales requiere de una serie de condiciones sin las cuales sería difícil lograrlo. Un elemento fundamental lo constituye la autonomía en la toma de decisiones técnicas, administrativas y financieras (Chawla, 1996), que es quizás el punto donde más conflicto generan las reformas en razón de las implicaciones de redistribución de poder que ello acarrea, que amenaza las tradicionales burocracias centralistas. El otro elemento fundamental lo constituye una real rendición de cuentas de los funcionarios que laboran en la institución, en donde la eficiencia en la utilización de los recursos, la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios, debería convertirse en la clave de su remuneración y permanencia en el cargo.

En el caso concreto de la reforma dominicana, la esencia del funcionamiento del esquema comprador-vendedor de servicios de salud en los regímenes contributivo-subsidiado (de subsidios parciales al sector informal de la economía) y subsidiado (de subsidios totales a los hogares más pobres identificados como tales por la encuesta SIUBEN) recae sobre dos instituciones públicas. La primera de ellas el Seguro Nacional de Salud –SENASA– quien hará las veces de comprador único en representación de los afiliados a ambos regímenes; y de otro lado la SESPAS, representada por los hospitales públicos distribuidos en el país en nueve (9) regiones, quien hará las veces de vendedor único de servicios.

Habría que decir que ésta es una relación forzosa debido a que los usuarios elegibles por el SIUBEN solo pueden afiliarse al SENASA y solo pueden ser atendidos en los hospitales públicos, para lo cual estas entidades deberán ser contratadas obligatoriamente por el SENASA. Esta situación restringe severamente las opciones de elección del comprador/consumidor (casi completamente, pero no del todo por que el usuario tendría una opción limitada y relativa de elegir entre varios proveedores públicos), limitando de alguna manera los posibles incentivos hacia la eficiencia y la calidad que pudiesen derivarse de un esquema de competencia más abierto.

No obstante esta reducción en eficiencia y calidad producto de que no competencia, podría verse compensada con las supuestas ganancias que se darían mediante la

reducción de los costos de transacción inherentes al proceso de compra-venta de servicios, que pueden ser significativos en un mercado altamente imperfecto como lo es el de salud.

Pero a pesar de la existencia de circunstancias que limitan los incentivos bajo los cuales actuarían compradores y vendedores en un mercado más abierto y competitivo, no significa que los proveedores públicos de servicios no tendrían ninguna motivación para ofrecer más y mejores servicios a sus usuarios. La reforma plantea la eliminación gradual de los presupuestos históricos para dar paso al pago por servicios prestados y al pago de incentivos al desempeño del personal de las instituciones, basados en el tipo, cantidad y calidad de servicios ofrecidos a sus usuarios. Este mecanismo de entrega de recursos, basado en la atención al usuario, generaría una especie de competencia al interior de las instituciones públicas y aún entre ellas en un esfuerzo por acceder a mayores presupuestos o al menos para tratar de conservar los que ya tienen.

Es por esta razón que hemos denominado este esquema comprador-vendedor como un seudo mercado de competencia interna. *Seudo*, por que en realidad este no es un mercado típico como lo describe la teoría económica clásica (Stiglitz, 1994), e *interno* por que la supuesta competencia solo se da al interior del sector público y no entre este último y el sector privado.

Organización, funciones y desarrollo institucional del SENSA; avances y desafíos

El Seguro Nacional de Salud –SENASA- es una de las nuevas entidades públicas que se crean por efecto de la reforma de 2001, la cual tiene como función esencial administrar el riesgo en salud de las personas afiliadas a los regímenes que son subsidiados total o parcialmente por el Estado, además de hacer lo mismo para con los empleados del sector público.

Esta entidad comenzó operaciones a mediados del año 2003 para lo cual fue necesario conformar y poner en marcha su Consejo Directivo COSENASA (SENASA, 2007), integrado por representantes de diversos actores del nuevo sistema de seguridad social, entre los cuales se incluyen representantes de los afiliados.

Posterior a la puesta en funcionamiento del SENASA como entidad pública autónoma, el Gobierno aplicó a nivel nacional la encuesta de hogares denominada Sistema Único de Identificación de Beneficiarios –SIUBEN-, que permitió identificar a las personas más pobres que serían beneficiarias de los subsidios que el Estado destinaría en programas de educación, alimentación, servicios públicos y salud, bajo el programa denominado Programa Solidaridad de la Presidencia de la República (GCPS-RD, 2007).

Como resultado de esta encuesta se identificaron alrededor de 1,8 millones de personas distribuidas en dos categorías, siendo la primera de ellas definida como la de las personas más pobres o de primera prioridad, abarcando alrededor de un 1,2 millones de potenciales afiliados al Régimen Subsidiado en Salud (STP, 2005), meta que se alcanzaría mediante

un proceso de afiliación gradual hasta cubrir las nueve (9) regiones en que se encuentra dividido el país.

En la actualidad el Régimen Subsidiado ha comenzado a funcionar en las nueve (9) regiones del país y cuenta en la actualidad (Octubre de 2007) con cerca de un millón (1,000,000) de afiliados (SENASA, 2007), por los cuales recibe de la Tesorería de la Seguridad Social –TSS- un pago mensual por afiliado de aproximadamente \$6 dólares, que le significan ingresos mensuales cercanos a los \$6 millones de dólares.

