



FORO SOBRE DESARROLLO HUMANO



4 Salud y desarrollo humano

La desconcentración del sector salud, ¿mejorará el bienestar de las personas o será más de lo mismo?

Octubre 2007





Coordinación general: Rosa Cañete Alonso y Manuel Robles.

Revisión técnica: Miguel Ceara-Hatton.

Revisión editorial: Luis Rubio.

Organización del IV Foro sobre Desarrollo Humano: Miosotis Rivas (INTEC), Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS), y la Oficina de Desarrollo Humano (ODH)/ PNUD.

Apoyo logístico y técnico: Fidel Geraldino, Sarah Llibre, Roira Sánchez, Armando Gil, Pamela Suero y Michela Accerenzi.

**Transcripción de la participación del público
y respuestas de los expositores:** Mayelin Pichardo Guzmán.

Los textos de las ponencias presentadas durante el Cuarto Foro sobre Desarrollo Humano, así como las opiniones expresadas por el público participante que se reproducen en este libro, son responsabilidad exclusiva de sus autores y pueden no reflejar las opiniones de la Oficina de Desarrollo Humano ni del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Copyright © 2007
Oficina de Desarrollo Humano
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
Todos los derechos reservados
Santo Domingo, República Dominicana

ISBN obra completa 978-9945-8595-4-6
ISBN volumen 978-9945-8595-5-3

Diseño y diagramación: Orlando Abreu y Gabriela Tierno. Equis, Diseño & Publicidad.

Imprenta: Editora Corripio, C. por A.





Índice de contenidos

PRÓLOGO	7
INTRODUCCIÓN.....	13
Salud y desarrollo humano	25
Bernardo Mañas, antropólogo, experto en temas de salud y reforma del Estado	
Desarrollo local y salud: una contribución conceptual para la articulación de políticas públicas descentralizadas	45
Marco Akerman, asesor regional sobre desarrollo local y participación social del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)	
PARTICIPACIÓN DEL PÚBLICO Y RESPUESTAS DE LOS EXPOSITORES	59
Proceso de desconcentración/ descentralización del sector salud en República Dominicana. Visión oficial	69
José Selig Ripley, coordinador de las Redes de Servicios de Salud de la Subsecretaría de Atención a las Personas, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)	
Salud y desarrollo humano: desconcentración y descentralización de salud, ¿soluciones o más de lo mismo? Visión desde la sociedad civil	89
Pedro Luis Castellanos, IDESARROLLO y Foro Ciudadano	
PARTICIPACIÓN DEL PÚBLICO Y RESPUESTAS DE LOS EXPOSITORES	119





**Experiencia de desconcentración/
descentralización en la Región IV de Salud** 127

Dr. Manuel de Jesús González de Peña, experto en
descentralización de servicios de salud

**Palenque: una experiencia de descentralización y
desconcentración del sector salud**..... 147

Dra. María Elexia Bautista, directora del Hospital de Palenque

PARTICIPACIÓN DEL PÚBLICO Y RESPUESTAS DE LOS/AS
EXPOSITORES/AS 157

CONCLUSIÓN..... 167

NOTAS..... 179

BIBLIOGRAFÍA 189

ANEXOS 199





Índice de cuadros, gráficos y mapas

CUADROS

Cuadro 1: Ingreso per cápita (PPA), esperanza de vida y mortalidad infantil: países seleccionados América Latina y El Caribe	32
Cuadro 2: Relación entre descentralizar/desconcentrar y algunos ejemplos de política en el ámbito de los servicios sociales.....	73
Cuadro 3: Diferencias entre el modelo tradicional de organización de los servicios y el modelo de red de los servicios regionales de salud	75
Cuadro 4: Ingreso per cápita (PPA): Índice de Desarrollo Humano (IDH), esperanza de vida al nacer y sobrevivencia a los 5 años. Países seleccionados de América Latina y el Caribe. (Circa 2006).....	97
Cuadro 5: Brechas de ingreso y sobrevivencia infantil por quintil de ingresos. República Dominicana, 2003	99
Cuadro 6: Avances en la separación de funciones en la Región IV de Salud.....	130
Cuadro 7: Habitantes y afiliados a SENASA en la R-IV por grupo étnico, 29 de junio 2007	133
Cuadro 8: Financiamiento recibido por SENASA y transferido a las Proveedoras Regionales Públicas de Servicios de Salud (PRPSS), 2007	135
Cuadro 9: Comparativa entre el modelo actual, el modelo propuesto (en telaraña) y el modelo en redes, 2007	141





GRÁFICOS

Gráfico 1: Tasa de mortalidad infantil estimada, República Dominicana, 1987-2005	32
Gráfico 2: Componentes de la situación de salud	95

MAPAS

Mapa 1: División regional de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.....	111
Mapa 2: Centros de Atención Primaria (CAPs) con personal por cada 10,000 habitantes, 2002-2004	112
Mapa 3: Áreas de salud de la Región IV	132





Prólogo

Para apoyar a la preparación del Informe Nacional de Desarrollo Humano 2007 y vincular el enfoque de desarrollo humano con diferentes temáticas, la Oficina de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha iniciado la celebración de una serie de foros de discusión sobre temas colaterales a la preparación de dicho informe. Los temas seleccionados para los cuatro foros que se desarrollaron durante 2006 e inicios de 2007 son: áreas protegidas, descentralización y gobernabilidad local, nueva ruralidad y descentralización del sector salud.

La presente publicación sistematiza el cuarto foro recogiendo las ponencias presentadas, así como las preguntas del público asistente y las respuestas de los expertos, todo lo cual fue grabado, transcrito y editado. Este cuarto foro se celebró el 29 de marzo de 2007 en el Salón La Niña del Hotel V Centenario. El mismo estuvo coauspiciado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS) y el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC).

¿Por qué se seleccionó el tema de desarrollo humano y descentralización en el sector salud? El Informe Nacional de Desarrollo Humano 2007 pretende estudiar la realidad dominicana aplicando un enfoque territorial, analizando las posibilidades de modificar la cultura política y las instituciones que reproducen el orden excluyente mediante la creación de ciudadanía y poder local. Por creación de poder nos referimos a la capacidad de las personas de influir en las decisiones públicas. El sector salud tiene una importancia fundamental en la ampliación de las oportunidades y libertades de los seres humanos. La salud es una capacidad básica y primordial para el desarrollo de otras capacidades, por eso, el IV Foro sobre Desarrollo Humano y Salud se ha propuesto analizar los logros y avances alcanzados desde el inicio del proceso de descentralización/ desconcentración del sector salud, así como los retos y desafíos pendientes para mejorar la salud de la población dominicana.





Las estadísticas nacionales revelan que el modelo de prestación de servicios de salud en el país está aún lejos del enfoque de desarrollo humano, ya que tiene debilidades tanto en eficiencia como en equidad y participación de la población. El Plan Decenal de Salud 2006–2015, elaborado por la Secretaría de Estado de Salud y Asistencia Social (SESPAS), utiliza el enfoque “producción social de la salud”, el cual tiene fuerte concordancia con el enfoque de desarrollo humano al colocar a las personas en el centro de su accionar. La reforma del sector salud iniciada en los años noventa ha tenido como uno de sus más fuertes ejes de trabajo la descentralización/ desconcentración de los servicios de salud, entendiendo que esta medida favorecería tanto la eficiencia como la participación y la equidad del sistema. Sin embargo, la desconcentración sin el desarrollo de las capacidades correspondientes podría traducirse en una seria amenaza desde el punto de vista social y económico. Por eso, es necesaria una fuerte voluntad política, así como de todos los actores que participan en ella, que ponga al centro del debate a las personas como fin último del sistema. El subtítulo elegido para la convocatoria del foro ofrece una idea intuitiva del enfoque que se buscó debatir: **“la desconcentración del sector salud, ¿mejorará el bienestar de las personas o será más de lo mismo?”**

Nos preguntamos: El proceso de descentralización/ desconcentración del sector salud, ¿ha conseguido ser un motor del desarrollo humano? ¿Qué aprendizajes podemos sacar de los resultados obtenidos hasta el momento? ¿Cómo se puede mejorar la eficiencia del sistema de salud? ¿Qué condiciones son necesarias para que el proceso de descentralización/ desconcentración del sector salud mejore la calidad de vida de la gente y le abra mayores espacios de decisión? ¿La mayor autonomía de las instancias de salud ha mejorado el vínculo, la participación y empoderamiento de los ciudadanos? ¿Cómo pueden los organismos locales de salud incentivar la participación de la población en la toma de decisiones?

La Oficina de Desarrollo Humano, con ánimo de generar un debate, convocó este cuarto foro de desarrollo humano, para lo cual se estructuró un programa para debatir diferentes temas lanzando una serie de preguntas y subtemas que sirvieran de guía a los/as expositores/as.

Sobre el tema de **salud y desarrollo humano** se propuso lo siguiente:

- Breve descripción del enfoque de desarrollo humano.
- El enfoque de capacidades en el desarrollo humano.
- La pobreza desde el enfoque de capacidades.
- La salud como capacidad.





- La pobreza y las privaciones en salud.
- La salud y su impacto en otras capacidades como la educación, el empleo.
- La salud en República Dominicana, ¿ha sido efectiva, equitativa y participativa?
- La desconcentración del sector salud: ¿mejorará el bienestar de las personas o será una nueva complicación burocrática?

Sobre el tema de **desarrollo local y salud: una contribución conceptual para la articulación de políticas públicas descentralizadas**, se propusieron:

- ¿Cómo se conecta la salud con el desarrollo?
- ¿Qué es el desarrollo local?
- ¿Cómo se vinculan desarrollo local y salud? Enfoque basado en la “promoción de la salud”.
- Estrategia para favorecer la articulación de políticas públicas descentralizadas: ¿cuáles son los ejes principales?
- Desarrollo local, salud y Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Sobre el tema de **proceso de desconcentración/ descentralización del sector salud en República Dominicana**, se plantearon las siguientes preguntas:

- ¿Qué ventajas o desventajas tienen la concentración y la desconcentración/ descentralización del sector salud de cara a los criterios de una estrategia de desarrollo humano: eficiencia, equidad, empoderamiento y libertad?
- ¿A qué razones respondió el comienzo del proceso de desconcentración/ descentralización en el sector salud?
- Breve resumen del proceso de desconcentración/ descentralización del sector salud en República Dominicana.
- ¿Qué se ha hecho?
- ¿Cuáles son los principales obstáculos?
- ¿Qué se está haciendo?
- ¿Qué queda aún por hacer?
- El actual marco legal e institucional que rige al sector salud, ¿contribuye al logro de los criterios arriba mencionados?

Sobre el tema **salud y desarrollo humano: desconcentración y descentralización del sector salud ¿soluciones o más de lo mismo? Visión desde la sociedad civil**, se formularon las siguientes preguntas:

- Los niveles y ámbitos de desconcentración y descentralización planteados en el marco legal e institucional del sector salud, ¿contribuyen al logro de los criterios de una estrategia de desarrollo humano: eficiencia, equidad, empoderamiento y libertad?





- El proceso de desconcentración/ descentralización del sector salud en República Dominicana ¿ha contribuido a mejorar la situación de salud de las personas?
- ¿Qué lineamientos se deberían tomar en cuenta para mejorar la situación de salud de las personas a través del proceso de desconcentración/ descentralización del sector salud?
- ¿Cómo se coordina el sector público y privado en la prestación de servicios de salud?
- ¿Qué aportes hace el sector privado a la mejora de la situación de salud de las personas en el país? ¿Cómo podría mejorar?
- ¿Cuáles son los avances y obstáculos en el proceso de involucramiento de las comunidades en la gestión de la salud?
- La descentralización/ desconcentración del sector salud, ¿mejorará el bienestar de las personas o será una nueva complicación burocrática?

Finalmente, para las **experiencias de la Región IV y de Palenque**, se sugirieron las siguientes preguntas:

- Breve descripción del proceso de desconcentración/ descentralización del sector salud en la región.
- ¿Cómo ha aportado esta estrategia a la mejora del nivel de salud de las personas?
- ¿Qué debilidades ha tenido la puesta en marcha de la estrategia?
Lecciones aprendidas
- La desconcentración del sector salud, ¿mejorará el bienestar de las personas o será una nueva complicación burocrática?

Para hacer estas presentaciones se invitó a Bernardo Matías, antropólogo y experto en temas de salud y reforma del Estado, para abordar el primer tema; a Marco Akerman, asesor regional sobre desarrollo local y participación social del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para que presentara el marco conceptual de las políticas públicas descentralizadas en el sector salud; a José Selig Ripley, coordinador de las redes de servicios de salud de la Subsecretaría de Atención a las Personas de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), para que analizara el proceso de descentralización del sector salud en República Dominicana; a Pedro Luis Castellanos, de IDE SARROLLO y Foro Ciudadano, para que presentara la visión de la sociedad civil con respecto al tema de la descentralización del sector salud. Y finalmente, a Manuel González, médico salubrista y experto en el proceso de descentralización del sector salud, y a M. Elexia Bautista, directora del Hospital de Palenque, para que presentaran las experiencias de la Región IV y Palenque.





Por parte de la Oficina de Desarrollo Humano, Rosa Cañete Alonso fue responsable de la coordinación y seguimiento del foro, así como de la presente publicación, con el apoyo en la parte conceptual de Miguel Ceara-Hatton, coordinador de la Oficina. Pamela Suero y Michela Accerenzi colaboraron en la organización, edición y diagramación del texto. Manuel Robles fue responsable de la edición de las conferencias y los debates, preparando los primeros borradores de la introducción y la conclusión, así como colaborando en la coordinación del foro.







Introducción

El nivel de salud de una población es uno de los indicadores que mejor expresa su calidad de vida. Por eso, el tema siempre es de gran interés para las y los ciudadanas/os de un país. Los principales indicadores de salud de República Dominicana muestran niveles muy por debajo de países con iguales e, incluso, inferiores niveles económicos. En el período 2000-2005, la esperanza de vida al nacer en República Dominicana era de 70.1 años, siendo 1.1 años inferior que la media del continente latinoamericano y más baja que en países como Costa Rica (77.3), Cuba (76.7), Chile (76) y Honduras (71). Asimismo, la tasa de mortalidad infantil en el país es de 26 por 1,000 nacidos vivos, 8.4 puntos por encima de la media latinoamericana y mucho más alta que países como Chile (8), Cuba (7.3) y Venezuela (17.5)¹.

Lo mismo sucede con la mortalidad materna, donde a pesar de que más del 99% de los partos es asistido por personal cualificado; en 2000 se estimaba que 150 mujeres morían por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que ese mismo indicador apenas llega a 43 y 33 en Costa Rica y Cuba, respectivamente (ver Anexo I).

Este panorama se presenta más grave aún cuando sabemos que en el año 2006, el 72% y 40.6 % de las muertes maternas e infantiles, respectivamente, reportadas a nivel nacional fueron evitables².

Estos indicadores reflejan deficiencias tanto en el modelo de desarrollo dominicano, caracterizado por ser inequitativo y excluyente, como en el sistema sanitario que ha sido incapaz de satisfacer con eficacia y eficiencia las necesidades y demandas sanitarias de la población.

En la búsqueda de respuestas a estas y otras deficiencias e insatisfacciones con el sistema sanitario dominicano, y como parte de un proceso continental de reformas sanitarias, desde mediados de los 80, se iniciaron en el país las discusiones en torno a la necesidad de producir cambios y reformas importantes dentro del sistema sanitario nacional. Este proceso tuvo en el año 2001 un momento





trascendental al aprobarse la Ley General de Salud (42-01) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01), las cuales, junto con sus reglamentaciones complementarias, sirven de base para la transformación del modelo de salud del país.

Sin embargo, el proceso de implementación de dichas leyes ha estado plagado de inconvenientes, de resistencia y de falta de acuerdos entre los diferentes actores del sistema, por lo que a más de 6 años de haberse promulgado las citadas leyes todavía no se han producido los cambios en la magnitud esperada. De hecho, en los momentos actuales el país está sumergido en profundas discusiones y luchas de intereses que dificultan la entrada en vigencia del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo.

Uno de los componentes de la estrategia de reforma que ha adoptado el país es la descentralización y desconcentración del sector salud. Se parte del supuesto de que la transferencia de funciones, responsabilidades, recursos y prerrogativas a instancias desconcentradas o descentralizadas contribuye a incrementar los niveles de productividad, eficacia y eficiencia del sistema sanitario, colocándolo en mejores condiciones para elevar el nivel de salud de la población. Sin embargo, este proceso de desconcentración y descentralización apenas se ha iniciado y todavía no están muy claros sus beneficios reales de cara a las necesidades de la ciudadanía.

El enfoque de desarrollo humano

Desde finales de los años 80 y principios de los 90 ha ido tomando fuerza, a nivel mundial, un nuevo enfoque de desarrollo en franca contradicción con la visión neoliberal y economicista que predominó en el mundo después de la II Guerra Mundial. Esta nueva visión de desarrollo tiene su mayor sostén conceptual y filosófico en los planteamientos del economista, Premio Nóbel de Economía en 1998, Amartya Sen. La misma ha sido impulsada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a través de la elaboración y promoción de los Informes de Desarrollo Humano, basados en este enfoque y utilizando nuevos indicadores e instrumentos utilizados para medir y evaluar los niveles y calidad del desarrollo de los países.

Este enfoque define el desarrollo como un proceso de ampliación de oportunidades y opciones para que las personas puedan ser y lograr hacer lo que valoran. Por lo tanto, esta teoría pone en el centro de sus postulados, la expansión de las libertades y la superación





de las privaciones que limitan las posibilidades reales de alcanzar el desarrollo de las personas. Entre las principales privaciones de esas libertades están los efectos negativos en la salud que tienen las debilidades del servicio sanitario, así como otros determinantes sociales de ésta.

Sobre la base de esta concepción filosófica se ha ido desarrollando una propuesta metodológica que permite realizar una valoración de los modelos de desarrollo y de las políticas públicas, haciendo énfasis en que éstas deben estar centradas en el incremento permanente y equitativo del bienestar y las capacidades humanas.

Haciendo uso de este enfoque, y sobre la base de un amplio estudio de la evolución socioeconómica, cultural y política de República Dominicana en los últimos 50 años, el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005 produce una nueva lectura del desarrollo del país, replanteando la visión predominante existente hasta ese momento. El informe concluye que “la principal causa de la pobreza dominicana y del bajo desarrollo relativo no es la falta de financiamiento y de recursos económicos, sino el escaso compromiso con el progreso colectivo del liderazgo nacional político y empresarial durante las últimas décadas y la ausencia de un pacto social y de empoderamiento de los sectores mayoritarios de la sociedad dominicana”³.

A partir de los antecedentes señalados y en el contexto actual del proceso de descentralización del sector salud que se impulsa en el país, vale la pena formularse un sinnúmero de preguntas, tales como:

- ¿Tiene el enfoque de desarrollo humano alguna utilidad o validez teórica, práctica y metodológica para aportar a la comprensión del proceso de transformación del modelo de salud de República Dominicana?
- ¿Cómo afecta la salud al desarrollo humano?
- ¿El proceso actual de desconcentración y descentralización del sector salud contribuye al empoderamiento ciudadano y a la construcción de ciudadanía?
- ¿Qué noción de salud podemos construir para repensar los modelos de salud, la relación con la equidad, el empoderamiento y la eficiencia?
- Desde la perspectiva del desarrollo de las personas, ¿la actual reforma de salud se constituye en una nueva carga burocrática que reproducirá más de lo mismo o contribuirá al bienestar de la gente?
- ¿Es útil la mirada que nos presenta la salud vinculada al desarrollo de capacidades y potencialidades de las personas?





El enfoque de capacidades en el desarrollo humano

El desarrollo humano se define como el proceso de expansión de las libertades reales de que dispone una persona para ser o hacer en la vida lo que valora. Por lo tanto, una estrategia de desarrollo humano es un proceso de desmonte de las privaciones que impiden tener capacidad de elección o disponer de mayores oportunidades. Las capacidades, en el enfoque del desarrollo humano, son a la vez un fin en sí mismas, así como un medio de ampliación de las libertades. Una persona con mayores capacidades tiene mayores oportunidades de elegir, así como un mayor abanico de opciones que escoger y, por tanto, tiene mayor libertad.

Las personas son las portadoras de las capacidades, por lo que son el fin y el medio del desarrollo humano. Pero las capacidades vienen fuertemente condicionadas por el entorno ambiental, económico, político, social y cultural en el que se desarrollan, por lo que para garantizar la ampliación de las capacidades de las personas cualquier estrategia deberá trabajar tanto la dimensión individual como colectiva.

Desde esa perspectiva, la salud para Amartya Sen constituye una de las cinco libertades instrumentales necesarias para el desarrollo que debe estar en vínculo estrecho con la cuestión de los derechos y la justicia social, de cuya mano va la noción de equidad (...). Este enfoque humanista sustenta que trabajar con un enfoque de desarrollo humano que tenga en cuenta el mejoramiento de la salud (...) requiere de una comprensión compartida, colectiva, de los problemas y las soluciones, y el reconocimiento del lazo que une a las libertades con las instituciones sociales y económicas, así como con los derechos políticos y humanos⁴.

El concepto de la salud vista como capacidad nos cambia la forma de analizar la realidad y, por lo tanto, también la forma de intervención en ella. Se tratará de estudiar la enfermedad como un problema cuyas causas y consecuencias no sólo son individuales, sino colectivas e incluso estructurales. La enfermedad tiene fuertes consecuencias en la capacidad de elegir y, en consecuencia, en los logros o realizaciones que obtengan las personas y las sociedades.

Aunque en República Dominicana el fundamento teórico expresado en el marco jurídico que sirve de base a la reforma del sistema sanitario asume la salud como "un medio para el logro del bienestar común y un fin como elemento sustantivo para el desarrollo humano"⁵, en la práctica se ha avanzado muy poco en articular salud y desarrollo humano.





La Conferencia llevada a cabo en Alma Ata, en 1978, constituye un hito referencial para comprender la relación entre salud y desarrollo. En esta Conferencia se reconoce “la salud como un problema de derechos, no de mercado, donde la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud a todas las personas”⁶.

Esta visión nos ubica en una perspectiva crítica y propositiva frente a los diferentes modelos de salud y el impacto logrado por las políticas públicas que han estado orientadas por este enfoque. Repensar la salud desde el enfoque de desarrollo humano ofrece una visión amplia y completa para la formulación de políticas de salud cuya base sean la integralidad del sistema sanitario y la universalidad del derecho a la salud con el objetivo de ampliar las oportunidades y capacidades de las personas.

Desde esta visión, la implementación de políticas públicas incluyentes, que mejoren las condiciones de salud de la gente, contribuye a disminuir las brechas sociales existentes. Esto supone favorecer estrategias de participación social en los espacios donde la población siente y padece directamente los efectos de un entorno desfavorable y de exclusión.

La salud y la construcción de ciudadanía son partes sustantivas del desarrollo en una sociedad. Para asumir conciencia ciudadana se requiere desarrollar capacidades en la gente, crear espacios de libertades y derechos. En ese contexto, la salud y la educación son dos ejes vitales del desarrollo y están transversalmente entroncadas con los procesos de construcción de ciudadanía y de derechos.

El concepto de producción social de la salud encaja fuertemente con la concepción de la salud con capacidad, como veremos en siguiente apartado.

La producción social de la salud: la salud, más que un problema médico

La salud, vista desde la perspectiva del desarrollo humano, trasciende la concepción hospitalaria, curativa y biologicista; presupone una perspectiva integral, en la que se entiende que la salud se produce y reproduce en los diferentes espacios culturales, territoriales e institucionales de una sociedad o comunidad.

Coherente con una visión integral de la salud, la Ley General de Salud (42-01) plantea que “la producción social de la salud





está íntimamente ligada al desarrollo global de la sociedad, constituyéndose en producto de la interacción entre el desarrollo y la acción armónica de la sociedad en su conjunto, mediante el cual se brinda a los ciudadanos y ciudadanas las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios de ingresos, de empleos, de recreación y participación social para que, individual y colectivamente, desarrollen sus potencialidades en aras del bienestar. Por lo tanto, la salud no es atribución exclusiva del sector salud y, en consecuencia, ya no se prestará exclusivamente dentro de sus instituciones⁷⁷.

El concepto de producción social de la salud se refuerza en el borrador del Plan Decenal de Salud 2006-2015 cuando se expresa que "el compromiso del Sistema Nacional de Salud con la producción social de la salud se traduce en una priorización del nivel primario de atención, con el desarrollo de un modelo integral de atención y, sobre todo, con un fortalecimiento de las estrategias intersectoriales de promoción de la salud y el desarrollo de espacios saludables (municipios, escuelas, empresas, barrios, etc.). En consecuencia, se asume que el desarrollo del Sistema Nacional de Salud implica una reformulación de las relaciones entre el Estado y la sociedad y sus organizaciones que favorezca la participación ciudadana en la planificación y gestión de los establecimientos y programas de salud, y en la contraloría social de la administración. Además, expresa una voluntad de descentralización y desconcentración de los recursos, servicios y programas, un esfuerzo sostenido de desarrollo de la planificación local participativa de la salud, vinculada a los planes de desarrollo económico y social, a nivel local, municipal y provincial, y un fortalecimiento del involucramiento del poder municipal en la salud⁷⁸.

Este enfoque integral y multidimensional de la salud encaja sólidamente con el paradigma de desarrollo humano, el cual posiciona a las personas como fin y medio del desarrollo, pero otorga también un papel preponderante a las condiciones de partida de las personas y en la necesidad de un Estado que garantice que esas diferencias de partida no condicionen las oportunidades de las personas.

En el concepto de producción social de la salud, las intervenciones del primer nivel de atención y las de promoción y prevención son las prioritarias, y los usuarios y usuarias son el centro de atención. Sin embargo, esta visión de la salud está lejos de materializarse en el país. Todavía sigue predominando la noción biologicista, con un fuerte peso del mercado y la perspectiva financiera en la organización de los servicios de salud.





El modelo aún predominante orienta los recursos hacia las enfermedades, afectando las intervenciones de promoción y prevención. Es un modelo que dista del enfoque de desarrollo humano y del concepto de producción social de la salud. Además, prioriza las intervenciones en el segundo y tercer nivel, dando al primer nivel un carácter periférico y secundario para la solución de los principales problemas de salud. Como bien señala la OPS: “Un sistema de salud basado en la atención primaria hace del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo (...) maximiza la equidad y la solidaridad (...) responde a las necesidades de la población, genera servicios orientados a la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad”⁹.

Esto puede comprobarse al revisar las cuentas nacionales en salud de 2002, donde se presenta que el gasto en servicios preventivos y de salud pública representa apenas un 5% del total. Del mismo modo, se señala que el gasto de bolsillo es muy alto, representando el 48% de total del gasto en salud, siendo ésta la forma más inequitativa de distribuir el gasto¹⁰.

Otros estudios recientes consideran que “por lo menos el 80% del gasto público en salud se invierte en atenciones curativas y más del 80% del mismo en centros hospitalarios. La inversión en salud colectiva estaría siendo entre un 14% y un 18% del presupuesto de la SESPAS, y menos del 10% del gasto público total en salud”¹¹.

El Estado como garante del derecho a la salud

Desde la perspectiva del enfoque de desarrollo humano la salud es derecho y, por tanto, el Estado tiene que operar como garante de este derecho a toda la población. El paradigma no determina la forma de garantizar este derecho; es decir, la provisión del servicio puede ser tanto pública como privada, pero debe ser eficiente, equitativa e impulsar la participación y el empoderamiento de la población. Estos requisitos hacen imprescindible la rectoría estatal del sistema, así como su participación, en mayor o menor medida, en la provisión de los servicios de salud.

La Ley General de Salud (42-01), en su segundo considerando, plantea que la “Constitución de la República pone a cargo del Estado estimular el desarrollo progresivo de la seguridad social, de manera que toda persona llegue a gozar de adecuada protección contra la enfermedad, la incapacidad y la vejez; debiendo velar





por el mejoramiento de la alimentación, los servicios sanitarios y condiciones higiénicas, procurando los medios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, y de toda otra índole, así como la asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes por sus escasos recursos económicos así lo requieran”¹².

La salud no ha estado libre de las concepciones utilitaristas y positivistas de las últimas décadas, en las que se concibe al mercado como la vía más efectiva para redistribuir los ingresos en una sociedad. Desde esta perspectiva, en ciertos lugares, la salud se ha convertido en “un gran negocio”, con una fuerte incidencia de los agentes privados de la economía en la organización y entrega de los servicios de salud.

Cuando se privilegia el mercado para la organización de los servicios de salud en un país se están creando condiciones que limitan la garantía de la salud como un derecho. En la mayoría de los países donde se ha asumido esta perspectiva para la aplicación de los modelos sanitarios, el resultado ha sido la disminución del gasto público en salud y el desinterés para invertir en la salud colectiva, lo que ha abierto las puertas para profundizar las brechas sociales y un deterioro de las condiciones de vida de la población más empobrecida y excluida.

Asimismo, el abordaje de la salud desde las leyes o reglas del mercado ha significado el debilitamiento de lo público y sus instituciones, dar la espalda a la ética de la solidaridad social, el incremento de la ineficacia institucional pública y del gasto familiar en salud, así como un fortalecimiento de los modelos curativos frente a los preventivos. En ese escenario, ha habido un predominio de la perspectiva financiera para abordar los problemas de salud, obviándose las discusiones para reorientar los servicios desde la perspectiva de prevención y la atención primaria.

Amartya Sen nos ha permitido repensar críticamente el desarrollo, poniendo énfasis en las libertades que las sociedades promueven para las personas individual y colectivamente, y no tanto en la libertad y utilidad de los mercados.

En ese contexto, en el nuevo Sistema Nacional de Salud, a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) se le asigna la responsabilidad de ejercer la función rectora del mismo para conducir la producción social de la salud (sea la provisión del servicio privada o pública).





Esto supone que la SESPAS debe asumir la responsabilidad del diseño y ejecución de políticas nacionales del sector salud encaminadas a lograr ampliar la cobertura y calidad, la equidad, la eficiencia y eficacia del sector salud, y la participación de la ciudadanía. Es la SESPAS, en su condición de entidad rectora, la garante de una atención oportuna y de calidad a usuarios y usuarias de los servicios de salud.

En su condición rectora, la SESPAS tiene también la responsabilidad de coordinar, movilizar y articular los recursos del sector salud para lograr que los mismos sean gestionados con mayor eficiencia, promoviendo la participación intersectorial e integral de los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud.

La descentralización y la desconcentración como estrategias para mejorar la salud

Un estudio reciente sobre los procesos de descentralización en América Latina plantea que “la mayoría de los países latinoamericanos comenzaron a reformar sus sistemas de salud en los últimos años, siendo la descentralización un contenido central de dichas reformas. Ésta constituye una estrategia política que pretende reformular los sistemas de salud contribuyendo al fortalecimiento de las decisiones tomadas por los gobiernos locales, proveyéndolos de los recursos necesarios para garantizar la satisfacción de las necesidades de atención de las poblaciones a su cargo. Los resultados o impactos a corto y mediano plazo, deberían relacionarse directamente con mejoras en el comportamiento organizacional de los sistemas, pero sobre todo con el mejoramiento de los indicadores de salud pública, lo cual no siempre ocurrió. La experiencia muestra que, a pesar de los beneficios de la descentralización, también existen riesgos, principalmente debido a inconvenientes ligados a la heterogeneidad de las capacidades técnicas e institucionales”¹³.

República Dominicana arrastra una larga historia de un sistema de salud altamente centralizado, combinado con una gestión pública dispersa, anacrónica y con profundas carencias estructurales. Esta herencia institucional ha contribuido a reproducir las deficiencias del sector salud y ampliar las inequidades y brechas sociales en el país.

Como respuesta a esta realidad institucional se ha venido articulando un proceso de reforma que se orienta a configurar un modelo de salud descentralizado y desconcentrado. Esta estrategia parte del supuesto de que la transferencia de funciones, responsabilidades, recursos





y prerrogativas a instancias desconcentradas o descentralizadas contribuiría a incrementar los niveles de productividad, eficacia y eficiencia del sistema sanitario, colocándolo en mejores condiciones para elevar el nivel de salud de la población.

En el artículo 12, literal a, la Ley General de Salud establece que la SESPAS deberá “promover y desarrollar las estrategias de descentralización y desconcentración, con los propósitos de acercarse en forma creciente a individuos, familias y comunidades, en tanto usuarios de los servicios, para responder sensible y adecuadamente a las necesidades manifiestas, así como para responder a las modificaciones del entorno que afectan a la salud y a la asistencia sanitaria”¹⁴.

En el contexto de la reforma de salud y seguridad social, en República Dominicana se abre un escenario donde la descentralización y la desconcentración constituyen uno de los ejes centrales de la transformación del Sistema Nacional de Salud, estableciendo un esquema institucional que modifica sustancialmente el ámbito político-institucional, financiero y de los servicios de salud.

El nuevo sistema de salud tiene como horizonte institucional conformar un modelo en el cual la prestación de los servicios de salud se haga mediante un sistema mixto (público y privado) con competencia regulada. En este modelo, las funciones básicas de rectoría, provisión y financiamiento operarían mediante un esquema descentralizado y desconcentrado. Con este esquema se pretenden eliminar las yuxtaposiciones de funciones entre las instituciones del Estado, mejorar los mecanismos de control, vigilancia y regulación, disminuir inequidades y deficiencias, y vincular a las comunidades y los usuarios/as al sistema mediante mecanismos de control y participación social.

La descentralización en salud toca transversalmente la democracia participativa, dado que se orienta a crear espacios de participación directa en la gestión de los servicios desde los espacios locales.

El ámbito de lo local constituye el mejor escenario para la implementación de políticas públicas dirigidas a disminuir brechas sociales e incrementar la inclusión social. En lo local adquieren relevancia y mayor impacto las estrategias de promoción para la salud, el desarrollo de programas de prevención, las políticas orientadas a mejorar el acceso y a orientar los servicios hacia las demandas y necesidades de la gente. Por tanto, la descentralización y la participación ciudadana son elementos claves para lograr que los usuarios/as de los servicios de salud tomen control de su entorno y desarrollen conciencia de derechos.





La descentralización/ desconcentración de los sistemas de salud constituye una oportunidad para el redimensionamiento del territorio como espacio que facilita desarrollar nuevos modelos de gestión de los servicios de salud, un mejor aprovechamiento de los recursos para generar capacidades y creatividad en los recursos humanos locales, un mayor entendimiento de los problemas para orientar la gestión hacia resultados.

Sin embargo, este proceso de desconcentración/ descentralización apenas se ha iniciado y todavía no están muy claros sus beneficios reales para la ciudadanía. El proceso corre el riesgo de arrastrar a lo local las deficiencias históricas del Estado dominicano, así como de crear problemas de equidad y eficiencia o de no propiciar suficientemente la participación de la ciudadanía. Este foro intenta analizar esta problemática de cara a visualizar posibles estrategias que garanticen que el proceso de desconcentración/ descentralización del sector salud contribuya a ampliar las oportunidades y las opciones que tienen las personas en el país.







Bernardo Matías

Antropólogo, experto en temas de salud
y reforma del Estado

Salud y desarrollo humano







El presente documento es elaborado en el marco de la celebración del Foro sobre Salud y Desarrollo Humano, convocado el 29 de marzo del 2007, por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS), el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) y la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). El tema central de este Foro es provocador, sugerente y de actualidad. Se trata de la descentralización y desconcentración del sistema de salud en República Dominicana y en qué medida estas estrategias realmente contribuirán a generar bienestar en la gente, o es más de lo mismo, una nueva carga burocrática del Estado.

Uno de los temas abordados en el citado Foro es la salud vista desde la perspectiva del paradigma de desarrollo humano, el cual sirvió de punto de partida en el evento para el análisis y profundización del proceso de descentralización y desconcentración del sector salud en República Dominicana.

En el presente documento se presenta una breve descripción del paradigma de desarrollo humano y el enfoque de capacidades. Se analiza el concepto de salud centrado en las personas, no en la enfermedad. La visión de la salud como medio y fin del desarrollo humano, como capacidad, constituye un cuestionamiento al modelo curativo y biologicista que ha predominado en el sistema sanitario dominicano. Con algunas cifras estadísticas se examina en qué medida la salud en República Dominicana ha sido efectiva, equitativa y participativa. Asimismo, en este documento se anticipan posibles riesgos y amenazas que como parte de la propia naturaleza del Estado y la sociedad dominicana puede arrastrar consigo la descentralización y desconcentración del Sistema Nacional de Salud. Esto demanda el diseño de políticas y estrategias previsoras de los efectos e impactos negativos frente a un escenario donde estos riesgos pueden convertirse en concreciones.

El enfoque de desarrollo humano

Hasta la década de los noventa, la noción de desarrollo, de factura neoliberal, se enfocaba principalmente en dos variables cuantitativas para el análisis del bienestar de una sociedad: crecimiento económico y expansión del ingreso. Las variables cualitativas vinculadas a lo social, a la cultura, a la ética, a la





participación social, tenían un valor secundario, estaban subordinadas a la economía. Las principales políticas y estrategias emprendidas por la mayoría de los gobiernos y recomendadas por los organismos financieros internacionales han estado orientadas por esta concepción. En la actualidad muchas de estas políticas siguen atrapadas por ese modelo.

Sin embargo, desde 1990, empezó a tomar fuerza un concepto diferente de desarrollo, una mirada distinta para interpretar y evaluar el bienestar de las sociedades. Bajo el influjo del pensamiento de Mahbub ul Haq¹⁵ y Amartya Sen¹⁶, se inicia la construcción del paradigma de desarrollo humano, evidenciando diferencias sustantivas con las escuelas utilitaristas y economicistas de la postguerra.

La nueva perspectiva del paradigma de desarrollo humano se define a partir de la ampliación de las libertades humanas, en un contexto de opciones, oportunidades, potencialidades y capacidades. Es un enfoque pluridimensional que da respuestas a tres grandes preguntas: ¿Para qué es el desarrollo? ¿Cómo se logra el desarrollo? ¿Quiénes son el fin último del desarrollo?¹⁷

Esta concepción es una ruptura ética en cuanto remite el fin del desarrollo al aumento de las libertades del ser humano e incorpora lo ético como parte de la ciencia. Es una ruptura metodológica y epistemológica, por cuanto plantea una aproximación distinta de construcción de un modelo de desarrollo y es una quiebra teórica, "porque propone una explicación alternativa de cómo se logra el desarrollo, de qué manera son los seres humanos quienes hacen el desarrollo y no variables abstractas, impersonales o codificadas"¹⁸.

De forma sintética, el paradigma de desarrollo humano es definido como "la expansión de las libertades reales de que disfruta una persona para hacer o ser en la vida, lo que tiene razones para valorar"¹⁹.

Esto implica la disminución o eliminación de aquellas privaciones que impiden que las personas tengan las libertades necesarias para elegir y mejorar su calidad de vida. Esas privaciones pueden ser la pobreza, el desempleo, la falta de educación, de salud, de nutrición, el hambre, la falta de libertad para expresarse, de un Estado de derecho, de acceso a la información y al conocimiento, de participación, y de autoestima. Por tanto, la libertad se convierte en un valor constitutivo e instrumental del desarrollo.

El enfoque de capacidades en el paradigma de desarrollo humano

Amartya Sen establece dos variables que definen el concepto de desarrollo humano: capacidades y funciones. Para Sen la expansión de las capacidades es el punto de partida del desarrollo humano. Mientras que las funciones es lo que las personas valoran hacer o ser.





Al referirse a las funciones en el contexto del desarrollo humano, Sen asume que éstas implican tanto lo biológico o necesidades vitales, como comer, no padecer enfermedades evitables, como situaciones personales más complejas, como la participación ciudadana y la autovaloración.

En cambio, las capacidades “representan el conjunto de condiciones y posibilidades (tener conocimientos, salud, ingresos y disponer de medios) que permiten llegar a logros reales, a realizar funciones deseadas. Es decir, las capacidades representan la libertad de lograr distintas combinaciones de funciones entre las que se puede elegir”²⁰.

En otras palabras, Sen indica que a veces la falta de libertades fundamentales está relacionada directamente con la pobreza, que priva a las personas de conseguir un nivel de nutrición suficiente, de curar enfermedades tratables, de vestir dignamente, de tener una vivienda aceptable y disponer de agua limpia y servicios de saneamiento. La privación de la libertad está relacionada, por lo tanto, con la falta de servicios públicos como son la atención de salud, de educación o la existencia de instituciones eficaces para el mantenimiento de la paz y el orden local.

También la violación de la libertad se relaciona directamente “con la negativa de los Estados a reconocer las libertades políticas y civiles, y a la imposición de restricciones para participar en la vida social, política y económica de la comunidad”²¹.

Finalmente, el paradigma de desarrollo humano no niega la importancia del crecimiento económico para alcanzar bienestar en una sociedad. Se rechaza la vinculación automática que el utilitarismo economicista ha establecido entre crecimiento económico y desarrollo. Entre desarrollo humano y crecimiento económico hay una relación indisoluble, en cuanto que el mejoramiento del capital social y humano en un país repercute positivamente en su economía, pero a la vez se hace necesario que los gobiernos implementen políticas retributivas e inclusivas dirigidas a ampliar las potencialidades y opciones de sus ciudadanos. El crecimiento económico necesita instituciones sólidas, población con acceso a educación, con mejores condiciones de salud, bien nutrida, porque esto tiene un impacto directo y sostenible en la productividad individual y colectiva. Por eso, la inversión en salud, educación y nutrición es indispensable para el desarrollo de una sociedad.

El concepto de salud desde la perspectiva del enfoque de desarrollo humano: fin y medio

En la Ley General de Salud (42-01) de República Dominicana²² se asume un concepto de salud vinculado directamente al paradigma de desarrollo humano. La citada Ley, en su artículo 2, establece que la salud es, a la vez, un medio y un fin. Es “un medio para el logro del bienestar común y un fin como elemento sustantivo para el desarrollo humano”.





Asimismo, dicha Ley asume el concepto de producción social de la salud, en cuanto “está íntimamente ligada al desarrollo global de la sociedad, constituyéndose en el producto de la interacción entre el desarrollo y la acción armónica de la sociedad en su conjunto, mediante el cual se brindan a los ciudadanos y ciudadanas las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingresos, de empleos, de recreación y participación social para que, individual y colectivamente, desarrollen sus potencialidades en aras del bienestar. Por lo tanto, la salud no es atribución exclusiva del Sector Salud y, en consecuencia, ya no se prestará exclusivamente dentro de sus instituciones”²³.

a. La salud centrada en las personas y el desarrollo de sus capacidades

El concepto de salud centrado en las personas es una ruptura radical con el esquema biologicista, curativo y hospitalario que ha predominado a lo largo de la historia en República Dominicana. Es un enfoque basado en los derechos ciudadanos y la equidad social, que implica una nueva ética del compromiso colectivo e individual, donde el Estado juega el rol fundamental de garante de la salud de la población, evitando que el mercado reproduzca inequidades y exclusiones.