Cabe mencionar que la TSS, operada por un consorcio bancario privado UNIPAGO (TSS, 2007), posee en la actualidad una base de datos nacional de todos los afiliados al sistema de seguridad social en los programas de pensiones, riesgos laborales, régimen contributivo y régimen subsidiado (el régimen contributivo-subsidiado aún no han iniciado), que le permite controlar mensualmente la condición de afiliación antes de realizar los pagos al SENASA y así impedir fugas de subsidios hacia el régimen subsidiado o pagos por duplicaciones al interior del régimen contributivo. Esta base de datos se soporta en la base de datos del censo electoral que posee la Junta Central Electoral de la RD, con alrededor de seis (6) millones de registros de ciudadanos dominicanos, los cuales incluyen una fotografía de cada persona.

La estructura organizativa del SENASA está dividida en torno a dos funciones básicas: la de afiliación y gestión del riesgo, y la de contratación y organización de la provisión de servicios, Gráfica 15, que se lleva a cabo mediante oficinas ubicadas en la capital y en las provincias donde ha comenzado a operar el régimen subsidiado en salud (nueve en la actualidad).

El proceso de afiliación se realiza utilizando las bases de datos que aporta la encuesta SIUBEN, las cuales luego son sometidas a revisión en cuanto a su consistencia y veracidad por la TSS utilizando los mecanismos como son diferentes cruces con las bases de datos del censo electoral, SIUBEN, pensiones, riesgos laborales, régimen contributivo y subsidiado; posterior a lo cual el nuevo usuario recibe un carné de seguridad social con un número único asignado por la TSS que lo acredita como afiliado al SENASA (o a cualquier Administradora de Riesgos en Salud –ARS- según sea el caso).

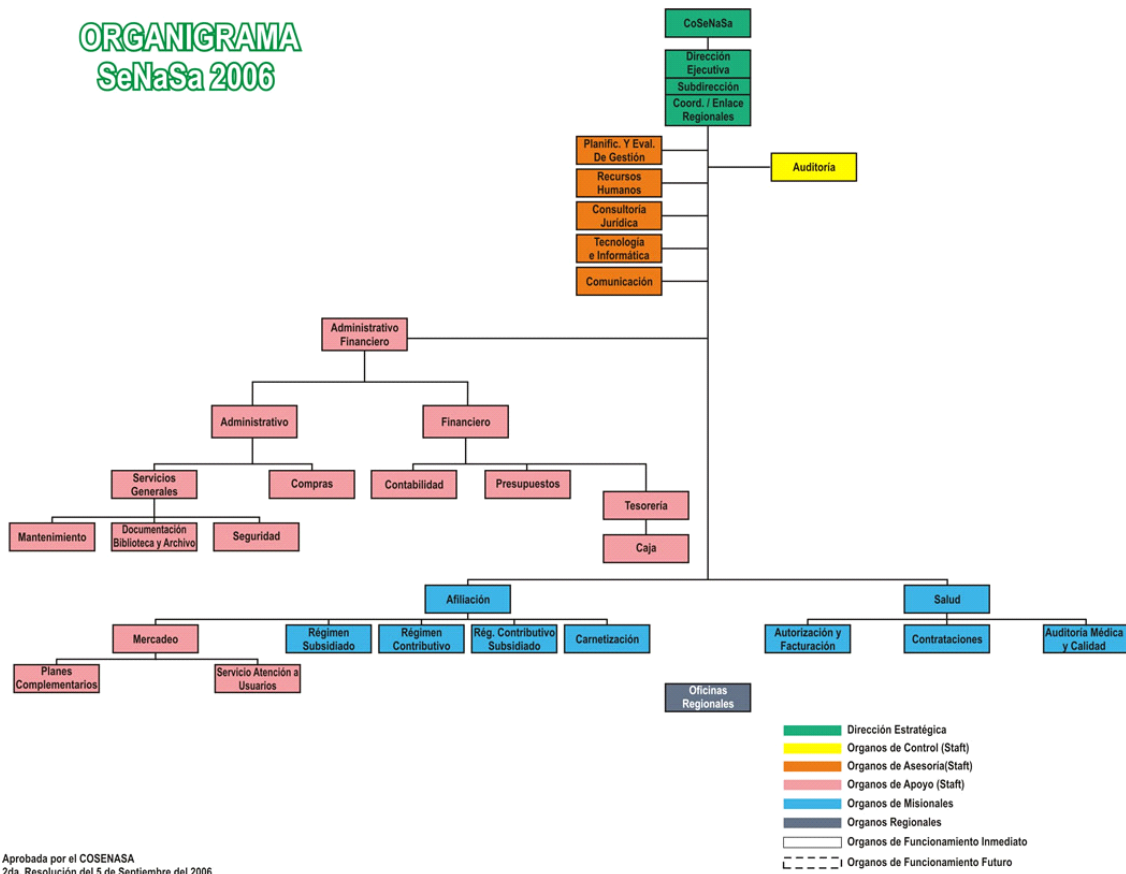
Además del carné, el nuevo afiliado recibe un Manual del Usuario en donde se le indican cuales son sus derechos y deberes, cual la red de proveedores a la que puede acudir así como los procedimientos básicos que debe observar para obtener los servicios o solicitar ayuda en caso necesario. Para este último fin el SENASA puso en funcionamiento un centro de llamadas que opera las 24 horas del día y todos los días del año.

Esta área también se encarga de la gestión del riesgo, que consiste básicamente en recolectar información sobre demanda y utilización de servicios por parte de la población afiliada, que es contrastada con los análisis de costos. Cabe mencionar en este aspecto que en la actualidad hospitales públicos de cuatro (4) regiones del país adelantan ejercicios sobre contabilidad de costos que soportarán la información necesaria que

permita realizar análisis de riesgo y de las perspectivas de viabilidad financiera de la entidad y del mismo sistema.

La segunda función básica definida en la estructura del SENASA, es la encargada de la contratación, organización y control de la provisión de servicios, cuenta con tres (3) subdivisiones funcionales: la de autorización y facturación de servicios, la de contrataciones y la de auditoria de servicios.

Gráfica 15

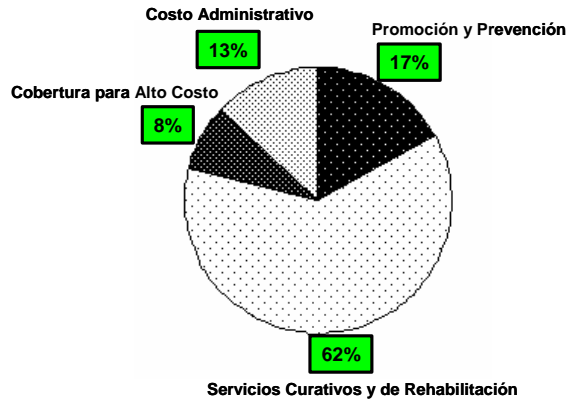


Fuente: www.arssenasa.gov.do

Para poner en marcha estas tareas fue necesario que el SENASA desarrollara un Manual de Procedimientos el cual incluye un listado detallado de todos los servicios que deberá garantizar a sus afiliados según lo establecido por el Plan Básico, el cual incorpora el precio y la forma de pago, la cual podrá realizarse mediante distintas modalidades tales como pago individual por servicios prestados; pagos únicos por paquetes de servicios tales como la atención del parto, consulta ambulatoria o servicios quirúrgicos; hasta pagos per capita para grupos de actividades especiales tales como servicios de promoción

y prevención. Cabe mencionar que el Plan Básico de salud aprobado es bastante amplio e incluye desde actividades de promoción y prevención como la vacunación, entrega de medicamentos, hasta servicios de alta complejidad y costo como los trasplantes renales. Gráfica 16 y Tabla 14. (SISALRIL, 2007)

Gráfica 16
Estructura de Costos del Plan Básico de Salud de la República Dominicana, 2007



Fuente: Estimativos del autor según información de la SISALRIL, 2007

Tabla 14

Ejemplos de servicios incluidos en el Plan Básico de Salud de la República Dominicana, 2007

Promoción y prevención	Curación y rehabilitación	Cobertura para alto costo
Control prenatal	Atención ambulatoria	Diálisis y trasplante renal
Vacunación	Medicamentos ambulatorios	Tratamiento de cáncer
Planificación familiar	Atención de emergencias	Unidad de Cuidados Intensivos
Consejería VIH/SIDA	Hospitalización	Cirugía de corazón
Control de Diabetes	Cirugía general y especializada	Reemplazo de cadera
Control de tuberculosis	Suministro de prótesis	
Control de cáncer de cuello uterino		

Fuente: www.sisalril.gov.do

Estos servicios son ofrecidos en su gran mayoría por los proveedores públicos y en mucha menor proporción por proveedores privados que solo son contratados cuando la red pública carece del servicio requerido. Para ellos fue necesario desarrollar una amplia variedad de modalidades de contratación que se ajustan a las condiciones del servicio, al tipo de proveedor y de alguna manera a las condiciones del mercado.

Estos contratos de prestación de servicios entre el SENASA y los distintos proveedores incluyen en su esencia una definición precisa de la población a atender, un catálogo de servicios a ofrecer, unas condiciones de acceso y calidad que se deben observar las cuales serán utilizadas posteriormente en los procesos de auditoría, un mecanismo de pago y un valor a pagar que incluye una porción que podrá ser utilizada como incentivos al personal de acuerdo a los parámetros de desempeño y calidad acordados. Igualmente esto ha requerido que con el apoyo del SENASA los hospitales públicos hayan comenzado a desarrollar un conjunto de procedimientos y herramientas técnicas e informáticas estandarizadas para la atención de los pacientes y la facturación de los servicios.

El principal desafío que afronta esta institución lo constituye sin duda el poder superar la fuerte amenaza que se cierne sobre ella, de ser capturada por los intereses políticos y muchas veces por la corrupción que viene de la mano de ellos, que terminarían haciéndola ineficiente y llevándola a una pérdida de credibilidad y legitimidad social, como ocurre hoy con el IDSS y muchas otras entidades públicas, fenómeno que aunque es cierto y de alguna manera inevitable, no justifica el hecho de que por tal motivo sea mejor no optar por este tipo de soluciones con una entidad pública como protagonista.

Quizás la parte más importante del reto que afronta el SENASA radica en el fortalecimiento de su autonomía y de los organismos propios para su gobierno, vigilancia y control, siendo el principal el Consejo Directivo. Quizás no se logre lo perfecto, pero si llevar la ineficiencia y corrupción a niveles social y económicamente tolerables y soportables.

Organización y funciones de la SESPAS; avances y desafíos

La SESPAS, representada en los hospitales y centros de atención públicos será la encargada de actuar como la vendedora de los servicios que recibirán los afiliados al SENASA.

Es quizás aquí donde los cambios se darán con mayor profundidad e intensidad por ser la entidad sobre la cual reposaba buena parte de la estructura organizativa y funcional del viejo modelo de salud. En la Gráfica 17 se presenta su organigrama actual.