Cuando en su marco legal, el país asume la producción social de la salud como la interacción entre sociedad y desarrollo humano, se explicita que la construcción de un nuevo sistema sanitario implica no sólo a las instituciones vinculadas a este sector, sino a toda la sociedad. Este novedoso concepto da a la salud un carácter multisectorial, interdisciplinario e integral. Es la salud vista desde la defensa y protección de los derechos ciudadanos. Esto hace más complejo el abordaje de las intervenciones en salud.

El enfoque de la salud centrada en las personas plantea la necesidad de expansión, consolidación y sostenibilidad del acceso, la calidad de la atención y la equidad. Demanda que los programas de salud colectiva y sus intervenciones sean definidos y estructurados con un enfoque de género y por grupos de edades, con criterios de prioridad y participación social.

En la actualidad, en el país se experimenta un lento proceso de reforma dirigido a transformar un viejo modelo biologicista y curativo, que se resiste a morir, por otro modelo de salud orientado por la concepción del desarrollo humano.

b. La salud y el desarrollo de capacidades

Un mejor nivel de vida influye en el desarrollo de las capacidades de los individuos y la potencialización de las capacidades es determinante para la calidad de vida. En ese contexto, la salud juega una función simbiótica entre calidad de vida y capacidad.





Por eso, tener vida duradera y saludable es uno de los elementos fundamentales del paradigma de desarrollo humano y se mide en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) mediante la esperanza de vida al nacer.

Una vida duradera y saludable supone que los individuos de una sociedad cuentan con las capacidades que les permitan satisfacer las necesidades básicas y “disfrutar de buena salud física, psíquica y de una relación social satisfactoria”²⁴.

El desarrollo de capacidades en salud plantea el desafío de disminuir las brechas sociales, el rezago epidemiológico acumulado y mejorar el acceso y la calidad de la atención.

Desde esta perspectiva de la salud, las personas no sólo están en riesgo cuando son amenazadas por enfermedades, sino que múltiples aspectos de su cotidianidad y espacio vital también constituyen peligros para el desarrollo de todas sus potencialidades. En ese sentido, la pobreza, la violencia, el deterioro ambiental, la carencia de alimentos y trabajo, la inseguridad laboral, la falta de acceso a agua potable y viviendas adecuadas, y el analfabetismo, entre otras violaciones de los derechos humanos, constituyen una amenaza para la salud de las personas.

En las últimas dos décadas, la curva del crecimiento económico en República Dominicana ha sido ascendente, con pocos años de excepción. Este crecimiento ha tenido un impacto positivo en algunos indicadores de salud, especialmente en la esperanza de vida al nacer, la reducción de la tasa de mortalidad infantil y la tasa bruta de mortalidad, así como en indicadores demográficos.

En estas dos décadas, la esperanza de vida al nacer incrementó aproximadamente 7 años. Asimismo, en el 2003 la posibilidad de sobrevivencia infantil a los 5 años se colocó en 96.5% y, en ese mismo año, la tasa de mortalidad infantil descendió de 54.1 por mil en el quinquenio 1985-1990 a 34.4 por mil nacidos vivos estimados para el 2005²⁵.

Sin embargo, a pesar de este crecimiento económico y su relativo impacto en los indicadores de salud, en República Dominicana persiste una serie de problemas de salud que limitan las capacidades humanas y la calidad de vida en un alto porcentaje de su población, presentando indicadores por debajo de los promedios de la región y de países con igual o inferior ingreso per cápita (PPA). Por ejemplo, haciendo la comparación con otros cinco países (Panamá, Colombia, Venezuela, Honduras y Cuba), República Dominicana aparece con la más alta tasa de mortalidad infantil estimada y la más baja esperanza de vida al nacer (ver Cuadro 1). Esta realidad refleja serios problemas de redistribución, deuda social acumulada y expansión de las brechas sociales y de las inequidades.





Cuadro 1

Ingreso per cápita (PPA), esperanza de vida y mortalidad infantil: países seleccionados América Latina y El Caribe

País	Ingreso per cápita US\$	Esperanza de vida al nacer (2000-2005)	Tasa de mortalidad Infantil estimadas (2000-2005)
Promedio de 6 países	5,536.3	73.1	22.8
Panamá	6,854	74.9	20.6
Colombia	6,702	72.2	25.6
Rep. Dominicana	6,823	70.1	34.4
Cuba	5,400	76.7	7.3
Venezuela	4,919	73.7	17.5
Honduras	2,520	71.0	31.2

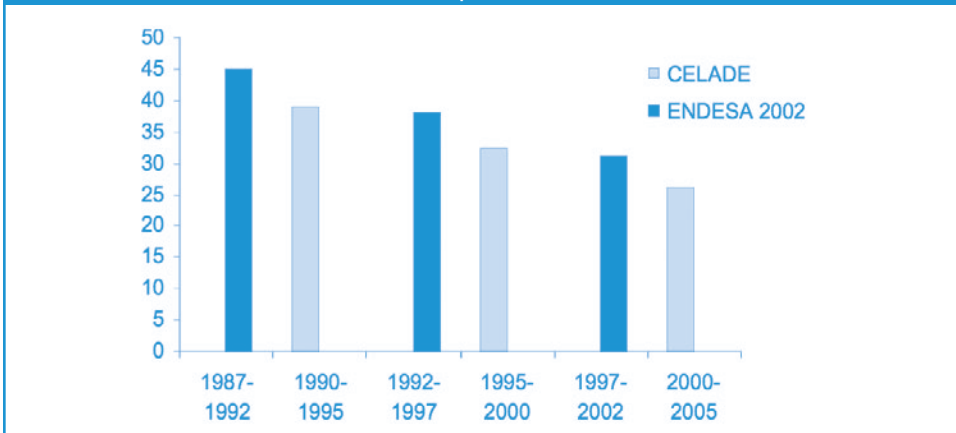
Fuentes: UNDP, Human Development Report 2005. New York, 2005. CEPAL/ CELADE. Boletín Demográfico 69. Santiago de Chile, 2002. CEPAL/ CELADE. Boletín Demográfico Año 34, No. 74, julio 2004

En el país, en la década de los sesenta, la tasa de mortalidad estimada era de 117.5 por mil nacidos vivos, lo que revela una significativa cifra de muertes en este indicador. Sin embargo, en el año 2005 se alcanzaba una tasa de 34.4, representando un descenso significativo en las últimas cuatro décadas.

Sin embargo, a pesar de esta disminución en la tasa de mortalidad infantil estimada, República Dominicana se mantiene por encima del promedio del conjunto de países de América Latina y el Caribe, cuyo promedio en el

Gráfico 1

Tasa de mortalidad infantil estimada, República Dominicana, 1987-2005



Fuente: CELADE/ CEPAL 2005
ENDESA 2002





quinquenio 2000-2005 fue de 23.8 por mil nacidos vivos, siendo Cuba el país con la más baja tasa (7 x 1,000 nacidos vivos)²⁶. Asimismo, las brechas reducibles de mortalidad infantil, comparativamente con otros países, es de 26% y 77%, respectivamente; lo que indica que pese a la reducción, el ritmo de descenso en la región ha sido mayor que en República Dominicana.

Entre los factores que explican la disminución de la mortalidad infantil en República Dominicana se encuentran:

- La ampliación de la cobertura de los programas de inmunización (aunque el país sigue por debajo del promedio regional de Latinoamérica y El Caribe en difterite, tos ferina, tétano y polio).
- Desarrollo de estrategias y programas para disminuir las enfermedades de diarrea aguda y las infecciones respiratorias agudas.
- Promoción de la lactancia materna.

Por otro lado, el país ha dado saltos cualitativos en la cobertura institucional de embarazos y partos. Sin embargo, mantiene una alta tasa de mortalidad materna. Diferentes estudios han mostrado que el 99% de las atenciones de los embarazos son atendidos por profesionales de la salud, de los cuales el 97% se realizan en un centro de salud y un 75.5% en hospitales públicos²⁷.

La tasa de mortalidad materna estimada también ha experimentado una reducción en las últimas décadas. Para el año 2005, la tasa estimada era de 91.7 por cada 100,000 nacidos vivos; sin embargo, esta cifra sigue siendo alta y superior a la que presentan otros países como Cuba (52.3) y Costa Rica (36.2)²⁸.

Según el Informe Mensual de Tolerancia Cero, de agosto de 2006, el 85% de las muertes maternas registradas eran evitables y más del 80% ocurrieron en hospitales públicos²⁹. Asimismo, alrededor del 14% de las muertes maternas ocurren en el grupo de las adolescentes. La magnitud de los embarazos y de las muertes maternas en adolescentes lo convierte en un serio problema que impacta directamente en el desarrollo humano del país.

Si analizamos las diferencias regionales, constataremos que las cifras son mucho más altas en algunos territorios del país. En efecto, "la ENDESA 2002 calculó que en la Región 0 (Distrito Nacional, Santo Domingo y Monte Plata) la tasa de mortalidad infantil fue de 31 y la de la niñez, de 40; en la Región IV fue de 44 y 66, respectivamente, y en la región VI fue de 50 y 68, respectivamente. La probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años, en un niño(a) de las Regiones IV y VI es 1.6 y 1.7 veces mayor que en la Región 0"³⁰. En las Regiones IV y VI se concentran algunas de las provincias de mayor índice de pobreza, como es el caso de Elías Piña, Bahoruco, Independencia y Pedernales.





¿Ha sido eficiente el sistema de salud de República Dominicana?

La eficiencia constituye uno de los principales componentes estratégicos del paradigma de desarrollo humano. Las sociedades con el predominio de instituciones ineficientes son normalmente las que reflejan mayores asimetrías sociales y económicas.

La falta de planificación, la ausencia de criterios de prioridad para la orientación del gasto público, el clientelismo y la corrupción, los servicios de mala calidad y el personal con poca profesionalidad son indicadores de ineficiencia institucional. Estas deficiencias son más frecuentes en los servicios públicos y, por lo tanto, afectan mayormente a los excluidos o empobrecidos de la sociedad, que son quienes más uso hacen de ellos. La ineficiencia, por tanto, se traduce en inequidad y profundiza las brechas sociales.

El análisis de eficiencia en salud en ocasiones se torna abstracto porque requiere de la disponibilidad de informaciones que muchas veces carecen de calidad, consistencia, oportunidad y confiabilidad. Además, algunos de sus indicadores están relacionados con el modelo de atención que se esté evaluando o analizando. La eficiencia en salud puede devenir en abstracción cuando a la debilidad en la generación de informaciones se suma la existencia de un sistema de salud sin planificación.

Asimismo, la medición de eficiencia requiere de comparaciones temporales que permitan identificar los fallos o logros obtenidos. Para estas comparaciones analíticas es indispensable contar con un sistema mínimo de monitoreo vinculado a una planificación institucional.

En términos conceptuales, podemos decir que un sistema de salud es efectivo cuando la producción de los servicios se logra al menor costo posible. La eficiencia está vinculada con los resultados propuestos y el nivel de alcance de los mismos con los recursos disponibles. La eficiencia pasa por mejorar las estructuras institucionales, los procesos técnicos y, sobre todo, por la gestión de los recursos humanos.

Analizar con objetividad el grado real de eficiencia del sistema de salud en República Dominicana es una tarea atrevida y difícil, porque históricamente se ha caracterizado por la falta de planificación y la generación de informaciones estadísticas relacionadas con la producción de los servicios de muy poca calidad y confiabilidad.

Sin embargo, podemos avanzar algunas valoraciones. En efecto, las estadísticas revelan que los principales problemas de salud del país no están estrictamente relacionados con la cobertura, sino con la calidad y la efectividad de las intervenciones, y muy particularmente con la gestión del





sistema y un modelo de atención donde los recursos están más orientados hacia la curación que la prevención y donde la participación ciudadana es limitada.

Es un modelo que orienta los recursos hacia las enfermedades, dejando de lado las intervenciones de promoción y prevención. Es un modelo que aún está lejos del paradigma de desarrollo humano, del concepto de producción social de la salud, de un enfoque donde se prioricen las intervenciones en el primer nivel de atención y las de promoción y prevención, poniendo a los usuarios y usuarias en el centro de las atenciones.

En el documento de consulta del “Plan decenal de salud 2006-2015: un acuerdo nacional por la excelencia de la salud”, se afirma que “parecería haber suficiente evidencia para mostrar que, aun cuando persisten barreras de acceso territorial para sectores minoritarios socialmente excluidos, los principales problemas del sector salud no están en la cobertura, ni siquiera en la cobertura por los servicios públicos, sino sobre todo en la calidad y en la efectividad de las intervenciones tanto curativas como de prevención y control”³¹.

Se trata de un viejo modelo donde los recursos humanos están concentrados en los centros hospitalarios de segundo y tercer nivel, y en los principales núcleos urbanos, limitando las capacidades de resolución de los servicios en el primer nivel de atención. En efecto, “el sistema se ha desarrollado sobre la base de concentrar en los niveles hospitalarios la mayor capacidad y calidad de atención, en consecuencia la demanda tiende a concentrarse en los centros de mayor desarrollo, a pesar de que el país cuenta con una extensa red de Unidades de Atención Primaria y de hospitales municipales, estos últimos con muy baja ocupación, sin vinculación funcional efectiva. Algunos estudios recientes consideran que por lo menos el 80% del gasto público en salud se invierte en atenciones curativas y más del 80% del mismo en centros hospitalarios”³².

Otros informes arrojan datos en los que se observa que en los últimos seis años la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) ha orientado un 38% del monto total acumulado de sus presupuestos a los servicios de atención a las personas, un 5% a la salud colectiva y un 4% a las acciones de rectoría³³.

Esta dinámica en la ejecución del presupuesto de la SESPAS se produce en un contexto de reforma, que supone un desmonte gradual de sus gastos por concepto de atención individual para ser transferidos a la Seguridad Social. Asimismo, la separación de funciones implica que los recursos del presupuesto de SESPAS se concentren en las acciones de salud colectiva y en el fortalecimiento de la rectoría.





En términos de eficiencia, diferentes estudios han mostrado que los recursos humanos y la red de infraestructura hospitalaria con la cual cuenta el sector salud en República Dominicana, pueden ser suficientes para dar respuestas a las demandas de servicios de salud de la población. La ineficiencia está más bien relacionada con los déficits gerenciales y organizacionales de las instituciones del sector.

Para el año 2004, los estudios indicaban que el sector salud había incorporado un médico(a) por cada 743 personas y que los establecimientos de salud contaban con recursos humanos en casi todos los municipios. “Sin embargo, su distribución no guarda relación con los perfiles de salud y de demanda de las poblaciones. La relación de habitantes por médico(a) nos ubica, para ese mismo año, por debajo de 13 de los 34 países informantes; es decir, en un nivel intermedio”. La capacidad instalada del sector público arroja una tasa global de 2.2 camas por cada mil. Esto coloca al país en una relación similar a la mayoría de los demás países de Latinoamérica y El Caribe³⁴. Por tanto, en el país, la debilidad no está vinculada con la disponibilidad de médicos, más bien, con la distribución y su relación con los perfiles epidemiológicos de las provincias y las demandas de las poblaciones. Esto plantea un problema de eficiencia en el uso de los recursos. Si existe algún déficit de recursos humanos, éste está referido a la cantidad de enfermeras profesionales, las cuales están por debajo de las demandas y necesidades del sector³⁵.

La mala distribución de camas, de recursos humanos y de equipamiento son indicadores claros de una gerencia ineficiente, dado que los criterios que se toman en cuenta no responden a las demandas y necesidades territoriales, ni a estrategias de fortalecimiento de las capacidades resolutivas en el primer nivel de atención; sino que la gerencia de los recursos está mediatizada por criterios políticos de naturaleza clientelar y por una visión hospitalaria que prioriza la atención especializada y los principales centros ubicados en las ciudades política y demográficamente más importantes. En las raíces de este problema se encuentra la reproducción de los déficits institucionales del Estado dominicano al interior del sector.

Este modelo de gestión de los recursos contribuye a que, disponiendo de una adecuada red de infraestructura y de recursos humanos suficientes, los resultados de morbilidad y mortalidad, de calidad de la atención y equidad, nos coloquen por debajo del promedio de América Latina.

¿Ha sido equitativo el sistema de salud de República Dominicana?

Desde la perspectiva del paradigma de desarrollo humano, la equidad en una sociedad se reconoce por el acceso a oportunidades y la participación en procesos sociales, que permitan un mejoramiento en la calidad de vida. La inequidad da cuenta de situaciones de exclusión social, de género, territorial, étnica,





por edad, por niveles de ingresos, discapacidades, procedencia migratoria, entre otras. La equidad es el principal referente para medir objetivamente cuán solidaria y justa es una sociedad.

Cuando hablamos de equidad en un sistema de salud, nos referimos a “un sistema donde nadie se encuentra en desventaja para alcanzar las potencialidades de salud colectiva e individual, siempre que sean pragmática y objetivamente evitables. Supone la justa oportunidad de acceso a los servicios disponibles con igual calidad para todos y todas³⁶.

El sistema de salud es uno de los escenarios donde más se reproducen y se hacen visibles las inequidades de la sociedad dominicana. En este escenario, la inequidad se hace concreta en el limitado acceso que tiene la población de escasos recursos a un conjunto de prestaciones y servicios, en el bajo financiamiento público de la salud y su consecuente impacto en el presupuesto familiar, la baja cobertura de aseguramiento, las exclusiones o discriminaciones que se producen en grupos vulnerables por condición de género, de procedencia migratoria, de edad o discapacidad, entre otros. Asimismo, alrededor del 60% del gasto total familiar por las atenciones médicas recibidas corresponde a medicamentos³⁷.

En efecto, en la actualidad, el gasto público en salud como porcentaje del PIB no supera el 2%, ubicándose un 31% por debajo del promedio de América Latina y El Caribe, y es el segundo más bajo en toda la región³⁸. Este bajo financiamiento tiene un impacto directo en el presupuesto familiar, en especial de quienes carecen de un seguro médico y tienen que pagar directamente de sus bolsillos.

La carga se hace más pesada en una familia donde alguno de sus miembros es víctima de una enfermedad crónica o catastrófica. La situación familiar se torna deprimente cuando se carece de cobertura de aseguramiento para las enfermedades catastróficas. Esta situación obliga a las familias a recurrir al préstamo o venta de activos, produciendo la consecuente descapitalización o endeudamiento familiar. Los propios hospitales públicos han establecido la llamada “cuota de recuperación” para compensar el bajo presupuesto y su ineficiencia. Ésta opera como una especie de co-financiamiento de los servicios públicos de salud por parte de la población más pobre.

Para el año 2004, la cobertura de seguro de salud era de un 21.1%, donde sólo el 6.5% de los grupos más empobrecidos contaban con alguna cobertura de seguro³⁹. En el año 2007, se ha producido un incremento en el número de afiliados al Seguro Nacional de Salud (SENASA), la ARS pública responsable de la afiliación del régimen subsidiado. Según la página web de esta institución, un total de 552,436 personas están a la fecha afiliadas al SENASA⁴⁰. Sin embargo, esto no representa necesariamente el acceso a servicios de calidad





en las regiones priorizadas, dado que las redes de atención a las personas todavía se encuentran en una fase de estructuración y los servicios de salud siguen respondiendo a los estándares de baja calidad que históricamente vienen arrastrando. Además, el número de personas que calificaría para el régimen subsidiado supera los 4 millones⁴¹.

Estos datos reflejan la existencia de un sistema de salud que reproduce la pobreza, profundiza las inequidades sociales y nos coloca como uno de los países del continente latinoamericano con uno de los sistemas de salud más inequitativos. Un país que no invierte en salud tiene dificultades para lograr avanzar sosteniblemente en el desarrollo humano.

La reforma de salud y seguridad social puede convertirse en la mejor oportunidad para transformar este sistema en uno más equitativo, siempre que el liderazgo político, social y empresarial esté dispuesto a aprovecharla, haciendo de la solidaridad la base de un pacto social para el desarrollo humano.

¿Ha sido participativo el sistema de salud de República Dominicana?

La participación es asumida como una estrategia fundamental para el desarrollo humano. Está referido a la socialización del poder en una sociedad, al acceso en la toma de decisiones y la vigilancia de sus resultados, especialmente en aquellas decisiones que nos afectan. Una sociedad con precarios mecanismos de participación limita el desarrollo de las capacidades de sus individuos y sus instituciones, la autovaloración individual y colectiva.

Los países que proyectan mejores estadísticas en los indicadores básicos de salud son los que han logrado acercar la salud a las familias y comunidades, los que cuentan con mejor capital social y redes de participación ciudadana.

Históricamente, las acciones de movilización y participación social en salud en el país han respondido a estrategias de intervenciones coyunturales y episódicas, especialmente para los casos de desastres, emergencias o jornadas de inmunización. Normalmente, los mecanismos de coordinación interinstitucional se han dado en el marco del desarrollo de proyectos que cuentan con el apoyo de la cooperación internacional. Escasos mecanismos de participación han respondido a la naturaleza institucional del sistema, haciéndolo poco sostenible y de naturaleza efímera.

La experiencia más relevante de participación social han sido los Comités de Salud, organizados alrededor de las Unidades de Atención Primaria (UNAPs), anteriormente llamados Equipos de Salud Familiar (ESAF). Estos Comités se constituyeron en una vía de acercamiento de la salud a los núcleos familiares, a través de estrategias de promoción, educación y prevención. Pero





el debilitamiento de la atención primaria y de los centros del primer nivel, y la poca continuidad institucional del Estado, han repercutido en la permanencia y solidez de estos mecanismos.

En el nuevo marco legal para la reforma del sector salud, la participación social es una de las estrategias que la SESPAS debe poner en marcha para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. La participación es reconocida por la Ley General de Salud, en su artículo 12, como “un derecho y un deber de la comunidad de usuarios en la planificación, estructuración, financiación, gestión, evaluación y control del sistema de salud y de los servicios de salud”⁴².

Por tanto, en la actualidad se presenta un escenario de oportunidades para superar las precariedades exhibidas históricamente por las experiencias de participación social. Las estrategias de participación social tienen como marco las propias leyes de salud y seguridad, las cuales contemplan una serie de espacios de participación que pueden ser aprovechadas por la ciudadanía y sus organizaciones sociales. Teniendo como escenarios los territorios, las estrategias de participación social bien podrían estar orientadas en tres direcciones: conformación y fortalecimiento de los mecanismos de participación social contemplados en el modelo de redes de servicios de atención a la persona; promoción de redes programáticas para la salud colectiva, y creación y fortalecimiento de redes sociales emergidas de la propia sociedad civil desde una perspectiva de derecho ciudadano.

Las estrategias de desconcentración y descentralización del sector salud: ¿nueva complicación burocrática o una vía para mejorar el bienestar de las personas?

Desde la década de los ochenta, América Latina experimenta en la mayoría de sus países procesos diferenciados de reforma en los sistemas de salud, teniendo todos en común la descentralización. Algunos países han acompañado esta reforma sectorial con reformas estructurales del Estado. La experiencia ha sido que esta combinación presenta condiciones y escenarios favorables para un mejor avance de las reformas.

Los principales supuestos que han servido de base a las estrategias de descentralización del Estado en América Latina y los sistemas de salud han sido que la descentralización:

- Facilita la participación ciudadana y el acercamiento entre el Estado y la sociedad.
- Facilita la redistribución del poder y los recursos financieros.
- Mejora la eficiencia de la gestión local y la calidad de los servicios.
- Amplía la cobertura y el acceso a los servicios.
- Reduce el gasto del nivel central.
- Logra mayor equidad social y geográfica.





República Dominicana no ha sido ajena a esta tendencia continental. A través de un complejo proceso de reforma, el país se ha planteado como meta transformar gradual y sostenidamente un sistema de salud centralizado y fragmentado por un nuevo modelo que tiene como eje la descentralización y la desconcentración de cuatro funciones básicas: provisión de los servicios, financiamiento, aseguramiento y rectoría.

En términos de los servicios de atención individual, el objetivo es lograr que éstos se presten de forma descentralizada mediante la participación mixta y plural de los proveedores públicos y privados, mientras que la función de rectoría del Sistema Nacional de Salud se ejercería implementando estrategias de desconcentración de las competencias relacionadas con la regulación, las políticas del sector y las intervenciones de los programas de salud colectiva.

Bajo este esquema, se busca superar la hipercentralización, donde una sola institución (SESPAS), de manera simultánea, financia y presta servicios, diseña políticas, regula y supervisa, vigila y controla. Ahora la SESPAS asumiría la función de ente rector y regulador, transfiriendo competencias de forma desconcentrada a sus instancias técnicas y territoriales.

Los conceptos de descentralización y desconcentración han sido objeto de muchas teorías en las ciencias sociales y políticas. Para el objetivo de nuestro análisis debemos asumir las definiciones planteadas en la Ley General de Salud 42-01, dado que las estrategias que se están desarrollando en el sector salud del país tienen como referente los contenidos de dicha Ley. En el Glosario de Términos de la Ley 42-01 se define la descentralización como “el acto de delegar o transferir competencias a instituciones que gozan de personería jurídica diferente a la institución descentralizadora”, mientras que la desconcentración es abordada como “el acto de transferir competencias técnicas o administrativas a instituciones o expresiones territoriales de ellas pertenecientes a la institución rectora o central”. En el contexto del actual marco jurídico, la participación más que un fin, es un medio o una estrategia operativa de separación de las funciones básicas del sistema de salud.

Se ha decidido operacionalizar la descentralización de los servicios públicos de salud, poniendo en marcha un complejo modelo de redes denominado Servicios Regionales de Salud. Estos servicios regionales funcionarían como un conjunto de estructuras y servicios estructurados en redes autónomas con personería jurídica propia. Mientras que las competencias inherentes a la función de rectoría y el subsistema de salud colectiva se transfieren a las Direcciones Provinciales de Salud y a las estructuras técnicas especializadas de la SESPAS.

La pregunta que se genera en el marco de este Foro es: ¿Este modelo de redes descentralizadas y las transferencias desconcentradas de las competencias





de la función de rectoría es una nueva complicación burocrática o una vía para mejorar el bienestar de las personas?

Si el concepto de burocracia es asumido como la formación de un cuadro de funcionarios especializados que velan por la aplicación de las normas y procedimientos, expresados en la despersonalización de la administración y las estructuras organizacionales (perspectiva weberiana), podemos avanzar que estos valores organizacionales son indispensables para el éxito de las estrategias de descentralización y desconcentración del sistema de salud dominicano. Ahora bien, si burocracia tiene una connotación negativa y se plantea como vinculada con la ineficiencia, cargas pesadas y excesiva centralización, y nóminas de personal profesionalmente incapaz, entonces podemos anticipar la existencia de estructuras que reproducirán los anacronismos del Estado dominicano y, por consiguiente, serán poco efectivas para generar bienestar en la población.

Es prematuro avanzar respuestas a esta pregunta. Las experiencias que se han iniciado en el país son incipientes. El escenario actual es de una transición que aún ha madurado poco.

Sin embargo, podemos anticipar algunos riesgos y amenazas que por la naturaleza del Estado dominicano y la cultura política dominante pueden abortar las posibilidades de éxito de estas estrategias para el bienestar de las personas.

Entre los riesgos y amenazas posibles se encuentran:

- Una descentralización con débil direccionalidad y conducción puede producir una especie de pluralismo fragmentado y una autonomía sin gestión. Esto configura un escenario carente de integralidad entre los programas de salud colectiva, la atención individual y la función rectora. Ello se puede revertir en la profundización de los rezagos epidemiológicos, la ineficiencia del sistema y la calidad de la atención.
- La descentralización del modelo de salud se realiza en el contexto de un Estado paternalista, centralista y de naturaleza patrimonialista. Una reforma sectorial que no está amparada en una reforma estructural del Estado es intentar echar vino nuevo en vasijas viejas o remendar con tela nueva un pantalón deteriorado. Esto repercute directamente en la gestión de los recursos humanos y la reorganización institucional.
- La cultura centralista del Estado dominicano puede influir para que en lugar de darse un coherente proceso de descentralización, experimentemos modalidades de recentralización del poder desde los espacios locales o regionales.
- La débil institucionalidad y transparencia, la dispersión de estructuras y los anacronismos administrativos que históricamente ha exhibido la gestión pública dominicana puede producir graves crisis de





financiamiento en los servicios. Un proceso de descentralización que traspase las deficiencias estructurales del nivel central anticipa el fracaso e imposibilita el logro de los resultados esperados.

- La poca cultura de planificación de la gestión pública y la carencia de liderazgos con visión estratégica de largo plazo pueden limitar el alcance de los objetivos y los supuestos que sirven de base a la descentralización.
- Si no cuenta con una política clara del gasto y un sistema transparente de rendición de cuentas a la ciudadanía, la descentralización puede servir de puente para que los liderazgos locales satisfagan sus intereses de grupo y personales.
- Sin contar con recursos humanos cualificados, las estrategias de descentralización pueden profundizar la ineficiencia institucional. El aislamiento territorial de una región de los principales centros de información y de acceso al conocimiento dificulta la eficiencia. En ese sentido, un proceso de descentralización y desconcentración que se desarrolla en un contexto de muchas diferencias regionales corre el riesgo de profundizar inequidades.

Sin embargo, la descentralización y desconcentración del sistema de salud es un escenario de potencialidades que se abre para la reorganización institucional, un mejoramiento en la prestación de los servicios públicos, crea espacios para una gestión local que organice los servicios de salud según las demandas, necesidades y recursos disponibles en los municipios, provincias y regiones.

Además de la pregunta que orienta este capítulo del presente artículo, dejamos una serie de preguntas que pueden dibujar un mapa futuro de análisis y evaluación de las estrategias de descentralización y desconcentración:

- ¿Mejóro la calidad de vida de la gente con el nuevo modelo?
- ¿Se incrementó la participación social en la organización y gestión de los servicios?
- ¿Aumentó el acceso y la cobertura?
- ¿Disminuyeron las inequidades?
- ¿Se respondieron eficientemente las demandas y necesidades de servicios de salud de la población?

A manera de conclusión

1. El crecimiento económico experimentado por el país en las últimas dos décadas ha tenido un impacto en el sistema de salud por debajo de las potencialidades aprovechables, necesarias y deseables. Países con igual o menor ingreso per cápita reflejan mayores avances en sus indicadores de salud que República Dominicana. Estos rezagos en la situación de salud de la población dominicana son atribuibles a las carencias de políticas retributivas y de protección social





dirigidas a disminuir las brechas sociales acumuladas. Asimismo, la baja inversión en salud, la permanencia de un modelo orientado a la curación de enfermedades y no tanto a la prevención, la debilidad en la gestión del sistema de salud y los déficits institucionales han contribuido a la poca eficiencia y eficacia del sistema para enfrentar las necesidades sanitarias de la población y disminuir las inequidades.

2. Desde la década de los noventa, República Dominicana decide trillar el camino de la mayoría de los países de América Latina para, mediante una reforma, cambiar la situación de salud de la población, procurando disminuir las inequidades, mejorar la calidad de los servicios, la cobertura y el acceso, así como mejorar la gestión y organización institucional del sistema. El nuevo concepto de salud asumido en el marco legal, que sirve de soporte a ese proceso de reforma y modernización, responde al paradigma de desarrollo humano en cuanto se pone como centro a la salud, y se plantea como medio, para lograr el bienestar común, y como fin, en cuanto es un elemento sustantivo del desarrollo humano.

3. Así como el paradigma de desarrollo humano supuso una ruptura con la visión utilitarista y economicista heredada de la postguerra, también el concepto de salud centrado en las personas es un distanciamiento radical del esquema biologicista, curativo y hospitalario, y una asunción de la salud como producción social, lo cual implica la construcción de un modelo multisectorial e integral, la necesidad de expansión, consolidación y sostenibilidad del acceso, la calidad de la atención y la equidad.

4. La descentralización y la desconcentración de las funciones básicas de salud son estrategias claves de la transformación del sistema sanitario de República Dominicana, con prioridad en las intervenciones en el primer nivel de atención y las acciones de prevención que permitan acercar más la salud a las personas. Sin embargo, el proceso se ha caracterizado por la lentitud y por un limitado impacto en los perfiles epidemiológicos, la calidad de la atención y la reducción de las inequidades. La descentralización y desconcentración del sistema presentan un escenario de riesgos que demanda la definición de estrategias previsoras que permitan disminuir o eliminar dichos riesgos.







Marco Akerman⁴³

Asesor regional sobre desarrollo local y participación social del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

**Desarrollo local y salud:
una contribución
conceptual para la
articulación de políticas
públicas
descentralizadas⁴⁴**







En 1992, en Río de Janeiro, Brasil, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medioambiente y Desarrollo (UNCED) realizó su primera Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible. A pesar de todas las contradicciones existentes en el debate sobre el desarrollo, la “Declaración de Río”, allí formulada, estableció que la vida humana está en el centro de los intereses de un “desarrollo sostenible” y adoptó un programa para implementar la Agenda 21.

Esta importante Agenda hizo recomendaciones detalladas sobre cómo “cambiar patrones de comportamiento y desarrollo que causan condiciones precarias de salud y afectan el medio ambiente”⁴⁵.

La segunda Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible, realizada en 2002 en Johannesburgo, Sudáfrica, permitió que la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS) abordara de forma más incisiva la temática del “desarrollo sostenible”⁴⁶.

“La defensa de la vida”, implícita en la Declaración de Río y en la Agenda 21, y reafirmada en Johannesburgo, constituye el punto inicial para que la OPS/ OMS se involucrase activamente en el movimiento por el desarrollo sostenible.

Las condiciones de salud de los conglomerados humanos han sido cada vez más analizadas en lo que concierne al impulso o reducción del desarrollo. Se sabe desde hace muchos años que las poblaciones más pobres tienen mayor probabilidad de enfermarse, perpetuándose así las condiciones de subdesarrollo. Se acumulan evidencias de que el mantenimiento de indicadores desfavorables e inequidades en materia de salud⁴⁷ pueden comprometer el desarrollo y, por el contrario, los beneficios de la salud pueden favorecer el desarrollo, así como una mejor distribución de los beneficios del desarrollo puede también disminuir la pobreza y mejorar la salud de la población⁴⁸.

Por lo tanto, el tema que se plantea para la cooperación técnica internacional con respecto al desarrollo sostenible es bidireccional:





- ¿Cómo contribuir para que no haya condiciones precarias de salud que socaven el “desarrollo” y cómo influenciar para que “el desarrollo” no mine los beneficios obtenidos en la salud?
- ¿Cómo contribuir para el fortalecimiento de capacidades y potencialidades, y para que los beneficios oriundos del proceso de desarrollo sean distribuidos de forma ecuánime? En otras palabras, si la salud tiene consecuencias para el desarrollo social y económico, las condiciones económicas y sociales también influyen sobre la salud.

Esta bidireccionalidad es confirmada por el documento conceptual para discusión elaborado por la Comisión sobre los Determinantes Sociales y Medioambientales de la Salud⁴⁹, el cual comenta el informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud. Éste plantea que el documento sólo explora uno de los aspectos de la relación salud y desarrollo porque no señala el hecho de que las condiciones socioeconómicas también pueden determinar fuertemente los resultados en el área de la salud.

Con relación al binomio salud y desarrollo se puede decir que el campo de la salud viene acumulando potencial para también influir sobre el modelo de desarrollo y provocar algunas reflexiones sobre alternativas al modelo hegemónico que ocasiona el consumo desregulado de productos nocivos a la salud. El combate al tabaquismo, la estrategia global antiobesidad y el exceso de consumo de energía son ejemplos de esa posibilidad.

El desarrollo sostenible no se da en lo abstracto; por el contrario, se manifiesta (o no se manifiesta) en un espacio geográfico bien definido. Se podría localizar este proceso en niveles geográficos con escalas distintas: mundial, continental (en las Américas, por ejemplo), nacional, estatal, regional (un conjunto de países –MERCOSUR– o Estados –región sur de Brasil– o municipios –consorcios intermunicipales, etc.–), provincial, municipal y local.

Lo “local” podría ser entendido como perteneciente o relativo a un territorio⁵⁰, comarca o comunidad, generalmente algo más pequeño que la menor instancia, o incluso la menor instancia de división política administrativa de un país⁵¹. En otras palabras, lo local podría ser un municipio o también una parte de este municipio situado en su área urbana o rural. Sin embargo, “lo local” no puede ser encarado como una isla sin ninguna relación o influencia de otros locales o incluso de lo regional, lo nacional y lo global. Un proceso de transformación social en un determinado lugar puede incluso cambiar los límites originales de esta localidad e influir en otras localidades.

Lo local ha sido visto como un espacio efectivo de actuación de actores sociales⁵². Y como señala Amartya Sen , el lugar hace la diferencia, pues





el hombre no ve el universo a partir del universo, el hombre ve el universo desde un lugar. Este lugar es la base de las relaciones entre las personas, un espacio vivo y dinámico de la vida y de la ciudadanía y donde se concretan las relaciones de cooperación y de poder⁵³.

La OPS indicó este menor espacio geográfico, lo “local”, como uno de los campos de acción para activar su marco de referencia: mejorar la calidad de vida, minimizar los riesgos de la salud y promover los espacios saludables. La ampliación de las posibilidades y recursos sociales y económicos de lo local representa uno de los ejes para superar las desigualdades y la pobreza⁵⁴. Sin embargo, no hay consenso entre los especialistas sobre el tema del desarrollo local, ya que hay innumerables contradicciones conceptuales, ideológicas y metodológicas.

A pesar de eso, se puede, mediante la lectura del vasto material disponible, captar tres importantes indicaciones sobre el tema en las que hay algún grado de concordancia entre los autores y que vale la pena citar, por sus implicaciones en lo que concierne a la operatividad de la estrategia del desarrollo local que se desea implementar:

- No se debe pensar el desarrollo local sólo dentro de una lógica estrictamente economicista⁵⁵.
- Las iniciativas locales tienen que reconocer la existencia de intereses distintos y conflictos latentes o potenciales como presuposición para una articulación innovadora de actores sociales.
- El gobierno en sí mismo es insuficiente para implementar iniciativas de desarrollo local, pero sin el gobierno es mucho más difícil llevarlas a cabo.

¿Qué es el desarrollo local?

Francisco de Oliveira, eminente economista brasileño, discute el tema en cuestión, en un artículo con un título bastante sugestivo: “Aproximaciones al enigma: ¿qué quiere decir desarrollo local?”

Empieza su discusión entendiendo que buscar la etimología de la palabra “desarrollar” (hacer progreso) podría ser un buen camino para discutir el tema, pero tal vez sea mejor abordar la palabra desarrollo a través de su uso corriente. En la década pasada estuvo conectada a la idea de desarrollo económico, pero gradualmente este sentido ha sido sustituido por la noción de crecimiento.

Desde 1990, la adopción del indicador de desarrollo humano por el PNUD para medir el bienestar y la calidad de vida en los países ha sido un intento cualitativo de recuperar el sentido original de la palabra desarrollar⁵⁶.





En este sentido, ¿se podría entender el “desarrollo local” como el “desarrollo humano” en lugares menores que los países? Ello nos acercaría a nuestro enigma sobre lo qué es “desarrollo local,” pero todavía no es suficiente⁵⁷.

La otra dimensión planteada por Francisco de Oliveira para comprender lo que es desarrollo local es la ciudadanía. “Aunque el bienestar y una alta calidad de vida deben ser derechos de los ciudadanos, si se desconsideran como ciudadanos a aquellos que no poseen los medios materiales para obtener bienestar y calidad de vida, se reduciría esta dimensión ética de la ciudadanía a un mero economicismo individualista”. El hecho de no haber conquistado los derechos sociales no impide que los sujetos sociales sigan ejerciendo sus derechos civiles y políticos⁵⁸.

Por lo tanto, reducir el desarrollo local a una mera cuantificación de reservas de bienestar y calidad de vida de un determinado lugar, nos impide aquilatar toda la dimensión y complejidad de la ciudadanía. Como explica Oliveira, “la noción de la ciudadanía que debe orientar el intento de medir los procesos y reservas de bienestar y calidad de vida, se refiere al individuo autónomo, crítico y reflexivo, muy lejos, por lo tanto, del individuo masa”⁵⁹. Se trata de una adquisición llena de embates y conflictos. El desafío del desarrollo local es el de tener en cuenta esa complejidad y no darle la espalda.

La dimensión sustantiva del desarrollo local se refiere a la capacidad efectiva de participación de la ciudadanía en lo que podemos llamar “gobierno local”, el cual se manifiesta como el espacio efectivo de integración entre gobernantes y gobernados.

Para Oliveira, el desarrollo local se materializaría cuando aparece un “locus integrante de ciudadanos, pudiendo recuperarse la iniciativa y la autonomía en la gestión del bien común.”⁶⁰ Se sugiere así, “que el gobierno podría estar al alcance de los ciudadanos”⁶¹.

Frente a este análisis se podría decir que desarrollo local es un proceso que mueve energías, recursos y talentos de personas y organizaciones para favorecer la ciudadanía y mejorar las condiciones de vida de la población de un determinado espacio geográfico socialmente definido⁶².

Este movimiento presupone la articulación de liderazgos, instituciones, empresas y habitantes de un determinado lugar, que parten de la valorización e identificación de potencialidades y recursos locales.

De esta manera, el desarrollo local puede ser entendido como una acción deliberada, coordinada, descentralizada y con amplia participación de todos los actores relevantes para activar la ciudadanía y, a través de ella, mejorar de manera sustentable las condiciones de vida de los habitantes de una localidad.





En la última década del siglo XX, cuando se intensifican los efectos de la última ola de globalización, la discusión sobre el desarrollo adquiere muchas veces connotaciones polares entre centralización y descentralización, entre lo público y lo privado, y entre lo nacional y lo local⁶³.

Nuestra perspectiva se asentaría, por lo tanto, en una crítica a la racionalidad económica que siempre inspiró las políticas de desarrollo y su falta de subordinación a los valores y principios de la ciudadanía, la inclusión social, y el usufructo de los resultados del desarrollo en lo que se refiere a amplios sectores de la población.

Para ello, hay que buscar conceptos y prácticas que superen el tradicional diseño de políticas locales. Un diseño muchas veces centralizado, burocrático, sectorial, desarticulado, con acciones superpuestas a las de otras políticas, cerrado para alianzas y negociaciones, rígido, sin foco, basado en un patrón de oferta, asistencialista y compensatorio, que no tiene en cuenta los activos humanos y sociales ya existentes, que depende solamente de presupuestos institucionales y que no se preocupa por el monitoreo y la evaluación⁶⁴.

En contraposición, innovar sería formular políticas locales descentralizadas, integradas y convergentes, intersectoriales, flexibles, y promovidas por medio de alianzas que movilicen y palanqueen nuevos recursos y establezcan mecanismos de control social por parte de la ciudadanía beneficiaria de las políticas. En este esquema, las políticas son evaluadas y monitoreadas constantemente, invierten en capacidades permanentes, en lugar de tratar solamente de realizar gastos para ofrecer recursos y cosas, y no sólo se basan en las necesidades sentidas, sino en la oferta y la demanda y en diagnósticos de carencias y potencialidades⁶⁵.