Esta institución deberá ser sometida a una reestructuración y a un proceso de reingeniería de gran alcance que le permita asumir el rol de liderazgo y autoridad en materia sanitaria, en especial en lo relativo al manejo de los tradicionales programas de salud pública, calidad en los servicios y vigilancia y control de endemias y epidemias, aspectos que para poder ser manejados adecuadamente requieren del fortalecimiento de las estructuras

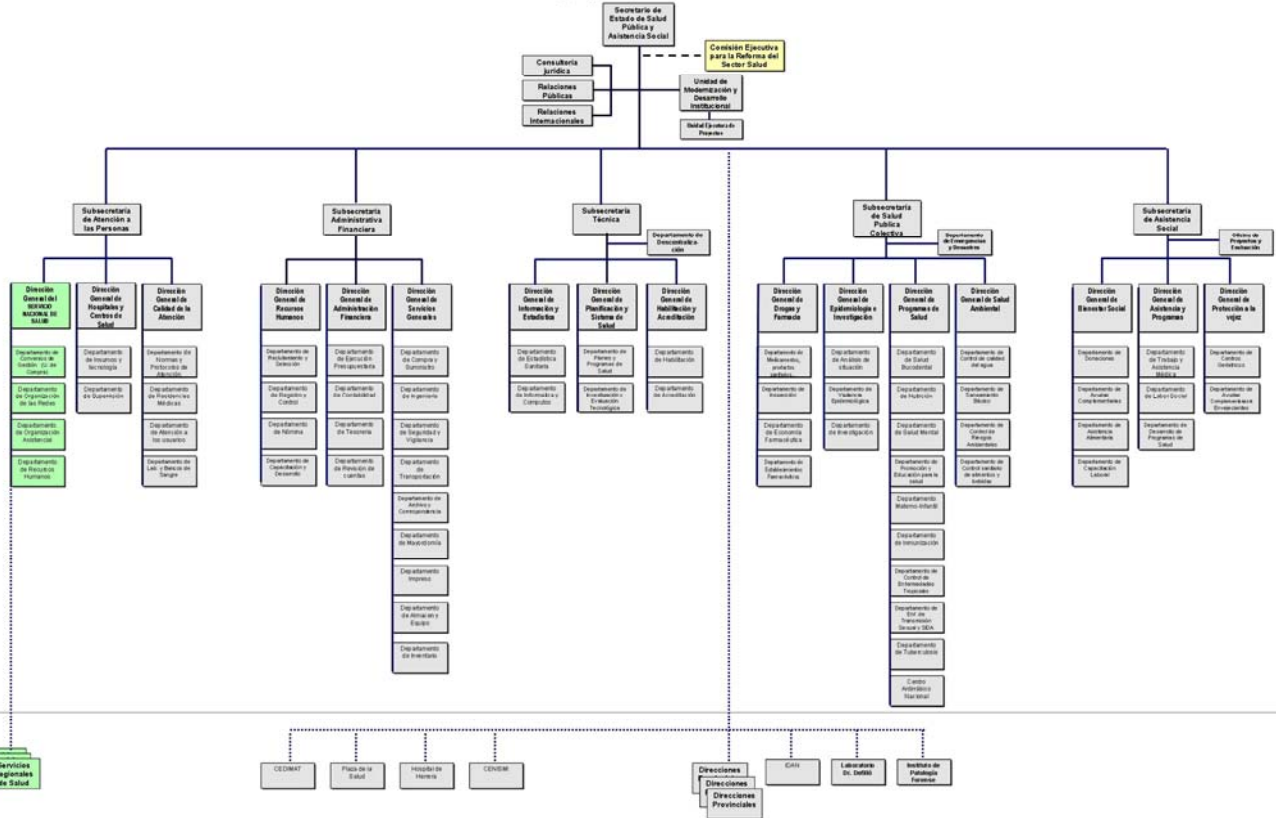
desconcentradas que posee actualmente, denominadas Direcciones Provinciales de Salud –DPS-, mediante las cuales pueda adquirir agilidad y eficiencia en las respuestas que se requieren en el nuevo sistema. Algunas de las funciones de vigilancia y control, en especial aquellas derivadas de la organización y financiamiento de los servicios de salud tal y como están descritas en la nueva Ley de Seguridad y que hoy ejerce la SESPAS pasarán a ser responsabilidad de la Superintendencia de Salud y Riesgos laborales y del Consejo Nacional de Seguridad Social. Las acciones de vigilancia y control sobre aspectos tales como el control de riesgos ambientales, del ejercicio profesional, la habilitación de PSS, de calidad en los servicios, de cumplimiento de normas técnicas frente a programas de salud, vigilancia farmacéutica, entre otras seguirán siendo una responsabilidad de la SESPAS.

Gráfica 17



Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Organigrama para la transición



De otro lado, la SESPAS deberá irse preparando para que de manera gradual vaya dejando de ejercer su papel directo en la gestión de la prestación de servicios, considerando que hacia el futuro dejará de recibir los recursos que se utilizaban en este

fin, para dar paso a una estructura horizontal y descentralizada que se irá organizando en todo el país bajo el nombre de Servicios Regionales de Salud.

Como ya se mencionó previamente, la financiación de los servicios de atención a las personas estará en el futuro a cargo de la Tesorería de la Seguridad Social TSS y del SENASA, no obstante lo cual debe reconocerse que habrá un período de transición durante el cual la SESPAS deberá seguir financiando directamente la oferta de servicios para la población no afiliada al sistema.

No obstante, a pesar del tiempo transcurrido y de los recursos invertidos, es muy poco lo que la SESPAS ha avanzado en su reestructuración, en buena medida por la enorme resistencia al cambio que significa ceder la mayor parte del poder político y burocrático que tradicionalmente ha significado el control sobre los hospitales públicos. Además existe un temor en cierta forma justificado, de que un desmantelamiento de la SESPAS sin que se cuente con estructuras que puedan asumir adecuadamente las funciones que se separan o descentralizan, podría producir efectos negativos sobre el funcionamiento de los tradicionales programas de salud pública, que lleguen a afectar la salud de la población.

Por el anterior motivo, las nuevas entidades regionales de provisión de servicios tampoco han avanzado al ritmo que se esperaría, a pesar de lo cual ya han comenzado a ser conformadas en las regiones del país donde ha comenzado el régimen subsidiado, con avances muy dispares entre ellas, proceso que se han visto influenciado por el tipo y la modalidad de apoyo ofrecido por entidades y organismos de cooperación.

Quizás el lugar donde más se ha avanzado en el proceso de conformación y puesta en marcha de las redes regionales de servicios en la forma como la reforma espera se de, ha sido en la Región Este, integrada por 14 hospitales públicos en la que habitan alrededor de 1 millón de personas de los cuales hay ya unas 125 mil afiliadas al Régimen Subsidiado. Esta Región ha recibido desde el año 2000 el apoyo de la USAID mediante el Proyecto REDSALUD. Las experiencias diseñadas allí vienen siendo utilizadas como modelos para ser aplicados en las demás regiones del país.

El proceso de transformación de los hospitales públicos de la Región Este, se inició con la creación de las Oficinas de Atención al Usuario –OAU-, un concepto completamente nuevo en el sector público hospitalario, alrededor de las cuales se comenzó a desarrollar lo que se conoce hoy como la cultura de atención al usuario bajo la cual debería operar el nuevo modelo de reforma. Esta cultura parte del supuesto que el motor principal del funcionamiento hospitalario son sus usuarios, hecho que se fundamenta en que los recursos llegarían a la institución en función de la demanda de servicios y concomitantemente en la facturación de ellos como fuente de financiación de los presupuestos.

Estas oficinas de atención al usuario actúan como la puerta de entrada al proceso de atención hospitalaria, que da lugar al desarrollo de subprocesos básicos asociados, tales como la identificación del usuario, la verificación de sus derechos, la asignación del

servicio, la prestación del servicio, el registro de la atención y finalmente la facturación y cobro del servicio prestado. Este desarrollo se dio en los 14 hospitales, el cual incluyó desde la sistematización y estandarización de los procesos, hasta su automatización. Igualmente, el sistema de atención al usuario incluyó el desarrollo paralelo de áreas y procesos de soporte tales como el análisis del portafolio de servicios, el costeo de los servicios y elaboración de presupuestos basados en la producción de servicios, así como también la implantación de técnicas de bioseguridad, manejo de desechos hospitalarios, manejo de expedientes clínicos y manejo de insumos y suministros hospitalarios. Paralelo a todo este proceso se dio concomitantemente el proceso de capacitación y formación del recurso humano de estas instituciones, mediante la puesta en marcha de un postgrado en gerencia de servicios de salud dirigido al nivel directivo (del cual 130 egresados en la actualidad) y un sinnúmero de cursos cortos destinados a desarrollar habilidades y destrezas específicas para las nuevas áreas de interés descritas.

Como parte también del apoyo requerido para que los hospitales puedan ir adquiriendo autonomía gradual, se desarrolló el proceso de conformación, capacitación y puesta en funcionamiento de los Consejos de Administración de los 14 hospitales.

El principal reto que enfrenta la descentralización y posterior corporatización de los hospitales públicos del país, es el de superar la resistencia al cambio de autoridades y burocracias centralistas que se resisten a perder poder, bajo el argumento de que este es un paso inicial hacia la privatización de los servicios (Ugalde, 2005). Igualmente, la debilidad y el atraso institucional en materia de gestión y la inexistencia de mecanismos de gobierno tales como los consejos de administración, auguran que este será un largo y difícil proceso del cual no sería de esperar que produzca resultados notorios en el corto plazo.

Ventajas y desventajas del esquema desde la perspectiva de la eficiencia social y la equidad

Al analizar en su conjunto las ventajas que traería el modelo de reforma al sistema de salud dominicano así como también el avance alcanzado hasta la fecha (Octubre de 2007) hay sólidas evidencias que hacen pensar que las fallas sistémica que afectan al actual modelo de salud (La Forgia, 2004) serán mejoradas de manera importante, permitiendo avances significativos en materia de equidad en la financiación y acceso a los servicios, así como también en el mejoramiento en la gestión de los recursos, la capacidad de respuesta y la calidad en los servicios que ofrecen los hospitales públicos.

Es de esperarse que en la medida en que avance el proceso de afiliación a los regímenes subsidiado y contributivo, y en la medida que los hospitales públicos sean más propensos y capaces de responder al reclamo por más y mejores servicios, se deberá hacer evidente el efecto redistributivo sobre el ingreso de los hogares más pobres, que ayude a aliviar su situación de pobreza.

Una de las principales desventajas de este tipo de modelos, en los cuales se descentralizan varias funciones y el acceso a los servicios de salud pasa a estar regido por la dinámica que impone la compraventa de servicios, radica en que en el primer caso se fragmenta la autoridad central que puede dar lugar a la pérdida de control por parte de los Ministerios de Salud sobre la operación de los tradicionales programas de salud pública que pueden llegar a afectar sus resultados; y en el segundo caso a que se segmente el mercado de usuarios y se restrinja el acceso a poblaciones que no representan ingresos directos para la institución, como sucede en la Dominicana con los emigrantes ilegales y aún con los mismos nacionales indocumentados.