Este conjunto de características que conformarían un diseño innovador de políticas locales, integradas, preocupadas con las futuras generaciones e intencionalmente dedicadas a traer el progreso a un determinado territorio ha recibido el nombre de desarrollo local.

De Franco, sintetiza los factores que considera como esenciales en una estrategia de Desarrollo Local Integrado y Sostenible (DLIS):

- Contribuir a movilizar la creatividad y la innovación.
- Despertar el espíritu emprendedor individual y colectivo.
- Estimular la cooperación y el protagonismo policéntrico (o las múltiples diferencias).
- Propiciar la captación y la multiplicación de recursos endógenos para solucionar problemas locales.
- Horizontalizar las relaciones entre grupos, personas y organizaciones.
- Estimular el surgimiento y el funcionamiento de redes y actores sociales.





- Inaugurar nuevas institucionalidades y nuevos procesos participativos.
- Democratizar decisiones y procedimientos.
- Incluir nuevos actores en la esfera pública y ampliar dicha esfera.
- Empoderar las poblaciones y estimular la inteligencia colectiva de las comunidades⁶⁶.

Muchos de estos puntos son conocidos en el ámbito de la salud mundial y latinoamericana. Desde la concepción de la "Atención Primaria en Salud" se "propicia la captación y multiplicación de recursos endógenos para solucionar los problemas locales" y se buscan "nuevos procesos participativos". Esta búsqueda se amplía mediante el enfoque de "Promoción de la Salud" que "estimula el surgimiento y el funcionamiento de redes de actores sociales" y los emprendimientos participativos e intersectoriales como el "Municipio Saludable" y las "Escuelas Promotoras de Salud," los cuales proponen "horizontalizar las relaciones entre grupos, personas y organizaciones", para "empoderar las poblaciones y estimular la inteligencia colectiva de las comunidades".

El ámbito de la salud, entendido aquí no sólo como el aparato prestador de servicios curativos, sino también como el conjunto de acciones de salud pública y de producción social de la salud, ha sido un campo fértil en ideas, innovaciones y disputas de concepciones y recursos.

Desarrollo local y salud

La Declaración de Alma Ata, ratificada por los gobiernos miembros de la OPS/ OMS en 1978, amplió la cobertura de servicios y lanzó la semilla para "institucionalizar" la noción de lo local y el territorio a partir del concepto de población adscrita. La XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, en septiembre de 1988, consolidó esta idea mediante el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud como "táctica operativa para instituir la estrategia de Atención Primaria en Salud"⁶⁷.

Este enfoque se caracterizó por tres líneas de acción:

- La descentralización de los recursos y de la toma de decisión para el manejo de estos recursos.
- La coordinación intersectorial de las políticas públicas para el desarrollo de la salud.
- La participación social como estrategia de articulación del equipo de salud, autoridades políticas locales y organizaciones de base representativas de la población para formular políticas destinadas a mejorar la salud y la calidad de vida⁶⁸.

Casi todos los países de la región han promovido algún tipo de participación social relacionado con los sistemas locales de salud. Sin embargo, se reconoce que "una gran parte de las acciones comunitarias





en realidad fueron acciones dirigidas por el sector de la salud y en muchos casos hubo una franca manipulación de la comunidad para extender la cobertura y aprovechar mejor los servicios de salud⁶⁹. Una gran parte de esta participación se enfocó en la realización de actividades puntuales de prevención de enfermedades y saneamiento del medio. Es decir, la población en muy pocas ocasiones ha sido convocada para participar con voz y voto en las decisiones sobre las políticas y programas que afectan su salud, así como en la planeación y gerencia de los servicios locales de salud⁷⁰.

Esta situación ya se había puesto de manifiesto en talleres realizados en 1993 con la participación de 19 países miembros, donde se indicó que el sector "asignó a la comunidad una función preponderante en la ejecución de las acciones, mientras que retuvo gran parte del control y canalizó la participación de la comunidad en la dirección aprobada por el personal de salud"⁷¹.

En muchas experiencias hubo resultados significativos en lo que concierne a la participación social, lo que originó una serie de recomendaciones para revitalizar los principios esenciales de la atención primaria utilizando las bases conceptuales y la nueva terminología del enfoque basado en la "Promoción de la Salud"⁷².

Y por lo tanto, como la dimensión sustantiva del desarrollo local se refiere a la capacidad efectiva de participación de la ciudadanía, las características más importantes de este movimiento de revitalización señalan precisamente la articulación de aspectos sociales más amplios con la producción social en salud que pueden indicar cuatro ejes para la promoción del desarrollo local⁷³:

1. Ampliar la definición y el concepto de salud para incorporar los aspectos económicos y sociales que determinan la producción de la salud, y de las condiciones de enfermedad que se basan en la determinación social del proceso salud-enfermedad⁷⁴.

Determinantes sociales de la salud: circunstancias sociales y económicas desfavorables que afectan la salud a lo largo de la vida. Las personas que están más abajo en la escala social, usualmente poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Causas materiales y psicológicas contribuyen con estas diferencias y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muertes. Las desventajas pueden manifestarse de forma absoluta o relativa y la tendencia es concentrarse entre las mismas personas, y sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida. Si las políticas no logran enfrentar estos eventos no sólo ignoran los más potentes determinantes de la salud, sino que dejan de cumplir uno de los retos más importantes de las sociedades modernas, la justicia social.





2. Avanzar más allá del énfasis inicialmente puesto sobre los estilos de vida saludables como estrategia para lograr salud y examinar aspectos sociales y políticos más globales que permitan diseñar estrategias de mayor dimensión social y política que tengan en la equidad y en la inclusión social dos marcos fundamentales para la toma de decisión⁷⁵.

Equidad e inclusión social: Promover la inclusión social significa tomar como recurso teórico-conceptual la categoría equidad. La equidad en las implementaciones de políticas significa no tratar de forma igual a los desiguales, una vez que la idea de igualdad no se sustenta en sí misma, sino que está históricamente contextualizada e impregnada de valores morales. Así, la equidad promoverá acciones a favor de los grupos diferenciados en sus demandas y necesidades de diferentes maneras, organizando programas que privilegien algunos grupos poblacionales identificados como más desfavorecidos. Al recorrer este camino nos encontramos con una serie de desafíos, entre ellos: realizar acuerdos en el conjunto de la sociedad, entre los trabajadores y entre los usuarios de servicios, en general, estableciendo que algunas acciones deben privilegiar algunos grupos sociales; manejar instrumental teórico y metodológico para identificar cuáles son los grupos poblacionales a alcanzar; y formular tecnologías adecuadas a sus necesidades.

3. Incorporar el concepto de empoderamiento y capital social, cuyo fundamento es la participación social como una estrategia clave para realizar un esfuerzo organizado, a fin de lograr la identificación de potencialidades y la construcción de capacidades⁷⁶.

Empoderamiento y capital social han sido presentados como estrategias para fortalecer factores sociales protectores. La falta de poder (o la falta de controles sobre la trayectoria de vida) ha sido demostrada como un factor de determinación social de la salud en contextos de pobreza, discriminación, riesgos ocupacionales e inequidades de renta (Wallerstein 2002). Capital social se refiere a vínculos, solidaridad y confianza entre individuos y entre grupos o, en otras palabras, el proceso que determina como se producen (o no producen) la confianza interpersonal, la solidaridad y los vínculos entre los miembros de distintos grupos sociales en diferentes contextos (Kunitz 2004, p. 61-73; Edmondson 2003, p. 1723-1733) para fomentar compromisos entre organizaciones de la sociedad civil, estímulo al trabajo voluntario, potenciación productiva de comunidades desfavorecidas, responsabilidad social de empresas privadas, etc. Implementar procesos de empoderamiento social y desarrollo de capital social así como establecer metodologías de evaluación de sus indicadores son hasta el momento un campo abierto para el debate y para la producción intelectual.

4. Fomentar la participación de actores sociales en la identificación y análisis de los problemas y necesidades, así como acciones integradas para enfrentar esos problemas en una arena de intereses distintos y de gran diversidad de valores⁷⁷.





“El Abordaje de los Stakeholders” (Dodds 2003), “Gobernanza de la Diversidad” (Duhl 2004, Calame 2004), “Redes Sociales” (Rivoir 2003); “Diálogo Social” (ILO 2004) son algunas de las estrategias más amplias documentadas en la literatura para enfrentarse a los problemas de nuestras sociedades complejas, en las cuales ningún actor aisladamente, sea público o privado, tiene en la actualidad ni el conocimiento ni la información ni los recursos suficientes para encontrar respuestas satisfactorias y sostenibles delante de los distintos intereses y valores. Son variados los espacios de articulación de estos actores sociales (forum, paneles, consejos, talleres, grupos temáticos, jurados ciudadanos, etc., o espacios informales de articulación) con distintos modos de formalización de su interacción (alianzas de diversos tipos, consorcios, acuerdos, convenios, contratos, etc.). El punto común que se destaca, independientemente de que estrategia sea adoptada, es la necesidad de que se pongan en práctica habilidades de negociación y de mediación de conflictos.

Algunos caminos para favorecer la articulación de políticas públicas descentralizadas

Los conceptos como determinantes sociales, equidad, inclusión, capital social, empoderamiento y acción integrada, forman parte de principios y directivas de políticas formuladas por otras instituciones y de preocupaciones teóricas y prácticas planteadas por otras disciplinas:

- La alfabetización de adultos y la atención de personas con discapacidad son ejemplos de políticas de inclusión social efectuadas por el área de la educación.
- La equidad en la asignación de los recursos públicos es una lucha sin fronteras de las entidades y organizaciones que representan a mujeres y etnias.
- La propuesta de presupuesto participativo, desarrollada por muchos gobiernos municipales en América Latina y Europa⁷⁸, es una importante iniciativa para redistribuir poder y empoderar a sujetos y colectividades, para que se hagan responsables de la definición de prioridades públicas de inversión.
- El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) lanzó una iniciativa para diseminar la temática de la ética, del desarrollo y del capital social “para gobiernos, partidos políticos, entidades empresariales, sindicatos, universidades, comunidades religiosas, organismos no gubernamentales y todas las instituciones que trabajan por el bienestar colectivo en el continente americano”⁷⁹.

Hay muchas de estas prácticas, tanto en el ámbito del sector salud como fuera de sus límites. El lenguaje del “desarrollo local” permite que se abran canales de comunicación y conexión entre experiencias descentralizadas de distintos sectores, y, como los fundamentos de la determinación social del proceso salud-enfermedad son multidimensionales, favorecen esta interlocución/ interconexión.





Hay que explorar posibilidades de interconexión a partir de experiencias ya existentes, así como desarrollar nuevas experiencias que, en su concepción, ya posean el ideario de la interconexión. Como dijo Ladislau Dowbor, el acto de transformar pasa por ocupar y articular “espacios ya repletos de sus propias dinámicas” y, seguramente, también por fortalecerlos⁸⁰.

Este tipo de estrategia de interconexión a través de un lenguaje común puede favorecer la sinergia de experiencias y potenciarlas. Ello es sumamente importante para que los 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores ubicados en distintos ámbitos sectoriales, y propuestos por los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, se puedan entrecruzar.

Documentos de la 134ª Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS podrían refrendar esta estrategia cuando indican que las acciones se concentrarán en el apoyo a los países en desarrollo de forma integrada con el abordaje de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, construyendo su trabajo no sólo en las respectivas áreas, como materno-infantil o enfermedades infecciosas, sino que integrará este trabajo con sus esfuerzos para desarrollar sistemas de salud y protección social. Han sido identificadas importantes alianzas estratégicas para algunos de los objetivos prioritarios, como los programas municipales de salud, el programa de desarrollo local y urbano, o el programa de salud y género. La OPS tendrá que propiciar una sinergia entre estas iniciativas programáticas y las iniciativas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para monitorear y evaluar su impacto.

El municipio de São Paulo, Brasil, trabaja con esa perspectiva integradora para acompañar a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La alcaldesa instituyó un “Observatorio Urbano Local”, que cuenta con la participación de varias secretarías municipales. Se elaboró un cuadro con los respectivos indicadores relacionados con cada una de las secretarías y para cada indicador se mencionó:

- Si se encuentra o no disponible en los bancos de datos municipales.
- Su periodicidad.
- El nivel territorial de desagregación.
- Las fuentes de datos⁸¹.

Es importante mencionar que más que buscar sinergia e integración entre distintas iniciativas programáticas para monitorear los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hay que romper barreras e interconectarse con otros emprendimientos sociales y con otros lenguajes, para crear convergencia de esfuerzos, que muchas veces están dispersos y fragmentados.

Pierre Calame aporta una interesante reflexión sobre el tema cuando plantea que “sea cual sea el tema abordado en los días de hoy, lo que falta ya no son los medios técnicos y científicos, sino la capacidad de combinarlos y orientarlos para asegurar el pleno desarrollo individual y colectivo”⁸².





El lenguaje del desarrollo local tiene que ver con la determinación social del proceso salud-enfermedad. Por lo tanto, ello conformaría un marco conceptual para una práctica social en salud pública capaz de favorecer sinergias e interconexiones para formular políticas en pro de la equidad en la asignación de recursos y la inclusión social de sujetos y colectividades.

Además de este “casamiento” de lenguajes, hay que subrayar otro hecho, que operativiza sinergias e interconexiones: la necesidad de conformar nuevas arquitecturas sociales para articular los actores. Ello implicaría una decisión colectiva de asumir el carácter participativo en la formulación e implementación de políticas en un ambiente tradicionalmente volcado hacia la acción aislada de actores. Estos arreglos pueden revitalizar la gestión y crear condiciones para establecer un nuevo cuadro de “gobernanza” local.

Gobernanza: no existe consenso sobre el concepto de la gobernanza, el cual se va adaptando en la medida que se mueve dentro de ámbitos políticos distintos o en ámbitos económicos (Rhodes 2000, citado por Gomes 2002) – indica siete definiciones posibles, de acuerdo con el campo en cuestión: (1) gobernanza corporativa; (2) nueva gestión pública; (3) “good governance” como un concepto normativo; (4) interdependencia internacional; (5) sistemas socio-cibernéticos; (6) economía política y (7) redes.

Si en el ámbito global o nacional, las redes o espacios de interacción de actores múltiples tienen características de mayor participación e influencia como “stakeholders” -representación corporativa de intereses con recursos de poder-, a nivel local, las redes tienden a incorporar en su seno a los ciudadanos anónimos como actores activos de esta articulación. Ellos están presentes en foros, grupos, talleres y paneles, donde pueden tener influencia y voz en los procesos decisorios⁸³.

Carmen Navarro Gómez nos pregunta: “¿Puede este tipo de fórmulas de representación ciudadana considerarse también como plasmación del cambio hacia modelos de gobernanza o son algo diferente?”⁸⁴. Ella considera que sí, “ya que el concepto es suficientemente versátil para incluir la participación de la ciudadanía en los asuntos públicos”. Sin embargo, como la participación ciudadana, tiene gradientes que van desde la “información” y “cogestión”, transitando por la “consulta” y por la “codecisión”, Gómez considera, entonces, que se podría establecer un esquema de gobernanza cuando la participación social estuviera en regímenes de “codecisión” o de “cogestión”⁸⁵.

Leonard Duhl prefiere no establecer grados de participación para cualificar si existe o no un esquema de gobernanza local. Entiende que cuando existe “codecisión” o “cogestión”, la articulación humana que se forma no está inmune a conflictos de intereses y hay que poner en práctica





otras habilidades. Para ello, el centro del debate es la diversidad humana, por lo tanto, entiende que siempre que un grupo humano se aglutina para discutir cómo mejorar la vida, se configura un espacio para poner en práctica la “gobernanza en la diversidad”⁸⁶.

La internacionalización de la economía, con el consecuente fortalecimiento de algunos sectores privados redundó en mayor presión sobre el sector estatal para influenciar las decisiones públicas. En este sentido, “las decisiones son el producto de la interacción y de las dependencias mutuas entre las organizaciones públicas y privadas” y ningún actor, sea público o privado, tiene suficiente nivel de conocimiento, información y recursos para proveer respuestas a las demandas y necesidades públicas, forzándose, por lo tanto, al cambio de patrones tradicionales de gobierno hacia otros modos de articular el interés colectivo⁸⁷.

Observaciones finales

Desde el punto de vista del sector salud, es cada vez más clara la comprensión de que los principales problemas que repercuten en los servicios ambulatorios y hospitalarios poseen interrelaciones importantes con varias áreas de la vida social, y que las intervenciones y tecnologías disponibles en el sector salud no son suficientes para impactarlos.

Entonces, sólo será posible una acción eficaz para enfrentar las situaciones de salud y enfermedad si se logra una integración efectiva entre esfuerzos resultantes de varias esferas de la vida humana. Entretanto, para que la integración de políticas públicas sea construida, no sólo desde un punto de vista utilitarista de un sector u otro, hay que explicitar una intencionalidad cargada de principios y valores, demarcando un posicionamiento político contrario a la manera actual en que la sociedad organiza sus políticas públicas y distribuye los beneficios obtenidos por el desarrollo.

En otros términos, la descentralización no puede constituirse en un fin en sí mismo, sino en un medio, o en “una caja de herramientas”, en la cual el conjunto de metodologías, tecnologías e intervenciones disponibles en su marco teórico y práctico no pierda de vista que su meta principal, su resultado social fundamental, es producir equidad y eliminar la exclusión social⁸⁸.

Ese es un deseo difícil de alcanzar, pero hay que persistir, creer e intentar construir un futuro mejor. En la lógica de la defensa de la calidad de vida, se ha de invertir en el fortalecimiento de la democracia y de la ciudadanía, y en la articulación de distintos actores sociales que, en conjunto, deben movilizarse en defensa del interés público. Este es el verdadero aprendizaje que puede promover el cambio cultural y la democratización de las prácticas sociales locales.





Participación del público y respuestas de los expositores







Participación del público

Séntola Martínez

Presidente de Médicos Salubristas

La pregunta para el compañero Matías es la siguiente: ¿cuánto tiempo tiene participando en el proceso de reforma del sector salud en República Dominicana? ¿Qué participación y qué poder de decisión, por lo menos en el planteamiento del problema, tiene él para concluir en su magistral exposición que el sistema de salud en República Dominicana es realmente ineficiente?

Bernardo Matías presenta informaciones con cinco años de atraso, por lo que nos preguntamos qué hacemos aquí si la mayoría de los que estamos aquí tenemos veinte años escuchando la famosa receta.

Me voy a permitir hacerles la pregunta a los que están organizando la actividad. Les pregunto si ellos entienden que los que estamos aquí tenemos algún grado de capacidad de orientar la inversión de los recursos que se está haciendo en el país, para mejorar las condiciones de vida de esta sociedad y para el desarrollo humano en sí, que es lo que estamos tratando.

¿La descentralización? ¡Muy linda! Y esperamos que los resultados sean positivos. Recién se dio un paso que nosotros creemos positivo y es que se ha determinado que el jefe de salud regional, está por encima del provincial y por encima del director del hospital. Podemos hacer un ejercicio y llamar a un regional y un provincial y preguntarles: ¿cuánto tiempo hace que no se hablan?, ¿cuánto tiempo hace que no se comunican? Igualmente sucede con los directores de los hospitales. Quienes están orientándonos a nosotros debieran traer a los que tienen el poder de decisión para orientar los recursos que se están invirtiendo en salud y sentarlos aquí con nosotros para tener decisiones reales, no seguir invirtiendo en cosas que realmente no les van a llegar a quienes verdaderamente lo necesitan. Esta es mi pregunta, ¿creen que las inversiones se están haciendo realmente como deben hacerse?





Lourdes Jerónimo

Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARN)

¿Es posible la descentralización y desconcentración del sector salud? No es tan fácil, pero sí es posible si se logra establecer una sinergia entre todas las instituciones que están ligadas. El primer expositor lo dijo muy claro: la salud es una tarea de toda la sociedad y está vinculada a otros sectores. Entonces, si establecemos sinergias manteniendo la salud en el centro y todos los demás sectores: medioambiente, agua, municipalidad, ayuntamiento, educación, comités de salud, direcciones provinciales y comunidad, colaboran, pienso que sí es posible.

Además de estas consideraciones quiero hacer una pregunta, porque me llama mucho la atención que la Región O tiene un 52% en gastos de salud: ¿tiene eso que ver con la alta concentración de contaminación? Además, quisiera saber qué abarca la Región O.

Lucas Gómez

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)
Coordinador de las Direcciones Provinciales de Salud

Hay algunas cosas que consideramos que también deben figurar. Hay que resaltar que en el país se introduce la reforma en el sector salud y ésta da como resultado que existan, que se constituyan, las direcciones provinciales de salud que realmente marcaron una diferencia. Sin embargo, no se destacan los recursos necesarios y los equipos necesarios para que esos niveles actúen y trabajen con eficiencia. Por otro lado, el país asumió un compromiso con el seguimiento al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con salud. Posteriormente se impulsó la creación del programa Tolerancia Cero para darles seguimiento, pero esa priorización obliga a que los niveles locales hagan los esfuerzos para mejorar esos indicadores y esto amerita una inversión en recursos humanos.

El sector salud ha preparado recursos humanos que en una cantidad importante van a parar al sector privado. Hace falta una política de incentivos para retenerlos en el nivel público y alcanzar una mejor calidad de vida y calidad en la entrega de los servicios de salud a la población.





Miguel Ceara-Hatton

Coordinador Nacional de la Oficina de Desarrollo Humano del PNUD

Antes de continuar dando la palabra, invito al sector salud a hacer una reflexión sobre el problema de la regionalización del país. Cada Secretaría de Estado tiene su propia regionalización. A la fecha de hoy, existen alrededor de 380 entidades administrativas en el país y cada día aumentan. Entre noviembre y febrero de este año, había entre diez o doce distritos municipales más y un municipio más. Hay como siete u ocho regionalizaciones, y así no hay forma de organizar este país. Sé que el sector salud se ve sólo como salud, pero lo que tenemos que lidiar es con el problema del desarrollo en sentido general.

Una pregunta que debemos hacernos es si tenemos que reestructurar esta regionalización de salud y acomodarnos a la regionalización que realmente le corresponde a la Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPYD). Creo (ésta es una reflexión) que habría que reorganizar todo el sistema de salud a nivel regional, todo el sistema de los hospitales, todo esto en función de esa regionalización, porque solamente así se puede hacer un ejercicio más racional de planificación.

Luis Domínguez

Director Provincial de Salud de la Provincia Duarte

Lo primero es que nosotros vamos a apoyar el pronunciamiento del colega Séntola Martínez en lo que se refiere al proceso de desconcentración y descentralización que se está viviendo desde 1998 cuando creamos las direcciones provinciales. Hay direcciones provinciales que tienen problemas con regionales, pero, en la Región III, nosotros estamos incluidos en un proceso de reforma estable con nuestro director regional y aunque en principio teníamos algún tipo de contradicción, estamos apostando a que el proceso de salud funcione en lo esencial y en eso creo que están dadas las condiciones provinciales. Ahora, que los logros no se han visto en base a la entrega de los recursos, eso es otra cosa, pero tampoco se han visto en las direcciones provinciales porque también tenemos problemas con nuestra entrega de fondos.

Pasando directamente al tema, salud y desarrollo humano. Hay una estrategia que se quiso implementar, que se quiso llevar hasta ahí y ahora vemos que nadie la menciona. ¿Dónde está la estrategia municipio saludable que la OPS estaba





ayudando por medio de la Dirección General de Educación y Promoción de la Salud (DIGPRES) y una serie de organismos? ¿Estamos trabajando en este tipo de situación? Aquí, en este Foro, deberían estar convocados los ayuntamientos porque forman la parte local y no los veo. Hay una discordancia en cuanto a las invitaciones con respecto a quiénes debemos estar aquí. Lo que dice Séntola es una cuestión importante. Los que deben aportar los cambios en este sistema no somos los que estamos aquí, que somos la parte operativa; es la parte de arriba, decisoria con respecto al problema.

Hay muchos factores que hay que tomar en cuenta y creo que este tipo de foros deben convertirse en talleres donde se discuta cara a cara, con cada persona y como sector, los problemas planteados, que han sido expuestos muy bien, pero muy súbitamente. Hay que discutir todos esos temas, uno por uno, por los sectores presentes.

Manuel Méndez

Director del Área II de Salud de Santo Domingo Este

Una vez en una conversación alguien dijo: "Quieres conocer el desarrollo de un país, pregunta cuál es su mortalidad infantil y materna. Entonces conoces su nivel de desarrollo". Nuestro sistema de salud no tiene otra salida que no sea la reforma del sector, la separación de funciones y que funcione realmente la seguridad social. No tenemos otro camino. El problema a veces es cómo llegamos a él, cómo logramos que eso sea posible. Cuando hablamos de separar funciones dentro de ese proceso de reforma, hay debilidades, como decía Matías, de las que tenemos que cuidarnos. Al delegar funciones, descentralizar y desconcentrar, se está dando autoridad a quienes no han sido preparados para ejercer esa autoridad, y esto es lo que lleva al caos.

Puede llevar a tener un sistema más desarticulado que el que teníamos y creo que es parte de lo que ha sucedido en el proceso que estamos llevando, de separación de funciones, de formación de redes, en el cual muchas veces los actores involucrados no han participado en esas decisiones. El proceso no ha sido participativo. Estamos simplemente acogiendo recetas para que otros las apliquen. Inclusive, creemos, a veces, que se separan funciones por decisiones y resoluciones, por editar un manual. No, no se pueden separar funciones por decisiones, ni siquiera por decreto. Son procesos que tenemos que ir llevando juntos. Por ejemplo, tú no puedes decir: "A partir de mañana están separadas las funciones". Eso no se da, eso es mentira. Para que funcione la separación de funciones, la formación de redes tiene que ser participativa, con integración de





los sectores involucrados. Como director de Área, está la queja que más recibo de manera permanente de parte de los directores provinciales de salud: "Hemos tenido mucha imposición". No ha habido participación ni involucramiento. Esto es lo que dificulta esta actividad, porque simplemente lo que se ha querido decir es: "Ustedes no quieren soltar el poder". No, esa no es la verdad. Lo que queremos es involucrarnos en el proceso, ser parte de él. No que se imponga un proceso, lo cual produce anarquía y caos.

Creo que cuando se discuten estos temas, cuando vamos al fondo del asunto, se vislumbra un pleito de poder, de ceder posiciones, de entrega de servicio y considero que todos estamos de acuerdo en que ésta es la única vía que tiene el sistema de salud de nuestro país para que sea solidario, equitativo; que todo el mundo tenga acceso por igual. Pero para ello tiene que ser amplio y participativo. No hay otro camino.

Tad Polac

Representante del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Primero, quiero felicitar por la organización de este Foro. Creo que va mucho más allá del sector salud. Hoy estamos tocando temas esenciales para el país. Mi pregunta es, si es posible pensar, hablar o accionar en términos de descentralización y desconcentración en un sector cuando el país no tiene todavía un modelo consensuado de descentralización, cuando hasta existe polémica de lo que va a ser el modelo. Va a ser provincia, va a ser municipio o región, teniendo en cuenta además todas las diferencias que existen entre regiones.

Honestamente, no he visto otro país donde haya tanta incertidumbre. Supongo que vamos a tener que esperar unos años hasta que se solucione este problema. Mientras tanto, creo, y es un desafío para el sector salud, que podemos ir avanzando en el esfuerzo por fortalecer las unidades descentralizadas que ya existen. Tenemos que trabajar con ellas, sea un hospital, centro de salud o una escuela.

Muchos participantes dicen que uno de los problemas básicos es la gerencia o gestión a nivel local, que no hay capacidad o suficiente empoderamiento. Entonces, mientras seguimos trabajando en un modelo de descentralización, tal vez podamos ir fortaleciendo los modelos que ya tenemos y con los que hemos tenido éxito en los últimos años: los Municipios Amigos de la Niñez, Municipios Saludables y los Hospitales Amigos de la Niñez, con temas como la lactancia materna. Es posible hacer trabajos muy importantes, trabajando el proceso de desconcentración y de empoderamiento de los actores locales al nivel más básico.





Respuestas de los expositores

Bernardo Matías

De los turnos, el más desafiante es el de Séntola. Gramsci definía la crisis histórica de la humanidad de la manera siguiente: “Lo viejo se resiste a morir y lo nuevo no acaba de nacer”. Eso es lo que pasa con el sistema de salud en República Dominicana, el viejo modelo se resiste a morir y lo nuevo no acaba de nacer y los responsables de que eso nazca somos los que estamos aquí más otras personas. Pero hay que tomar en cuenta experiencias importantes que se han arrojado en Latinoamérica con relación a los procesos de reforma, no sólo en salud, sino también en otras áreas: la dificultad que genera la desarticulación en el saber técnico y lo político.

El saber técnico aporta la racionalidad y propuestas, pero no es el que toma decisiones. Uno de los últimos aportes que hemos tenido es la agenda para la reforma del sector salud, que ha debido convertirse en nuestra agenda de la mesa cotidiana para tomar decisiones. Ahí está esa agenda, la hemos puesto a un lado a medida que van saliendo otras propuestas. Esto arroja la desarticulación entre el saber técnico y el saber político; es decir, los que toman decisiones van por un lado y el saber técnico va por otro lado. Éste es un aspecto que tenemos que lograr superar en el proceso de reforma de República Dominicana.

La sociedad dominicana parece una sociedad monotemática. Llevamos años tocando muchos temas. Ustedes prenden la televisión y los temas son Junta Central Electoral, corrupción... Y usted se pregunta: ¿qué es lo que sucede con el sector salud y qué es lo que eso indica? Rezago histórico, acumulación de deudas sociales, políticas y económicas no resueltas por la sociedad. Son desafíos que se nos presentan. No podemos hablar de otra realidad que no sea una realidad que arroja rezago histórico.

Si hablo de equidad en el sector hay una serie de indicadores, empezando por el gasto. Existen deudas acumuladas y es por eso que los datos se repiten; y lo que pasa con los datos cuando se repiten mucho es que se convierten en simples estadísticas que no se relacionan con la toma de decisión. Entonces, ese es un punto que debemos tomar en cuenta.





Es un círculo vicioso lo que aquí se presenta: no descentralizamos porque no hay capacidades en el nivel local, pero no hay capacidades en este nivel porque no descentralizamos. Entonces, hay que romper ese círculo vicioso asumiendo la lógica del proceso gradual y sostenido, fortaleciendo lo que existe y construyendo lo que hay que construir. Si tenemos el mandato de descentralizar y desconcentrar las leyes de salud y seguridad social, no hay opción que no sea hacer eso. No podemos ampararnos en que no hay capacidades para descentralizar y no descentralizamos y no desarrollamos capacidades porque no descentralizamos. El círculo vicioso hay que romperlo, empezando a descentralizar dando capacidades. Esa es la lógica.

La Región 0 abarca el Distrito Nacional, la provincia Santo Domingo y Monte Plata, organizado por la SESPAS.

Una precisión. El director provincial no está por encima del director regional. Debemos tener claros esos enfoques para orientar correctamente los procesos de descentralización y desconcentración. El director provincial es la máxima autoridad rectora en la provincia, de acuerdo al enfoque de la descentralización y desconcentración. Mientras que la máxima autoridad de los servicios regionales de salud, con relación a la atención a las personas, es el director regional. No se trata de que un funcionario esté subordinando al otro, son dos condiciones diferentes. Donde uno tiene la máxima autoridad en lo que a rectoría se refiere en su provincia y el otro en lo que a atención a personas se refiere en su región.

Tenemos que tener territorios comunes y problemas comunes. Tenemos que tener consenso de sobre cuáles problemas comunes vamos actuar, ya que muchas veces las organizaciones tienen mandatos distintos. Entonces, es difícil hacer un consenso sobre un problema común. No se hace sinergia en un lugar abstracto ni descentralizado, tenemos que decidir cuáles problemas concretos se solucionarán mediante la sinergia y en qué territorios concretos. Las organizaciones no pierden su especificidad y esto nos indica por qué muchos temen hacer sinergia, porque creen que van a perder su especificidad. Diría que es como una ensalada de frutas, sirven a una naturaleza distinta pero las frutas están mantenidas juntas y mantienen su sabor propio dentro de la ensalada.

Dr. Marco Akerman

Bernardo comentaba cómo puede hacerse una reforma en el sector salud sin hacer reforma estructural del Estado. En Brasil tenemos una experiencia interesante, hubo una reforma importante del sector salud sin hacerse reforma estructural del Estado. La reforma del sector salud en Brasil tiene apoyo popular, tiene consenso,





porque fue una reforma generada no solamente por el Estado. Esta reforma del sector salud en Brasil está contaminando otros sectores del Estado que piensan hacer el mismo tipo de reforma solamente para dialogar. Además, en Brasil había una nueva constitución que dio las bases para la reforma del sector salud.





José Selig Ripley

Coordinador de las Redes de Servicios de Salud
Subsecretaría de Atención a las Personas
Secretaría de Estado de Salud Pública y
Asistencia Social (SESPAS)

**Proceso de
desconcentración/
descentralización
del sector salud en
República Dominicana.
Visión oficial**







Corresponde a este trabajo exponer lo relativo a las experiencias en materia de aplicación de las estrategias de desconcentración y descentralización del sector público de salud en República Dominicana, en el contexto de las reformas que se han estado implementando desde la década de los noventa.

Para ello, les presentamos una primera sección en la que se abordan los aspectos conceptuales desde el punto de vista del autor. Después, sobre la base del tema anterior, se describe la relación entre el desarrollo de procesos de desconcentración y descentralización con la estrategia de desarrollo humano en sentido general, sobre todo mostrando la necesaria vinculación con determinadas políticas que, en última instancia, definen la orientación de estas intervenciones.

Las razones iniciales de la desconcentración y la descentralización del sector salud en República Dominicana, así como lo acontecido a partir de ello, se exponen posteriormente, con un enfoque central en los elementos de mayor trascendencia. Por último, se identifican los principales elementos del marco legal del sector salud y sus novedades, los cuales pudieran contribuir al desarrollo de las estrategias de desarrollo humano según los planteamientos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Los conceptos de descentralización y desconcentración

La descentralización es un tema abordado desde distintos sectores del Estado como parte importante de sus procesos de reforma. A la hora de definir la descentralización se descubren distintas concepciones: "Por descentralización debe entenderse la transferencia del poder desde los altos niveles directivos de una organización a los niveles inferiores o desde las capitales de los Estados hacia la periferia territorial"⁸⁹.

"Descentralización es la transferencia de normas (derechos y deberes), autoridad, competencias y recursos desde el nivel central a los niveles periféricos, sean éstos regionales, provinciales, distritales, municipales o locales, de tal forma que desde un mando único se llegue a una situación de mandos múltiples dentro de criterios de eficiencia y equidad"⁹⁰.





“Descentralización es la transferencia de responsabilidades para planear, administrar, recaudar y distribuir recursos desde el gobierno central y sus agencias a las siguientes entidades: a) unidades de campo de los ministerios y agencias del gobierno central, b) unidades o niveles de gobierno subordinadas, c) corporaciones o autoridades públicas semiautónomas, d) autoridades funcionales o regionales en cualquier territorio, y e) organizaciones no gubernamentales privadas o voluntarias”⁹¹.

La definición de descentralización que se presenta en la Ley General de Salud (Ley 42-01), como “acto de delegar o transferir competencias a instituciones que gozan de personería jurídica diferente a la institución descentralizadora. Es diferente el caso de las Redes de los Servicios Públicos de Salud, que se considera como el paso a un régimen de autonomía de dichas redes mediante una orden legal”⁹², ya que la diferencia fundamental es que, en la legislación dominicana, la descentralización supone una relación entre instituciones distintas, autónomas, sin importar la condición de territorialidad, mientras que en las demás, la descentralización es entre instituciones centrales y periféricas.

El término “desconcentración,” en la literatura general, es visto como una dimensión de la descentralización⁹³, entendida como la realización de “transferencias de funciones específicas hacia agencias periféricas de la misma administración central o bien, de ministerios sectoriales, sin que los gobiernos locales tengan poder de integración intersectorial. Las agencias que implementan proyectos deben rendir cuentas, en este caso, a las autoridades locales del sector salud”⁹⁴.

La legislación dominicana vigente define la acción de desconcentración como el “acto de transferir competencias técnicas o administrativas a instituciones o expresiones territoriales pertenecientes a la institución rectora o central”⁹⁵.

En sentido general, las definiciones oficiales, aquellas contenidas en la legislación vigente, conciben la descentralización como el paso de la función que se descentraliza a otra institución diferente a la primera y la desconcentración como la delegación de competencias hacia dependencias subalternas en una misma institución, las que se emplean como base para los trabajos de reforma del sector salud en el ámbito público.

Algunas consideraciones metodológicas necesarias para la evaluación de la descentralización/ desconcentración del sector salud

La descentralización y, en consecuencia, la desconcentración cobran importancia a raíz de la definición de políticas sobre modernización del Estado y la definición de la descentralización como una de las estrategias para el logro de estas políticas. Sin embargo, al momento de debatir sobre estos temas, el punto de partida no son esas políticas u otras, similares o contrarias, sino las acciones mismas de descentralización, por lo que se asumen estas intervenciones como fines en sí mismos más que como estrategias de desarrollo.





La descentralización y la desconcentración son medios no fines; en tal sentido, han de estar amarradas a determinadas políticas⁹⁶ y junto con ellas pueden evaluarse en términos de las ventajas y desventajas que pudieran provocar.

El siguiente cuadro plantea la descentralización y la desconcentración como estrategias que no representan ventaja o desventaja alguna por sí mismas y que pueden ser empleadas para el desarrollo de diferentes políticas, incluso opuestas.

Cuadro 2
Relación entre descentralizar/ desconcentrar y algunos ejemplos de política en el ámbito de los servicios sociales

PROPÓSITO	POLÍTICA	ESTRATEGIA
Promover la continuidad del gobierno, del cuadro directivo o del dirigente	Hacer más efectivas las labores proselitistas y / o propias del clientelismo	Transferir funciones a dependencias más próximas a los votantes
Fortalecer el papel del Estado en lo que a protección y asistencia social se trata	Hacer más efectivas las labores de los servicios entendidos como asistencia social	Transferir competencias específicas en autoridades locales
Fortalecer los mecanismos de mercado y de acumulación de capitales	Mejorar la rentabilidad y la participación de los servicios de salud en el mercado	Transferir la propiedad y/o la administración de los servicios a entidades privadas
Ampliar las oportunidades y las opciones de las personas para que puedan ser y lograr lo que valoran	Eliminación de las privaciones, restricciones de las personas que limitan las libertades e impiden mejorar su nivel de vida	Transferir la dirección de los servicios a entidades territoriales para responder de forma más adecuada a las necesidades en salud
Impulsar los procesos de construcción de la ciudadanía	Alcanzar una mayor conciencia y control del ciudadano sobre su vida (trabajo y consumo) y sobre las instituciones que lo dirigen	Transferir la conducción y el control de los servicios a personas agrupadas beneficiarias de los mismos

Fuente: Selig Ripley, J.





Es evidente que la discusión que nos corresponde sobre la puesta en práctica de estrategias de descentralización y de desconcentración, en última instancia, es la discusión acerca de qué políticas se impulsan, de cuáles se acompañan y si éstas favorecen o no al desarrollo humano.

Ahora bien, la discusión sobre si el desarrollo de estas estrategias en el sector salud se basa en entender que el desarrollo de la sociedad es un proceso humano, creemos que es innecesaria. De entrada, es fácil comprender que su orientación no ha sido esa⁹⁷. Por tanto, la intención de esta exposición es presentar si el desarrollo actual de estas estrategias, junto a las políticas que las impulsan, sirven o dificultan el desarrollo de las estrategias de desarrollo humano de la manera en que es entendida por las Naciones Unidas.⁹⁸

Descentralización y desconcentración vs. desarrollo humano

La nueva legislación⁹⁹ obliga a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) a reformarse. En sentido general, queda obligada a desarrollar dos funciones específicas: ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud y ser la prestadora de los servicios de salud colectiva, al mismo tiempo que debe estar comprometida a separar la función de rectoría de la provisión de servicios de salud a las personas¹⁰⁰.

Para tales fines, la SESPAS ha venido implementando, con algunas limitaciones y dificultades, dos estrategias referentes a la organización de los servicios y funciones que le competen¹⁰¹:

- Para lo relativo a separar la función de provisión de la función de rectoría en la reforma del sistema de salud: descentralizar los servicios de salud.
- En lo que concierne a desarrollar la función de rectoría y la de provisión de servicios de salud colectiva: desconcentrar.

La descentralización en la reforma de los servicios de salud

Como se ha de separar la función de provisión de servicios de atención a las personas del resto de funciones de la SESPAS por medio de la descentralización¹⁰², una nueva estructura deberá proveer los servicios de atención a las personas: los Servicios Regionales de Salud (SRS).

A la fecha, se conocen nueve SRS, uno por cada región de salud en que se ha dividido el país. Éstos se definen como una prestadora pública de servicios de salud para atención a las personas articulada en forma de red por niveles de complejidad y con capacidad para prestar por lo menos las atenciones indicadas en el Plan Básico de Salud de forma costo-efectiva. Pretenden ser una entidad autónoma y altamente profesionalizada a la vez que aspiran a contribuir significativamente a la mejora de todos los indicadores de salud, directa e indirectamente relacionados con la prestación de servicios de salud individuales con los recursos que se le asignen¹⁰³.





Para la puesta en operación de esta estrategia, se plantean tres fases¹⁰⁴:

- Una primera fase de constitución de los SRS, en la que se le dotan de todos los mecanismos legales e instrumentos necesarios para su funcionamiento. Comprende dos momentos: la oficialización de los SRS y la generación de las bases para el accionar planificado de los SRS.
- Una segunda fase, en la que se ejecuta un plan de transferencias de competencias desde la SESPAS a los SRS a través de procesos de delegación de funciones (desconcentración), tomando como base la implementación del modelo de red y la maduración del proceso con fines de lograr la habilitación.
- Tercera y última fase, en que los SRS quedan constituidos como prestadoras de servicios de salud autónomas (descentralización), una vez demuestren que cumplen con todos los criterios exigidos por las normas de habilitación de redes que definiera la SESPAS.