Estos son problemas claramente descritos que deben ser abordados con la seriedad del caso, lo que no obstante no son argumentos suficientes como para invalidar los nuevos incentivos que se quieren impulsar con la reforma.

Conclusiones y recomendaciones

El proceso de reforma iniciado, al que se llega después de un largo y tortuoso camino de discusión y consenso, es sin duda una enorme oportunidad sin precedentes en la historia del país, para cambiar de manera significativa un sistema de salud que ha demostrado su obsolescencia para resolver los problemas de salud de la población, y que cada vez más es un dolor de cabeza de hogares y gobiernos.

Podría decirse que existían evidentes e incontrovertibles argumentos que justificaban emprender un proceso de reforma amplio y profundo al sistema de salud imperante en la República Dominicana antes de la aprobación de la Ley 87-01. Sin duda alguna la inequidad en el acceso a los servicios y en la financiación de estos, resaltan como los principales problemas a resolver, y que no son más que el reflejo de una sociedad desigual, en donde muchos hogares tienen que sacrificar sus posibilidades de progreso social y económico por tener que asumir gastos de salud contra los cuales no estaban protegidos.

Además debe preocupar la ineficiencia en el manejo de los recursos que posee el sector en general, en especial aquellos que el Estado destina a la atención de los más pobres, factor que ayuda a entender los también graves problemas de calidad y eficacia en las acciones del sector. No menos importante en este mismo sentido, preocupa la gran cantidad de proveedores privados de salud que han proliferado de una manera desorganizada, el cual se financia primordialmente del enorme gasto de bolsillo que hacen los hogares dominicanos, así como también de los presupuestos oficiales y de entidades de cooperación extranjera, sector que en buena medida surge como una alternativa de solución frente a las deficiencias del sector público, pero que paradójicamente crece y se perpetúa por ese mismo motivo, acentuando el círculo vicioso de la inequidad en el acceso y el financiamiento a los servicios de salud.

Es igualmente claro que la dimensión y complejidad de los problemas, al igual que de las soluciones que se requieren, no serán un proceso fácil ni de corto aliento, en donde seguramente habrá que apelar a la creatividad y la paciencia que siempre han caracterizado a este país.

Pero quizás la primera y más importante conclusión de este proceso es el ver como la discusión teórica de tipo técnico, se ve ampliamente superada en la práctica por el juego de los intereses sectoriales y por la dificultad de un gobierno para hacer primar el interés de las mayorías desprotegidas de un seguro de salud, aspectos que permiten concluir que cada proceso es único y que no existen modelos teóricos perfectos ni dogmas inamovibles cuando se trata de resolver problemas específicos en contextos tan disímiles.

Existen también otros aspectos pendientes hasta ahora que deberán ser analizados con mayor profundidad producto de lo cual surjan soluciones concretas, muchos de los cuales hacen pensar que la sola reforma de salud es insuficiente por si misma para avanzar integralmente en la solución de los problemas que enfrenta la población, y que desde ya sugieren otras reformas en diferentes sectores del Estado, distintos de salud. . Entre otros

se destacan por ejemplo, la barrera de acceso que se genera por efecto de los aspectos legales que determinan la ciudadanía o residencia dominicana y que afectan hoy a cerca del 30% de los dominicanos y quien sabe a cuantos residentes extranjeros, pero especialmente Haitianos que residen y laboran en el país. Temas como por ejemplo la actualización permanente de los contenidos del Plan Básico de Salud, del pago per capita, seguirán siendo cruciales dado el alto nivel de conflicto que su discusión ha generado hasta ahora.

Así mismo requerirá especial atención el diseño y puesta en práctica del Régimen Contributivo Subsidiado, destinado a brindar protección financiera contra la enfermedad a los trabajadores independientes y del sector informal de la economía que hoy representan cerca de la mitad de la fuerza laboral del país. La dispersión e inestabilidad de este sector exigirán grandes dosis de creatividad y flexibilidad si se quieren lograr resultados de alto impacto social. Estas soluciones no dan espera, no solo por sus implicaciones sociales y económicas, si no por sus efectos colaterales indeseables sobre los regímenes subsidiado y contributivo.

Finalmente, la descentralización es un tema altamente complejo pero no menos importante. En buena medida el diseño de la reforma de salud se fundamenta en este mecanismo, el cual por si solo en salud no operará adecuadamente si no se avanza por igual en la descentralización del Estado. Entidades descentralizadas en sus aspectos financieros y organizacionales, no funcionarán adecuadamente si el manejo y control político siguen siendo centralizados.

Bibliografía citada y consultada

1. Álvarez, Rosa Rita. "Las ONGS en República Dominicana, su relación con el Estado y su influencia en el desarrollo rural y agropecuario nacional". Ponencia presentada en Santiago de Chile el 11 de Mayo de 2005. Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe. <http://www.rlc.fao.org/prior/desrural/repdom/docs/5.pdf>
2. Banco Mundial. World Development Report 1993: Investing in Health. <http://www-wds.worldbank.org/>
3. Barón, G. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias. Revista Salud Pública. 9 (2); 167-179, 2007 <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n2/v9n2a02.pdf>
4. Belli, P. How adverse selection affects health insurance markets. The World Bank Development Research Group. Working Paper 2574. March 2001 http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/04/13/000094946_01040505331570/Rendered/PDF/multi0page.pdf
5. Bitran & Asociados. Informe línea de base indicadores de impacto REDSALUD II. Santo Domingo, Republica Dominicana, Diciembre 2006.
6. Carlson, G. "What is a gatekeeper?" Managed Care Info Tips. University of Missouri Extension <http://missourifamilies.org/infosheets/health/gatekeeper.pdf>
7. Castaño-Yepes, R. "La característica de bien meritorio que tiene la salud". Medicina, ética y reformas a la salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica. Salud Pública México vol. 41 No.5. 1999
8. Chawla, M. et al. Improving Hospital Performance through. Policies to Increase Hospital Autonomy: Data for Decision Making Working Paper, Cambridge. 1996 <http://www.hsph.harvard.edu/ihsq/publications/pdf/No-32-1.PDF>
9. CEPAL, Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe. La Protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. Trigésimo tercer período de sesiones, Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de Marzo de 2006. <http://www.eclac.org/>
10. CIB, Corporación para Investigaciones Biológicas. "Economía y salud pública". Fundamentos de Salud Pública Tomo I Salud Pública. Editado por Jorge Humberto Blanco R. - José María Maya M. Edición No.2, Págs. 144-165. Medellín, Colombia. 2005.
11. Coase, R. The nature of the firm. *Economica*, New Series, Vol. 4, No. 16 (Nov., 1937), pp. 386-405 <http://www.cerna.ensmp.fr/Enseignement/CoursEcoIndus/SupportsdeCours/COASE.pdf>
12. Colegio Médico Dominicano -CMD-, www.cmd.org.do 2007
13. Diario Libre. "ONGs recibirán más de 1,000 millones en 2005". Diciembre 8 de 2004. <http://www.diariolibre.com/app/article.aspx?id=22736>
14. Diario Libre. "Un año marcado por las huelgas médicas". Diciembre 27 de 2004 <http://www.diariolibre.com/app/article.aspx?id=24076>

15. Enthoven, A. "The history and principles of managed competition". Health Affairs Supplement. 1993. http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/12/suppl_1/24
16. Escarce, J. et al. Medical care expenditures under gatekeeper and point-of-service arrangements. Health Serv. Res. 2001 December; 36(6 Pt 1): 1037–1057. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1089277>
17. GCPS-RD, Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de la República Dominicana. Programa Solidaridad. Santo Domingo, R.D. Octubre de 2007. <http://www.gabsocial.gov.do/solidaridad/>
18. Hsiao, W., ¿What should macroeconomists know about health care policy? A primer. International Monetary Fund. Working paper, Page 63, 2000.
19. IDSS, Instituto Dominicano de Seguros Sociales, Consorcio Salud Segura, República Dominicana 2007. <http://www.idss.org.do/pss4.htm>
20. Izumida, N et al. An Empirical Study of the Physician-Induced Demand Hipótesis- The cost Function Approach to Medical Expenditure of the Elderly in Japan. Review of Population and Social Policy, No.8, 1999, 11-25 http://www.ipss.go.jp/publication/e/R_S_P/No.8_P11.pdf
21. La Forgia, G., R. Levine, A. Diaz and M. Rathe. 2004. "Fend for Yourself, Systemic Failure in the Dominican Health System". Health Policy 67:173-186. <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/heap/article/PIIS0168851003001179/abstract>
22. Lewis, M. Governance and corruption in public health care systems. Center for Global Development. Working paper No. 78, January 2006. <http://www.cgdev.org/content/publications/detail/5967>
23. Londoño, Juan Luis, y Julio J. Frenke. 1997. "Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America." Health Policy 41(1):1-36. http://www.iadb.org/res/pub_desc.cfm?pub_id=WP-353
24. Lorenzo, Julisa. "El ejercicio medico a fuego cruzado". Revista [A]HORA. Edición No. 1,325 del 29 de Septiembre de 2003, <http://ahora.com.do/Edicion1325/DEPORTADA/tema1.html>
25. Medical News Today. "In Hospital Deaths from Medical Errors at 195,000 per Year USA". August 9 2004. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/11856.php>
26. Meirelles, J. Error médico. Iniciación en Bioética, Consejo Federal de Medicina, Brasilia, Brasil, 1998. <http://www.saip.org.uy/ejprof/errormed.pdf>
27. NCHC, Nacional Coalition on Health Care. Health Insurance Cost. Facts on the cost of Health Care. <http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>
28. Newhouse, Joseph P., 1984. "Cream skinning, asymmetric information, and a competitive insurance market," Journal of Health Economics, Elsevier, vol. 3(1), pages 97-100, April.
29. OPS, Agencia Sueca de Cooperación. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No. 1, Extensión de la Protección Social, Washington 2003. http://www.comra.health.org.ar/medicos hoy/abril04/04_ops.htm
30. OPS. Informe "Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2006". Organización Panamericana de la Salud. Consultado en www.paho.org/Spanish/DD/AIS/BI-brochure-2006.pdf