Los SRS están iniciando la segunda fase, sobre la base de la definición de un Modelo de Red, cuyas diferencias con el modelo actual se presentan en el siguiente cuadro¹⁰⁵:

Cuadro 3

Diferencias entre el modelo tradicional de organización de los servicios y el modelo de red de los servicios regionales de salud

SITUACIÓN ACTUAL	SITUACIÓN ESPERADA
Salud entendida como ausencia de enfermedad o como estado de bienestar	Salud entendida como desarrollo de las potencialidades humanas
Formas verticales y unipersonales de dirección de los servicios	Dirección colectiva, decisiones de organismos locales en la conducción de los servicios
Limitaciones en la oferta y en el acceso, duplicidad de servicios	Organización de los servicios de una forma más racional e integral
Servicios orientados a la curación, predominio de la atención hospitalaria	Servicios orientados a la prevención, énfasis en la atención primaria en salud
Insatisfacción de la población; mala percepción de los servicios	Establecer vínculos de confianza entre la población y los servicios
Demanda orientada a los servicios de mayor especialización	Que la población admita y respete los circuitos de circulación en la red
Limitada participación, sobre la base de los "líderes comunitarios"	Implementación de espacios y oportunidades de participación
Práctica clínica poco efectiva no ligada a metas y objetivos en salud	Hacer de la práctica clínica un proceso efectivo
Rechazo a los procesos de reforma por el clima de inseguridad que crean	Revertir las actitudes y prácticas sobre la reforma en base a hechos

Fuente: Selig Ripley, J.





Este proceso de desconcentración/ descentralización de los servicios de salud se acompaña de un nuevo sistema de relaciones sobre la base de convenios, contratos y acuerdos de gestión¹⁰⁶. En tal sentido, es un proceso bajo una regulación muy amplia y detallada.

La desconcentración en la reforma de los servicios de salud

Se pretende desarrollar las funciones que le corresponden a la SESPAS, por mandato legal, de forma desconcentrada. Se trata de mejorar el desempeño de la SESPAS en materia de ejercicio de la función de rectoría y en el ejercicio de la función de provisión de servicios de salud colectiva¹⁰⁷, sin que eso signifique avanzar en el ejercicio centralizado de la rectoría ni fortalecer el funcionamiento vertical de los programas de salud colectiva.

Por tales motivos, se han estado creando las condiciones para poder delegar a las Direcciones Provinciales de Salud (DPS)¹⁰⁸, la autoridad y los medios necesarios para ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud y la provisión de los servicios de salud colectiva en el territorio que le corresponde.

Se plantea que este ejercicio de desconcentración permita, entre otros aspectos, una mayor vigilancia al acceso y la equidad en los servicios de salud, una mejor identificación de brechas entre las necesidades de la población y la capacidad resolutoria de los servicios para los diferentes grupos poblacionales, servir de garantía de una calidad mínima de los servicios de salud, así como promover una mayor y mejor participación de la salud.

Los componentes de la estrategia de desarrollo humano

Se incluyen cuatro componentes de la estrategia de desarrollo humano: eficiencia, equidad, empoderamiento y libertad¹⁰⁹.

Desde la perspectiva del desarrollo humano, se entiende por eficiencia, el máximo uso que podemos hacer de los recursos con los que contamos, ya sean económicos, de talento humano, de tiempo, etc.¹¹⁰

El concepto de equidad en el desarrollo humano significa que "todas las personas tengan condiciones equivalentes y similares", que le han de permitir escoger en justicia y libertad¹¹¹.

El concepto de empoderamiento, siempre desde la óptica del desarrollo humano, es entendido como "el proceso por el cual las personas fortalecen su capacidad, autoestima, confianza, visión y protagonismo, como personas participantes en la sociedad. Es la toma de conciencia de los derechos, capacidades e intereses, y de cómo éstos se relacionan con los intereses de otras personas, con el fin de participar, desde una posición más sólida, en la toma de decisiones"¹¹².





Por último, en el desarrollo humano, se entiende por libertad a la capacidad de las personas de “contar con la posibilidad de poder elegir lo que desean, por tener la capacidad de tomar decisiones según sus intereses y valores”¹¹³.

Relación entre la descentralización que promueve la SESPAS y el desarrollo humano

Eficiencia: la relación entre los procesos de descentralización/ desconcentración que desarrolla la SESPAS y la implementación de la estrategia de desarrollo humano, en lo que a eficiencia se refiere, es más atribuible al desarrollo de las Redes de Servicios de Salud que a los procesos de desconcentración de la función de rectoría, que se centran en hacer más efectiva la labor de la autoridad sanitaria.

Las Redes, por definición, orientan sus acciones a las intervenciones de mejor relación costo-beneficio. Organizar los servicios en red, independientemente del modelo a seguir, resulta más eficiente que la forma tradicional de organizar los servicios y todavía más que los modelos que promueven el desarrollo de los sistemas de mercado.

Una organización en red implica el poder aunar los esfuerzos de todo un conjunto de estructuras y/o personas diversas que interactúan, pero que cada una tiene objetivos propios y realiza una labor diferente a la otra, a través del logro de un fin común, en la que cada pieza parece ser parte de un todo y, por tanto, no se explica en sí misma ni se justifica fuera del todo. En tal sentido, la cooperación y la complementación de esfuerzos y recursos son parte obligada del funcionamiento de una red. La maximización de la eficiencia es una de las principales justificaciones del paso de un modelo de proveedores separados a otro en que se encuentran articulados en redes.

Los esfuerzos de la SESPAS acerca de la descentralización de los servicios de atención a las personas resultan ser un terreno fértil para estas estrategias en lo que a eficiencia se refiere, aún con las dificultades actuales y a pesar de que el diseño de su reforma no se sustentó en la estrategia de desarrollo humano, como se puede observar en la definición de su modelo de redes.

Equidad: en el tema de la equidad, tradicionalmente, hacemos referencia a la equidad horizontal¹¹⁴ y a la equidad vertical¹¹⁵. Desde esta óptica, con descentralización/ desconcentración o sin ello, el desarrollo de la equidad parecería similar. Pero si llevamos estos términos al campo de la salud, desde una óptica más humana, podremos descubrir otras formas de entender la equidad, otros “juegos de equidades”¹¹⁶. Tendríamos la equidad de la atención, la equidad en la distribución de los riesgos y la equidad en la distribución del saber y el poder en salud. Visto así, el tema de la equidad no es tratado en otros modelos y tampoco ha de encontrar una salida satisfactoria ante este problema.





La descentralización/ desconcentración que pretende desarrollar, de manera explícita, la SESPAS busca lograr acceso con equidad a los servicios, los que deberán cumplir con una misma norma de calidad sin posibilidad de discriminación ni estratificación por población. Un sistema de prestadores por separado o modelos de servicios sobre la base del mercado, le resultaría cuesta arriba lograr la equidad anhelada. Es uno de los aspectos de mayor relevancia, tanto para los SRS como para los rectores locales.

La organización de los servicios de salud en redes se orienta a mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud. Los procesos de desconcentración de la prestación de los servicios de salud, así como del ejercicio de la rectoría hacia entidades territoriales han de permitir adecuar la organización para el desarrollo de estas funciones de acuerdo a las necesidades diferenciales de la población.

Empoderamiento: es un punto un tanto débil en el caso de los SRS, aún cuando las potencialidades son mayores en relación al empoderamiento. El marco legal vigente, limita el ejercicio de este componente del desarrollo humano en lo relativo a la prestación de servicios de salud para la atención a las personas. Por otra parte, la desconcentración de la función de rectoría, dada la condición local del rector, abre muchas opciones en el tema de empoderamiento, aunque es preciso reconocer que no se cuenta con intervenciones definidas en este sentido, en lo que a desarrollo de las DPS se refiere.

La oportunidad vendría dada si se lograra un cambio radical en el enfoque de la forma en que se conceptualiza la relación entre la población y los servicios. Se trata de concebir a la población como el centro de atención del sector salud y a los servicios como la periferia, lo que dejaría al descubierto la necesidad de incluir a la población en la conducción de los servicios.

Por lo menos, el modelo de redes definido por la SESPAS se orienta a organizar los servicios por la demanda antes que por la oferta y conceptualiza la salud como desarrollo de potencialidades, una visión mucha más amplia que la salud entendida como ausencia de enfermedad o como estado de bienestar. Lamentablemente no operacionaliza estos puntos. De todas maneras, resulta una mejor base de acción para el desarrollo de la estrategia de desarrollo humano.

Libertad: la base para el ejercicio de la libertad radica en la reducción de las privaciones. Los esfuerzos de la SESPAS pretenden diseñar los servicios de salud a partir de la demanda y hacerlos más efectivos. Esto ha de promover la reducción de las privaciones de las personas. La implementación del modelo de contratos y acuerdos que acompaña a la descentralización puede desarrollarse como garantía de que los SRS logren la efectividad que se les exige, sobre todo que estos mecanismos de relación entre las estructuras de la red, tanto las de servicios como las de dirección, han de estar vinculados al logro de metas y coberturas.





En sentido general, los esfuerzos actuales de reforma del sector salud, por los planteamientos que se hacen y la orientación de sus intervenciones, promueven mejores condiciones y garantías para la puesta en práctica de estrategias de desarrollo humano.

Las razones iniciales de la descentralización y la desconcentración en el sector salud

La esencia de la identificación de las razones iniciales de la reforma del sector salud y de las acciones de descentralización consiste en “descubrir” si estuvo sustentada o no en políticas sociales orientadas al desarrollo humano o, por el contrario, si fue producto de las políticas sociales orientadas al desarrollo económico.

Para poder realizar esta tarea es necesario agregar una dimensión más al análisis. Exponer si esas razones fueron el resultado de las contradicciones internas del sector salud o, por el contrario, se debieron a situaciones externas.

Para una institución, un sector o una organización, los procesos de cambio más sostenibles, sin negar la importancia que debe tener la relación con los procesos externos, han de ser los que resultan de sus contradicciones internas. En el caso de las organizaciones públicas, en especial las de servicios, la decisión de reformarse o cambiar su forma de organizarse y/o funcionar se ha de basar en que está obligada a mejorar su cartera de servicios; o porque no logra satisfacer las necesidades de sus usuarios o éstos no están satisfechos, o porque no es capaz de dar los servicios que se le exige o que pretende proveer. Su punto de partida es el servicio y su respuesta debe ser en ese orden. Esto debería ser el comportamiento esperado¹¹⁷.

Una versión simple de provocar un proceso de cambio sería de la siguiente forma¹¹⁸:

- Se “descubre” una alta insatisfacción con lo que acontece; por ejemplo, se identifican altos niveles de inconformidad en relación a los servicios prestados por diversas razones (mala calidad de la atención, límites en la oferta, ineficiencia, dificultades para el acceso, etc.).
- Se hace conciencia de la necesidad de cambiar; por ejemplo, las insatisfacciones son una amenaza que pueden provocar el fracaso o la sustitución de la organización y/o de sus directivos, incrementando el riesgo de perder condiciones o posiciones.
- Se sienten dispuestos y motivados para el cambio, básicamente por las siguientes situaciones: o se piensa que los riesgos que provoca el cambio son menores que los riesgos que provoca el no cambiar o se estima que los beneficios del cambio son mayores que los que se lograrían si no se cambiara.
- Se define un modelo a seguir que ha de servir de base para visualizar los cambios deseados y/o posibles, a la vez que ha de servir de guía durante el proceso de cambio.





La crisis de los servicios de salud públicos es un problema crónico que debiera inducir, por sí sólo, cualquier proceso de reforma¹¹⁹. La mayoría de los actores reconocen esta situación, así como la necesidad de un cambio. A principios de la década de los años 90 se había gestado un movimiento proreforma del sector salud que, al poco tiempo, se disolvió sin grandes consecuencias.

En 1997, el Congreso Nacional firmó con el Banco Mundial (Desarrollo de Sistemas Provinciales de Salud¹²⁰) y con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Modernización y Reestructuración del Sector Salud¹²¹), dos proyectos de préstamos sobre la reforma del sector salud, y que el país asimiló como su programa de reformas.

Las condiciones de los préstamos definían las estrategias de la reforma. El proyecto de Modernización y Reestructuración del Sector Salud, para el logro de las metas relacionadas a definir y aprobar políticas, planteaba que esto “supone una reorganización del sistema que conlleve a la descentralización de hospitales”¹²² entre otros elementos. Más adelante, en el componente de reorganización institucional de la SESPAS, definía tres estrategias que luego se integrarían al nuevo marco legal del sector salud¹²³:

- Separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios.
- Descentralización de las responsabilidades de gestión para transferirlas a unidades provinciales.
- Transformación de la SESPAS en una institución rectora del sector.

Entre las estrategias de implementación del proyecto de Desarrollo de Sistemas Provinciales de Salud se incluían las siguientes:¹²⁴

- Apoyar a la definición de políticas y programas de salud cuya ejecución corresponda a unidades territoriales.
- Facilitar el seguimiento y evaluación del progreso de descentralización en salud.
- Fortalecer la función de rectoría del sector salud a nivel provincial.
- Apoyar las gestiones descentralizadas y desconcentradas¹²⁵ de la salud desde el nivel local.
- Promover el desarrollo descentralizado de los recursos humanos vinculados a la prestación de servicios y a la gestión institucional de la salud.

No conozco documentos o exposiciones desde el ámbito gubernamental previos a la aprobación de estos proyectos que plantearan la dirección de la reforma del sector salud ni las estrategias a emplear para ello. La reforma del sector salud no fue el resultado de la búsqueda de solución a sus contradicciones internas. La fuerza del cambio no se produce en el interior del sistema, surge de su exterior, de otros ámbitos de la sociedad y de otras latitudes, y por intereses que no son propios de los actores principales del proceso.

Es evidente que el punto de origen de las reformas del sector salud y de la implementación de estrategias de descentralización fueron los préstamos para la reforma del sector salud. Los actores principales de ello fueron los llamados





organismos financieros multilaterales (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo). En República Dominicana, en lo que a reformas del sector salud se refiere, sucedió lo mismo que a la mayoría de los países de la región¹²⁶.

Nos corresponde mostrar las razones de esta reforma. Un modelo sencillo de planificar un cambio, orientado a la población, seguiría una lógica de trabajo parecida a ésta:

- Define los servicios que le corresponde proveer a partir de las necesidades de la población.
- A partir de ello, con la finalidad de ser el mejor proveedor posible, define su estructura, su organización en correspondencia con los servicios que debe ofertar.
- Luego pasa a definir el modelo de gestión que necesita.
- Finalmente, pasa a identificar los recursos, las fuentes y las formas de financiamiento de todo lo anterior.

En el caso de la reforma del sector salud para República Dominicana el punto de partida para el diseño de los proyectos de reforma fue el tema del financiamiento. Esto así en correspondencia con los postulados de libre mercado que enarbolaron el Banco Mundial y el BID, por aquello de que las leyes del mercado, por sí mismas, deberían promover los cambios y corregir las distorsiones que se presentaban en el ámbito de lo social.

Como ejemplo de ello, dos de las líneas estratégicas asumidas por el Banco Mundial en lo que definió como una agenda para la reforma señalan que:

“Descentralización de la planificación, presupuestación y adquisiciones para los servicios de salud gubernamentales, particularmente aquellos que rinden beneficios privados por los cuales se cobra a los usuarios”¹²⁷.

“Permitir que la cobranza de los ingresos y la posesión de éstos se encuentre lo más cerca posible del punto de provisión de los servicios, porque esto mejorará tanto la cobranza de los aranceles como la eficiencia del servicio.”¹²⁸

Si nos preguntáramos, a estas alturas, ¿a qué razones respondió el comienzo del proceso de desconcentración/ descentralización en el sector salud? Y las opciones de respuesta fueran el crecimiento económico y el desarrollo humano, no ha de tener ninguna duda de que la primera opción tuvo un mayor, mucho mayor, peso específico para provocar el proceso de reformas y para definir su dirección.

El proceso de descentralización y la desconcentración del sector salud

Lo que se ha hecho en materia de descentralización/ desconcentración

Habíamos comentado que con la firma de los proyectos de préstamos se dio inicio formal a la aplicación de las estrategias de desconcentración y descentralización





con las características antes mencionadas. Casi al mismo tiempo, y por separado, la SESPAS define algunos elementos a manera de otra reforma. Entre estos elementos, tenemos los siguientes:

- La definición de las líneas estratégicas para el desarrollo de acciones de reforma de los servicios de salud, con la finalidad de que estos puedan reducir lo que se definió como una deuda social acumulada. La descentralización de la SESPAS fue considerada como uno de los pilares en que se debían sustentar los trabajos.
- La conformación de una Unidad de Apoyo a la Descentralización, a la cual se le delegó autoridad y medios para dotar de capacidades técnicas a las nuevas instancias desconcentradas de la SESPAS.
- La creación de las Direcciones Provinciales de Salud (DPS), que posteriormente serían oficializadas por medio de un decreto presidencial al año siguiente.

La implementación de las DPS, por las cuales se sustituye el modelo de regionalización que tenía la SESPAS, puede considerarse como la primera acción de desconcentración realizada por la Secretaría de Estado de Salud Pública. Las DPS, a diferencia de sus predecesoras, las regiones de salud, contaron con autoridad y medios efectivos para gestionar los servicios y ejercer la función de rectoría en sus territorios. Su desempeño ha sido calificado como bueno y, en su momento, marcaron un hito en la reorganización del sistema de salud.

Es importante señalar que la SESPAS asumió la constitución de las DPS sin la participación o el concurso de los agentes de la reforma del sector salud vinculados a los proyectos del Banco Mundial y del BID. A pesar de la similitud de estrategias entre estos actores, en la práctica se dieron pocas coordinaciones. En sentido general, el componente de desarrollo de sistemas provinciales no fue un ejercicio de desconcentración ni de descentralización, sino un proyecto ejecutado de forma vertical con el apoyo de las DPS, que sólo se desarrolló en quince provincias y en una parte del Distrito Nacional¹²⁹.

De entrada, la reforma del sector salud y, con ello, el desarrollo de las estrategias de descentralización y de desconcentración, se inició de manera desarticulada y sobre la base de dos posiciones: una que seguía las reformas sujetas a los planteamientos de libre mercado que impulsaba la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), y otra que pretendía reducir la deuda social acumulada, que desarrollaba la SESPAS, sobre todo en los años 1997 y 1999¹³⁰.

En el año 2001 se aprueba un nuevo marco legal en salud¹³¹. Las principales consecuencias de esta nueva legislación, para el tema que nos ocupa entre otros aspectos, fueron las siguientes:

- Son asumidas como estrategias obligadas para el accionar de la SESPAS, las estrategias de descentralización y de desconcentración.
- Se obliga a la SESPAS a separar la función de provisión de la de rectoría.
- Se descentralizan las funciones de dirección, regulación y financiamiento





- del Instituto Dominicano del Seguro Social (IDSS) hacia el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).
- Se descentraliza la función de administración de riesgos hacia la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) y la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).
 - Se descentraliza la función de velar por que se cumpla la ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) hacia la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).
 - Se centraliza el recaudo de las finanzas en la Tesorería de la Seguridad Social.
 - Se fractura el modelo de las Direcciones Provinciales de Salud (DPS), por cuanto se hace obligatorio separar funciones y, al instaurar un financiamiento por afiliación, las redes provinciales, en su mayoría, sobre todo en provincias de mayor pobreza, resultan muy poco sostenibles financieramente.

También a finales de 2001, se dispone la organización territorial de la SESPAS por regiones, las que se definen como superior jerárquicamente a las DPS¹³². Es el primer caso que se da en que la descentralización retrocede a formas intermedias, de provincia a región.

Se registra un caso de intento de estructurar, con carácter descentralizado, una red regional de servicios de salud. Con los auspicios de los organismos técnicos de cooperación, específicamente OPS, sin consulta previa con la dirección de la SESPAS ni la participación de la Unidad de Desarrollo de la Descentralización, a mediados del 2002, un decreto presidencial le confiere condición de autonomía funcional a la Región IV de Salud para la provisión de servicios de salud. En noviembre del mismo año, el Consejo Nacional de la Seguridad Social dio por iniciado el Seguro Familiar de Salud para el régimen subsidiado en la Región IV (Resolución No. 42-04 de septiembre de 2002).

Lamentablemente, no pasó de ser un ejercicio de desconcentración a medias. En sentido general, la OPS asumió la dirección de los cambios, implantó un modelo de red diferente al diseñado por la SESPAS, pero manteniendo un estilo vertical de dirección, por lo que la transferencia de autoridad no fue significativa y el traspaso de medios, salvo los que entraron por la vía de la Seguridad Social, fue bastante limitado y manejado de manera centralizada por la Dirección Regional. La entrada del Seguro Familiar de Salud, lejos de ser una oportunidad, contribuyó a limitar aún más el experimento.

Al año siguiente, luego de varios meses de discusión, se aprueban, por el Consejo Nacional de Salud, los principales reglamentos de apoyo a la descentralización/desconcentración de los servicios de salud: el Reglamento de Rectoría y Separación de las Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud¹³³ y el Reglamento de Provisión de las Redes de los Servicios Públicos de Salud¹³⁴. Posteriormente, se les uniría el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud^{135 136}.





Dos importantes hitos contienen la aprobación de estos reglamentos. El primero es que se logran definir las bases de la descentralización y de la desconcentración. El segundo, por el sentido que define la implementación de estas estrategias, es que la reforma “escapa” por primera vez del modelo de mercado que le había dado origen.

Desde 2005, la SESPAS viene implementando un plan estratégico de desarrollo de los servicios regionales con miras a lograr su descentralización cuyo desempeño, si bien muestra algunos atrasos y redefiniciones, ha sido calificado como aceptable. A la vez que cuenta, desde ese mismo año, de un modelo de red a desarrollar, cuya organización y funcionamiento vienen dados por los servicios que le corresponde proveer de acuerdo a las necesidades de la población.

Recientemente, la SESPAS elaboró un plan de desarrollo de las DPS, pendiente de oficialización.

Desde la definición de las bases de actuación de los servicios regionales de salud, éstos han mantenido una tendencia a avanzar en cuanto a constituirse como prestadores de servicios de salud descentralizados. Este avance no es igual en todas las regiones y tampoco en todos los temas y ámbitos que les compete. Tampoco es un avance lineal. La mejor representación del sentido de avance de los SRS, es decir que evidencian un avance en forma de zigzag, movidos por acontecimientos políticos, partidarios, técnicos y de recursos.

La marcada resistencia al cambio que se ha evidenciado a todo lo largo del proceso, tanto a lo interno de la SESPAS como por parte de otros actores institucionales vinculados a los SRS, viene dada sobre todo porque en sus orígenes estos procesos no fueron el resultado de reclamos internos. Por tanto, se intenta descongelar la realidad sin contar con una real base social y, lo que es peor, sin ningún logro importante que mostrar.

Lo que se ha logrado

Desconocemos el nivel de costo-beneficio de las acciones de reforma, no sólo por separado sino de manera global. Muchos recursos se han invertido mientras la deuda social continúa acumulándose. La población, en general, aún tiene pendiente recibir los beneficios de la reforma, aunque algunos puedan afirmar que ya lo reciben¹³⁷.

Se cuenta con una conducción precisa de los procesos, con un modelo de descentralización de los servicios de salud único, factible, viable, en ejecución, con el mérito de orientarse a la satisfacción de las necesidades de la población antes que a las necesidades del mercado, que sirve de guía a los procesos, además de que se cuenta con la definición de la mayoría de las bases para su puesta en funcionamiento.





Lo que no se ha logrado

Los trabajos para articular los servicios dentro de las redes no han concluido. Pese a que no presentan importantes atrasos en relación a lo planificado, la presión y los reclamos que en ese sentido se le hacen a los SRS son significativos.

Es notoria una falta de comunicación en el sentido de difusión de los elementos que contiene el modelo de redes y lo relativo al proceso de descentralización, por lo que se ha dificultado el obtener el apoyo de los diferentes grupos poblacionales. Esta tarea recién fue iniciada y no se cuenta con un plan de comunicación al respecto.

Los acuerdos con las direcciones de los programas de salud colectiva y los de las DPS, al momento casi logrados, se han atrasado bastante y afectan, considerablemente, tanto al desarrollo de los procesos de descentralización hacia los SRS como a las acciones cotidianas de los mismos.

A pesar de que se cuenta con contratos entre SENASA y algunos de los SRS, no se ha logrado una verdadera sinergia entre estas dos instituciones públicas y los conflictos se presentan frecuentemente. Una importante incomprensión de las funciones de cada actor pudiera ser la fuente principal de los inconvenientes.

La ruptura con los paradigmas tradicionales de la práctica en salud y el ejercicio de la dirección es incipiente y poco influyente.

En sentido general, pese a todos los esfuerzos, ha faltado lograr la legitimidad del modelo de red y del quehacer de los directivos de los SRS. La falta de impacto que mostrar es su principal debilidad, aunque no cuenten con el tiempo necesario para ello. El desarrollo de programas de posicionamiento institucional pudiera marcar la diferencia en lo que a legitimidad social se refiere.

Los principales obstáculos

Los obstáculos al proceso de descentralización/ desconcentración han sido muchos y se espera que algunos persistan por un tiempo y que otros se incorporen a lo largo del camino. Problemas no faltarán jamás. Ahora bien, los principales obstáculos que han dificultado los trabajos y que pudieran continuar haciéndolo, pudieran ser los siguientes:

La reforma del sector salud está atada al desarrollo del Sistema Dominicano de Seguridad Social: En tanto que tiene la obligación de proveer la atención en salud a la población sin capacidad contributiva (subsidiados), por lo que la descentralización/ desconcentración del sector salud puede verse afectada por las decisiones y las acciones que se definan en este sistema, en el cual prevalecen fuertes conflictos de intereses entre los diferentes actores del CNSS, así como se evidencia una marcada tendencia a plantear el desarrollo del sistema sobre la base de las necesidades financieras antes que por las necesidades de la población.





La incomprensión de la misión que le corresponde a algunas de las instituciones creadas por el SDSS ha provocado interferencias importantes en la conducción de los trabajos de reforma del sector salud.

Número limitado de gerentes capacitados: Los procesos de descentralización y desconcentración requieren de la participación de un número mayor de gerentes, sobre todo en el nivel local. La oferta de capacitación en gerencia en salud no ha sido suficiente. La diversidad de instituciones que creó el SDSS incrementó aún más esta brecha, sobre todo para espacios territoriales distantes y de mayores niveles de pobreza. La ausencia de una carrera sanitaria es uno de los puntos principales que pudieran explicar este obstáculo. La limitada experiencia en el ejercicio de las funciones de rectoría, incluyendo el nivel central de la SESPAS, pudiera explicar otro poco.

Choque con las propuestas orientadas al mercado: Aunque han perdido cierto peso específico, no han dejado de significar un obstáculo importante. El modelo de contrato que ha predominado en la relación de los SRS con la Seguridad Social, consciente o no, privilegia formas de organización de los servicios orientados hacia el mercado, al mismo tiempo que recupera valores de las propuestas de esa orientación.

Vigencia de esquemas de dirección verticales: La delegación de competencias a las expresiones territoriales de la SESPAS, tanto a los SRS como a las DPS, se dificultan al extremo. Cuando se logra traspasar la autoridad y medios, entonces son los directivos de los SRS los que dificultan y atrasan la delegación de las competencias a sus respectivas expresiones territoriales. Algo similar ocurre en la relación entre los Programas de Salud Colectiva y las DPS, entre las instancias de rectoría del nivel central y las DPS, al igual que al interior de los servicios.

Recursos limitados y alta burocracia: El acceso a recursos es muy desigual entre los SRS y también entre las DPS. Por ejemplo, el caso de personal clínico especializado. Para las DPS y los SRS más distantes de los polos de desarrollo, en su mayoría de mayores niveles de pobreza, el poder contar con una plantilla mínima de especialistas, aún los de especializado básico, resulta sumamente difícil. La disponibilidad de recursos financieros es muy baja, sobre todo por la limitada inversión en salud que dispone el Estado dominicano. La composición del gasto tampoco le resulta favorable al desarrollo de la descentralización, dado que una parte significativa se consume en un alto número de cargos burocráticos, la mayoría mejor pagados, incluso en las expresiones territoriales de la SESPAS, restándoles oportunidades para contar con personal suficiente para la provisión de los servicios de salud.

Marco legal del sector salud: descentralización/ desconcentración y su relación con el desarrollo humano

Este tema bastaría por sí solo para una ponencia, incluso más extensa que la que estamos presentando. Para su simplificación, tratemos el tema dividiéndolo en dos ámbitos: el que corresponde a la Ley General de Salud y a los procesos de





descentralización y desconcentración que desarrolla la SESPAS, como elemento institucional, y el que corresponde a la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, incluyendo a todas las instituciones y dependencias que crea.

En sentido general, los escenarios que provocan la Ley General de Salud y los Reglamentos que la completan están mucho mejor definidos que los que genera la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. De igual forma, es evidente que muestra un claro sentido o dirección de las intervenciones que regula, en el sentido de que sus contenidos pretenden sentar las bases legales para un accionar del Sistema Nacional de Salud, orientado a satisfacer las necesidades de la población.

La Ley General de Salud, sobre todo por los contenidos de sus Reglamentos, resulta útil para poder realizar las acciones que faltan por hacer, así como para responder favorablemente ante los obstáculos que hemos señalado. De igual manera, genera oportunidades para la implementación de las estrategias de desarrollo humano.

A su vez, la Ley que crea el SDSS, por las indefiniciones que presenta en algunos puntos importantes¹³⁸ y por los conflictos de intereses que prevalecen al interior del SDSS, los escenarios que anima son muy frágiles y volátiles, sobre la base de acuerdos entre sectores al interior del SDSS.

Padece de un pecado de origen, el tratar de armonizar, al interior de un sistema de seguridad social que se ha de sostener sobre la base de la solidaridad, con prácticas orientadas a la obtención de rentabilidad económica. A la vez que tiene el reto de poder operar con una diversidad amplia de nuevas instituciones, con poca experiencia en el país.

Su relación favorable a la implementación de estrategias de desarrollo humano no resulta tan evidente como en el caso de la Ley General de Salud. Bajo una conducción mejor ha de poder servir a lograr lo que falta por hacer, al mismo tiempo que pudiera convertirse en una oportunidad antes que en un obstáculo. La creación de una institución a la que se le asigna la función de defender a los afiliados es un elemento favorable a estos procesos.







Pedro Luis Castellanos¹³⁹

IDESARROLLO. Foro Ciudadano

**Salud y desarrollo
humano:
desconcentración y
descentralización de
salud, ¿soluciones o más
de lo mismo?
Visión desde
la sociedad civil**







La salud de las poblaciones es un componente y a su vez una expresión de la calidad de vida, más que la sumatoria de la salud individual de las personas. Asimismo, la situación de salud de las poblaciones es un componente esencial del capital humano de una sociedad y de su productividad sistémica y, por tanto, de su modelo de desarrollo.

Las reformas sanitarias y de la seguridad social son medios (no fines) para superar las principales limitaciones, históricamente acumuladas, por el sistema de salud, y para lograr una mejor situación de salud, más equidad y protección social en salud de la población. Deben ser entendidas en el contexto histórico y la realidad de salud, social y económica específicas del país. En este documento se identifican algunos de los principales problemas de la situación de salud que deben ser superados, y de las funciones básicas que deben ser desarrolladas en el Sistema Nacional de Salud, para que estos fines puedan ser mejor alcanzados, y se reflexiona acerca de los procesos de descentralización y desconcentración, como oportunidades y como amenazas, desde la perspectiva de la participación social, el empoderamiento de las poblaciones, y de sus implicaciones para el desarrollo humano. Se destacan algunos aspectos considerados críticos para que los procesos de descentralización y desconcentración sean más efectivos en el desarrollo de las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud y en la transformación de la situación de salud.

Se concluye afirmando que los procesos de descentralización y desconcentración en el marco de la construcción del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, representan oportunidades para fortalecer el empoderamiento de las comunidades sobre su situación de salud y calidad de vida, y sobre la gestión de los recursos y organizaciones destinadas por la sociedad para la promoción, la prevención, la atención y la rehabilitación en salud. Sin embargo, para que estas oportunidades sean aprovechadas en todo su potencial es necesario introducir cambios en los paradigmas predominantes sobre la salud de las poblaciones, el modelo de atención y los modelos de gestión de los servicios y programas de salud. Se requiere así mismo un cambio de paradigmas sobre el desarrollo, más vinculado a los conceptos de Desarrollo Humano, y sobre el Estado y sus relaciones con la Sociedad, más vinculados a los conceptos de ciudadanía activa y de democracia participativa.





Asumir los procesos de descentralización y desconcentración como fines en sí mismos, y al margen de un esfuerzo mayor de replanteamiento de estos paradigmas y las bases conceptuales y prácticas de la salud y de la gestión de lo público en salud, podría conducir a desaprovechar las oportunidades que los mismos pueden representar y a frustrar las expectativas de la ciudadanía.

Necesidad de una estrategia de desarrollo humano en salud y protección social

Una estrategia de desarrollo humano es un esfuerzo sostenido de la sociedad y el Estado en pro de construir autonomía y libertad para sus ciudadanos, con base en el desarrollo de sus capacidades. En este sentido, el desarrollo es un proceso de liberación de los individuos y las poblaciones desde una situación de privación. Requiere garantizar simultáneamente los procesos para generar riqueza material, para colocar a la población como la principal riqueza del país, desarrollando sus capacidades y potencialidades, y para el desarrollo institucional de políticas públicas efectivas de mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos. Por lo tanto, la equidad, la efectividad de las intervenciones sociales y el empoderamiento de las poblaciones constituyen componentes esenciales de la misma¹⁴⁰. El desarrollo humano implica la construcción de economías de crecimiento sostenible, de sociedades más solidarias y con mayor cohesión social, y de la preservación de los recursos ambientales. Lograr una satisfactoria situación de salud y asegurar la protección social de la población ante los riesgos inherentes a la vida son pilares esenciales del desarrollo humano.

En los últimos 50 años, la economía dominicana ha crecido por encima del 5% promedio anual, superior a la mayoría de los países del continente¹⁴¹. Sin embargo, la situación de salud y calidad de vida de la población muestra importantes rezagos cuando se compara con países de similar nivel de desarrollo económico, sobre todo en salud, educación y seguridad social. Somos el segundo peor país de América Latina en aprovechar la riqueza para producir bienestar y mejorar el Índice de Desarrollo Humano¹⁴². Estos rezagos se relacionan con la existencia de importantes inequidades sociales, en la distribución del ingreso nacional y en la calidad de vida, los cuales tienen tendencia a deteriorarse¹⁴³. Para ponerlo en perspectiva, mientras el ingreso promedio de una familia correspondiente al 20% de la población nacional de mayores ingresos es superior al ingreso promedio nacional de Arabia Saudita, el correspondiente a una familia del 20% de menores ingresos es similar al ingreso promedio per cápita nacional de Haití e inferior al de Bolivia, Honduras, Nicaragua y Guyana¹⁴⁴.

Asimismo, estos rezagos se relacionan con un débil desarrollo y efectividad de las políticas sociales, sobre todo en salud, educación y protección social, que se traducen en una alta vulnerabilidad social. Mientras que el elevado crecimiento del PIB durante varias décadas, hasta 2002, apenas redujo la población pobre en menos del 2%, dos años de crisis económica (2003 y 2004) incrementaron la





pobreza en un 50% y la pobreza extrema se duplicó¹⁴⁵. Hay evidencias de que la productividad sistémica y la competitividad de la economía dominicana comienzan a dar muestras de agotamiento¹⁴⁶. Se abre la oportunidad de replantear el modelo de desarrollo desde nuevas perspectivas que aseguren el crecimiento de la economía, el mejoramiento de la calidad de vida y la gobernabilidad democrática.

La experiencia internacional muestra que en los países más exitosos en construir capital humano y capital social, las poblaciones son menos vulnerables en los períodos de crisis y su productividad sistémica se fortalece¹⁴⁷. La pobreza y la exclusión social constituyen importantes barreras para el desarrollo¹⁴⁸. Superarlas requiere un esfuerzo proactivo del Estado y la sociedad, mediante políticas públicas efectivas y el desarrollo de una fuerte institucionalidad en las redes de protección social¹⁴⁹, así como el desarrollo de una ciudadanía activa, empoderada de sus derechos y deberes.

En las últimas décadas, el país ha hecho esfuerzos significativos en inversiones, sobre todo en infraestructura, para elevar la cobertura del sistema de salud. El sistema público de salud dispone de alrededor de 1 cama por cada 750 habitantes (1.2 camas por mil hab.). Aunque este índice es inferior al reportado a la CEPAL¹⁵⁰ por 23 de los 34 países latinoamericanos¹⁵¹, es muy probable que si se contabilizara de manera confiable las camas del sector privado y de instituciones públicas descentralizadas, el mismo sería similar o mejor que en la mayoría de ellos. Además, el país dispone de 1 médico por cada 743 habitantes¹⁵². La accesibilidad al sistema de salud puede ilustrarse recordando que ya para el año 2002, el 99.2% de las embarazadas recibía atención prenatal por médicos y el 95.3% de los nacimientos fueron hospitalarios. También, para el mismo año, casi la totalidad de las personas que requirieron de atención médica la pudieron alcanzar, alrededor del 80% de ellos en el sistema público de salud¹⁵³.

Sin embargo, estos esfuerzos no han dado los resultados esperados en reducir la pobreza y elevar la calidad de vida de las mayorías y, por tanto, la productividad sistémica. Las altas tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil evitables, alta incidencia de tuberculosis, entre otros indicadores básicos, evidencian la baja calidad y la limitada efectividad del sistema de salud. Estas limitaciones, en el caso de salud, expresan en parte la baja inversión pública (alrededor de 1.5% del PIB en los últimos años, presupuestado 1.7% para 2006^{154 155}), entre las más bajas del continente, que ha condenado a los establecimientos y programas de salud a operar con déficits presupuestarios acumulados, pero también con las limitaciones estructurales del sistema de salud que se traducen en una pobre calidad e ineficiencia del gasto, una concentración del mismo en actividades restaurativas individuales en los centros hospitalarios, con una muy baja capacidad de resolución en el nivel primario de atención y baja prioridad de las intervenciones de promoción de la salud, y de la prevención y control de problemas prioritarios de salud y sus determinantes.

Desde el año 2001, en República Dominicana se estableció un marco legal conducente a reformar el sistema de salud y de seguridad social, expresado en las





Leyes 42-01 y 87-01 y sus respectivos Reglamentos. En este contexto se ha planteado un nuevo marco institucional y operativo que incluye la separación de funciones, nuevas formas de financiamiento y la reestructuración de la Red de Servicios Públicos de Salud que involucra procesos de descentralización y de desconcentración.

Las reformas son medios, no fines: hacia una concepción más integral de la salud de las poblaciones

Al reflexionar desde la perspectiva de los intereses de la ciudadanía, las reformas de salud y seguridad social no constituyen un fin en sí mismas. Son medios para la protección social de la población y para superar las privaciones vinculadas con las situaciones de salud y calidad de vida deficitarias, para reducir las inequidades sociales y la vulnerabilidad de las poblaciones ante las coyunturas de la economía, y para incrementar la productividad sistémica del país con base en aumentar su capital humano y su capital social. También son herramientas para incrementar la solidaridad y la cohesión social, y medios para desarrollar las capacidades de la población para asumir sus proyectos de vida personal, familiar, comunitaria y nacional. Los fines son el bienestar y la libertad de asumir estos proyectos en toda su potencialidad, sin que los procesos de enfermedad y muertes evitables y prematuras los limiten o impidan.

Este abordaje desde la población requiere un marco conceptual y una práctica más integradores sobre la salud de las poblaciones, y la superación de las limitaciones de los enfoques que se centran en la enfermedad, en lo individual y en los servicios médicos curativos¹⁵⁶.

La situación de salud y calidad de vida. Políticas de salud y desarrollo humano

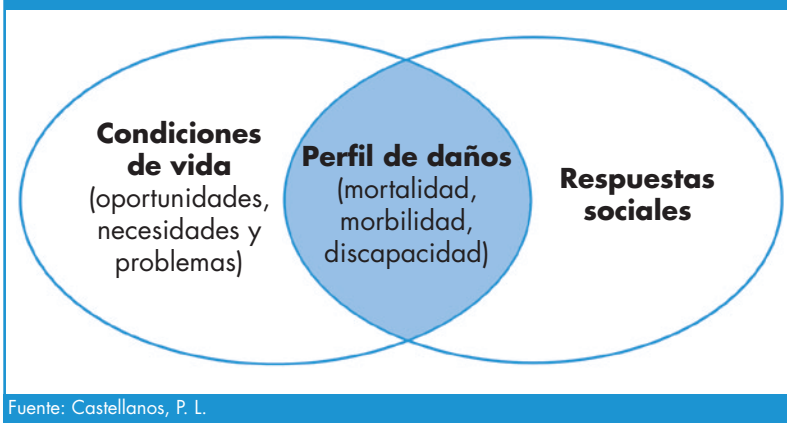
La situación de salud es un componente principal y al mismo tiempo una expresión de la calidad de vida de las personas y las poblaciones. Es parte del capital humano de una población o de un país. El perfil de daños a la salud es expresión de la interacción entre las condiciones de vida de cada persona y grupo social y las respuestas sociales. De las primeras se derivan necesidades y problemas de salud que se expresan como restricciones en la vida cotidiana. Las respuestas sociales, del Estado y la sociedad, organizan y ejecutan intervenciones a nivel individual, familiar, comunitario y en las redes institucionales públicas y privadas en que discurre la cotidianidad. Las condiciones de vida constituyen la expresión cotidiana de complejos procesos de reproducción social en sus diferentes dimensiones: predominantemente biológicos, ecológicos, culturales y psicológicos, y los económicos. Procesos que se han estructurado históricamente, a lo largo de la conformación de cada grupo social, en el seno de la sociedad y en el asentamiento y apropiación de un determinado territorio. La situación de salud, por lo tanto, es producida y reproducida socialmente en los mismos procesos que producen y reproducen la calidad de vida de las poblaciones^{157 158}. La producción y reproducción de la salud de las poblaciones no se limita a la atención de la demanda





Gráfico 2

Componentes de la situación de salud de poblaciones



espontánea de servicios restaurativos e incluye en forma relevante la promoción de condiciones de vida saludables, la prevención y control de los riesgos, problemas prioritarios de salud y la rehabilitación física y social de los afectados. Numerosa evidencia internacional ha confirmado que la situación de salud de poblaciones es socialmente producida y reproducida¹⁵⁹, y que la exclusión social constituye el más importante determinante de la situación de salud de las poblaciones sometidas a situación de discriminación y marginalidad en el seno de diferentes tipos de sociedades, antiguas y contemporáneas^{160 161 162}.

Asumir un concepto más integral de salud presupone asumir que la salud se produce y reproduce en el seno de las comunidades y de la sociedad, en sus diferentes espacios institucionales, incluyendo las escuelas, los centros de trabajo, los ámbitos residenciales, según las condiciones de vida de las poblaciones, y no sólo en los centros de atención de los enfermos.