31. OPS. Perfil del sistema de salud de la República Dominicana. Tercera Edición, Santo Domingo, República Dominicana, Marzo de 2007
32. Periódico El Caribe. "Luis (el Gallo) piquetea sede del CMD; pide cese de huelgas médicas." Jueves 5 de Mayo de 2005. <http://www.elcaribe.com.do>
33. Precker, A., "Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6). Págs. 779-790 <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v78n6/v78n6a10.pdf>
34. Rathe, Magdalena. "Análisis de las Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana". Fundación Plenitud, Santo Domingo, RD, (2005)
35. Rathe, Magdalena. "Salud y equidad: Una mirada al financiamiento a la salud en la República Dominicana". Macro Internacional, Santo Domingo, RD, (2000)
36. Rossiter, L and Wilensky, G. Health Economist-Induced Demand for Theories of Physician-Induced Demand. *The Journal of Human Resources*, Vol. 22, No. 4 (Autumn, 1987), pp. 624-627 <http://links.jstor.org>
37. Scavino, J. Panorama de las Organizaciones de Profesionales y Trabajadores de Salud en las Américas Actualización 2004. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud OPS. Montevideo, Febrero de 2005. <http://smu.org.uy/sindicales/info/dossuy04.pdf>
38. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS. Establecimientos privados de salud registrados a Octubre de 2007. Dirección de Habilitación. Santo Domingo, RD, información entregada personalmente.
39. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS. "Informe presupuesto aprobado año 2007". Santo Domingo, RD, Enero 2007. <http://www.sespas.gov.do/download/docs/Presupuesto/AnalisisPresupuesto2007.pdf>
40. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS. "Memorias Institucionales 2006". Santo Domingo, RD, 2006. <http://www.sespas.gov.do/download/docs/memorias/memorias2006.pdf>
41. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS. Organigrama 2007. Santo Domingo, RD, 2007. http://www.sespas.gov.do/informes/informes_busqueda.asp?Buscar=organigrama&Submit2=buscar
42. SENASA, Seguro Nacional de Salud. Cartera de afiliados. Consultada el 19 de Junio de 2007. <http://www.arssenasa.gov.do/relacioncartera.asp>
43. SENASA, Seguro Nacional de Salud. Consejo Nacional del Seguro Nacional de Salud COSENASA. Consultada el 19 de Junio de 2007. <http://www.arssenasa.gov.do/senasa.asp#cosenasa>
44. Shaw, R. Paul. "New trends in public sector management in health: applications in developed and developing countries". World Bank Institute. 79 pages. Washington, April 1999. <http://siteresources.worldbank.org/WBI/Resources/wbi37146.pdf>

45. Shmanske, S. Information Asymmetries in Health Services: The Market Can Cope. *The Independent Review*, Vol.I, No.2, Fall 1996. ISSN 1086-1653, 1996, pp.191-200 http://www.independent.org/pdf/tir/tir_01_2_shmanske.pdf
46. SISALRIL, Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales de la República Dominicana. Ley General de Salud o Ley 42-01 del año 2001 <http://www.sisalril.gov.do/>
47. SISALRIL, Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales de la República Dominicana. Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social o Ley 87-01 de 2001. Santo Domingo, Octubre de 2007. <http://www.sisalril.gov.do>
48. SISALRIL, Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales de la República Dominicana. Plan Básico de Salud. Santo Domingo, Octubre de 2007. <http://www.sisalril.gov.do/PlanBasicodeSalud.aspx>
49. SISALRIL, Reglamento del Plan Básico de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social Res. 51-06, Octubre, 2002 <http://www.sisalril.gov.do>
50. Stiglitz Joseph E. Economía. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. Primera Reimpresión, Mayo de 1994.
51. Stiglitz, J. Economía. “*El Seguro*”. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. Primera Reimpresión, Mayo de 1994. Págs. 175-180.
52. Stiglitz, J. Economía. “*Los límites de la empresa*”. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. Primera Reimpresión, Mayo de 1994. Págs. 633-636.
53. Stiglitz, J. Economía. “*Monopolios y competencia imperfecta*”. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. Primera Reimpresión, Mayo de 1994. Págs. 439-468.
54. Stiglitz, J. Economía. “*Riesgo moral*”. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. Primera Reimpresión, Mayo de 1994. Pág. 180.
55. STP, Secretariado Técnico de la Presidencia. Priorización del Gasto Social y Focalización de la Pobreza 2005. Serie Protección Social No.4. Antonio Morillo Pérez. Santo Domingo, República Dominicana. http://www.stp.gov.do/publicaciones/PDF/Focalizacion_pobreza.pdf
56. Tallone, F. “El consentimiento informado en el derecho médico”. Consultado en GEOSALUD <http://geosalud.com/consentimiento/consinfdmedico.htm>
57. TSS, Tesorería de la Seguridad Social de la república Dominicana. Santo Domingo, R.D. Octubre 2007. <http://www.tss.gov.do/index.htm>
58. Ugalde A., Homedes N. "Las reformas neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso", *Revista Panamericana de Salud Pública* (Rev Panam Salud Publica. 2005;17(3):210–5) <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a12v17n3.pdf>
59. Walford, V. Health Sector Reform. Improving Hospital Efficiency. Health System Resource Center. Institute for Health Sector Development Limited, Londres. 1998 http://www.dfidhealthrc.org/publications/health_service_delivery/HospEff.PDF
60. Warner, Kenneth; Luce, Bryan. Análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia en la atención de la salud: principios, práctica y potencialidades. México, D.F; Fondo de Cultura Económica; mar. 1995. 307 p. graf. <http://bases.bireme.br>
61. WHO, World Health Statistics 2006, Organización Mundial de la Salud. Consultado en <http://www.who.int/statistics>

62. WHO, World Health Statistics 2007, Organización Mundial de la Salud. Consultado en <http://www.who.int/statistics>
63. Wikipedia, Juramento Hipocrático. Consultado el 20 de Agosto de 2007 http://es.wikipedia.org/wiki/Juramento_Hipocr%C3%A1tico
64. Wikipedia, Medicina basada en la evidencia. Consultado el 20 de Agosto de 2007. http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_basada_en_la_evidencia