Este abordaje de la salud como producto social ha sido asumido por la Ley General de Salud (42-01), que rige el desarrollo del Sistema Nacional de Salud en el país, la cual señala:

Artículo 2.- "La salud es a la vez un medio para el logro del bienestar común y un fin como elemento sustantivo para el desarrollo humano. La producción social de la salud está íntimamente ligada al desarrollo global de la sociedad, constituyéndose en el producto de la interacción entre el desarrollo y la acción armónica de la sociedad en su conjunto, mediante el cual se brinda a los ciudadanos y ciudadanas las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingresos, de empleos, de recreación y participación social para que, individual y colectivamente, desarrollen sus potencialidades en aras al bienestar. Por lo tanto, la salud no es una atribución exclusiva del sector salud y, en consecuencia, no se presta exclusivamente dentro de sus instituciones"¹⁶³.





Sin embargo, se ha avanzado poco en incorporar estos conceptos en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, desde instancias de la sociedad civil se han apreciado los procesos de elaboración del Plan Decenal de Salud 2006-2015 y sus versiones preliminares como una importante oportunidad de rescatar y aplicar estos conceptos en instrumentos prácticos.

Esta interacción entre salud y calidad de vida, sin embargo, no es de carácter lineal, sino compleja e involucra múltiples niveles. En el nivel más general de abordaje, la situación de salud se articula con el modelo de desarrollo; en el nivel particular de cada grupo social, se articula con sus condiciones de vida, y en el nivel individual, con los estilos de vida¹⁶⁴. Cada uno de estos niveles de interacción tiene sus peculiaridades, diversos procesos de mediación y tiempos de latencia. La experiencia muestra que los cambios favorables en el modelo de desarrollo que elevan la calidad de vida tienen un impacto perdurable sobre la salud de las poblaciones, aunque el tiempo de latencia puede ser amplio. Asimismo las intervenciones a nivel individual suelen tener efectos inmediatos, pero son poco duraderas. Las intervenciones en las condiciones particulares de vida de los grupos sociales tradicionalmente más excluidos suelen tener efectos inmediatos en algunos indicadores de salud y más tardíamente en otros, pero suelen ser bastante duraderos¹⁶⁵. Las políticas de salud, por lo tanto, han de tener un carácter intersectorial y combinar armónicamente intervenciones en los tres niveles para asegurar que sus efectos de corto plazo sean sostenibles.

Las políticas de salud, si son efectivas en promover condiciones de vida saludables, en transformar positivamente el perfil de daños a la salud y en superar la exclusión y las inequidades en el acceso y en la calidad de los servicios de salud, constituyen componentes básicos del desarrollo humano. A continuación, algunas de las brechas en salud que, desde esta perspectiva, necesitarían ser reducidas progresivamente.

Las brechas de inequidad social en salud que necesitamos superar

La situación de salud es diversa, característica de cada grupo social, en correspondencia con sus condiciones de vida y con el tipo de respuestas sociales de las cuales disponen y a las cuales acceden. Estos diferenciales en la situación de salud se constituyen en inequidades sociales en salud cuando expresan el nivel de exclusión o de acceso diferencial a los recursos científico-técnicos, materiales y financieros de que dispone la sociedad. Es decir, cuando son diferenciales socialmente producidos y cuando son superables¹⁶⁶. Las inequidades sociales son expresión, por lo tanto, de la exclusión social y de la distribución social de los recursos disponibles para prevenir y controlar los problemas de salud, para diagnosticar y curar las enfermedades, y prolongar y mejorar la calidad de la vida de las personas y comunidades.

Las brechas reducibles de morbilidad, mortalidad y discapacidad constituyen evidencias de las inequidades sociales en salud. Monitorear y vigilar estas brechas





Cuadro 4

Ingreso per cápita (PPA): Índice de Desarrollo Humano (IDH), esperanza de vida al nacer y sobrevivencia a los 5 años. Países seleccionados de América Latina y el Caribe. (Circa 2006)

País	Ingreso US\$ per. cápita (PPA) (a)	I.D.H. 2006 (a)	Esperanza de Vida al Nacer (2005-2010) (b)	Sobrevivencia 5 años (c) %
Argentina	13,298	0.863	75.2	98
Chile	10,874	0.859	78.5	99.1
México	9,803	0.821	74.3	97.2
Costa Rica	9,481	0.841	78.8	99
Uruguay	9,421	0.851	76.1	96.5
Brasil	8,195	0.792	72.4	96.5
Rep. Dominicana	7,449	0.751	71.4	97.6
Panamá	7,278	0.809	75.6	97.6
Colombia	7,256	0.79	73.2	97.9
Venezuela	6,043	0.784	73.8	97.9
Perú	5,678	0.767	71.2	96.6
Cuba*	5,400	0.826	77.3	99.2
El Salvador	5,041	0.729	71.8	96.4
Paraguay	4,813	0.752	71.9	97.1
Jamaica	4,163	0.724	71.1	98
Guatemala	4,313	0.673	70.2	95.3
Ecuador	3,963	0.765	75	97.3
Nicaragua	3,634	0.698	71	96.2
Honduras	2,876	0.683	72.1	95.9
Bolivia	2,720	0.692	65.5	93.4
Haití	1,892	0.482	61.2	88.2

Fuentes: a) PNUD (2006). Informe Mundial de Desarrollo Humano. Nueva York
b) CEPAL 2006. Anuario Estadístico, Santiago de Chile 2007
c) GAPMINDER 2005. PNUD. Nueva York 2005





constituye una de las más importantes responsabilidades de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica. Más aún en países con gran inequidad social¹⁶⁷. Reducir las brechas de inequidad social es uno de los mecanismos más efectivos para mejorar la situación de salud en una sociedad, al mismo tiempo que es una forma efectiva de construir capital humano y equidad, y fortalecer el desarrollo humano. A continuación se tratan algunas de las brechas reducibles que los procesos de reforma en salud y seguridad social deberán contribuir a superar.

a. Brechas que expresan rezago en desarrollo humano y salud con respecto a otros países

La esperanza de vida al nacer (EVO) es un resumen de las probabilidades de morir en las diferentes edades del ciclo de vida en una población y en un momento determinado. Está muy fuertemente influenciada por la mortalidad en los primeros cinco años de vida, ya que en estas edades se tiene el mayor potencial de años de vida. Esta mortalidad en edades tempranas está fuertemente influenciada, a su vez, por la calidad de vida de las poblaciones y por la calidad y cobertura de los servicios de salud prenatales, de atención obstétrica y neonatal, así como de la infancia.

La sobrevivencia a los 5 años expresa la probabilidad de que una persona nacida en cierto lugar y año correspondiente alcance la edad de cinco años. Está fuertemente relacionada con las condiciones de vida a nivel familiar.

Como se observa en el Cuadro 4, República Dominicana tiene valores del Índice de Desarrollo Humano, de la esperanza de vida al nacer y de la probabilidad de sobrevivencia a los 5 años que son inferiores a un número importante de países cuyos ingresos brutos per cápita (PPA) son inferiores a los del país.

Resultados similares emergen cuando comparamos la mayoría de los principales indicadores de salud. Así, para el período 2000-2005, la tasa de mortalidad infantil del país presentaba una brecha reducible de 24.4% con respecto al promedio de América Latina y el Caribe, y de 78.7% con respecto a la tasa nacional más baja observada. La mortalidad materna en el mismo período tenía una brecha reducible de 83.8% con respecto a la más baja del continente¹⁶⁸. Alrededor del 80% de las muertes infantiles maternas son clasificadas como evitables en el país¹⁶⁹.

b. Brechas con respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Las evaluaciones nacionales sobre los avances hacia los Objetivos y Metas del Milenio destacan la necesidad de redoblar los esfuerzos para lograr los resultados a los cuales el país se comprometió en la Cumbre del Milenio (2000)¹⁷⁰.

De acuerdo a estas evaluaciones, las metas directamente relacionadas con la situación de salud que no serán alcanzadas, a menos que se produzcan cambios





significativos en las estrategias aplicadas que incrementen su efectividad e impacto, son:

- Reducir a la mitad el porcentaje de personas que sufre de hambre (Meta 2). La meta nacional es llegar al 13.5% y de acuerdo a las tendencias actuales estaríamos alrededor de 21.7% de prevalencia.
- Reducir la mortalidad materna en 3/4 partes (Meta 6). La meta para el año 2015 es de 57 por 100,000 nacidos vivos y según las tendencias llegaríamos alrededor de 67.5.
- Detener y comenzar a reducir la incidencia de malaria, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles severas (Meta 8). Parece probable que se logre esta meta con respecto a la malaria y la tuberculosis; sin embargo, no con respecto al dengue, cuya línea de base fue fijada en 2000 casos por año¹⁷¹.
- Reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso a agua potable y servicios básicos sanitarios (Meta 10). La meta para el año 2015 es de 8.5% para agua potable y 30% para servicios sanitarios. De mantenerse las tendencias actuales parece improbable que se llegue más allá de 15% y 50%, respectivamente.

c. Brechas de desarrollo humano y salud entre grupos socioeconómicos

Desde mediados del siglo XIX se ha acumulado evidencia creciente sobre la asociación entre la situación de salud y la desigual distribución de la riqueza¹⁷² ¹⁷³. La desigual distribución del ingreso nacional impacta considerablemente las condiciones de vida y de salud a través de desiguales condiciones de vida y desigual acceso a servicios de salud.

Cuadro 5

Brechas de ingreso y sobrevivencia infantil por quintil de ingresos. República Dominicana, 2003

Estrato de población (20%) según ingreso	Ingreso per cápita anual US\$ (PPA)	% de sobrevivencia a los 5 años
1	17,200	98.5
2	6,460	97.9
3	4,190	96.6
4	2,770	95.8
5	1,640	94.8

Fuente: GAPMINDER. www.gapminder.org Septiembre 2006





En el Cuadro 5 se presenta la sobrevivencia a los 5 años de acuerdo a estrato por niveles de ingreso en el país, para el año 2003. De acuerdo con estos cálculos, la brecha reducible de mortalidad en los menores de 5 años entre el estrato de menor ingreso y el de mayor ingreso sería alrededor del 71%¹⁷⁴.

Un recién nacido de una familia del grupo de mayores ingresos tiene una probabilidad de celebrar su quinto cumpleaños similar a la población de Barbados, Uruguay o Bahamas, mientras que si nace en una familia de menores ingresos será equivalente a la población de Bolivia y Guyana e inferior a países como Guatemala y Honduras.

Una de las expresiones de inequidad social más lamentables del bajo gasto público en salud es el elevado gasto familiar en salud y el impacto diferencial del mismo sobre la economía familiar de los más pobres. De acuerdo a la CEPAL, el gasto privado, como porcentaje del gasto total en salud del país, es el segundo más elevado de América Latina¹⁷⁵. Más aún, algunos estudios consideran que por cada peso gastado por el sector empresarial en salud, las familias gastan por lo menos 5.6; y este gasto, como proporción del ingreso familiar se eleva a medida que la familia es más pobre¹⁷⁶. Alrededor del 60% del gasto privado corresponde a medicamentos.

d. Brechas por territorios

La población no se distribuye al azar en el territorio. La historia de cada grupo social involucra los procesos de apropiación de un determinado territorio. Las comunidades arraigadas miran al país y a los procesos de desarrollo desde la perspectiva de su asentamiento territorial. Las diferencias territoriales constituyen así diferencias sociales históricamente acumuladas.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de la región menos favorecida del país alcanza el 5% del correspondiente a la región con mayor nivel. En general, el Índice de Esperanza de Vida al Nacer, como componente del IDH, tiende a tener una alta correlación con los Índices de Educación ($r = 0.834$), mayor incluso que con el Índice Correspondiente al Ingreso ($r = 0.746$)¹⁷⁷.

Estas diferencias territoriales se hacen más ostensibles a nivel provincial y municipal. Para el año 2002, la diferencia en la esperanza de vida al nacer entre la provincia menos favorecida y la de mejores condiciones fue de 8.7 años (74.5 años en Espaillat y 65.8 en San Juan de la Maguana). En perspectiva, estas diferencias son mayores que las observadas entre República Dominicana (71.4 años) y Costa Rica (78.8 años), Chile (78.5 años) y Cuba (77.3 años), las mejores del continente, para el período 2005-2010¹⁷⁸.

e. Brechas según género

Si bien la condición sexual se basa en diferencias de carácter biológico, las inequidades por género son construcciones sociales que traducen las diferentes





formas de inserción social de los hombres y las mujeres. En general, el riesgo de muerte prematura de los hombres es mayor que el de las mujeres. Esto ocurre en prácticamente todos los países del continente. Sin embargo, hay evidencias de que en los estratos sociales de menor ingreso, estas diferencias se reducen y llegan a neutralizarse. Hay evidencias de que la razón de los riesgos de mortalidad prematura entre mujeres y hombres, en los estratos más pobres del país, puede llegar a ser positiva en algunos años¹⁷⁹.

Este comportamiento es coherente con los rezagos encontrados en el Índice de Desarrollo Humano relativo al Género (IDG). El IDG del país (0.728) es inferior al promedio latinoamericano (0.766). También es coherente con rezagos encontrados en el mercado laboral, con relación a los niveles de remuneración y al acceso a posiciones de conducción, y la sobrecarga de responsabilidades que asume la mujer en los hogares. La proporción de mujeres jefas de hogar es mayor entre los más pobres. Igualmente, en el país son elevados los riesgos específicos de salud vinculados a la maternidad. Ya hemos señalado que el 80% de las muertes maternas es evitable.

f. Brechas de poder, exclusión y jerarquía social

Aunque la pobreza y la desigual distribución de la riqueza y las propiedades constituyen sin duda las más importantes fuentes de exclusión social, estos no son los únicos determinantes de la misma. La exclusión social basada en diferencias de carácter biológico (piel) o cultural (étnico), o en diferencias religiosas o de origen geográfico, así como las vinculadas a discapacidades físicas o mentales o en determinadas enfermedades (tuberculosis, lepra, VIH/ SIDA), entre otras, son conocidas fuentes de exclusión, subordinación y marginación social, documentadas en múltiples sociedades, que se traducen en diferentes estatus de aceptación por la sociedad.

Existe numerosa evidencia de que la situación de salud en las poblaciones pobres muestra mayores carencias y limitaciones que en las poblaciones más favorecidas económicamente. En términos generales, las poblaciones con mejores ingresos, educación y recursos tienen mayor expectativa de vida y viven más saludables¹⁸⁰. Es menos conocida y estudiada en el país la asociación entre salud vulnerable y deteriorada con la condición de inferioridad en la jerarquía social que se traduce en exclusión y marginación.

La marginación social, es decir, la pertenencia a un grupo de estatus considerado inferior, marginado de los procesos de decisión y de poder, y no aceptado socialmente, constituye por sí misma un importante determinante de la situación de salud a nivel individual y colectivo. Abundante evidencia muestra que mientras más estratificada sea una sociedad, mayores tienden a ser sus diferenciales sociales en salud y mayor el déficit con respecto a sociedades más solidarias, con mayor capital social y cohesión social. Esta asociación llega a ser tan fuerte que supera los vínculos entre situación de salud y nivel de desarrollo económico (medido por el PIB per cápita ajustado PPA), siempre que se supere





un umbral mínimo de magnitudes económicas y recursos disponibles. Ésta es una realidad demostrada, tanto en la comparación entre países como entre clases y sectores sociales en un mismo país.

Se ha demostrado que la subordinación social por sí misma, es decir, la ubicación en la jerarquía social predominante y asumida como prácticamente inmutable, traducida en limitaciones de control sobre las variables que determinan la vida cotidiana, constituye un importante determinante de la situación de salud de las poblaciones¹⁸¹. Esta asociación está mediada no solamente por la carencia de recursos financieros o de atención, sino, sobre todo, por la condición de inferioridad como ciudadano, “infraciudadanía” o “ciudadanía subordinada”, que se expresa en la negación de la condición de derechohabiente a la salud y a la protección social. Esta “autonegación”, por lo tanto, limita el poder de las poblaciones para demandar activamente dichos derechos o de asegurarlos por otros medios, en contraposición con la condición de “menesteroso” y sujeto de la beneficencia o de la caridad pública o privada.

De acuerdo a la evidencia internacional, la ubicación en la jerarquía social se asocia con niveles de mortalidad y morbilidad que no son totalmente explicables por el nivel de ingresos familiares¹⁸², y que más bien se relacionan con complejos procesos de adaptación social a condiciones de inferioridad y subordinación que se expresan en cambios neurológicos y endócrinos, que a su vez conducen a mayor vulnerabilidad, así como en comportamientos pasivos ante determinantes de la salud, que se traducen en mayores riesgos. La asociación de situación de salud vulnerable y deteriorada con la subordinación e inferioridad en la jerarquía social ha sido observada incluso en algunas especies de animales¹⁸³.

En este sentido, el empoderamiento de las comunidades sobre su salud y su calidad de vida constituye no sólo una necesidad política vinculada a la profundización de la democracia, sino también una necesidad para transformar su situación de salud individual y colectiva.

Aún cuando no conocemos investigaciones realizadas en República Dominicana sobre subordinación y marginación, y situación de salud de poblaciones, dada la abundante evidencia internacional en variados contextos económicos, políticos y culturales, puede asumirse la necesidad de avanzar seriamente en el empoderamiento de las comunidades sobre salud y calidad de vida, y sobre la gestión de los servicios y programas de salud para lograr mejorar sustancialmente y en forma sostenible su situación de salud.

Funciones del Sistema Nacional de Salud: descentralización, desconcentración y participación social

La situación de salud no cambiará por inercia. Es necesario desarrollar políticas públicas más efectivas. Corresponde al interés público, al interés ciudadano,





demandar y participar activamente, en forma integral y armónica, en el desarrollo de todas las funciones del Sistema Nacional de Salud. Ésta es una tarea que requiere de un esfuerzo concertado entre el Estado y la sociedad civil.

Una de las estrategias definidas en el marco jurídico de las reformas de salud y seguridad social en el país, para impulsar el desarrollo integral del Sistema Nacional de Salud, es la separación de funciones, con la intención de lograr mayor eficiencia y efectividad. De acuerdo con la Ley 42-01 y sus Reglamentos, las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud son: a) rectoría, b) provisión de atención a las personas, c) provisión de salud colectiva, d) aseguramiento, y e) financiamiento¹⁸⁴.

Los procesos de descentralización y desconcentración constituyen oportunidades y amenazas para el desarrollo de todas estas funciones, según como sean asumidos dichos procesos, y las modalidades y espacios de la participación social que se involucren en la gestión del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Sobre las funciones de rectoría

Éstas son las funciones articuladoras centrales del sistema que se expresan en todas las otras funciones del mismo. Se refieren a la conducción estratégica, expresada en la definición de prioridades, políticas y estrategias, y en el Plan Decenal de Salud, así como en los procesos de habilitación, regulación y control de todos los establecimientos y servicios públicos y privados de salud. Son funciones inherentes al Estado que aseguran la calidad y la direccionalidad estratégica del sistema de salud y seguridad social en coherencia con las prioridades del desarrollo humano. Corresponde al interés ciudadano el fortalecimiento de la rectoría pública en el Sistema Nacional de Salud. No hay una sola evidencia internacional de que sistemas con débil rectoría pública reduzcan las inequidades sociales y fortalezcan la participación y empoderamiento de las comunidades organizadas.

La Ley 42-01 establece que la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) es el órgano “rector del Sistema Nacional de Salud”, cuyas funciones se ejercen a través de los órganos correspondientes del nivel central y los órganos desconcentrados territoriales; es decir, las Direcciones Provinciales de Salud y las Direcciones de Áreas o Municipales de Salud, como su equivalente en la capital del país. Sin embargo, éstas son funciones tradicionalmente poco desarrolladas en dicha Secretaría.

El fortalecimiento de la rectoría requiere una importante transformación del nivel central de la SESPAS y un desarrollo de las capacidades de rectoría en las DPS y sus equivalentes. Desconcentrar estas funciones sin desarrollar las capacidades correspondientes podría traducirse en una seria amenaza por un mayor debilitamiento de las mismas.





Un importante componente de los procesos de fortalecimiento de la rectoría pública en el Sistema Nacional de Salud es la participación social, y su traducción en fuertes mecanismos de fiscalización, veeduría y participación en la gestión institucional. El marco de los procesos de reforma favorece variadas oportunidades en este sentido, desde los Comités de Administración y Gestión en cada establecimiento y nivel de decisión, con participación de representantes calificados de la población, previstos en el marco legal y reglamentario, hasta las más amplias iniciativas de participación permanente contempladas en el Plan Decenal de Salud¹⁸⁵.

El proceso de elaboración del Plan Decenal de Salud que regirá hasta 2015 (PLANDES 2006-2015), impulsado por la SESPAS, con el apoyo técnico del INTEC y el apoyo de la CERSS, se ha caracterizado por una amplia apertura a la participación social y procesos de consulta en todas las provincias, que se contraponen a las tradiciones centralistas y autoritarias en el Estado dominicano y se orientan hacia el desarrollo de una rectoría participativa y hacia nuevas formas de relación entre el Estado y la sociedad. Los borradores, actualmente en proceso de consulta con la sociedad civil, fueron elaborados con la participación de cientos de representantes calificados de organizaciones estatales y de la sociedad, y las etapas aún pendientes ampliarán dichas consultas mucho más, a nivel de cada una de las regiones, provincias y municipios del país.

Este PLANDES contempla la conformación de un sistema de participación social en los procesos de planificación, monitoreo y evaluación denominado "Conferencia Nacional de Salud y Calidad de Vida", con expresiones a nivel municipal, provincial y nacional, con mecanismos democráticos de representación, y que se constituirían en foros permanentes de participación y de rendición de cuentas de las autoridades de salud en los diferentes niveles del sistema. Este sistema de planificación, monitoreo y evaluación promovería la planificación local participativa y la articulación intersectorial en el marco de los Consejos de Desarrollo.

Desde la sociedad civil se ha apreciado positivamente estos avances y oportunidades de participación y empoderamiento social, valorándolas como expresión de tendencias democratizadoras del Estado que deben ser consolidadas.

En la medida que este sistema planteado no sucumba ante las tradiciones de prácticas clientelares y fortalezca su representatividad y legitimidad en el seno de las comunidades, así como los métodos transparentes y democráticos de trabajo, constituiría una de las más importantes oportunidades para que los procesos de descentralización y desconcentración, a través de la participación ciudadana, fortalezcan las funciones de rectoría pública en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud desde la perspectiva del interés público y del desarrollo humano.

Aprovechar adecuadamente estas oportunidades requiere un serio esfuerzo de fortalecimiento de la participación social en salud, tanto en lo referente a la





consolidación de los espacios de participación señalados como en el desarrollo de capacidades para elevar la calidad de la representación y participación de las organizaciones comunitarias.

Sobre las funciones de atención a las personas

En el marco jurídico vigente, las reformas de estas funciones expresan la imagen objetiva de una Red Única de Servicios Públicos de Salud y de Redes de Servicios Privados de Salud, como los principales conjuntos prestadores de servicios de atención a la demanda de asistencia por parte de la población.

La Red Pública se estructuraría en base a los Servicios Regionales de Salud (ver Mapa 1), de carácter público, con personería jurídica y autonomía administrativa, con base territorial, organizados por niveles de atención, con prioridad en el desarrollo del nivel primario. Las Redes Privadas de prestadores, igualmente, se estructurarían por niveles de atención.

Los Servicios Regionales de Salud, una vez habilitados como Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema Dominicano de Seguridad Social, deberán estar en capacidad de facturar a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), al Fondo Nacional de Atención Médica de Accidentados de Tránsito (FONAMAT), al Seguro de Riesgos Laborales y a otras fuentes de financiamiento, los costos de las atenciones brindadas a sus respectivos beneficiarios. Esto supone cambios importantes en los sistemas de contabilidad y de gestión financiera, y cambios de fondo en la gerencia técnica y administrativa, así como en la gestión de personal.

De acuerdo con las disposiciones legales y reglamentaciones vigentes, cada Servicio Regional de Salud sería conducido por un Consejo de Administración, integrado por representantes de la SESPAS, de otras dependencias públicas y de la sociedad civil. Las funciones de estos consejos están claramente especificadas en el "reglamento de rectoría y separación de funciones", y otros instrumentos.

Asimismo, el marco jurídico establece que en cada establecimiento de salud y a nivel provincial, municipal y local se estructuren consejos con funciones semejantes a las descritas para el nivel regional.

Estos consejos constituyen espacios privilegiados para la participación social en la gestión de los servicios de atención a las personas y las redes públicas de salud, que deberán fortalecerse en la medida que progresivamente se vayan desarrollando las Redes de Servicios Públicos y los Servicios Regionales de Salud.

Existen, sin embargo, serias amenazas para el desarrollo de la Red de Servicios Públicos de Salud y los Servicios Regionales. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Resistencia de algunos sectores que ha retrasado la reestructuración del IDSS y amenaza con impedir el desarrollo de la Red Pública.





- Retrasos considerables en la reestructuración de la SESPAS con base en la separación de funciones.
- Debilidad técnica y de incidencia pública de las organizaciones de base comunitaria.
- Maniobras de algunos sectores que se sienten amenazados en sus intereses económicos con la posibilidad de desarrollar una Red Pública con mayor calidad y efectividad en la prestación de servicios.

La experiencia acumulada en los primeros 5 años de vigencia del marco jurídico que rige las reformas de salud y seguridad social en el país, y a 4 años de concluir el periodo de transición legalmente establecido para completar estos procesos de reforma y lograr cobertura universal de la población, parecería indicar la necesidad de fortalecer la participación y el empoderamiento social alrededor de una agenda de desarrollo de la Red Pública y de los Servicios Regionales de Salud. En la medida que estos complejos procesos son asumidos con estilos burocráticos y son limitados a los espacios técnicos, también son altamente vulnerables a las amenazas que hasta ahora han frenado considerablemente su desarrollo.

Desde esta perspectiva, la consulta nacional alrededor del PLANDES y la movilización y empoderamiento que pueda lograrse alrededor de sus objetivos estratégicos y posteriormente alrededor de los espacios de participación en la rectoría, constituyen importantes oportunidades para avanzar.

Sobre las funciones de salud colectiva

Éstas se refieren al conjunto de intervenciones de promoción de la salud y de prevención y control de problemas prioritarios de salud de las poblaciones. De acuerdo con el marco jurídico vigente, deben organizarse en Redes Programáticas, con carácter predominantemente desconcentrado.

Una Red Programática estaría integrada por los recursos financieros, institucionales y de otra índole, que se organizan alrededor de estrategias comunes de intervención para la prevención y control de un conjunto de problemas prioritarios de salud. Las funciones predominantemente normativas corresponden al nivel central de la SESPAS y las de carácter predominantemente ejecutivas corresponden a los niveles desconcentrados. En consecuencia, el desarrollo de estas funciones en el nuevo marco jurídico e institucional implica la superación del viejo concepto de programas verticales, centralizados y aislados entre sí, para conformar una realidad institucional de carácter más transversal, aglutinada alrededor de estrategias comunes de trabajo y con la incorporación de múltiples prestadores de estos servicios; es decir, no necesariamente limitados a los servicios públicos de salud y a organizaciones gubernamentales. La participación social y el fortalecimiento del papel de las municipalidades en la promoción de espacios de vida saludable (barrios, escuelas y centros laborales saludables, entre otros), constituyen pilares centrales para el desarrollo de las funciones de salud colectiva.





Para que la desconcentración de las funciones de salud colectiva sea exitosa se requieren importantes transformaciones en el nivel central y en las DPS y sus equivalentes territoriales. Se requiere, asimismo, fortalecer la profesionalización y estabilidad del personal mediante la carrera sanitaria y administrativa.

Las DPS necesitan desarrollar capacidades que hasta ahora no han tenido o han recibido poca prioridad. Entre ellas están las capacidades para la planificación local participativa, para un abordaje intersectorial y de producción social de la salud, para establecer convenios, acuerdos y contratos con múltiples actores y prestadores de servicios y atenciones, para fortalecer la participación y el empoderamiento de las comunidades y sus organizaciones representativas, y para construir redes programáticas locales con diversidad de actores. Además, deberán desarrollar capacidades y habilidades para operar sobre nuevos criterios de asignación y gestión financiera, más vinculadas a resultados de impacto en la población, con efectivos mecanismos de monitoreo y evaluación, así como de fiscalización y veeduría social.

No parece probable que se fortalezcan adecuadamente las funciones de salud colectiva en el Sistema Nacional de Salud si no se fortalecen considerablemente las capacidades de las DPS para estas nuevas funciones y formas de gestión, en conjunto con el espacio municipal y la participación ciudadana local en la planificación, gestión, monitoreo, evaluación y fiscalización social.

Sobre la función de aseguramiento

La Ley 87-01 establece que, para mayo del año 2011, la totalidad de la población dominicana deber estar incorporada al Sistema Dominicano de Seguridad Social, en sus diferentes componentes y regímenes. Hasta comienzos de 2007 sólo han sido incorporados poco más de 500,000 beneficiarios, todos en el régimen subsidiado, a través de SENASA. Se espera que durante el presente año, al iniciarse el régimen contributivo, más de un millón de trabajadores del sector formal público y privado sean incorporados a este régimen.

Para lograr la meta establecida, será necesario que SENASA logre duplicar cada año sus afiliados en el régimen subsidiado, que se reduzca considerablemente la evasión y la elusión por parte de los empleadores en el régimen contributivo, que todos los trabajadores del Estado sean afiliados a SENASA en el régimen contributivo (como lo establece la Ley 87-01), y que se desarrolle adecuadamente el régimen contributivo subsidiado.

Para lograr elevar considerablemente la afiliación al régimen subsidiado se requiere mejorar a nivel local las capacidades de identificar beneficiarios potenciales y superar las barreras que limitan su afiliación, entre ellas, la carencia de documentación de identidad. Además, será necesario monitorear y vigilar los cambios de estatus laboral y, por lo tanto, el cumplimiento del derecho de afiliación





al régimen contributivo o al contributivo subsidiado. Para este fin, podría ser de gran beneficio el desarrollar en forma intensiva y acelerada los Comités de Selección y Certificación previstos en el Reglamento de dicho régimen, precisamente para cumplir estas funciones, los cuales han tenido hasta ahora un desarrollo muy limitado.

Estos Comités, previstos para operar en cada localidad y comunidad, estarían conformados por representantes comunitarios, autoridades municipales y de salud. Constituyen una importante oportunidad para el empoderamiento de las comunidades, a nivel local y municipal, sobre sus derechos y deberes en el Sistema de Seguridad Social.

Correspondería a las autoridades desconcentradas de salud, a las autoridades municipales y, en general, a los integrantes de los Consejos de Desarrollo provinciales y municipales impulsar y propiciar la afiliación de la población al Sistema Dominicano de Seguridad Social, como expresión de su responsabilidad de promover la protección social de la población de sus respectivos territorios, como componente básico del desarrollo humano.

Sobre la función de financiamiento

Ya hemos señalado que el desarrollo de la Red Única de Servicios Públicos de Salud y de las Redes Programáticas de Salud Colectiva, bases organizativas de la prestación de servicios en el Sistema Nacional de Salud, requieren el desarrollo de nuevas modalidades de gestión financiera que aseguren mayor transparencia y mayor calidad del gasto en salud y seguridad social. Sin embargo, estos desarrollos no serán suficientes si no se logra aumentar considerablemente el gasto público social y, en particular, en salud.

Algunas estimaciones concluyen en la necesidad de elevar progresivamente el gasto público en salud hasta alcanzar alrededor del 6% del PIB para 2015, a fin de cubrir las necesidades financieras de la cobertura universal de la población con servicios efectivos y de calidad¹⁸⁶.

Los procesos de descentralización y desconcentración implican la apertura del SNS a la participación de nuevos actores, entre ellos los prestadores gubernamentales y no gubernamentales de servicios, las instituciones municipales, las Organizaciones No Gubernamentales, las organizaciones de base social y comunitaria, las iglesias, etc. Esto requerirá del desarrollo de nuevos instrumentos de gestión financiera pública, así como de monitoreo, evaluación, fiscalización y veeduría social.

Algunos ejes transversales

Para lograr el desarrollo armónico de las funciones del Sistema Nacional de Salud se considera necesario desarrollar algunos procesos de carácter transversal. Entre ellos:





- Un sistema de recursos humanos basado en la carrera administrativa y sanitaria, y en nuevas formas de contratación y condiciones laborales más dignas y estimulantes.
- Un sistema de información que asegure la producción y disponibilidad de información para los procesos de monitoreo, evaluación y decisión en los diferentes niveles del SNS.
- Un sistema de transversalización del enfoque de género en salud que propicie la equidad de género y la adecuación de los servicios.
- Un sistema de participación y movilización social en salud verdaderamente efectivo.

En el contexto de los procesos de desconcentración y descentralización corresponde a las DPS y sus equivalentes territoriales, como expresión de sus responsabilidades de rectoría en el desarrollo del SNS, la principal responsabilidad de desarrollar estos ejes transversales.

Consideraciones sobre el modelo de atención, la descentralización y el nivel primario de atención de salud

Para que los procesos de descentralización y desconcentración territorial sean efectivos, se considera necesario replantear el modelo de atención en el SNS desde la perspectiva de las necesidades de las comunidades y centrarlo en el nivel primario de atención.

Mientras predomine un modelo de atención centrado en los hospitales, con una capacidad de resolución en el nivel primario muy baja, centrado en la curación con limitado desarrollo de la promoción y la prevención, y que deja a la discrecionalidad del médico tratante los esquemas de diagnóstico y tratamiento, difícilmente podrá la participación social fortalecer la efectividad y difícilmente podrán desarrollarse, en todo su potencial, los procesos de descentralización territorial. Parece necesario que simultáneamente con estos procesos de base territorial se desarrolle un cambio de paradigma sobre el sistema de salud y sobre la salud de las poblaciones.

Existe abundante evidencia de que un nivel primario de atención con alta capacidad resolutoria y de atención con calidad puede lograr atender y resolver hasta alrededor del 80% o más de la demanda espontánea de atención de las poblaciones. El primer nivel de atención también descongestiona considerablemente los ambientes hospitalarios, reduce los costos y aumenta la satisfacción, al mismo tiempo que genera mayores oportunidades de empoderamiento local, sobre todo si tiene cobertura universal y se organizan los servicios primarios con base poblacional.

Un primer nivel de atención con alta capacidad de resolución requiere un personal capacitado y rigurosos protocolos sustentados en evidencias, aplicados con disciplina y sometidos a la fiscalización social. El personal médico, de enfermería, odontología y de apoyo social de primer contacto, debe ser preferiblemente





especializado en medicina familiar y comunitaria, a fin de asegurar un abordaje integral de los problemas de salud de las personas y las comunidades, con énfasis en la promoción y prevención. En la realidad, como se puede observar en el Mapa 2, en el 2004 tan sólo el 44% de los Centros de Atención Primaria (CAP) contaba con algún tipo de personal sanitario. El primer nivel de atención debe dejar de ser un nivel simplificado y de bajo costo, y disponer del personal médico adecuado y del apoyo de servicios de diagnóstico y terapéutica, así como de rehabilitación, de carácter ambulatorio, y de alta capacidad y calidad, adecuadamente distribuidos en redes y sujetos a sistemas articulados de referencia y contrarreferencia desde los servicios familiares y comunitarios, antes que a los centros hospitalarios.

El primer nivel de atención, entendido como el nivel con mayor capacidad de resolución ambulatoria del sistema de salud, se convertirá no sólo en la puerta de entrada al sistema de salud, sino en el eje articulador del mismo y, sobre todo, en el coordinador y la garantía de que los problemas de salud serán resueltos a satisfacción. Para ello, los centros de atención primaria deberán estar integrados por los consultorios de medicina familiar, de cobertura universal y con base poblacional, con un número de familias asignado bajo la responsabilidad de cada profesional médico, y también por servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de alta capacidad y calidad.

Un componente esencial para que el nivel primario de atención cumpla los resultados previstos es asegurar la permanente disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos y otros productos terapéuticos necesarios para cumplir los protocolos de atención correspondientes. La experiencia muestra que un número relativamente reducido de medicamentos esenciales de calidad, adecuadamente seleccionados en función de los protocolos y de la demanda esperada, puede satisfacer las necesidades de la población en este nivel, siempre que los mismos estén permanentemente disponibles y se utilicen adecuadamente.

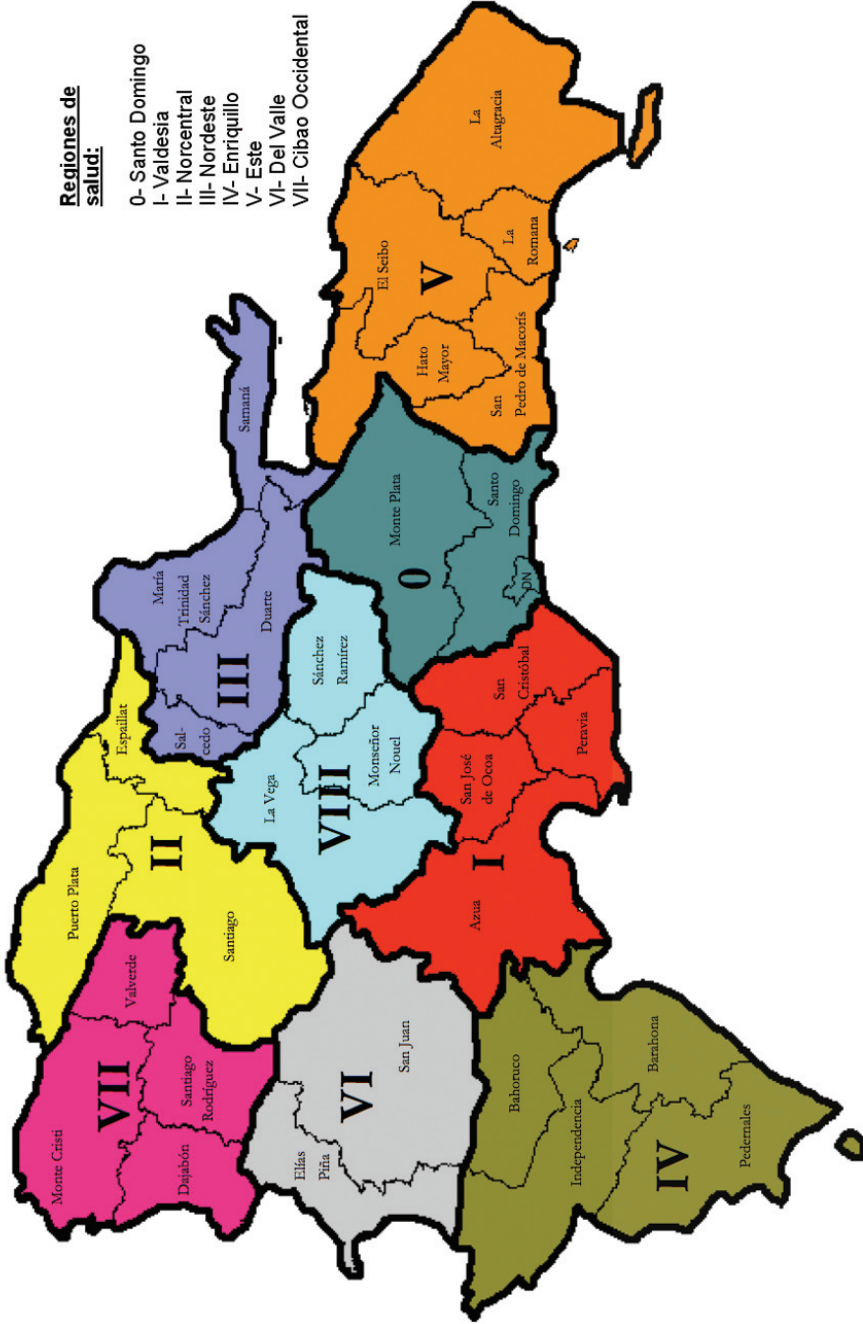
Todo esto significa repensar el sistema de salud desde la perspectiva de las necesidades de las poblaciones y alrededor del primer nivel de atención. Aún cuando el desarrollo de las redes de apoyo diagnóstico y terapéutico y de rehabilitación requiere de inversiones importantes según el perfil de necesidades, la experiencia muestra que la reducción de la demanda de atenciones en centros hospitalarios posibilita la rehabilitación de los mismos, el mejoramiento de su calidad, al concentrarse en problemas que requieren internamiento y atención continua e intensiva, y la consabida reducción de los costos generales del sistema a mediano y largo plazo.

Formar en un corto tiempo al número de especialistas en medicina familiar y comunitaria requeridos para lograr cobertura universal demanda soluciones creativas e intensivas que deberán ser desarrolladas bajo la rectoría de la SESPAS, conjuntamente por las universidades y otros centros de formación, que muy probablemente necesitarán complejos procesos y periodos de transición. Estos





Mapa 1: División regional de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)



Fuente: Oficina Nacional de Planificación



procesos requerirán, además, de un amplio consenso social, a fin de reducir las resistencias a los cambios desconocidos. En este sentido, la participación social resulta indispensable.

Atraer y retener personal especializado en medicina familiar y comunitaria, así como especializado en otros campos de apoyo diagnóstico y terapéutico, requiere adecuados incentivos laborales, financieros y morales, entre los cuales la contratación a tiempo completo, la incorporación a la carrera sanitaria y administrativa, y el acceso a oportunidades de formación e investigación juegan un importante papel.

La alta satisfacción que genera en las comunidades la cobertura universal y la atención de calidad y oportuna, que efectivamente resuelve las necesidades, favorece considerablemente el empoderamiento de sus organizaciones, con lo cual mejora significativamente la seguridad, la conservación de los bienes y el monitoreo y fiscalización social. Este empoderamiento suele abrir grandes oportunidades para que el trabajo conjunto del sistema de salud y las comunidades promuevan estilos y condiciones de vida más saludables, y aseguren la prevención y el control de los problemas prioritarios de salud.

El nivel primario de atención así concebido, como eje principal de articulación del sistema de salud, con base poblacional y alta capacidad de resolución, es coherente con la posibilidad de que su gestión y desarrollo sean asumidos como responsabilidad de las comunidades organizadas en el espacio del poder municipal.

En el contexto del desarrollo del Sistema de Seguridad Social hasta lograr la incorporación de toda la población, las necesidades de financiamiento para el nivel primario de atención se resuelven por la "venta de servicios" a las diferentes aseguradores públicas y privadas, y con los subsidios estatales para las intervenciones de salud colectiva, vía las Direcciones Provinciales de Salud.

La experiencia internacional muestra que el nivel primario de atención no debe subordinarse a la autoridad técnica y administrativa de los hospitales, sino que deben estar subordinados al interés colectivo de las comunidades. Por esto, la municipalización de este nivel de atención, siempre que se asegure su financiamiento adecuado, vía el aseguramiento y vía los subsidios estatales, han dado resultados muy positivos en muchos escenarios nacionales.

La necesaria contrapartida técnico-normativa de esta descentralización hacia las comunidades y los espacios municipales es el desarrollo a nivel central nacional del ente rector público, de las capacidades de normar, supervisar, controlar, capacitar, investigar y elaborar protocolos bien sustentados. A nivel desconcentrado del ente rector (en las Direcciones Provinciales de Salud y sus equivalentes) y también sobre la base de las normas nacionales, es necesario desarrollar las capacidades de concertar, convenir, contratar los servicios en las comunidades





para el cumplimiento de las normas y metas de la salud colectiva en las familias y comunidades correspondientes; además de monitorear y evaluar la evolución de la situación de salud y de los principales problemas de salud, y el cumplimiento de los compromisos por parte de los prestadores de los servicios.

Repensando la atención hospitalaria desde la descentralización de las redes de servicios

Los establecimientos hospitalarios de mayor capacidad resolutive del sistema público del país están permanentemente sobrepasados por la demanda de la población y en una permanente y cíclica crisis de recursos financieros y de equipos. Periódicamente, estos reciben inversiones cuantiosas que en pocos meses parecen diluirse y el establecimiento retorna a una situación similar o peor que la anterior. Mientras esto ocurre, los establecimientos hospitalarios pequeños permanecen en su mayoría con baja demanda y utilización de sus instalaciones.

Entre las propuestas de solución se ha formulado la autonomía administrativa de los hospitales grandes del país y la estructuración de miniredes y redes autónomas de servicios encabezados por un establecimiento hospitalario intermedio (regional o nacional), incluyendo la gestión de los mismos por consejos con participación de la sociedad.

La autonomía administrativa introduce importantes oportunidades a favor de la eficiencia en el uso de los recursos, siempre que se acompañe con el desarrollo e incorporación de sistemas de gestión financiera más efectivos y transparentes, que se profesionalice la gerencia hospitalaria y que la autonomía posibilite la elaboración de presupuestos de cada establecimiento y la coherencia de sus gastos y de la plantilla de personal con el mismo.

Sin embargo, desde la perspectiva del interés ciudadano de disponer de la mejor calidad de atención en la forma más eficiente posible es necesario advertir algunas limitaciones de este modelo de gestión que han sido evidenciadas en experiencias similares en otros países, a fin de que sean consideradas en el contexto de los procesos de descentralización.

La autonomía de los establecimientos hospitalarios puede traducirse en una elevación de los costos, en la medida que la adquisición de los insumos no se beneficie de las economías de escala. Esto es más destacable cuando se trata en su mayoría de establecimientos de magnitud moderada y con consumos limitados.

La autonomía hospitalaria también puede conducir a profundizar el caos en cuanto a las especificaciones técnicas y marcas de los equipos adquiridos por compra o donación. En consecuencia, puede encarecer los costos de mantenimiento y dificultar el desarrollo de unidades especializadas en el mantenimiento preventivo especializado, lo que se puede traducir en una





reducción de la vida útil de los equipos. Esto es particularmente relevante en centros hospitalarios por la diversidad de equipos que requieren, desde calderas y sistemas de agua caliente, equipos de alta tecnología para diagnóstico y procedimientos terapéuticos, esterilización, ascensores, transportes, cocina, lavandería, refrigeración y aire acondicionado, y muchos otros. Todos requieren personal con capacidades específicas por tipo de equipos y muchas veces por marca y especificación técnica.

La autonomía hospitalaria también puede restringir las posibilidades y oportunidades de desarrollar redes de servicios de apoyo para elevar la calidad y reducir costos. Por ejemplo, una adecuada red de servicios de laboratorio clínico, con relativamente pocos centros de alta capacidad y calidad, estratégicamente distribuidos en el territorio nacional, con laboratorios menores para atender emergencias y una red de toma de muestras y de transporte adecuado de las mismas, permite disponer de apoyo de calidad, con personal y equipos de alta calificación, con certificación y controles de calidad, que difícilmente puedan lograrse en cada centro hospitalario. Lo mismo puede decirse de los bancos de sangre, y más aún para servicios de alto costo y tecnología para diagnóstico por imágenes o para el tratamiento de lesiones cancerosas. Resulta prácticamente imposible que cada centro hospitalario pueda disponer a su interior de todos estos apoyos necesarios. Además, si pudieran hacerlo, la baja utilización de los mismos significaría un uso muy ineficiente de los recursos, sin incluir la pronta obsolescencia de muchos equipos sofisticados y, por tanto, la necesidad de utilizarlos a un cierto nivel de demanda que los justifique desde la perspectiva gerencial.

Por otra parte, la buena gestión hospitalaria involucra procesos complejos que demandan capacidades técnicas y recursos no siempre disponibles a nivel local en todos los municipios y provincias, y aún en el país. En algunas experiencias, la descentralización de los hospitales a nivel municipal se ha convertido en un verdadero dolor de cabeza para las autoridades municipales que se ven obligadas a invertir una elevada proporción de sus recursos en tratar de mantener la calidad. En la práctica, las municipalidades pobres tienen menos oportunidad de superar estos desafíos que las de mayores recursos, con lo cual se refuerzan las inequidades sociales.

Por estas y otras razones, parece poco conveniente que los procesos de descentralización hospitalaria conduzcan a una autonomía, si no se desarrollan al mismo tiempo sistemas y mecanismos que permitan superar los desafíos o aprovechar las ventajas antes señaladas y otras similares.

Una de las posibles opciones es la conformación de un consorcio, u otro mecanismo similar, que agrupando los grandes centros hospitalarios les permita aprovechar las economías de escala, desarrollar redes de apoyo diagnóstico y terapéutico, y emprender en conjunto iniciativas de estandarización de equipos y de capacitación de personal, o desarrollar programas o centros conjuntos de formación y actualización. Sin que esto signifique sacrificar la autonomía de





gestión financiera, permite aprovechar las ventajas del trabajo conjunto. En algunas experiencias, estas funciones son asumidas por la autoridad sanitaria central o por el ente conductor del desarrollo de las redes de servicios.

Parece conveniente que los procesos de descentralización de los hospitales mayores no alcance hasta el nivel municipal, y que se acompañe con el desarrollo de este tipo de estrategias de consorcios o entes de apoyo técnico y operativo. Asimismo, puede ser conveniente que los centros hospitalarios no tengan responsabilidad de conducción de las redes de servicios que incluyan el nivel primario de atención. La experiencia muestra que la complejidad de los procesos gerenciales hospitalarios opaca el interés por el desarrollo de un primer nivel efectivo.

Repensando el papel de las municipalidades

Los procesos de descentralización pueden ocurrir en diversos grados de profundidad. La desconcentración es el grado menor y consiste esencialmente en transferir responsabilidades y recursos a un órgano periférico de la misma institución, en este caso de la SESPAS.

El espacio municipal está llamado a constituirse en el órgano estatal para el gobierno local. Este escenario constituye el espacio privilegiado para la participación en la producción social de la salud y el empoderamiento de la ciudadanía y de sus organizaciones para la promoción de espacios de vida saludable. Del mismo modo, el espacio municipal puede ser propicio para el desarrollo de todo el potencial de la fiscalización y participación en salud, a través de la planificación local participativa, de los consejos de desarrollo local y de los espacios de participación en la gestión, en el monitoreo y evaluación de los servicios, programas y proyectos de salud. Esto es particularmente relevante cuando se trata del primer nivel de atención de salud y de las estrategias de salud colectiva dirigidas a la promoción de la salud y a la prevención y control de los problemas prioritarios de salud.

Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de las municipalidades del país han alcanzado un desarrollo limitado de sus capacidades técnicas y han madurado poco como espacio de gobierno local participativo. Por otra parte, la tradición centralista y autoritaria del modelo de Estado nacional, debilita, más que fortalece, estos procesos de conformación de lo municipal como espacio de poder local.

Parecería necesario plantearse un proceso de transición orientado al desarrollo de las capacidades de las municipalidades y de las comunidades para la gestión participativa de la salud, sobre la base del nivel primario de atención y las intervenciones de salud colectiva, bajo la rectoría de los entes desconcentrados de la SESPAS y de los órganos del Sistema de Seguridad Social. Al mismo tiempo, sería preciso que se desarrollen y perfeccionen los procesos de reforma del Estado para fortalecer la descentralización y desconcentración de funciones y favorecer la conformación del poder municipal.





A título de conclusiones

Los procesos de descentralización y desconcentración representan oportunidades importantes para reestructurar los servicios de salud y desarrollar en forma integral las funciones del Sistema Nacional de Salud y Sistema Dominicano de Seguridad Social, al mismo tiempo que propiciar el empoderamiento de las comunidades y sus organizaciones. Aprovechar estas oportunidades dependerá, en mucho, de cambios conceptuales y estructurales en el sistema de salud. De no acompañarse de cambios en la concepción de salud, en el modelo de atención y en las relaciones Estado-sociedad, existiría un alto riesgo de que estos procesos se tradujeran en más de lo mismo, sin impacto beneficioso importante sobre la situación de salud, sobre la eficiencia y efectividad en el sistema y sobre la satisfacción y el empoderamiento ciudadano.

Estos procesos también involucran amenazas que deben ser consideradas, a fin de evitar el potencial impacto negativo en la efectividad del sistema sobre la situación de salud y sobre las brechas de inequidad. Probablemente, la amenaza más importante es el posible debilitamiento de la rectoría pública en el sistema, lo que resultaría contrario al interés público por su impacto negativo sobre la equidad y la efectividad. De allí el interés ciudadano por fortalecer la rectoría pública y reforzarla sobre la base de la participación democrática en todos los niveles; es decir, en los procesos de elaboración política, planificación, gestión y monitoreo y evaluación.

Resulta particularmente relevante la necesidad de reelaborar el modelo de atención, actualmente centrado en los hospitales y en lo curativo para priorizar y establecer el nivel primario de atención como el de máxima capacidad de resolución; conformado por unidades de base poblacional, cobertura universal y con personal calificado especializado en medicina familiar y comunitaria, y por redes de apoyo diagnóstico y terapéutico, no dependientes ni vinculadas administrativamente a los centros hospitalarios.

Es importante considerar la separación del primer nivel de atención de los niveles hospitalarios, en cuanto a la gestión de los mismos. Propiciamos que el nivel primario de atención sea incorporado más a los espacios de gestión municipal y comunitaria, manteniendo una fuerte rectoría pública y la presencia técnico-normativa del ente rector del sistema.

Consideramos conveniente que la autonomía hospitalaria sea complementada con la profesionalización de la gerencia y el desarrollo de consorcios o mecanismos similares que permitan, sin limitar las ventajas de la autonomía de gestión en cuanto a la eficiencia, aprovechar las ventajas y economías de escala y desarrollar redes de apoyo que eleven la calidad y disponibilidad de servicios de diagnóstico y tratamiento en forma de redes.

Entendemos necesario que tanto el nivel primario de atención como el hospitalario se beneficien, durante el proceso de transición, de un fortalecimiento intensivo en





recursos y formación técnica, que apoye el desarrollo de las capacidades necesarias para su desempeño en el nuevo contexto de descentralización y desarrollo del sistema de seguridad social y salud.

Consideramos muy importante que al considerar el impacto de los procesos de descentralización y desconcentración en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Dominicano de Seguridad Social se considere con alta prioridad las necesidades y desafíos que plantea el desarrollo de la salud colectiva y de las funciones de rectoría.

Finalmente, todos los complejos procesos de desarrollo del Sistema Nacional de Salud y el de Seguridad Social, incluyendo los de separación de funciones y los de descentralización y desconcentración, deben ser revisados desde la perspectiva de la democratización del Estado, del fortalecimiento de los espacios de participación y empoderamiento de la sociedad, y de la producción y reproducción social de una situación de salud más equitativa y coherente con el desarrollo humano sostenible. Esto supone una importante reforma de los espacios municipales para convertirlos en órganos descentralizados de gobierno y poder local, basados en la participación de las comunidades organizadas.





Participación del público y respuestas de los expositores







Participación del público

Ramón Alvarado

Director Regional VIII Cibao Central

Quiero felicitar a los organizadores de este evento y creo que todavía hay mucho material para discutir. Me identifico con el Dr. José Selig y con Pedro Luis en casi un 95% de su participación. Tengo tres preocupaciones: la primera es la formación de recursos humanos, la segunda, los hospitales, y la tercera, la atención primaria. Pienso que hay que discutir y reunirse. Hay que verificar la formación de nuestros recursos humanos en salud, ya que tenemos trece escuelas de medicina, si no estoy mal informado, más la de Cuba que serían catorce, que están formando recursos para nuestro país. Nosotros hemos analizado los últimos dos exámenes que han tomado los médicos que aspiran a ser residentes. En el penúltimo participaron 960 médicos y pasaron 27, que es igual al 3%, y la nota más alta fue un 80. En el último examen participaron 1,260 y pasaron 60 que fue también el 3% aproximadamente.

Nosotros, como regionales, nos tomamos la libertad de hacer un pequeño examen. Se elaboraron cinco preguntas básicas con la colaboración de un ginecólogo, un internista y yo como pediatra. En ese momento, teníamos 86 pasantes, de los cuales participaron 76 y sólo dos pasaron el examen. Me pregunto si estamos preocupados por lo que estamos formando y si estamos formando recursos humanos para ir a resolver los problemas de salud en las comunidades, siendo ésta una responsabilidad compartida entre todos. En las áreas de bioanálisis y enfermería está pasando lo mismo, y siento también, ya como un problema institucional, que nosotros los dominicanos creemos que las instituciones deben contratarnos para resolver nuestros problemas. O sea, no hemos entendido que las instituciones contratan un personal para resolver el problema de la institución. Por eso nosotros, los que somos gerentes, tenemos una serie de problemas e inconvenientes. Aunque no tengamos espacio, donde tenemos dos enfermeras, se colocan tres, pero la necesidad es sólo de una. Sin embargo, se hace porque se cree que el problema no es resolver el problema institucional, sino el problema personal de ese individuo.





Me preocupan los hospitales, porque siento que están desarticulados. Los hospitales están participando y haciendo lo que ellos entienden que deben hacer, sin ninguna articulación con los otros niveles. Ahí estoy un poco en desacuerdo con Pedro Luis. Al final, cuando hablemos de atención primaria, lo vamos a ver, pero, además, siento que los que están dirigiendo los hospitales, directores y administradores, están allí porque son del partido de gobierno, no están allí porque son gerentes de salud ni porque les preocupa lo que va a pasar con el sistema de salud. Los hospitales mientras más pequeños más problemas tienen, ya que los grandes tienen menos problemas porque son los que más le preocupan al sistema y para los que más recursos se designan. Los hospitales pequeños tienen problemas de desarticulación y de gerencia. Esta parte me preocupa. Debemos verla para poder cambiar lo que está pasando. Estoy de acuerdo, aquí deberían estar discutiendo los políticos.

Coincido con Pedro Luis en el tema de la atención primaria. Creo que desde 1920, venimos hablando de atención primaria y en Alma-Ata se trazó la estrategia de atención primaria para alcanzar la salud para todos en el año 2000. Siento que en República Dominicana todavía andamos diciendo una cosa en atención primaria y haciendo otra. ¿Cómo es posible que hablemos de atención primaria con un pasante cuando existe una Unidad de Atención Primaria a la que llega un pasante hoy y el otro llega a los tres meses? Supongamos que esté capacitado para resolver el problema, pero durante esos meses la atención primaria no tiene médico, porque el nivel local no tiene posibilidades de asignar ese recurso. La cantidad de plazas que hay no la decidimos los regionales, que en este caso somos los que tenemos la responsabilidad de la atención a las personas. Pero tampoco la tenían las provincias, cuando la capacidad era de ellos. Es un problema del nivel central. Entonces, no puede haber atención primaria efectiva cuando esta unidad está vacía.

Quiero hacer una propuesta formal. Propongo que las organizaciones que estamos aquí generemos una modificación a la Ley 146, que es la ley de la pasantía médica, para que la pasantía médica vaya suprimiéndose paulatinamente y sea cambiada por un examen para optar por una residencia o especialidad en medicina familiar y comunitaria de uno o dos años. Cuando tengamos la cantidad suficiente vamos sustituyendo esos pasantes por médicos de familia, con el compromiso de que a ese médico que hizo ese tiempo en medicina familiar, si quiere continuar otra especialidad, se le reconozca ese periodo para que pueda hacer su especialidad.





José Familia

Director Provincial de Salud de Elías Piña

Creo que en este foro deberían estar otras instituciones como la Subsecretaría de Salud Colectiva y las universidades. Voy un poco más lejos, hago la propuesta formal para que este foro sea el principio de una serie de discusiones que se planteen para el sistema de salud con las direcciones provinciales y regionales. Porque si tenemos claro cuál es nuestro papel en la función de salud y estamos claros de que todos tenemos un fin, que es impulsar la salud como un bien social, como un derecho de la población, ésta debe ser la primera de una serie de discusiones para que se promueva el desarrollo integral de la salud, para que conozcamos la base, nuestro marco legal, el sistema de salud que tenemos y decidir cómo desarrollarlo.

Hago la propuesta formal a los organizadores de que iniciemos una serie de discusiones para que podamos revertir y hacer los cambios y los ajustes necesarios para desarrollar nuestro sistema.

Miguel Polonio Reyes

Director Provincial de Salud de San Pedro de Macorís

Hemos heredado, por las razones que sean, un país con desempleo, pobreza, clientelismo, carencia de servicios, de agua potable, de alimentación,... Y en este medio es que tenemos que hacer una reforma. Hay gente que dice que el problema es que somos malos gerentes; pero, por ejemplo, los gerentes de Costa Rica trabajan en un país que dedica un 6% de su PIB a salud y los gerentes de salud cubanos cuentan con un 12% y un 14% del PIB. ¿Cómo trabajarían esos gerentes con un presupuesto de un 1.7% del PIB? ¿Qué ha pasado con nosotros que hemos vivido generaciones de crisis, gestionando con presupuestos que no dan para nada?

Cuando nosotros hicimos nuestro análisis de situación en salud en la provincia, presupuestamos alrededor de 20,000 millones de pesos, pero cuando se lo comunicamos a planificación nos dicen: "¿Pero de qué ustedes me están hablando?" Si necesito tratar el dengue y la malaria, también necesito recursos. No es sólo gerencia. Nosotros retamos a los directores provinciales y me atrevo a hablar en nombre de todos ellos. Sí, es verdad, a nosotros nos han capacitado





durante mucho tiempo y creemos que podemos resolver. Se requiere un esfuerzo no sólo de las Direcciones Provinciales de Salud, sino también de los ayuntamientos, la participación social, el liderazgo local, para poder desarrollar una verdadera rectoría. Necesitamos también un arbitraje entre las DPS y DRS, sea externo o institucional, para cuando surjan diferencias entre el director provincial y el regional. Por ejemplo, actualmente la rectoría es provincial, sin embargo el director regional es el gerente de los servicios de salud y ha firmado un contrato con SENASA sin informarnos o incluirnos. Ni siquiera tenemos la información de los contenidos de dicho contrato, a pesar de que se supone que nosotros tenemos la rectoría y la vigilancia del aseguramiento, además de la habilitación, conducción y todo lo que esto englobe. Lo mismo está pasando a nivel general en todo el país.

Por último, ¿qué pasó con las campañas para la rubéola o el dengue? ¿Cuál fue el papel estelar que desarrollaron las direcciones provinciales? Todo el mundo vio como se integró el ayuntamiento, la junta de vecinos, la policía, el Ejército, la Defensa Civil y nosotros junto a las rectorías regionales. Nosotros creemos que podemos construir una sociedad con poco dinero, pero para ello se debe no sólo delegar responsabilidades, sino también recursos.

Danilo Cadena

Director Provincial de Salud de Azua

Hace mucho tiempo participé en un congreso en La Habana, Cuba, y tuve la oportunidad de escuchar al presidente Fidel Castro explicando el plan que ellos habían hecho para transformar la salud en Cuba. En ese discurso, Castro dijo que ellos ya tenían previsto la cantidad de médicos que necesitaban en medicina para los próximos 50 años; que ya tenían previsto qué les iban a enseñar a cada grupo para poder transformar la salud en ese país.

Si todavía nosotros tenemos universidades donde a cada uno de los estudiantes se les está enseñando las cosas que no requiere la población, nunca vamos a transformar el sistema de salud. Hace poco tiempo también asistí a una conferencia donde el conferenciante dijo que no se explicaba cómo gente que supiera de salud tomaba en su boca la palabra hospital, porque definitivamente estaba demostrado que resolver los problemas de salud no estaba en los hospitales, sino en otras instancias, en las instancias inferiores, comunidades, provincias, pueblos. Él no se explicaba cómo gente con conocimientos de salud usaba esta palabra, que es un barril sin fondos. Eso lo escuché en la década de los 90 y después del 90 es que nosotros tenemos nuestras leyes. Ya no nos podemos poner a gritar.



124





Respuestas de los expositores

Dr. José Selig Ripley

Bueno, hay más posiciones que preguntas. Creo que cuando hablamos de zigzag de los servicios regionales salen algunos ejemplos concretos que ayudan a entender la situación. En el caso de los hospitales, los regionales no tienen a veces control, ni siquiera la subsecretaría, y sucede que tú no tienes al personal que quieres ahí dentro. No olvido esa idea de que cuando entré a trabajar a SESPAS ya no podía ser sacado de mi puesto. Es como que te leen un reglamento de que tú entraste y nadie te va a botar. No importa si tú trabajas o no trabajas.

El lunes pasado hubo un acuerdo con los programas muy interesante, muy profundo, de mucha sinceridad y un plan claro sobre cómo vamos a trabajar. La idea es trabajar como una sola SESPAS hasta que “nuestros hijos,” los regionales, se hagan adultos, y logremos partir para seguir trabajando bien, porque no se descentralizan debilidades.

Si tú descentralizas una debilidad lo que tú estás haciendo es cargarle problemas a otro, de la misma manera que no se puede asumir autoridad sin medios.

Dr. Pedro Luis Castellanos

La primera cosa que quiero decir es que obviamente con el 1.7% del PIB no alcanza ni para el café. No hay como pretender que un sistema público, en este caso de salud, funcione con ese nivel de financiamiento, que es el más bajo de América Latina. A veces yo estoy tan agradecido con este país por haberme acogido, me siento acongojado de decir este tipo de cosas; pero es la verdad. Así como tenemos primacía porque fuimos los primeros universitarios, los primeros en hospitales, también tenemos premio de los que no podemos sentirnos orgullosos. La realidad es que somos el país de América Latina que menos gasta en salud.





El borrador del Plan Decenal de Salud que está circulando, que incluye un esfuerzo de estimación de costo grueso para poder cumplir con el plan, implica que para 2015 un 5% del PIB esté dedicado a gasto público en salud, incluyendo el costo régimen del subsidiado. Dentro de ese costo, para salud colectiva se necesitaría alrededor de 1.6%: es decir, el total de lo que el país está recibiendo como gasto público en salud actualmente. Esas estimaciones las hemos discutido con gente del área de la economía y muchos piensan que son factibles si la economía sigue creciendo, por supuesto, y si siguen diversificándose las fuentes de ingreso. Por lo tanto, una de las cosas por las que hay que trabajar juntos, ya sea como sociedad civil o como miembros de las entidades públicas o privadas, es para que se aumente el gasto público como porcentaje del PIB. La única manera de lograr eso es moviendo opiniones, es hacer incidencia en la opinión, y eso sólo es posible que se haga con una alianza muy fuerte, muy amplia, de diferentes sectores de la sociedad civil, de las entidades públicas, de las municipalidades, etc. Que se forme una corriente de opinión favorable a defender lo público dentro del sistema.

El proceso de reforma no es fácil, es complejo; pero nosotros pensamos que hay razones para ser optimistas. La principal razón para eso es que el país cuenta con capacidad, tiene gente capacitada, que está dispersa, pero tiene una capacidad humana que pocos países tienen. Que un país de este tamaño tenga tres programas de maestría en salud pública no es común.

El proceso de cambio hacia la materialización de las redes de atención a las personas y las redes de programas de salud colectiva implica entrarle en serio al tema de descentralización, desconcentración y asumir ese marco legal. Ya lo discutiremos dentro de diez o veinte años para modificarlo, asumir y entrarle en serio a esos procesos. Pero eso también implica que nosotros tenemos que cambiar, porque eso implica pensar que la salud se produce en el seno de la sociedad en distintos espacios institucionales, y no sólo en la UNAP o en el hospital. La salud se produce en la escuela, en el centro de trabajo, en la casa de familia y en el barrio. Aprovecho para comentar a Marcos que, en este país sobra organización, es impresionante el nivel de organización, de desarrollo de organizaciones de base social que hay en este país; pero están dispersas, no confluentes, y no tienen una agenda común.





Dr. Manuel de Jesús
González de Peña

Experto en descentralización de servicios de salud

**Experiencia de
desconcentración/
descentralización
en la Región IV de Salud**







En República Dominicana, el proceso embrionario de la reforma del sector salud tiene antecedentes desde la década de los 70, con la creación de la primera regionalización. Durante los 80 tuvieron lugar balbuceos en el intento de conformar los denominados sistemas locales de salud, y en la década de los 90, específicamente a finales de 1997 y durante todo 1998, tuvo lugar la supresión de las Direcciones Regionales de Salud (DRS) y se crearon las Direcciones Provinciales y Municipales de Salud (DPS y DMS, respectivamente), en una apuesta por la conformación de Sistemas Provinciales de Salud, como la reforma requerida y posible. El año 2000 fue testigo de la resurrección de las Direcciones Regionales de Salud, sin duda, un paso atrás en la reforma sanitaria. En el 2001 fueron promulgadas la Ley General de Salud (42-01) y la Ley que establece el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01), que constituyen el basamento legal, sobre todo la última, para el proceso de separación de funciones, basado en estrategias de desconcentración y descentralización, que dan forma al actual modelo de reforma sanitaria.

Formalmente, el proceso de implantación del componente de salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social inició en noviembre de 2002, con la puesta en operación del Seguro Familiar de Salud (SFS) para el Régimen Subsidiado que, por ley, le corresponde al Seguro Nacional de Salud (SENASA).

Progresos en la separación de funciones

La separación de funciones se considera un imperativo para el logro de la eficiencia. En esencia persigue que una misma institución no pueda ser juez y parte, ya que eso atenta contra su imparcialidad, su operatividad y su integridad y transparencia; en parte “porque el que mucho abarca poco aprieta” y por aquello de que “el poder absoluto corrompe”.

El cuadro expuesto a continuación procura ser una representación esquemática del nivel de avance del proceso de desconcentración y descentralización en la Región IV de Salud.

De acuerdo con el mandato legal, la rectoría debe quedar bajo la responsabilidad de la SESPAS y sus unidades desconcentradas: las Direcciones Provinciales de Salud (DPS). Desde la creación de las DPS, las funciones de la





SESPAS han estado desconcentradas en las DPS, por lo que ahí no ha habido modificaciones sustantivas. En cambio, la función de regulación no ha sido traspasada a las DPS más que como intermediarias del proceso burocrático. Un ejemplo de ello es la acreditación y certificación, en que las DPS sólo son instancias de tramitación y depósito de las solicitudes y documentos de los Proveedores de Servicios de Salud (PSS).

Cuadro 6
Avances en la separación de funciones en la Región IV de Salud

RECTORÍA			FINANCIACIÓN	
Conducción	Regulación	Salud Pública	Atención Personas	Atención Colectiva
SESPAS	¿DPS?	DPS	TSS/SESPAS	SESPAS
ASEGURAMIENTO			PROVISIÓN	
Subsidiado		Contributivo	Pública	Privada
SENASA/PRPSS		ARS	PRPSS	PSS Privadas

Fuente: De Jesús González Peña, M.

En la separación de la función de financiamiento, a través del Régimen Subsidiado, sí se pueden verificar progresos. Actualmente la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y la SESPAS financian conjuntamente los servicios de atención a las personas. Esta última, SESPAS, sigue financiando el pago de salarios de la mayoría del personal de salud de la Región IV; sin embargo, en su presupuesto actual, contempla una reducción en las subvenciones hospitalarias de esta región. Finalmente, las grandes intervenciones de salud colectiva están siendo financiadas por SESPAS, pero no bajo relaciones contractuales con los PSS, como lo establece la normativa vigente.

En el aspecto del aseguramiento a nivel regional, el SFS está en vigencia desde noviembre de 2002 para afiliados del Régimen Subsidiado y desde octubre de 2006 del Régimen Contributivo público (personal de SESPAS no cubierto por otro seguro). Es decir, que todos son afiliados del SENASA.

No obstante, dado que la otrora regional de salud ha sido reconvertida en la Proveedora Regional Pública de Servicios de Salud (PRPSS R-IV), con la responsabilidad de conformar, desarrollar y coordinar los Servicios Regionales de Salud (SRS), función que también está asignada por ley a las ARS y, en el caso de los servicios públicos, al SENASA^{187 188}, como ARS pública, existe el denominado "riesgo compartido" entre ésta y la PRPSS R-IV, lo que está "concertado" mediante contrato firmado entre las partes. Aunque el último contrato venció en marzo de





2006, se mantiene en vigencia hasta que la Subsecretaría de Atención a las Personas negocie y firme el nuevo contrato, ya que ésta le revocó esa competencia a las PRPSS (¿reconcentración?).

Finalmente, la provisión de servicios de salud está siendo organizada en base a un modelo de atención cuya propuesta formal sale a la luz en octubre de 2006; es decir, cuatro años después de haber iniciado la implantación del sistema. Tras muchos forcejeos entre DPS y PRPSS, basados inicialmente en la confusión de roles, en la inercia (éste era el quehacer tradicional más usual de las DPS), en la lucha por retener cuotas de poder, y, más recientemente, en la defensa territorial y en el interés de cubrir el vacío temporal dejado por la proveedora al serle traspasadas las denominadas Unidades de Atención Primaria (UNAP), por estar muy concentrada en su propio desarrollo.

Desarrollo del SRS: nuevo modelo de atención

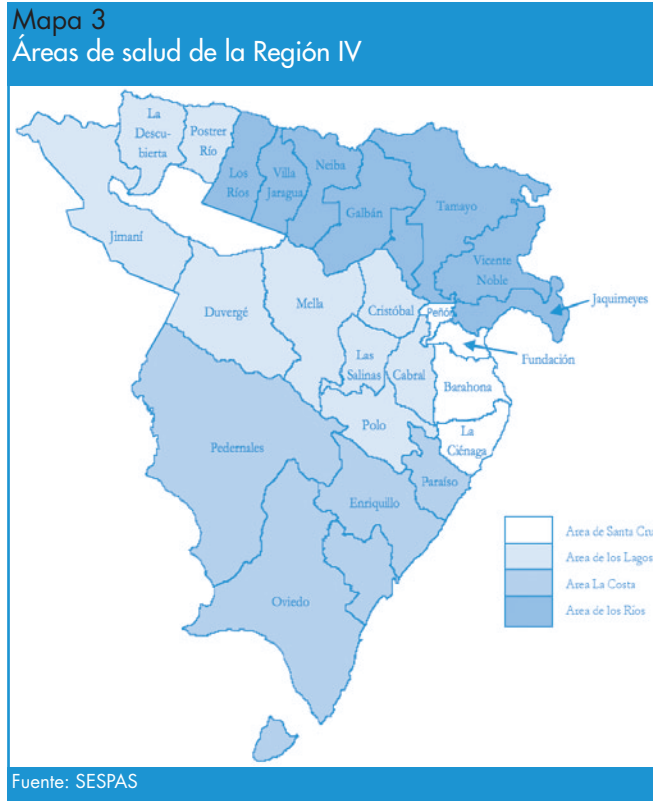
Desde antes de declarar formalmente iniciada la implantación del SDSS en noviembre de 2002, se estaban realizando intervenciones por parte de la Dirección Nacional de Atención Primaria, para la conformación y desarrollo de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) en toda la Región IV, concibiendo las mismas como espacios geográficos-poblacionales donde residen unas 500-600 familias y que están a cargo de un equipo de salud. Así, el territorio regional fue fraccionado, en forma relativamente arbitraria, en 135 UNAP.

Acogiéndose a la propuesta de consultores de OPS, las autoridades regionales constituyeron ocho microrredes como estructura para que la PRPSS R-IV administrara al sistema regional de salud. Tras más de dos años de trabajar en la construcción de ese modelo, bajo las nuevas orientaciones de técnicos de la Subsecretaría de Atención a las Personas, se migró hacia el denominado Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud.

Atendiendo a estos lineamientos, el territorio regional ha sido delimitado en cuatro áreas de salud como se ve en la figura que se presenta en el Mapa 3.

Acorde con esa misma normativa emanada por la SESPAS, las áreas de salud estarían a su vez compuestas por varias zonas de salud, que estarían conformadas por un conjunto de UNAP. Actualmente, las áreas de salud son casi virtuales, donde sólo la de Santa Cruz tiene ocupado los puestos contemplados y posee una sede mínimamente operativa. Ninguna de las zonas de salud está conformada. El territorio regional actualmente cuenta con 137 UNAP, de las cuales 93 tienen sede operativa en establecimientos de salud predominantemente del tipo Clínica Rural (CR) o Consultorio Periférico (CP), en algunos casos los Equipos de Salud de las UNAP tienen sede operativa en hospitales, aunque la tendencia es a ubicarlos fuera de éstos. Hasta el momento, sólo 50 UNAP tienen un equipo mínimo de salud (un médico, un auxiliar de enfermería y, al menos, dos promotores). En cuanto a la





PRPSS R-IV, si bien ocupó los puestos previstos, tiene una cantidad supernumeraria de personal no definido en la normativa de SESPAS.

El Seguro Familiar de Salud en la Región IV

Durante los dos años siguientes al lanzamiento, el número de afiliados osciló entre los 30,000 y 42,000, con tendencia a disminuir. Importante es destacar que entonces todos los afiliados eran adultos con cédula; lo que negaba el concepto de "Familiar" del SFS, además de dejar desprotegida a la población infantil, que es el grupo más vulnerable y necesitado de atenciones de salud.

A partir de octubre del 2006 se logró invertir la tendencia y al mes de junio del 2007, el SENASA reporta tener 133,321 afiliados correspondientes a las cuatro provincias que conforman la Región IV de Salud, a saber: Barahona, Bahoruco, Independencia y Pedernales. En el Cuadro 7 se podrá verificar que sigue siendo muy limitada la proporción de menores que son beneficiarios del SFS; aunque, por otro lado, también puede verificarse que en el grupo mayor de 65 años, que es otro grupo poblacional muy vulnerable, el 67.5% de la población está asegurado, lo cual significa un avance en la protección de sus derechos de salud.





Debe señalarse que todavía la oferta del Plan Básico de Salud (PBS) es bastante incompleta, sobre todo en el primer y segundo nivel de atención. Igualmente, la calidad es muy desigual y los servicios no son integrales.

Como valor agregado real, que hace la diferencia en relación a los servicios que son brindados a población no asegurada, sólo se cuenta con:

- El suministro gratuito de medicamentos a afiliados (siempre que estén en el PBS).
- El no pago de cuotas de recuperación ni de ningún otro tipo.
- La cobertura de servicios de alta complejidad o altos costos, que no se brinden en los centros de salud de la Región IV.

Cuadro 7
Habitantes y afiliados a SENASA en la R-IV por grupo etáreo, 29 de junio 2007

Grupo de edad	CONAPOFA		SENASA	
	No.	%	No.	% de asegurados por grupo de edad
< 1 año	10,840	2.8	37	0.3
1-4 a.	40,060	10.4	6,307	15.7
5-14 a.	100,430	26.1	32,156	32.0
15-65 a.	211,428	54.9	79,536	37.6
> 65 a.	22,636	5.9	15,285	67.5
TOTAL	385,394	100.0	133,321	34.6

Fuente: Consejo Nacional de Población y Familia 2007, CONAPOFA y página WEB SENESA, 2007

Aportes al desarrollo de la salud y el desarrollo humano

Es pronto para considerar posibles impactos en la salud del proceso de reforma que está teniendo lugar en la Región IV. De hecho, los posibles cambios en indicadores básicos, como la esperanza de vida al nacer, la mortalidad materna o la mortalidad infantil, podrían ser atribuidos a cualquier otra cosa y no al aporte del cambio de modelo. No obstante, pueden describirse las acciones y tendencias observables que, asociadas al proceso de implantación del SDSS en salud, pueden incidir sobre la eficiencia, la equidad, el empoderamiento y la participación en la salud y la libertad.





¿Avances en la eficiencia?

Antes que nada, quizá porque mi incursión en el Paradigma de Desarrollo Humano (PDH) es muy reciente, quisiera señalar que considero necesario avanzar en el análisis más allá de la categoría eficiencia, hasta llegar a la categoría efectividad, pasando por la eficacia.

Existen al menos dos razones para ello. La primera es que las razones y proporciones usualmente empleadas en el análisis de eficiencia (suficiencia, adecuación, productividad, rendimiento, cobertura, accesibilidad, etc.), al emplearse individualmente pueden conducir a errores de interpretación del nivel de eficiencia de una institución o servicio; sobre todo, porque en salud existen numerosos productos intermedios y productos finales diferentes a esos intermedios.

En segundo lugar, en términos conceptuales, la eficiencia es hacer bien lo que debe de hacerse (en términos operativos, ello lleva a que se haga con el menor consumo de recursos); mientras que la eficacia es hacer lo correcto (sin importar los recursos requeridos). El caso es que demasiadas veces se logra ser eficiente no haciendo lo correcto (la expresión en salud que posiblemente mejor refleja esto es: "la cirugía fue un éxito, pero el paciente murió") o ser eficaz siendo absolutamente ineficientes (las jornadas de vacunación vs. los puestos fijos); consecuentemente, la categoría efectividad, que significa hacer bien lo correcto (ser eficientes y eficaces) reconcilia y demanda de que se conjuguen racionalmente los dos conceptos previos.

Habiendo dicho lo anterior, procederemos a dar pinceladas sobre el aporte potencial y real de la reforma sanitaria en la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios regionales de salud.

La separación de funciones y el establecimiento de niveles de atención son los dos pilares de mayor potencial para generar condiciones para la eficiencia. La primera porque contiene la semilla para desarrollar mecanismos de regulación, financiación, contratación y compra que permitan asegurar un conjunto básico de servicios de determinadas características (integrales, oportunos, continuos, de calidad, etc.). La segunda porque, dado que los recursos siempre son limitados, permite disponer de todo lo necesario para brindar ese conjunto de prestaciones; pero disponiendo en cada nivel lo que es más necesario para complementar la oferta en función de la posible demanda.

Si definimos a la eficiencia en función de la relación costo/ beneficio, entonces se hace evidente que la misma no constituye una posibilidad de la primera etapa del proceso de reforma, ya que durante ésta se tienen que realizar cuantiosas inversiones para migrar hacia el nuevo modelo y para, entretanto, seguir atendiendo la demanda curativa del modelo a superar. Inicialmente, se incrementarán los costos de la atención. Además, la promoción y prevención no impactan el perfil de salud en el corto plazo.





Cuadro 8
Financiamiento recibido por SENASA y transferido a las Proveedoras Regionales P ublicas de Servicios de Salud (PRPSS), 2007

Número total de afiliados al régimen subsidiado (3-3-07) 136,133				
	TSS a SENASA	SENASA a PRPSS	Diferencia	
			Monto	%
Pago per cápita	2,176.81	611.52	1,565.29	71.9
Monto anual A Pagar por concepto per cápita	296,335,675.73	83,248,052.16	213,087,623.57	71.9

Fuente: El autor sobre la base de los datos de la página web de SENASA (<http://www.arssenasa.gov.do>).

Independientemente de la observación anterior, al analizar el Cuadro 8, podemos sacar algunas conclusiones:

- Desde el punto de vista económico, el SENASA est  siendo altamente eficiente, ya que est  maximizando sus "beneficios" al obtener el conjunto de prestaciones del PBS por menos de un 30% de lo que recibe per cápita por parte del Estado dominicano.
- Además, en la forma y frecuencia de pagos se est n violentando los preceptos y plazos legales. En otras palabras, el SENASA no est  haciendo bien lo que debe y ni siquiera est  haciendo lo correcto; o sea, que est  siendo inefectivo.
- En el caso de la PRPSS R-IV est  siendo altamente ineficiente toda vez que en la negociación de contratos acepta compartir los riesgos y brindar los servicios por debajo de sus costos.
- Por igual, la SESPAS est  siendo poco eficaz al permitir al SENASA establecer relaciones contractuales directamente con los hospitales sin su participación como coordinadora de la red.
- Finalmente, tampoco está siendo efectiva, ya que no logra encaminar sus acciones a hacer bien lo correcto, como sería reencauzar los servicios de primer nivel desde lo curativo hacia lo integral.

Como corolario de la situación anterior, debo señalar que la ley prevé un costo máximo de intermediación de las ARS (en este caso el SENASA) de un 10%. La simple





participación de la PRPSS R-IV en esa intermediación ha incrementado a más de 20% dicho costo. Cuando se instalen el resto de las estructuras contempladas (áreas de salud, zonas de salud, etc.), sospechamos que podrían llegar a ser consumidos más del 60% de los recursos financieros per cápita que llega efectivamente a la región y más del 30% del que aporta el Estado dominicano, lo que parece una réplica de la situación por la que se requiere la reforma.

Equidad en el nuevo modelo de atención

Nuevamente nos vemos llamados a compartir primero nuestro concepto de equidad. Como sabemos, esta palabra deriva del campo jurídico y, dentro de éste, no es sinónimo de justicia (dar a cada quien según merece) sino que alude al perfeccionamiento de la justicia (dar a cada quien según lo que necesita). Es en esta última acepción que siempre emplearemos dicho término.

La equidad es abordada de forma explícita en la Ley 87-01, constituyendo el quinto principio del SDSS. Para su análisis la descompondremos en varios tipos.

Tipos de equidad

Nos limitaremos a tres tipos básicos de equidad. Excluimos a propósito la equidad de género, porque la misma no está contemplada en las leyes y normativas de salud y del SDSS, reconociéndose en ello una de las principales limitaciones de las leyes 42-01 y 87-01. Consecuentemente, visto que no se está trabajando de forma adecuada ni siquiera lo que está previsto explícitamente por ley, cabe inferir que tampoco lo está la equidad de género.

1. Equidad en la atención: contrario a lo que opinan algunos, el inicio del SFS a partir del régimen subsidiado, en una de las regiones de mayor pobreza y con muy escaso desarrollo del subsector privado de salud, fue un acierto. Primero por las implicaciones para la equidad, al focalizar el beneficio sobre una de las regiones cuya población más lo necesita y que menos accesibilidad tenía a servicios de salud. En segundo lugar, porque de no haber iniciado con el régimen subsidiado, ya al SFS se le habría enterrado y olvidado. Sin embargo, el escaso desarrollo del subsector privado de salud en esta región ha permitido su implantación con la menor resistencia y contradicciones con los intereses de mercado.

La Ley 87-01 consigna un per cápita único e igualitario, que obliga a ofertar un PBS igual para todo el mundo y de calidad parecida, con independencia del régimen, ARS o PSS. Lamentablemente, la lógica del mercado y los intereses económicos subyacentes al mismo están forzando al establecimiento de per cápita y PBS diferenciales (actualmente el per cápita del Régimen Subsidiado es de 2,176.81 pesos y el del Régimen Contributivo es de 4,737 pesos, casi el doble; además de estar





prácticamente aprobada la reducción de los beneficios del PBS), lo que se traduce y justifica, desde ya, en inequidades en la atención pública y diferencias en el trato a afiliados de los distintos regímenes al tener que acceder a los servicios privados, para procedimientos que no pueden brindarle los proveedores públicos, pero que forman parte del PBS.

La universalidad y la solidaridad son principios consignados en la Ley 87-01 que podrían apuntalar la equidad, si se profundizara en su desarrollo. Lo cierto es que, a más de 4 años de iniciar la implantación del SFS, no se tiene cubierto ni al 50% de la población objeto. Además, en el aspecto solidario, la Ley contiene una limitante a la solidaridad, cuando plantea la intransferibilidad de recursos entre regímenes, aún cuando los argumentos para ello parezcan razonables, lo cierto es que la solidaridad sólo puede darse de manera plena entre aquellos que pueden contribuir.

Algunas inequidades están consignadas en la misma Ley de Seguridad Social, tales como la que los afiliados del Régimen Subsidiado sólo pueden ser atendidos por la red pública. Igualmente establece como puerta de entrada al sistema el primer nivel de atención, lo que no sólo restringe la accesibilidad, sino que, al cumplirse con bastante rigurosidad sólo para afiliados del Régimen Subsidiado, genera una inequidad adicional, que no tiene visos de ser transitoria.

Hay inequidades que se espera sean transitorias, por ejemplo: la gradualidad y algunos problemas en la adscripción han determinado que muchas personas de una misma comunidad y dentro de la misma unidad familiar aún no sean afiliados, pese a calificar para ello. Esto da como resultado el que los demás miembros de la familia y de la comunidad sean discriminados al momento de brindar los servicios (inicialmente, en demasiadas ocasiones se les llegó hasta a negar el servicio a los no afiliados). En virtud de que los indocumentados constituyen más de un 30% y son los grupos de mayor pobreza y menor educación, a menos que se supere esta situación, podríamos estar legitimando de forma permanente, esta forma de inequidad.

Una inequidad del proceso que tiene vocación de permanecer y profundizarse es la de contratar servicios con PSS privados, con tarifas diferenciales por régimen, lo que promueve distintas calidades de atenciones por tipo de afiliado.

2. Equidad en la distribución de los riesgos: la integralidad de la atención a la salud es el principio consignado en la Ley 87-01 que tendría mayor vocación de redistribución de los riesgos, pese a que éstos están determinados por la inserción social y laboral del individuo. No obstante,





ésta es una de las direcciones en que menos progresos se ha realizado y la brecha conceptual, el paradigma dominante y la resistencia al cambio, auguran que seguirá siendo así, a menos que se realicen fuertes correctivos.

3. Equidad en la distribución del poder y saber en salud: el saber en salud está íntimamente asociado al poder. Históricamente lo uno y lo otro le ha sido conculcado a la población. La Ley 87-01 tiene entre sus principios la participación en salud; sin embargo, la normativa es pobre al respecto y aunque contempla representaciones en diversos órganos deliberativos, la proporcionalidad ampliamente minoritaria de la representación social la hace inefectiva y eso tiene como resultante el estímulo a la automarginación¹⁸⁹.

Si a lo anterior le agregamos el hecho que, por lo general, el presidente de los distintos consejos contemplados en las estructuras del modelo de red es el director de la unidad, entonces queda claro que dicho funcionario es además quien, entre otros, tiene poder de convocatoria y definición de la agenda. Por lo tanto, se entiende la reluctancia del mismo para constituir y convocar los consejos, con la consecuencia que la participación resulta de tipo instrumental o no vinculante.

Empoderamiento y participación en salud

La Ley 87-01 contempla entre sus principios la participación. Sin embargo, en el modelo de atención normado por la SESPAS esto aparece de forma muy limitada, aunque reconozcamos, supera las posibilidades del modelo previo.

El Paradigma de Desarrollo Humano observa dos formas de participación: como un medio para alcanzar unos objetivos y participación como un fin en sí misma, como un espacio democrático para el control social de las instituciones. Esta última forma tiene historia más reciente, como es el caso de Brasil¹⁹⁰.

La primera, la participación como medio, es la forma predominante en nuestro país, siendo empleada "...como una estrategia para contribuir a mejorar la utilización de los servicios, aumentar la calidad y complementar la financiación de los mismos"¹⁹¹.

El nuevo modelo de red de los servicios regionales de salud contempla los siguientes órganos de participación:

A nivel de la gerencia de los SRS:

- Consejo de Planificación.
- Consejo de Administración del Hospital Regional.

A nivel de las áreas de salud:

- Consejo de Salud de Área.
- Consejos de Administración Hospitales de Área o Generales.





A nivel de las zonas de salud:

- Consejo de Salud de la Zona.
- Comités de Salud.

En términos reales, todos esos organismos están constituidos y sesionan limitadamente los de nivel regional. No existen los de área y aunque existen numerosos comités de salud en diversas UNAP de la región, su representatividad y operatividad es muy cuestionable. En general, todos esos órganos han sido limitados en su función resolutive.

En resumen, asumiendo los niveles de participación citados por la Fundación para la Superación de la Pobreza, ONG chilena¹⁹², nosotros no hemos rebasado el segundo escalón (consulta no vinculante). Por la importancia que creemos tiene para el análisis de la participación, transcribimos íntegramente dicha gradación:

- La participación, en el contexto de las políticas sociales, puede entenderse como un continuo o gradiente que crece en intensidad, según la incidencia efectiva de los ciudadanos en la toma de decisiones.
- La participación como información, puede ser entendida como la más básica y fundamental entre los diferentes niveles posibles de distinguir, y corresponde a aquella en que los ciudadanos participan por el hecho de conocer o estar informados de sus deberes y derechos. Este proceso tiene implícito un límite, conocer cuál es la real disponibilidad de la información pública y que ésta sea de calidad; es decir, clara, pertinente, oportuna y precisa.
- La participación como consulta no vinculante, corresponde a una forma de participación que se caracteriza por no implicar una relación directa con el proceso de toma de decisiones. Es decir, los resultados de la consulta no tienen mayor impacto, pues la decisión suele radicar en un tercero, además de ser discrecional o privativa de éste.
- La participación como consulta vinculante es una forma más avanzada de participación, pues toma en cuenta la opinión o parecer de los ciudadanos. Esto requiere de personas informadas, pues adquiere sentido en la medida que éstas poseen conocimiento respecto de los temas que se les preguntan. En este caso, los resultados de la consulta influyen en la toma de decisiones (ej: los plebiscitos comunales).
- La participación como cogestión o coejecución se refiere a la realización conjunta entre las partes, sin que necesariamente haya existido un proceso de decisión conjunta. En este caso, la limitación se encuentra dada por el hecho de que los ciudadanos pueden ser incorporados, en este nivel de participación, sin haber estado insertos en la decisión sobre lo gestionado o los distintos elementos de su diseño (ej: pavimentos participativos).
- La participación como control ciudadano es una forma avanzada de participación ciudadana, pues alude a la posibilidad de emprender acciones de fiscalización con respecto a la gestión pública. Es decir, en este nivel,





la ciudadanía puede participar en instancias de evaluación o auditoría de las distintas etapas o fases de un proyecto. Vale la pena destacar que esta forma de participación favorece la apropiación de lo público por parte de la ciudadanía.

- La participación del tipo coimplicación o codirección corresponde a aquella forma que idealmente incorpora a todas las anteriores, pero que se traduce en la concertación de voluntades, formación de alianzas y participación en las decisiones, en conjunto con las instituciones que dan forma a una oferta de participación. Por su naturaleza, esta forma va más allá de la simple ejecución de proyectos, pues, como se ha señalado, se debe traducir en la generación de confianzas mutuas entre la ciudadanía y el Estado.

¿Aportes a la libertad?

Es difícil desvincular este aspecto de lo tratado anteriormente. Nos limitaremos a señalar que una de las libertades fundamentales es cercenada por la Ley 87-01 para el afiliado al régimen subsidiado: la libertad de elección. Aunque entendemos la intención, en dicha restricción, de proteger a los proveedores públicos, nos resulta difícil entender por qué se consignó de forma permanente. No es posible que la Ley establezca que el per cápita y el PBS sean iguales, pero se obligue a un tipo de beneficiario a casarse permanentemente con una ARS: la pública, con independencia de que ésta y/o sus proveedores (también obligados) no cumplan con ofertar servicios integrales, completos, continuos y de calidad. Bajo estas condiciones se promueve la violación de los derechos de los usuarios, que todavía pueden sentirse temerosos a exigir determinadas condiciones de los servicios por temor a las consecuencias, ya que no tienen ninguna otra opción de cara al futuro.

Critica a la implantación del nuevo modelo de atención

En síntesis, los elementos que más explican las características específicas del proceso de implantación del Modelo de Atención en la Región IV de Salud, son los siguientes:

Rezagos en la función rectora

Resulta indiscutible que el nivel central de la SESPAS ha venido a asumir tardíamente su función de conducción del proceso de reconversión de las estructuras regionales. La implantación del SFS inicia en noviembre de 2002 y no es hasta más de un año después que se logra evacuar un reglamento de rectoría y separación de funciones, así como de provisión de servicios donde empieza a aclararse la idea de reorganización y transferencia de competencias oficiales. Tendrá que transcurrir más de un año para que la Subsecretaría de Atención a las Personas empiece a demandar que la PRPSS R-IV tome en esa dirección y un total de casi 4 años para que el modelo de red, como normativa oficial, sea lanzado como documento oficial de la SESPAS.





Quizá alguien se sienta tentado a justificar ese rezago en base al sobrevalorado y malentendido principio de la "gradualidad". Pero nadie empieza a construir un edificio sin tener una idea clara de lo que será el mismo, lo que es gradual es su construcción; es decir, primero se replantea y prepara el terreno, luego se excavan las zapatas, se vacían las mismas, etc.

Cuadro 9
Comparativa entre el modelo actual, el modelo propuesto (en telaraña) y el modelo en redes, 2007

	Modelo actual	Modelo en telaraña	Modelo en redes
1	La gente no forma parte del sistema		La gente es parte ineludible de la RED
2	No requiere cambio de paradigma		Es un cambio de paradigma
3	Estructura piramidal jerárquica		Desestructurado - horizontal
4	Centrado en el gerente o técnico		Centrado en las personas
5	Forma de gerencia centralizada		Modelo de gestión participativo
6	Control basado en el ejercicio de la autoridad		Control horizontal basado en las relaciones solidarias
7	Puede constituirse por mandato de la autoridad		No se puede constituir por mandato
8	Descentralización debe ser el fruto del desarrollo y la madurez		Descentralización es instrumento de desarrollo y madurez
9	A mayor madurez mayor rigidez		A mayor madurez mayor flexibilidad

Fuente: De Jesús González Peña, M.





Indefinición paradigmática

El modelo de red que pudo ser concretado y aprobado parece realmente una construcción ecléctica, carente de una afiliación paradigmática real. Esto así porque lo que promueve en términos estructurales está divorciado de los elementos fundamentales del concepto de red y si la estructura es la que hace la función, resulta poco probable que el resto del discurso sobre integralidad de los servicios, su enfoque en las personas, etc., tenga posibilidades de concretarse.

Extendiéndonos en la analogía previa, nadie diseña una cocina con bañera e inodoro si quiere ser efectivo (eficiente y eficaz). Está claro que o es cocina o es baño, salvo que existan demasiadas restricciones en los recursos.

En el caso que nos ocupa, parecería que está normada la construcción de un modelo en transición entre los sistemas y las redes, algo así como una telaraña, que es una forma limitada de red, orientada en círculos concéntricos, para beneficio y bajo la autoridad única de la araña. El Cuadro 9 esquematiza lo aquí expresado.

Es importante entender que "(...) lo que se opone a la lógica de redes son las pirámides o formas jerárquicas de organización. Las redes no son telarañas, no son concéntricas, son formas de articulación multicéntricas (...) "¹⁹³. Otro elemento nodal es entender que las redes tienen lugar entre personas que se relacionan entre sí y establecen vínculos solidarios.

En la estructura propuesta por la SESPAS se desliza el error conceptual de entender que las UNAP son parte de las redes, cuando son espacios geográficos-poblacionales y como tales no pueden constituir redes. Igualmente se confunde el medio (sistema de referencia - contrarreferencia) con las relaciones, siendo la inexistencia de vínculos entre las personas (en este caso los médicos actuantes), lo que explica el porqué los referimientos son, en la mayoría de casos, mal recibidos y las contrarreferencias tan pobremente ejecutadas.

Inexistencia de un plan de transferencia de competencias

La idea de PRPSS descentralizadas, para hacer creíble que esa es la dirección hacia donde se dirige el modelo de atención, requiere que exista una propuesta programática acerca de la transferencia de las principales funciones gerenciales y administrativas. En esa propuesta, deberán definirse estrategias de desarrollo de las capacidades regionales para asumir dichas funciones de manera adecuada. Durante este IV Foro de Desarrollo Humano y Salud se informó que existe un plan que apunta en esa dirección de parte de la Subsecretaría de Atención Colectiva; también lo desconocemos y es altamente probable que las DPS tampoco lo conozcan; lo que pondría en evidencia nuevamente la vocación centralizante del proceso actual.





Criterios inadecuados de selección de actores

Si se quisiera ser efectivo, lo que evidenciaría compromiso y voluntad política verdadera, el criterio debería ser que la función define el puesto y que éste debe ser ocupado por la persona que, estando disponible y aceptando hacerlo, tenga las mayores posibilidades de desempeñarlo adecuadamente. No obstante, parece que la filiación partidaria continúa siendo un criterio más importante, aún en los casos en que no reúna las mínimas condiciones para desempeñarse en el cargo con un mínimo de éxito. El segundo criterio más importante parece ser el referencial (soy familia o amigo de...) y el clientelismo. La pregunta inmediata es cómo esperamos que la cirugía sea un éxito si el que está operando puede que sea el camillero (en base a cualquiera de los tres criterios que parecen priorizarse).

Escaso seguimiento/ acompañamiento

Como efecto paradójico, los niveles centrales, que son tan celosos en definir de forma unilateral todo lo que debe de ser, después casi se desentienden si ello está siendo respetado. En el caso de la Región IV, en los más de cuatro años que lleva en vigencia el SFS, las acciones de capacitación, acompañamiento y seguimiento realizadas por el nivel central, se cuentan con los dedos de las manos... y quizás sobren dedos.

Concentración de la desconcentración

Actualmente, el efecto de recentralización parece tener una doble expresión:

- **Reconcentración regional:** que se expresa cuando la Dirección Regional, que se concibe como articuladora de la red, reproduce el modelo de concentración de poderes y funciones dentro de su área de competencia. Expresión importante de esta tendencia es el reclamo en la asignación de recursos financieros hecho por las Direcciones de Hospitales de la Región y que dio al traste con la violación por el SENASA de la autonomía y competencias regionales, realizando acuerdos directos con los hospitales. Inicialmente, incluso los pagos eran directos a éstos, pero ahora se canalizan a través de la regional.
- **Reconcentración a nivel de la Subsecretaría de Atención:** esperamos que no sea la punta del iceberg, la iniciativa de ésta instancia de crear una Unidad de Compras de Servicio (y otra de recursos humanos, etc.) para quitar esta función a las PRPSS, como parece haber ocurrido en la Región IV; en que, como ya fue comentado, desde hace un año no se tiene contrato con el SENASA, a la espera de que sea negociado por la Subsecretaría de Atención a las Personas. Tristemente, esto nos recuerda la creación del Colegio Universitario (CU), para compensar las deficiencias formativas de los bachilleres, antes de iniciar su formación profesional. Creo que debemos concentrarnos en corregir el problema y no en generar otros. La conducta que nos parece más efectiva





sería capacitar en negociación a las PRPSS y luego acompañarlas y asesorarlas durante las negociaciones con el SENASA, hasta certificar su capacidad. Además, pudiera normarse la negociación entre iguales (nivel regional de la SESPAS con nivel regional del SENASA), ya que la asimetría de poder es demasiado grande sin el contrapeso del nivel central de la SESPAS, que nunca ha participado en las negociaciones previas.

Reflexión sobre impacto esperado

A la luz de todo lo antes expresado, cabe realizar algunas reflexiones finales sobre las lecciones que arroja la experiencia de desconcentración/ descentralización de la Región IV de Salud y su posición dentro del paradigma de desarrollo humano.

La contrarreforma: ¿posibilidad o amenaza?

La mayor vulnerabilidad de cualquier sistema (mecánico, orgánico o social) está en el inicio de su desarrollo o en su decadencia. Aunque no tenemos dudas que se están dando elementos para afirmar que estamos en un proceso de reforma, dada la indefinición paradigmática, las grandes brechas conceptuales, la lucha de poderes y la resistencia natural e interesada al cambio, para mencionar las razones más evidentes, se está corriendo el grave riesgo de transitar la vía de la contrarreforma disfrazada de reforma, mediante la simple estrategia de presentar lo viejo como lo nuevo, desarrollando esfuerzos por mejorar la calidad, calidez y oportunidad de los servicios meramente curativos; que es donde la mayor parte de los actores se sienten cómodos y responde ampliamente a los intereses del mercado.

"(...) muchísimos ejercicios de descentralización en el sector salud han sido arrasados por las crisis y luego de ellas la institución aparece más centralizada que antes de comenzar el proceso de descentralización (...)"¹⁹⁴

Reafirmación de la voluntad política

Se habla de equidad, de calidad, de universalidad, de eficiencia, de eficacia, de satisfacción del usuario. Estas aspiraciones parecen estar presentes en la mayoría de los discursos; sin embargo, no así en los hechos. Creemos que ha llegado el momento de ir más allá, profundizando el planteo y la realización.

Los procesos de contrarreforma tienen su mejor expresión en las dificultades del arranque del SFS para el Régimen Contributivo, cuyo inicio ha sido fijado y pospuesto en innumerables ocasiones, durante los últimos cuatro años. Sin la entrada del Régimen Contributivo la reforma muere, por lo que es tarea del nivel político lograr que eso se concrete, sin las cortapisas que se le están queriendo (y logrando) endosar, que distorsionan los principios y la Ley 87-01.





Otra expresión igualmente importante de las dificultades del arranque es la anemia de los procesos de reconversión estructural de la principal instancia llamada a conducir la reforma (la SESPAS), cuyo nivel central sigue siendo hipertrófico y da señales inequívocas de tener vocación rectora. Resulta imprescindible, pues, la reafirmación de la voluntad política ministerial, trazando lineamientos claros de su compromiso y accionar a favor de este proceso.

Uno de esos planteamientos estratégicos debe referirse al sistema de contratación y designación de funcionarios, en base a perfiles y condiciones laborales mejor definidos y garantizados.

Redefinición paradigmática y resignificación de la atención primaria de salud

Otra manera importante de expresar esa voluntad política es asumiendo la prioridad de adoptar un paradigma adecuado, ya que la única alternativa correcta (eficaz) a un modelo de atención ineficiente e ineficaz es desarrollar un modelo de atención efectivo, teniendo como tal aquel que produzca servicios de atención integral a la salud de forma oportuna, eficiente y con equidad. Nos parece que el modelo en redes multicéntricas (no en telaraña o concéntricas) es la mejor opción y es coherente con el paradigma de desarrollo humano.

Para ello es necesario desarrollar espacios de discusión y difusión que permitan disminuir las innumerables brechas conceptuales existentes actualmente, tales como el concepto de Atención Primaria en Salud (APS), del que no hemos superado la simple diatriba de si constituye una estrategia (Salud para todos en el año 2000), una estructura (Dirección de Atención Primaria), un modelo de organización (SILOS) o un programa (Municipios Saludables), por lo que necesita ser redimensionado y resignificado.

Otras brechas conceptuales que necesitan ser superadas tienen que ver con las definiciones de lo que son servicios integrales, la desconcentración/descentralización, modelos de atención en salud, la organización en redes, las Unidades de Atención Primaria y la participación en salud, para enumerar aquellos que son vitales al reorientar la reforma actual.

Sistematización del acompañamiento, monitoreo y evaluación

Dado que lo ideal generalmente es enemigo de lo posible, entiendo como válida la estrategia de "acotejar la carga en el camino"; empero, para confiar en ella, debemos estar seguros por lo menos de que entendamos que:

- El "acotejamiento" se fundamenta en un marco conceptual claro, coherente, que le da la direccionalidad adecuada.
- La carga no se "acoteja" sola, lo hacen las personas.
- Se requiere en los ejecutores, por lo menos, capacidad de reflexión crítica, creatividad y compromiso.





- Debe verificarse la existencia de una praxis aceptablemente consecuente con lo deseado.

Atendiendo a la realidad de que esos criterios raramente están presentes de manera dominante, entonces se requiere que el nivel rector, los garantice mediante el acompañamiento sistemático de los actores locales y la capacitación permanente en servicio, que es otra forma coherente de expresar voluntad política a favor de la reforma.

Así, la Subsecretaría de Atención a las Personas debe asumir adecuadamente la necesidad de fungir inicialmente como el hermano mayor de las PRPSS, favoreciendo su desarrollo y protegiéndolas de los riesgos de su inexperiencia y falta de madurez. Para ello, en vez de estar creando estructuras internas cada vez más complejas, lo que debe hacer es generar equipos de acompañamiento con experiencia en las distintas competencias a ser transferidas y garantizar la continuidad del acompañamiento y monitoreo, así como sistematizar las evaluaciones que permitan la certificación de la tenencia de las destrezas mínimas en cada área funcional, para así autorizar su descentralización.

Capacitación permanente en servicio

Es evidente que toda transferencia de competencias necesita del desarrollo de capacidades. Muchas de ellas se adquieren con la experiencia; pero, nos parece ingenuo el planteamiento oficial de que "el período de transición es el mayor generador de conocimientos y experiencias"¹⁹⁵. La reflexión crítica y la recursividad para aprender y superar los problemas no son características espontáneas en la mayoría de los actores actuales del sector salud. Por el contrario, los malos hábitos y la resistencia natural a los cambios deben llevar a inferir que las indefiniciones del período de transición, lejos de generar experiencia, lo que están formando son condiciones para la contrarreforma.

Es así como se hace evidente que debe existir una política de aprovechar sistemáticamente la permanencia en servicio del personal de salud, para desarrollar un programa de capacitación permanente, vinculado a su quehacer, que lo lleve a la reflexión sobre su accionar, mejorándolo y permitiéndole evaluarlo de nuevo, en un ir y venir de la teoría a la práctica y desde ésta a la teoría, que genere la espiral virtuosa de crecimiento, desarrollo humano y profesional. Este proceso debe traducirse en una mejoría de la integralidad y calidad de los servicios requeridos y anhelados por nuestro pueblo para promover, prevenir y/o restaurar su salud, como componente indispensable de su bienestar.





Dra. María Elexia Bautista
Directora del Hospital de Palenque

**Palenque: una
experiencia de
descentralización
y desconcentración
del sector salud**







Las normas establecidas por la SESPAS en el Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud pretenden:

- Asumir formas modernas de organización y gestión, desplazando así las formas verticales y unipersonales de dirección que rigen actualmente.
- Promover, a través de su funcionamiento, una dirección o conducción más colectiva.
- Promover los organismos y estructuras nacionales centrales a las locales, siendo la descentralización la estrategia a desarrollar en la mayoría de las situaciones.
- Desarrollar formas organizativas y de funcionamiento que tiendan a proveer servicios de una manera más racional e integral, tomando como punto de partida a la familia y la relación de ésta con los procesos sociales.
- Supone la disminución gradual de las duplicaciones entre proveedores públicos en la oferta de servicios a una misma población en un mismo ámbito territorial, así como la reducción al mínimo posible de las exclusiones y limitaciones en el acceso a los servicios para poblaciones definidas como prioritarias.
- Implica el desarrollo de la atención primaria en salud tanto en términos organizativos y financieros como en la formación y desarrollo de los recursos humanos cuyo perfil profesional ha de ajustarse a las exigencias y requerimientos de la provisión de los servicios dentro del primer nivel de atención.
- Desarrollar la atención especializada en articulación con el primer nivel, organizada de forma racional bajo criterios de acceso, calidad, equidad y costo-beneficio, cuyo personal clínico y de dirección tenga por entendido el modelo de servicios en que se inserta y lo que esto significa en términos de su práctica.
- Generar entre la población cambios culturales y de percepción hacia los servicios públicos, lo que ha de sustentarse en la implementación del modelo organizativo, sobre todo en el primer nivel de atención.
- Estabilización de los recursos humanos y una adecuada sectorización y asignación del personal profesional y técnico de los servicios, especialmente médicos y enfermeras, a poblaciones definidas bajo





sistema de adscripción, capaces de establecer vínculos de confianza entre los servicios y la población sin lesionar las libertades de elección que consigna el marco legal vigente.

- Esto ha de significar un cambio en la práctica de la población que, al día de hoy, supone el desarrollo de la salud a través de la visita a los establecimientos de salud, los cuales son considerados mejores si son de mayor complejidad. Asimismo, para los profesionales de la salud que suponen que los servicios de salud se han de desarrollar en los establecimientos de salud y con personas con alguna afección o daño, en vez de impulsar la salud desde una perspectiva de “producción social.”

El nuevo modelo de atención a las personas ha de buscar revertir la demanda de servicios especializados y ajustar la oferta al nivel de resolución, según el problema de salud a tratar. Deberá conseguir que la población admita y respete los circuitos de circulación entre los servicios por criterios de acceso y complejidad de la oferta, sobre la base de que los servicios del nivel primario puedan proveer servicios de calidad. Asimismo, pretende revertir las actitudes y las prácticas sobre los procesos de reforma y transformación del sistema de salud. Los diferentes actores que intervienen en el sector a veces se resisten a cambiarlo, sobre todo los profesionales y directivos.¹⁹⁶

El nuevo modelo de atención posibilita equilibrar la cantidad, calidad y el costo de los servicios que provee, en correspondencia con las necesidades de la población a la que sirve. Para esto, habrá de romper con la irracionalidad predominante al momento de definir los recursos, y comenzar a hacerlo sobre la base de la definición de las funciones, responsabilidades y productos esperados de cada unidad estructural, cuyo cumplimiento tendría que servir de base para la permanencia y la promoción laboral, o en vez de la afinidad política o personal¹⁹⁷.

Se ha de entender que el desarrollo de todo lo anterior ha de significar un proceso, algo gradual, por etapas o pasos, siempre marcado por la realidad a transformar sin perder de vista la imagen, al final del proceso, a la cual se aspira¹⁹⁸.

Experiencia del modelo de atención en Sabana Grande de Palenque

El tema que me corresponde presentar sobre la experiencia del nuevo modelo de atención en salud está totalmente relacionado con el desarrollo humano, ya que para lograr estos objetivos hay que estar muy consciente de cuáles son nuestras necesidades, hacia dónde queremos ir y qué queremos lograr; es decir, tener una visión bastante clara de lo que es la humanización de los servicios y el fin último: mejorar la calidad de vida de la población.

Por la experiencia vivida y las metas alcanzadas, tenemos la seguridad de que el sistema es funcional; pero hay algo sumamente importante y es que se deben crear las bases para que no sea otro proceso inconcluso. Estamos convencidos que





si vamos al campo de acción y se dan todas las condiciones previstas (integración, levantamiento, sectorización, formación, implementación, prevención) la experiencia es exitosa, no sólo para las autoridades, sino para aquellas personas que tienen el derecho de recibir atenciones garantizadas y de calidad.

Nuestro país ha estado inmerso en la implementación de dos leyes: La Ley General de Salud (42-01) y la Ley de Seguridad Social (87-01), tomando como marco de referencia el primer nivel de atención como la puerta de entrada de este sistema.

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), preocupada por implementar lo que es el nuevo sistema de salud asume el compromiso de gestión con la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS) y su representante, en aquel momento, Socorro Gross y los consultores Dr. Gerardo Alfaro Cantón y Rigoberto Centeno.

En nuestro caso, en el año 1999, el equipo provincial de la SESPAS junto a los consultores de OPS decidieron dar los primeros pasos sobre lo que es el nuevo sistema, reuniendo a todos los directores provinciales, de áreas y municipales, para presentarnos la propuesta y lo que teníamos que hacer.

Se realizaron varios talleres y conferencias hasta lograr que estuviésemos de acuerdo con los planteamientos y que entendiéramos el proceso. De inmediato, nos dirigimos a nuestra comunidad, realizamos un encuentro con todo el personal del hospital, formamos el equipo intrahospitalario, integrado por el director como coordinador, el epidemiólogo y todos los encargados de los diferentes departamentos: enfermería, estadística, supervisores de promotores. También nos reunimos con las autoridades de la comunidad: el síndico, los representantes de las diferentes instituciones de servicios, directores de escuelas, Juzgado de Paz, INAPA, Instituto Agrario Dominicano (IAD), entre otras; así como con representantes de nuestra sociedad: cuerpo de bomberos, Defensa Civil, Cruz Roja, juntas de vecinos, líderes comunitarios, asociación de agricultores y voluntarios. Con toda esta coordinación, realizamos el primer taller, dirigido al equipo intrahospitalario, a los médicos generales, pasantes de ley, pasantes de INTEC, enfermeras, personal administrativo, estudiantes de término del Liceo Américo Pérez Tolentino y personal voluntario.

El primer paso para el inicio del proceso fue el levantamiento cartográfico del municipio de Sabana Grande de Palenque, que está formado por tres comunidades: Sabana Grande de Palenque, Sabana Palenque y Juan Barón. Después del levantamiento, nos dirigimos al hospital y realizamos la sectorización, teniendo los conocimientos de que los Equipos de Salud Familiar (ESAF), ahora Unidades de Atención Primaria (UNAP), debían atender de 500 a 700 viviendas con 2,500 a 3,500 habitantes cada una, quedando conformadas un total de 6 UNAP:





- La UNAP I, ubicada en la entrada del pueblo, en el barrio “Los Parceleros”, un poco distante al resto de la población, en un centro comunitario construido por la Comunidad Española (AECI) y facilitado por la Asociación Los Parceleros “La Luchadora”, ubicada en este lugar para que comunidades vecinas como Duveaux, Carlos Pinto, Najayo, Rancho en Medio, La Canela, Nigua, entre otras, puedan acceder al servicio de salud sin la necesidad de tener que ir directamente al hospital.
- La UNAP II funciona en el Hospital Tomasina Valdez porque consideramos que debía haber un médico general. Comprende la población ubicada desde la entrada del pueblo hasta la calle Hermanas Mirabal, la cual pasa frente al hospital.
- La UNAP III está ubicada en el antiguo templo de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. A ella le corresponden los habitantes que habitan desde la calle Hermanas Mirabal a Arroyo Colorado, en la salida del pueblo.
- La UNAP IV, la ubicamos en el centro comunal Luciola Báez, en Sabana Palenque.
- Las UNAP V y VI quedaron funcionando en Juan Barón, dividiéndose en norte y sur.

Así, con el aporte comunitario, quedaron constituidas nuestras seis Unidades de Atención Primaria y entrelazadas con nuestro hospital.

Después de delimitar el área física, se procedió a asignar el personal médico de cada una de las UNAP, estableciéndose acuerdos con los cinco médicos generales que prestan servicios de 24 horas en nuestro hospital para que fuesen encargados, junto con los pasantes de ley y los pasantes rurales de INTEC, de dichas UNAP.

Las Unidades de Atención Primaria quedaron conformadas por: un médico, una enfermera, dos promotores, un supervisor para las UNAP I, II, y III, y otro supervisor para las IV, V y VI.

Para seguir haciendo posible nuestro reto:

- Readecuamos los archivos clínicos.
- Se comenzaron a usar instrumentos como: fichas familiares, croquis, agendas, los cuales facilitan la identificación de los factores de riesgo para así conocer con mayor precisión y facilidad nuestra situación de salud y ambiental.
- Se comenzaron a procesar los datos: consolidado de fichas e informes de actividades R-8, 67-A, EPI y ASIS¹⁹⁹.

En las UNAP se ofrece un plan básico de salud, que va a depender de lo que establezca el Seguro Nacional de Salud en su reglamento para el primer nivel y que será vigilado y normado por la SESPAS. Esta oferta del plan básico en el primer nivel incluye importantes acciones preventivas y de promoción para cada grupo de edad, para la familia y la comunidad.





El trabajo en equipo ha sido el éxito de todo este proceso, lo que nos ha brindado fortaleza para continuar.

El resultado de toda esta formación ha sido la articulación en redes de todas nuestras UNAP con el hospital Tomasina Valdez, en un sistema de referencia y contrarreferencia, donde les ofrecemos nuestra cortesía de servicios:

- Medicina Interna.
- Urología.
- Psiquiatría.
- Pediatría.
- Ginecología y Obstetricia.
- Cirugía.
- Psicología.
- Trabajo Social.
- Laboratorios.
- Odontología.
- Anestesiología.
- Monografía.

En los casos en los que nuestro centro de salud no tenga poder de resolución, lo referimos a un centro de mayor complejidad: hospital Juan Pablo Pina, de San Cristóbal.

Cuando los pacientes vienen referidos de las UNAP, tienen prioridad en los servicios del hospital y de esa manera les enseñamos a valorizar lo que son sus servicios médicos a través de la UNAP.

La participación comunitaria es importante, pues los problemas del sector son discutidos y analizados junto a las autoridades, haciendo planteamientos concretos. También nos involucramos en todas las actividades sociales, formando parte integral de ellas sin pensar en política, sino que con unidad se resuelven los problemas prioritarios que benefician a los más necesitados, no solamente a nivel social, sino previniendo las enfermedades que pudieran desencadenarse. Nuestras autoridades siempre están prestas a servir y a cooperar con nuestras inquietudes y necesidades.

Nuestras relaciones son tan estrechas con las instituciones que ofrecen servicios en nuestra comunidad que ya hemos firmado un compromiso de gestión con la empresa local Cemento Dominicano (DOMICEN), una fábrica que opera hace aproximadamente tres años, que ayuda al hospital a través de OPS y Global Links (institución sin fines de lucro que ayuda a países necesitados en el área de la salud).

Hasta ahora hemos recibido tres contenedores con muebles e inmuebles (equipos, material gastable, entre otros) con un valor en transporte de más de 45,000 dólares. Ese acuerdo fue firmado con el señor Secretario de Salud Pública y Asistencia Social,





la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de Salud (OPS/ OMS) y el Hospital Municipal Tomasina Valdez (Sabana Grande de Palenque).

En nuestras UNAP existe garantía de continuidad totalmente establecida, pues cada cinco ó seis meses hacemos un consolidado por cada una de ellas, donde se reflejan todas las variantes que inciden para poder brindar un seguimiento en la atención.

En la tabulación de las fichas se trata de identificar situaciones de riesgo, abordaje de los niños con vacunas pendientes, identificación y manejo de mujeres embarazadas sin control prenatal, seguimiento del puerperio, problemas de saneamiento básico (excreta, agua potable), entre otros.

Por eso es necesaria la consolidación y el análisis de las informaciones de los grupos de edad, el número de viviendas sin agua potable, sin letrina y en mal estado, ya que para nosotros es de utilidad, poder cuantificar y dar seguimiento a cada uno de los problemas existentes para mejorar la salud de nuestro sector. Por tanto, el personal está siempre bien informado y cada vez más comprometido con el proceso.

Principales obstáculos del proceso

- Falta de comprensión de las autoridades.
- Falta de recursos económicos.
- Falta de cultura de la comunidad de cómo integrarse al proceso.

Principales beneficios recibidos

- Descongestionamiento del hospital.
- Mejor relación médico-paciente.
- Mayor participación de la comunidad.
- Aumento de la cobertura de vacunación.
- Mayor detección temprana cáncer cérvico uterino.
- Mayor atención a la salud sexual y reproductiva.
- Aumento de la capacidad resolutive.
- Disminución de referimientos.
- Continuidad en la atención.
- Facilita la movilización de recursos.
- Más actividades de promoción.

El descongestionamiento del hospital ha sido en base a la educación continua, para que el paciente comprenda los beneficios que puede recibir tanto para si mismo como para su sector en general.

Es importante que el paciente esté consciente de que con el médico y su equipo en el sector no tiene que gastar en transporte. Si no puede asistir a la UNAP, el médico o la enfermera están en la obligación de visitarle en su casa.





Principales beneficios para la comunidad²⁰⁰

- Resuelve gradualmente sus necesidades.
- Mejora el acceso a los servicios de salud y disminuye el gasto por traslados.
- Mayor conocimiento de su propia situación sanitaria.
- Recibe más educación en salud.
- Mayor participación en la toma de decisiones.
- Mayor identificación y compromiso con sus servicios de salud.
- Mejora la calidad de la atención recibida.
- Aumenta la oferta de servicios disponibles.

Necesidades insatisfechas

Para nosotros es motivo de tristeza que pese a todo el trabajo que hemos realizado aún no se haya tomado en cuenta la necesidad de más personal remunerado pues continuamos con los médicos generales del hospital y tres enfermeras voluntarias que iniciaron el proceso junto al equipo intrahospitalario.

A pesar de conseguir las instalaciones facilitadas por las comunidades, aún necesitamos en Sabana Palenque la UNAP VII, pero no se han conseguido los recursos de la SESPAS central ni se ha conseguido que se nombre el personal necesario para cubrir las UNAP.

Retos futuros

- Convertir a Sabana Grande de Palenque en un municipio saludable.
- Estar en condiciones de suscribir un compromiso de gestión.
- Desarrollar estrategias de escuelas saludables.
- Llevar a cabo proyectos comunitarios para mejorar el saneamiento básico.

Lecciones aprendidas

Debo decirle que durante todo este proceso no se recibió ningún tipo de ayuda logística, solamente orientación, seguimiento y facilitación de algunos instrumentos de trabajo (agendas, carnet, fichas) por parte de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de Salud (OPS/ OMS) y la SESPAS.

Hemos trabajado en el proyecto porque creemos en él y estamos en la plena seguridad de que el trabajo en equipo y la descentralización son elementos claves para el fortalecimiento de la atención primaria en salud.

Permítanme darles las gracias a cada una de las personas que jugaron un papel importante en el desarrollo de este foro muy especialmente a Dalia, Manuel y Rosa, por confiar en nosotros y en nuestra experiencia. Al mismo tiempo, les





sugiero que continúen con esta alianza estratégica entre INTEC-SESPAS-OPS/ OMS-PNUD, para así poder lograr un desarrollo humano que aborde los problemas que inciden diariamente en nuestro medio, analizándolos frente a nuestras autoridades y agencias internacionales, con la finalidad de buscarles una solución efectiva y poder lograr las metas trazadas.





Participación del público y respuestas de los/as expositores/as





158





Participación del público

Cristina Nogueira

Representante de la Organización Panamericana de la Salud
y Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS)

Hoy tuvimos un día extremadamente rico de experiencias y de discusión donde se establecen los marcos conceptuales, los marcos teóricos, donde se expresan los deseos y lo que se espera que se logre en términos de desarrollo humano y salud. Y tenemos este último panel que nos intenta aterrizar para que puedan también crear las expectativas, las esperanzas, las oportunidades que hay. Existen muchas lecciones, muchas experiencias positivas, de las que hemos aprendido en el día de hoy. Existe esta oportunidad que se da cuando la descentralización o desconcentración (porque observamos que estamos más en un proceso de desconcentración que de descentralización en el país) se puede realmente lograr.

También hemos aprendido algunas lecciones. Creo que hay que compartirlas, socializarlas y democratizarlas, como es la propia experiencia que nos trae el doctor González de la Región IV, donde también se presentaron temas concretos e importantes para la reflexión y para la discusión que pueden ser parte de las lecciones aprendidas a nivel nacional y que tienen mucha relevancia en toda nuestra discusión de hoy. Primero, que todo proceso de descentralización o desconcentración que tiene como enfoque al desarrollo humano tiene que estar con la base de ser un proceso participativo, democrático, donde todos los actores involucrados no son sólo recipientes pasivos. Y es que, tenemos aún muchos elementos pendientes como expone nuestro colega. ¿Cuál es el propósito? Ahí retornamos a la pregunta inicial: ¿Tenemos claro a dónde queremos llegar? Esa es todavía una pregunta que queda, porque es necesario revisar el propósito de los procesos de reforma.

Otros aspectos también importantes que se han expuesto acá son el desarrollo, la inversión y los costos. Todos hablaron sobre los temas de recursos, pero también se puede demostrar que muchas veces, a nivel local, con muy pocos recursos también se pueden realizar cambios a favor de la salud. Entonces, es obvio que tenemos un crecimiento económico en un país que no asigna los recursos que debería al sector salud. Eso es una dicotomía y es algo que todos debemos demandar.





El otro aspecto expuesto por este panel y que se discutió en la mañana es el de las brechas en términos de recursos humanos y la generación de las competencias necesarias para que ese proceso se pueda dar.

También se discutió el tema de la atención primaria en salud. El país participó de la estrategia con hasta una consulta nacional sobre la renovación de la atención primaria. Hay que repositonar en un nuevo escenario a la atención primaria en salud y creo que es un tema que tiene que suponer más trabajo. Es una estrategia inherente, importante para lograr cualquier proceso de descentralización y también cualquier proceso que vaya a tener un impacto en los resultados de salud.

José Familia

Director Provincial de Salud de Elías Piña

Sí, sí se puede. Nosotros en la Región VI tuvimos la experiencia de un proyecto llamado Fondo de Atención Primaria (FONAP) que no fue sostenible, puesto que fue un proyecto con financiamiento externo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y con 560 pesos resolvíamos lo del Plan Básico de Salud de nuestra población. Sí se puede; lo que hay que tener es un cambio de actitud que debe ser generado. No sé, por eso reclamaba hace un rato, que las universidades deben estar presentes, porque debe generarse un cambio de actitud y porque tenemos que humanizar los servicios, y los servicios se humanizan desde la formación. Si usted no tiene formación de familia, si usted no tiene una formación de que le duela el dolor ajeno, usted no va a lograr esto. Sigo creyendo que sí se puede. Y eso es una muestra, no todo es dinero. En salud hay que hacer lo máximo con lo mínimo de recursos económicos. Creo que sí se puede y hay que darle la bienvenida a este proyecto del hospital de Palenque, no de la doctora. Como ella dice: "De su equipo", del equipo de una comunidad que sí quiere resolver sus problemas de salud, integrando a los munícipes a ese proceso. Así que felicitaciones, doctora, a usted y a su equipo, y felicitaciones a los organizadores del foro.





Ramona Checo

Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARN)

Hoy hemos sacado un común denominador en todos los expositores, lo cual de una u otra forma ha tocado la ética. La crisis, los problemas ambientales, económicos, sociales y culturales que confrontamos son un problema moral muy atinado y muy relevante. El señor Ceara-Hatton hablaba esta mañana sobre el poder. El poder tiene un gran componente ético. Lamentablemente, sabemos que, por costumbre, nuestros servidores públicos son cambiados cada cuatro años y cuando llegan, en lugar de dar seguimiento a los proyectos existentes, los echan de lado porque son fruto del desempeño de un funcionario que pertenece a un partido rival. Yo creo que ese es un mal que adolecemos, que debemos ir corrigiendo, lo cual también tiene un gran componente ético.

Ahora, mi pregunta para la doctora es, el problema de las letrinas, en la curva que ella presentó, en las estadísticas, tuvo una caída tan drástica. ¿Cuántas letrinas hicieron y quién las hizo? ¿Quién las financió? Sé que ella dijo que también la educación fue un gran componente que contribuyó con eso, pero para presentar esa curva así, tan descendente, tan bruscamente descendente, podría aclararnos ¿cuántas letrinas se hicieron y quién las financió?

Lourdes Jerónimo

Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARN)

Esta mañana me hice mi propia hipótesis de que sí era posible la descentralización y la desconcentración, no sabiendo todo lo que venía detrás. Realmente, me siento muy satisfecha de haberme hecho esa hipótesis y ver realmente que sí es posible. Felicito, no voy a decir la Dra. Bautista, tengo que decir al equipo, porque sólo un equipo puede llegar a hacer algo así de esa naturaleza para demostrar que sí es posible. Pero, para ello necesitamos tener sinergia con las demás instituciones, tener coordinación, que fue lo que hizo ese equipo. Ahora mi pregunta es: ¿Cómo pudo lograrse? Porque no es fácil. Entonces, me gustaría saber cómo lograron acercar los municipios y todo el sector agua, que es tan fundamental para prevenir problemas de salud.





Janiris Mella

Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas

Quiero felicitar a la doctora porque tuve una mala experiencia en una UNAP de Palenque. Quiero decir una mala experiencia para mí, pero un buen servicio que le brindaron a mi hijo que casi se ahogaba en la playa de Palenque y acudí a la UNAP y me dieron buen servicio.

Ingeniera Brígida

Representante del Director del INAPA

También quiero felicitar a la doctora, pero quiero hacerle una anécdota. Como ingeniera me impresioné, porque tengo una hija que fue pasante y pasó por una UNAP en Palenque. Me decía que ella tenía 600 familias, que las conocía a todas, que tenía la responsabilidad de salir a visitarlas a su casa y que había una población de alrededor de 2,800 habitantes que correspondían a esa UNAP.

Nunca había visto en salud pública este tipo de atenciones, pero me sorprendía aún más porque ella me decía: "Mamá, a mí me llegan medicamentos que hasta me sobran". Se sabía los nombres de cada una de las familias, por cuántos estaba constituida, donde vivían, de que padecían, cuántos niños había, cuáles eran las enfermedades más frecuentes de esa población, el número de mujeres embarazadas, cuáles estaban atendidas, cuáles no, así como cuáles estaban planificadas y cuáles no.

No vine con la doctora, estoy aquí representando al director del INAPA, pero la verdad es que es sorprendente como la doctora ha logrado desarrollar lo que es la atención primaria, y yo que no tengo tanta experiencia hasta me entusiasmo y estoy dispuesta a ayudar donde sea para que ese ejemplo de Palenque sea como un plan piloto o ejemplo para toda la geografía nacional.





Dra. Peña

Pasante de la UNAP II de Sabana Grande de Palenque

Los hospitales de nuestro país viven muy congestionados y precisamente por esa congestión el médico tiene que atender al paciente muy rápido y a veces no le hace una buena historia clínica. En las UNAP hay menos pacientes y el médico tiene más facilidad de hablar con cada paciente. Cuando va una mujer embarazada, por ejemplo, uno detecta cualquier factor de riesgo, se refiere a la ginecóloga inmediatamente y eso contribuye a reducir la mortalidad materna.

En cuanto al agua, con la educación que le vamos dando en las UNAP, pueden bajar las enfermedades que pueden ser causadas por cualquier contaminación del agua. Recuerdo cuando estaba el problema del dengue. Allá en Palenque se hizo una movilización de todo el municipio de Palenque donde todos los médicos de todas las UNAP y de todos los hospitales, junto a toda la población integrada, se concientizó acerca del problema del dengue. Lo que les quiero decir es que cada médico en cada UNAP conoce a su población, como estaba diciendo la ingeniera Brígida, la concientiza y así baja tanto la mortalidad, morbilidad y demás indicadores relacionados. Realmente vale la pena el proceso.





Respuestas de los/as expositores/as

Dra. María Bautista

En salud pública se comenzó a hablar del nuevo modelo en 1998 y en 1999 fueron a la provincia de San Cristóbal. Nosotros iniciamos de una vez con el proceso. Tengo informes consolidados de los indicadores de salud, que realizamos desde 2000. Desde entonces los hemos realizado cada tres y cada seis meses, y todos están ahí.

En varias ocasiones hemos hecho programas de chatarrización, porque sabemos que el dengue anda por ahí siempre. Pero no lo hace sólo el hospital, lo hace la comunidad entera; lo coordina la UNAP, pero nos integramos todos a eso.

En cuanto al agua, era un proceso ya de INAPA, el Ayuntamiento... Era un proceso en sí que ya involucraba a las personas de la comunidad. Había muchos problemas que le planteamos al síndico y al representante de INAPA de la comunidad y le buscamos una solución entre todos al problema. Todos nos juntamos, discutimos, lo llevamos donde el síndico, y solucionó el problema. Él es una persona abierta. No tiene bandería política. Pertenece a un grupo político, pero esa no es su meta. Su meta es trabajar por la comunidad. Él iba a venir hoy al encuentro, lo invité; pero Palenque es una zona playera, viene la Semana Santa y hoy tienen tres días que están limpiando la comunidad, la playa y todo, hay muchas personas, los bomberos, la Cruz Roja. Una parte del equipo de salud está integrado a estas labores. Si no estuviera aquí, estaría integrada también al proceso. Es decir que nosotros trabajamos totalmente unidos.

En cuanto a hipertensión arterial, diabetes mellitus, todas las enfermedades de riesgo están identificadas en el croquis. Les invito a que pasen por Palenque para darles un tour por las UNAP para que ustedes vean. Están identificadas ahí todas y se les da seguimiento. Tenemos un programa de hipertensión, de diabetes y a algunos que son insulino dependientes de escasos recursos se la facilitamos.

En cuanto a la letrización, les digo que no fue financiada. Vuelvo y repito. Tengo 18 años siendo directora del hospital, pero estamos desde 1999 dando orientación. Eso vino de la misma comunidad. Un proyecto fue realizado por





INTEC, en el barrio de Los Parceleros, se reunieron con ellos y decidieron que cada familia fuera ayudada por otra para hacer hoyos, buscar los materiales ellos mismos, pero no fue con un financiamiento de un banco ni de ninguna institución internacional ni nada de eso. Fue entre ellos mismos que decidieron ponerle coto a ese problema que les estaba afectando grandemente. A través de la charla, la orientación y el seguimiento. Sé que en ese proyecto INTEC ayudó a conseguir, en ferreterías, algunos equipos, pero no fue financiado.

Dr. Manuel González

Bueno, realmente pienso que, en términos generales, las intervenciones que se han hecho fueron orientadas más bien a una experiencia bastante exitosa que presentó la compañera.

Entiendo que en términos prácticos he de felicitar una iniciativa así, se entiende que ella tiene un gran liderazgo ¿son 18 años, dijo? Tiene que tener un liderazgo enorme en esa zona y eso facilita evidentemente, además del compromiso que asumió con realizar el proceso, el empujarlo.

De todas maneras, pienso que el proceso sí se puede, eso está demostrado. Pienso también que el problema de principio tiene que estar bien claro, por lo menos la conceptualización general, y hay que ir profundizando sobre esa conceptualización general para generar los conceptos específicos, y creo que eso fue señalado por la mayor parte de las personas que han intervenido en el día de hoy. Hay una propuesta concreta de una participante que habló de realizar un conjunto de talleres para ir dilucidando eso. Pienso que los talleres no deben de ser a la ligera, sino que deben de tener una correlación entre teoría y práctica de cada una de las situaciones distintas en donde se está desarrollando el proceso. Así, en términos prácticos, también creo en el proceso, creo que debe ser defendido y que con todas las debilidades que pueda estar presentando es mejor lo que se tiene ahora que lo que se tenía. Si di la impresión de que estaba negativo, no es eso; lo que pasa es que intento ser objetivo, bastante objetivo con mi realidad, porque es la única manera de lograr cambiarla a mayor velocidad que lo estamos haciendo ahora.







Conclusión







Conclusión

El cuarto foro sobre Desarrollo Humano fue convocado con el objetivo de discutir sobre la relación entre salud y desarrollo humano y ver en qué medida el proceso de descentralización y desconcentración del Sistema Nacional de Salud mejora la eficiencia del sistema, facilita el empoderamiento y la participación de la población y disminuye las inequidades y las brechas sociales. En otras palabras, si el proceso de descentralización y desconcentración mejora el bienestar de la población o se trata de una nueva carga burocrática para el Estado y la sociedad.

El uso del enfoque de desarrollo humano para evaluar el proceso de descentralización del sector salud nos ha permitido enriquecer el debate y ofrecer una metodología de análisis que facilita una mirada crítica y constructiva de dicho proceso. Al mismo tiempo, siendo un paradigma en construcción, los instrumentos metodológicos y conceptuales del desarrollo humano resultan enriquecidos al enfrentarlo con una realidad tan compleja como el sector salud.

El sector salud dominicano desde el enfoque de capacidades

El desarrollo humano es el proceso de liberación de las personas desde una situación de privación hacia la creación de libertades para hacer y ser aquello que cada cual tenga razones para valorar. El enfoque de capacidades nos dice que el nivel de salud de una persona determinará fuertemente sus oportunidades y opciones en la vida, por lo que impactará en su nivel de realizaciones o logros alcanzados. Asimismo, nos habla de cómo unas capacidades impulsan otras; es decir, su ampliación tiene un fin en sí mismo pero también es un medio.

Por ejemplo, el crecimiento de la economía puede contribuir a la creación de riquezas que permitan elevar el nivel de salud de la población, pero eso no es suficiente, ya que existen evidencias de que el crecimiento económico no siempre va emparejado con





el desarrollo humano. “El crecimiento económico experimentado por el país en las últimas dos décadas ha tenido un impacto en el sistema de salud por debajo de las potencialidades aprovechables, necesarias y deseables. Países con igual o menor ingreso per cápita reflejan mayores avances en sus indicadores de salud que República Dominicana” (Bernardo Matías). Esto pone en evidencia la necesidad de impulsar políticas públicas dirigidas a lograr que los recursos generados por la sociedad sean utilizados principalmente en la creación de capacidades que permitan elevar el nivel y la calidad de vida de la población, no sólo porque son sus derechos, sino también porque la sostenibilidad de ese crecimiento económico está determinada por las capacidades de las personas que lo impulsan.

El enfoque de desarrollo humano posiciona a las personas como las portadoras del conocimiento, base de la productividad sistémica y, por tanto, del crecimiento económico estable en el tiempo.

De esta forma, las limitaciones de la población para acceder a servicios de salud de calidad pueden limitar también el desarrollo de la sociedad a largo plazo. Un ejemplo de esto es, tal y como describe Bernardo Matías, que “en la actualidad, el gasto público en salud como porcentaje del PIB (...) es el segundo más bajo en toda la región. Este bajo financiamiento tiene un impacto directo en el presupuesto familiar, en especial de quienes carecen de un seguro médico y tienen que pagar directamente de sus bolsillos. La carga se hace más pesada en una familia donde alguno de sus miembros es víctima de una enfermedad crónica o catastrófica. La situación familiar se torna deprimente cuando se carece de cobertura de aseguramiento para las enfermedades catastróficas. Esta situación obliga a las familias a recurrir a préstamos o venta de activos, produciendo la consecuente descapitalización o endeudamiento familiar”.

El bajo porcentaje de personas aseguradas, así como la baja calidad de los servicios “reflejan la existencia de un sistema de salud que reproduce la pobreza, profundiza las inequidades sociales y nos coloca como uno de los países del continente latinoamericano con uno de los sistemas de salud más inequitativos. Un país que no invierte en salud tiene dificultades para lograr avanzar sosteniblemente en el desarrollo humano” (Bernardo Matías).

En el nuevo marco legal (Ley 42-01) y en el borrador de Plan Decenal de Salud 2006 – 2015 se asume una visión que asocia la salud al desarrollo humano, donde se pone como centro a la personas. Esto constituye una ruptura con el viejo modelo curativo. Sin embargo, todavía predomina cierto énfasis en las variables financieras y





económicas, lo cual puede distanciar la reforma del enfoque de desarrollo humano, acercándola a las concepciones utilitaristas y economicistas.

Según Bernardo Matías, el modelo de salud es aún “un modelo que orienta los recursos hacia las enfermedades, dejando de lado las intervenciones de promoción y prevención. Es un modelo que aún está lejos del paradigma de desarrollo humano, del concepto de producción social de la salud, de un enfoque donde se prioricen las intervenciones en el primer nivel de atención y las de promoción y prevención, poniendo a los usuarios y usuarias en el centro de las atenciones”.

Es una necesidad desarrollar espacios de discusión que permitan redimensionar el concepto de salud vinculado al desarrollo humano y reorientar algunos temas, como el de la atención primaria, que son objeto de múltiples interpretaciones en actores claves del Sistema Nacional de Salud. Esto pasa por un sostenido y coherente programa de capacitación que permita el desarrollo de capacidades en los gestores locales y la reflexión crítica de sus experiencias.

El enfoque de desarrollo humano plantea que son las personas quienes se desarrollan y éstas se encuentran en un espacio y un contexto territorial y culturalmente localizado. Esto indica que hay una vinculación entre el desarrollo de las personas, el desarrollo local, la participación social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la gente.

El sistema de salud es uno de los escenarios donde más se reproducen y se hacen visibles las inequidades de la sociedad dominicana. La reforma de salud y la seguridad social pueden convertirse en la mejor oportunidad para transformar este sistema en uno más equitativo, siempre que el liderazgo político, social y empresarial esté dispuesto a aprovecharla, haciendo de la solidaridad la base de un pacto social para el desarrollo humano.

“El proceso de descentralización y desconcentración en la Región IV nos muestra ciertos avances, pero a la vez se ponen de manifiesto algunas limitaciones. Entre éstas, se destacan los rezagos en la función rectora, la indefinición paradigmática, la inexistencia de un plan oportuno de transferencia de competencias, criterios inadecuados de selección de actores, escaso nivel de seguimiento-acompañamiento, la reconcentración regional, la reconcentración a nivel de la subsecretaría de atención a las personas” (Manuel González). Ante estas limitaciones se plantea la necesidad de





fortalecer la voluntad política de compromiso con profundizar los cambios desde la perspectiva de desarrollo humano. En ese sentido, se propone seguir el proceso de reforma, fortaleciendo la función conductora del Estado, intensificando la capacitación de los recursos humanos, así como incrementando el nivel de empoderamiento de la ciudadanía en todo el proceso.

La producción social de la salud: la salud, más que un problema médico

Al igual que la salud de las personas condiciona su desarrollo y el de su país, el nivel de desarrollo de una sociedad también condiciona la salud de su población. Como sosteníamos en la introducción, la salud de una comunidad está condicionada por su nivel de ingresos, su estado nutricional, su nivel educativo, el nivel de participación de su población... Por lo tanto, "asumir un concepto más integral de salud presupone asumir que la salud se produce y reproduce en el seno de las comunidades y de la sociedad, en sus diferentes espacios institucionales, incluyendo las escuelas, los centros de trabajo, los ámbitos residenciales, según las condiciones de vida de las poblaciones, y no sólo en los centros de atención de los enfermos. Este abordaje de la salud como producto social ha sido asumido por la Ley General de Salud 42-01. Sin embargo, se ha avanzado poco en incorporar estos conceptos en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud" (Pedro Luis Castellanos).

"Así como el paradigma de desarrollo humano supuso una ruptura con la visión utilitarista y economicista heredada de la postguerra, también el concepto de salud centrado en las personas es un distanciamiento radical del esquema biologicista, curativo y hospitalario, y una asunción de la salud como producción social, lo cual implica la construcción de un modelo multisectorial e integral, la necesidad de expansión, consolidación y sostenibilidad del acceso, la calidad de la atención y la equidad" (Bernardo Matías).

Lamentablemente, aún se está lejos de poder hablar de altos niveles de intersectorialidad en el sector salud. Las debilidades gerenciales del aparato estatal limitan la posibilidad de la acción conjunta de las diferentes instancias y actores. Un ejemplo de esto es el programa Solidaridad, el cual consiste en transferencias a la población más pobre condicionadas al cumplimiento de ciertos requisitos, el cual tras tres años de implementación aún no ha conseguido articular a las diferentes secretarías que deberían garantizar el cumplimiento de las condicionalidades de vacunación, asistencia a la escuela u obtención de actas de nacimiento.





La poca prioridad que se le ha dado hasta la fecha a la atención primaria en el país limita la mejora de los resultados en salud de la población. El concepto de producción social de la salud está íntimamente vinculado al desarrollo del primer nivel de atención, ya que éste es el que se desarrolla insertado en la comunidad, conoce sus problemas y potencialidades; es el principal encargado de impulsar sistemas preventivos de salud y de integrar a la comunidad y sus diferentes actores en la promoción de la salud. “Desde la concepción de la Atención Primaria en Salud se propicia la captación y multiplicación de recursos endógenos para solucionar los problemas locales y se buscan nuevos procesos participativos Esta búsqueda se amplía mediante el enfoque de Promoción de la Salud que estimula el surgimiento y el funcionamiento de redes de actores sociales y los emprendimientos participativos e intersectoriales como el Municipio Saludable y las Escuelas Promotoras de Salud, los cuales proponen horizontalizar las relaciones entre grupos, personas y organizaciones, para empoderar las poblaciones y estimular la inteligencia colectiva de las comunidades” (Bernardo Matías).

“Mientras predomine un modelo de atención centrado en los hospitales, con una capacidad de resolución en el nivel primario muy baja, centrado en la curación, con limitado desarrollo de la promoción y la prevención, (...) difícilmente podrá la participación social fortalecer la efectividad y difícilmente podrán desarrollarse, en todo su potencial, los procesos de descentralización territorial. Parece necesario que simultáneamente con estos procesos de base territorial se desarrolle un cambio de paradigma sobre el sistema de salud y sobre la salud de las poblaciones” (Pedro Luis Castellanos). “Esto ha de significar un cambio en la práctica de la población que, al día de hoy, supone el desarrollo de la salud a través de la visita a los establecimientos de salud, los cuales son considerados mejores si son de mayor complejidad. Asimismo, para los profesionales de la salud que suponen que los servicios de salud se han de desarrollar en los establecimientos de salud y con personas con alguna afección o daño, en vez de impulsar la salud desde una perspectiva de producción social” (María Elexia Bautista).

“El primer nivel de atención debe dejar de ser un nivel simplificado y de bajo costo, y disponer del apoyo de servicios de diagnóstico y terapéutica, así como de rehabilitación, de carácter ambulatorio, y de alta capacidad y calidad, adecuadamente distribuidos en redes y sujetos a sistemas articulados de referencia y contrarreferencia desde los servicios familiares y comunitarios, antes que a los centros hospitalarios” (Pedro Luis Castellanos).





Por otro lado, será necesario que las Direcciones Provinciales de Salud y los Servicios Regionales de Salud desarrollen “capacidades que hasta ahora no han tenido o han recibido poca prioridad. Entre ellas están las capacidades para la planificación local participativa, para un abordaje intersectorial y de producción social de la salud, para establecer convenios, acuerdos y contratos con múltiples actores y prestadores de servicios y atenciones, para fortalecer la participación y el empoderamiento de las comunidades y sus organizaciones representativas, y para construir redes programáticas locales con diversidad de actores. Además, deberán desarrollar capacidades y habilidades para operar sobre nuevos criterios de asignación y gestión financiera, más vinculadas a resultados de impacto en la población, con efectivos mecanismos de monitoreo y evaluación, así como de fiscalización y veeduría social” (Pedro Luis Castellanos).

La recién aprobada “Ley del Distrito Nacional y los municipios (176-07)” establece que entre las competencias de los municipios estará la “coordinación y gestión de la prestación de los servicios de atención primaria en salud²⁰¹, ya que este escenario constituye el espacio privilegiado para la participación en la producción social de la salud y el empoderamiento de la ciudadanía y de sus organizaciones para la promoción de espacios de vida saludable. Del mismo modo, el espacio municipal puede ser propicio para el desarrollo de todo el potencial de la fiscalización y participación en salud, a través de la planificación local participativa, de los consejos de desarrollo local y de los espacios de participación en la gestión, en el monitoreo y evaluación de los servicios, programas y proyectos de salud.

Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de las municipalidades del país han alcanzado un desarrollo limitado de sus capacidades técnicas y han madurado poco como espacio de gobierno local participativo. Por otra parte, la tradición centralista y autoritaria del modelo de Estado nacional, debilita, más que fortalece, estos procesos de conformación de lo municipal como espacio de poder local” (Pedro Luis Castellanos).

La descentralización y la desconcentración como estrategias para mejorar la salud

El nuevo marco legal resultante del proceso de reforma obliga a desarrollar un proceso de desconcentración y descentralización del sistema sanitario dominicano. Por una parte, plantea separar las funciones y asigna a la SESPAS el ejercicio desconcentrado de la rectoría y la provisión de los servicios colectivos de salud a través de las Direcciones Provinciales de Salud (DPS). Por otra parte,





descentraliza la función de provisión de servicios de salud, asignando esta responsabilidad a los Servicios Regionales de Salud (SRS). Del mismo modo, se descentralizan las funciones de financiamiento y aseguramiento con la creación del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), las Administradoras de Riesgo de Salud (ARS) y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

La descentralización de un modelo de salud constituye un proceso complejo, en el cual interactúan y se entrecruzan múltiples intereses, concepciones y prácticas diferenciadas y contradictorias. Por tanto, la descentralización no es una receta. En República Dominicana es un proceso relativamente nuevo y por tanto demandará de una permanente revisión crítica de la práctica y teniendo como referente principal la garantía del ejercicio de los derechos de salud de la población.

El proceso de descentralización y desconcentración del sector salud amerita una reforma y democratización del Estado dominicano, superando la hipercentralización de la gestión pública, fortaleciendo los espacios locales de participación, ampliando el poder de los municipios para que sean reales gobiernos locales y puedan asumir gradualmente roles en la gestión de la salud en el primer nivel de atención.

Una amenaza que puede acompañar a los procesos de descentralización y desconcentración del sector de salud es el debilitamiento de la rectoría del sistema y sus instituciones, lo cual puede impactar negativamente en la equidad y efectividad. Por eso, la descentralización tiene que ir acompañada del fortalecimiento de la rectoría del sistema y la participación social en la elaboración, planificación, gestión y evaluación de políticas públicas en salud.

Una de las vulnerabilidades del proceso de reforma de salud en República Dominicana es que las indefiniciones de políticas, las luchas de poderes corporativos y la resistencia a los cambios pueden conllevar el desarrollo de estrategias que formalmente parecen responder a un nuevo modelo de salud, pero que en esencia reproducen viejos paradigmas curativos y de mercado que retrasan la reforma real.

Las políticas de salud, el financiamiento y la organización del sistema todavía están focalizadas hacia la curación de enfermedades, sin que se perciba una clara intención con intervenciones concretas que fortalezcan la salud colectiva. Por eso, es de alta prioridad que el modelo de atención esté centrado en el nivel primario, fortaleciendo





las capacidades resolutorias, universalizando el acceso, mejorando la calidad del personal, poniendo énfasis en la medicina familiar y comunitaria. En otras palabras, se plantea como un desafío reorientar la inversión en salud, dando mayor prioridad al primer nivel de atención, al desarrollo de la salud colectiva y al fortalecimiento de las funciones de rectoría.

La desconcentración de la SESPAS, vía las DPS, para desarrollar las funciones de rectoría y de servicios colectivos “ha permitido una mayor atención al acceso y la equidad en los servicios de salud, una mejor identificación de brechas entre las necesidades de la población y la capacidad resolutoria de los servicios para los diferentes grupos poblacionales, servir de garantía de una calidad mínima de los servicios de salud, así como promover una mayor y mejor participación de la población” (José Selig).

Los procesos de descentralización y desconcentración en el marco de la construcción del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Dominicano de Seguridad Social representan oportunidades para fortalecer el empoderamiento de las comunidades sobre su situación de salud y calidad de vida, y sobre la gestión de los recursos, organizaciones e instituciones destinadas por la sociedad para la promoción, la prevención, la atención y la rehabilitación en salud. Sin embargo, para que estas oportunidades sean aprovechadas en todo su potencial es necesario introducir cambios en el enfoque predominante sobre la salud de las poblaciones, el modelo de atención y los modelos de gestión de los servicios y programas de salud. Se requiere así mismo un cambio de paradigma sobre el desarrollo, más vinculado a la ampliación de las capacidades, oportunidades y libertades de las personas y a una relación Estado-Sociedad sobre la base de los conceptos de ciudadanía activa y de democracia participativa (Pedro Luís Castellanos).

Para lograr un modelo de salud integral e incluyente hay que evitar promover modelos de descentralización que reproduzcan en el nivel local las mismas deficiencias estructurales del Estado y sus instituciones, así como impedir el traslado a los niveles locales de esquemas centralizados de ejercicio del poder y de modelos de gestión más centralizados que antes. En ese sentido, la descentralización deberá generar procesos de empoderamiento ciudadano y participación social en los espacios locales, fomentando una cultura democrática y un redimensionamiento de las prácticas sociales. La salud es en sí misma una oportunidad para producir y reproducir esta cultura democrática. De igual modo, se requiere superar la dispersión y los esquemas de regionalización tan diversos y variados que tiene la





administración pública dominicana. Esto implica una reorganización de todo el sistema regional del sector que facilite la planeación del sector en articulación con el esquema regional de las instancias responsables de las políticas económicas.

Como revela Marco Akerman, “la descentralización no puede constituirse en un fin en sí misma, sino en un medio, una caja de herramientas, en que el conjunto de metodologías, tecnologías e intervenciones disponibles en su marco teórico y práctico no pierda de vista que su meta social fundamental es producir equidad y eliminar la exclusión social”.

Sin embargo, el impacto generado por el proceso de descentralización y desconcentración del Sistema Nacional de Salud en los espacios locales y en sus poblaciones es todavía muy limitado y la tendencia que se observa es que se trata de un proceso complejo, lento y con muchas incertidumbres y desafíos de gestión y redefiniciones. “Los obstáculos al proceso de descentralización/ desconcentración han sido muchos y se espera que algunos persistan por un tiempo y que otros se incorporen a lo largo del camino” (José Selig).

La lenta reconversión y reorganización institucional de la SESPAS sigue siendo una dificultad para la concreción real de la descentralización del sector salud y la asunción plena de la función de rectoría por parte de esta institución. Se requiere una real transformación institucional de la SESPAS que la coloque en capacidad de conducir el proceso, anteponiendo los intereses colectivos a los intereses particulares de los diferentes actores del sistema. En ese sentido, se valora como positivo la elaboración de un Plan Decenal de Salud con la participación de la ciudadanía y liderado por el organismo rector del sistema.

En efecto, a pesar de los avances en el proceso de reforma, las características principales del sistema sanitario dominicano siguen siendo las siguientes:

- Es un sistema centralizado y concentrado.
- Con débil nivel de articulación intersectorial y con los consejos de desarrollo locales.
- Servicios públicos y privados deficientemente regulados y normatizados.
- Muy débil participación social y ciudadana.
- El modelo de atención predominante está basado en un enfoque, biologicista, curativo e individual, y con muy poca capacidad de resolución en el nivel primario.
- Bajo gasto público en salud.





- Bajo nivel de aseguramiento.
- Alto nivel de gasto de bolsillo de parte de la familia.
- Baja calidad de los servicios sanitarios.
- Gestión ineficiente de los servicios y de baja productividad.

Por lo tanto, el proceso demanda de mucha creatividad y coordinación de esfuerzos con amplios sectores de la sociedad.

Por su parte, la descentralización de la provisión de los servicios de salud a las personas ha avanzado con la definición de un modelo oficial de Redes Regionales de Servicios de Salud. Se han definido los instrumentos para su funcionamiento y se ha iniciado un plan de transferencia de competencias desde la SESPAS central. Está pendiente la tercera fase, consistente en la constitución y formal habilitación de los SRS como prestadores de servicios autónomos. Tal como está definido el modelo, este sistema de redes regionales deberá contribuir con la eficiencia, calidad y equidad en la provisión de los servicios de salud a las personas (José Selig).

Finalmente, en las experiencias presentadas en el Foro se evidencia que se pueden lograr resultados tangibles en los indicadores de salud de la población cuando el liderazgo gerencial local tiene claridad de visión, se asume la salud con criterios integrales, se crea una cultura de trabajo en equipo y se promueven espacios de participación social y coordinación intersectorial. La experiencia desarrollada en el municipio de Palenque, teniendo como centro el fortalecimiento de las Unidades de Atención Primaria es una muestra tangible de estas posibilidades. Una de las lecciones aprendidas de esta experiencia es que a nivel local muchas veces se pueden lograr buenos resultados con pocos recursos financieros, aprovechando las capacidades localmente acumuladas. Sin embargo, también nos indica que la falta de apoyo del liderazgo central amenaza los resultados obtenidos y pone de manifiesto su débil sostenibilidad.





Notas

- 1 OPS 2006
- 2 SESPAS 2006
- 3 ODH/ PNUD 2005
- 4 Sen 2000a
- 5 Congreso Nacional de República Dominicana 2001, art. 2
- 6 OPS 2007, p. 5
- 7 Congreso Nacional de República Dominicana 2001, art. 2
- 8 SESPAS 2006e, p. 10
- 9 OPS/ OMS 2005a, p.34
- 10 Fundación Plenitud. 2005
- 11 Castellanos 2005
- 12 Congreso Nacional de República Dominicana 2001, p. 2
- 13 Ugarte 2007, p. 1
- 14 Congreso Nacional de República Dominicana 2001, p. 26
- 15 Mahbub Ul Haq (1934-1998). Inspirador de la teoría del paradigma del desarrollo humano. Economista paquistaní de la Universidad de Yale. Ministro de Planificación y Finanzas. Funcionario de diferentes organismos internacionales.
- 16 Amartya Sen. Economista indio. Premio Nóbel de Economía en 1998. Principal teórico del paradigma de desarrollo humano.
- 17 ODH/ PNUD 2004, p. 12-13
- 18 Ibidem, p. 13
- 19 ODH/ PNUD 2006, p. 13
- 20 ODH/ PNUD 2005, p. 16
- 21 ODH/ PNUD 2004, p. 12-13
- 22 Congreso Nacional de República Dominicana 2004, p. 18
- 23 Congreso Nacional de República Dominicana 2004, p. 18
- 24 Lamas Rojas 2007
- 25 CELADE/ CEPAL 2005
- 26 Ibidem
- 27 CESDEM, SESPAS, CERSS, COPRESIDA, USAID, BID, ORC Macro 2002
- 28 OPS 2006
- 29 SESPAS 2006e, p. 38
- 30 CESDEM, SESPAS, CERSS, COPRESIDA, USAID, BID, ORC Macro 2002





- 31 SESPAS 2006e, p. 54
- 32 Ibidem, p. 56
- 33 SESPAS 2007
- 34 SESPAS 2006e, p. 53-54
- 35 SESPAS/ PROSISA/ UE 2003
- 36 Whitehead 1992
- 37 SESPAS 2006e, p. 23 y 55
- 38 ODH/ PNUD 2005, p. 182
- 39 Lizardo 2005
- 40 Seguro Nacional de Salud 2007
- 41 Ibidem
- 42 Congreso Nacional de República Dominicana 2004
- 43 Médico; Master en Planificación y Financiación del Sector Salud; PhD en Epidemiología y Salud Pública; Asesor Regional de Desarrollo Local y Participación Social de la OPS-OMS/ SDE.
- 44 OPS/ OMS 2005
- 45 UN 1995
- 46 Brundtland 2002, p. 689; Brundtland 2002a, p. 156; von Schirning 2002, p. 632-637; WHO 2002
- 47 Producir equidad en salud es no tratar de forma igual los desiguales dando prioridad a ellos en términos de recursos o procedimientos. Inequidad en salud o en las condiciones de vida es comprendida como la diferencia injusta entre individuos, grupos poblacionales, espacios geográficos o países.
- 48 WHO 2002
- 49 Ibidem
- 50 En la definición del diccionario, territorio significa extensión de tierra, pero en la geografía humana moderna representa "el suelo donde se concretizan las relaciones sociales, las relaciones entre vecindad y solidaridad y las relaciones de poder. El territorio es la manifestación activa de la vida" (Koga, 2003).
- 51 Contribución personal de Antonio González durante el Taller de Consulta de Cuba, febrero de 2004
- 52 França, Silva y Vaz 2002
- 53 Santos 1997. Uno de los principales representantes de la "geografía crítica", fue profesor de la UFBA, USP y varias otras universidades extranjeras. Falleció en 2001.
- 54 Dowbor 2002
- 55 Dowbor 1996, p. 29-44, señala que en el caso de los países en desarrollo la centralidad de los aspectos económicos no puede ser abandonada. Afirmo que la implementación de una iniciativa de desarrollo local, en las actuales condiciones de la economía, no puede prescindir de proyectos de generación de empleo y renta.
- 56 UNDP 2002
- 57 De Oliveira 2002





- 58 Ibidem
- 59 Ibidem, p. 16
- 60 Ibidem, p. 16
- 61 Ibidem, p. 16
- 62 Calame 2004; Jesús 2003
- 63 Dowbor 2002
- 64 De Franco 2004
- 65 Ibidem
- 66 Ibidem
- 67 OPS 1988
- 68 OPS 1995
- 69 Ibidem
- 70 Ibidem
- 71 Ibidem, p. 23
- 72 Ibidem
- 73 Ibidem
- 74 WHO 2003
- 75 OPS 2003; Carneiro and Silveira 2003; Labont 2004, p. 115-121
- 76 Wallerstein 1992; Wallerstein 2002; Baum y Ziersh 2003, p.320-323; Bolin, Lindgren, Lindstrom y Nystedt 2003, p. 2379-2390; Edmondson 2003, p. 1723-1733; Health Canadá 2003; BID 2004
- 77 Duhl 1993, p. 112-124; Dowbor 1996, p.29-44; Dowbor 2002; OPS 2002; Dodds 2003, p. 171-177; Rivoir 2003; Calame 2004; Duhl 2004; ILO 2004
- 78 Cabannes 2004, p. 27-46
- 79 BID 2004
- 80 Dowbor 2002
- 81 Prefeitura de São Paulo/ UN-Hábitat 2004
- 82 Calame 2004
- 83 Gómez 2002
- 84 Ibidem
- 85 Ibidem
- 86 Duhl 2004
- 87 Gómez 2002
- 88 Akerman 2005
- 89 Jaramillo 2004
- 90 Amaro 2003
- 91 Rondinelli y otros 1983
- 92 El artículo 170 de la Ley General de Salud, promulgada en marzo del 2001, define un conjunto de términos que son empleados en el cuerpo de dicha ley. Acá se incluye la definición que se emplea en el texto. En el Reglamento de Provisión de las Redes de los Servicios Públicos de Salud (Decreto No. 1137-03), en el artículo 1, se le incluye lo relativo a las redes de salud.





- ⁹³ Sánchez 2005; Leyva 2000
- ⁹⁴ Existen muchas definiciones sobre el término desconcentración. Hemos tomado la presentada en el documento de Leyva 2000, por ser la más general y sencilla.
- ⁹⁵ Véase el artículo 170 de la Ley General de Salud.
- ⁹⁶ El concepto de política que se emplea es el de entenderla como una propuesta o una intención de generar y/o acumular poder con la finalidad de desarrollar, legitimar o transformar un modelo o una práctica social.
- ⁹⁷ Aún para aquel que ha seguido de lejos el proceso de reforma del sector salud en República Dominicana, le ha de resultar fácil el entender el eje por el cual camina éste proceso. A manera de resumen, por si el tema no resulta suficientemente conocido, incorporamos un cuadro resumen sobre la reforma liderada por el BID y el BM, tomado Asjana, Selig y Veras 2003, en donde se destaca la ausencia de los planteamientos sobre desarrollo humano tal y como lo concibe el PNUD

Aspectos	Reforma liderada por BID, BM
Punto de Partida	Dimensión Económica
Base de operaciones	Fuera de la Autoridad Sanitaria Nacional
Principal interés	Mayor participación privada
Aportes inmediatos	Inclusión criterios economía
Producción social de salud	Mejoría en la atención a las personas
Sistema de salud que promueve	De prestadores individuales autónomos y correspondencia entre las prestaciones y el monto del financiamiento
Criterios Evaluación	Proyectos realizados

- ⁹⁸ El concepto de desarrollo humano fue planteado por Mahbub ul Haq y Amartya Sen. A grandes rasgos, se plantea el desarrollo de estrategias que generen riqueza material al tiempo que generan mayores libertades y capacidades de las personas para que puedan ser y lograr lo que valoran. En: ODH/ PNUD 2006
- ⁹⁹ Por nueva legislación se refiere a la Ley General de Salud (42-01) y sus Reglamentos, así como a la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01).





- ¹⁰⁰ Estos planteamientos están incluidos en la presentación gráfica que hace la Subsecretaría de Atención a las Personas: “La Reforma en SESPAS. La Separación de Funciones y la Desconcentración”
- ¹⁰¹ Una descripción con mayor detalle de los procesos que conduce SESPAS con la finalidad de reformarse, se puede encontrar en las ponencias elaboradas por la Subsecretaría de Atención a las Personas de SESPAS (Fernández, Rivas y Selig 2004a; Selig 2005a, 2005b, 2005c, 2006, 2006a, 2006b) y en los siguientes textos: Del Conte 2004 y Sánchez 2005
- ¹⁰² El término descentralización es empleado como lo indica la legislación vigente y no como se expone en la mayoría de los textos sobre el tema. La descentralización es vista como el paso de la función de provisión desde la SESPAS a una instancia autónoma que se desprende de ella.
- ¹⁰³ SESPAS 2006d
- ¹⁰⁴ Una exposición más amplia sobre el tema puede encontrarse en los documentos sobre el plan de desarrollo de los SRS, 2005-2009, elaborados por la Subsecretaría de Atención a las Personas de SESPAS.
- ¹⁰⁵ SESPAS 2006d
- ¹⁰⁶ La SESPAS completa el tema de la descentralización con el desarrollo de modelos regulados sobre la base de un sistema formal de relaciones que tienen como soporte a los convenios, contratos y acuerdos que deberán desarrollar los SRS para el ejercicio de sus funciones. Más profundidad en el tema puede encontrarse en SESPAS 2006c
- ¹⁰⁷ El término de Salud Colectiva se refiere a los servicios que ha de proveer la SESPAS para la prevención y control de enfermedades y discapacidades, incluyendo los de vigilancia de salud pública de enfermedades e invalidez de origen e impacto colectivo y la investigación y control de riesgos y daños, con sentido de equidad social. Tomado de Selig 2005
- ¹⁰⁸ Las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) son expresiones territoriales de la SESPAS creadas mediante el decreto presidencial No. 117-98, del 16 de marzo de 1998, con la finalidad de desarrollar las funciones de la SESPAS en su territorio.
- ¹⁰⁹ Éstos son los componentes listados en los términos de referencia para la elaboración y presentación de la ponencia que nos ocupa. Las definiciones son tomadas de Cruz 2006
- ¹¹⁰ Cruz 2006, p. 35
- ¹¹¹ Cruz 2006, p. 43
- ¹¹² Cruz 2006, p. 97
- ¹¹³ Cruz 2006, p. 25





- 114 Equidad horizontal implica igual tratamiento para casos iguales. Por ejemplo, dos personas con una misma enfermedad deben ser tratadas de igual forma.
- 115 Equidad vertical es el trato desigual entre sujetos no iguales. Por ejemplo, una persona con mayores necesidades que otra debe dársele un trato mayor.
- 116 Una mejor explicación de este tema puede verse en: Rovere 1999
- 117 La idea es que la relación entre lo social y lo económico, en el ámbito de los servicios públicos, radica en que las necesidades sociales determinan la forma en que los servicios han de estructurarse, organizarse y funcionar, mientras que, los elementos de orden económico o financiero más bien, condicionan el desarrollo de los servicios. El acento se coloca en la misión del servicio sin dejar de subrayar los factores económicos.
- 118 Existen muchas versiones, instrumentos y procedimientos que promueven el desarrollo de cambios en las organizaciones, tal vez la más conocida es la planteada por Kart Lewin en el sentido de que el cambio pasa por tres etapas: descongelar, cambiar y recongelar. La versión simple que exponemos, para su mejor comprensión, puede ser asimilada a la fase de descongelar que señalaba Lewin.
- 119 Tal vez la mejor definición del problema de los servicios de salud sea la contenida en SESPAS 2006a
- 120 Este proyecto presentaba dos componentes: él de desarrollo de redes provinciales de salud y él de desarrollo de políticas y estudios para el avalar y potenciar los sistemas provinciales de salud. CERSS 2000
- 121 Este proyecto presentaba varios componentes, entre ellos: él de desarrollo de políticas y marco legal, la reorganización institucional de la SESPAS, la reestructuración del seguro social y el fortalecimiento de los sistemas de servicios básicos y hospitalarios. CERSS 2000
- 122 CERSS 2000, p. 19
- 123 Ibidem
- 124 CERSS 2000, p. 39
- 125 El abordar la desconcentración por separado, no como dimensión de la descentralización que se evidencia en el marco legal del sector salud, parece tener su origen en la interpretación que se presenta en los documentos de los proyectos de reforma
- 126 La mejor descripción de lo acontecido sobre este tema, se encuentra en Leyva 2000: "A mediados de los ochenta, la Organización Panamericana de la Salud lanzó la idea de Sistemas Locales de Salud (SILOS) con el propósito de acercar y ajustar los servicios a las necesidades y condiciones locales. Sin embargo, hubo más difusión del concepto de SILOS que su puesta





en práctica. Casi en forma simultánea a los SILOS, organismos financieros multilaterales (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo) promovieron políticas para la modernización de los gobiernos de América Latina. Una de las estrategias que se planteó fue la descentralización de los organismos de gobiernos para favorecer la democracia y como consecuencia la participación social y política en los países de la región. La estrategia de descentralización se planteó como en el medio para alcanzar este propósito; sin embargo, pronto se constituyó en un fin en sí mismo.”

¹²⁷ Banco Mundial 1987

¹²⁸ Ibidem

¹²⁹ Las provincias incluidas en el proyecto de desarrollo de sistemas provinciales de salud fueron las siguientes: Distrito Nacional, Barahona, Independencia, Bahoruco, Pedernales, Elías Piña, Duarte, María Trinidad Sánchez, Salcedo, Samaná, Sánchez Ramírez, Valverde, Montecristi, Santiago Rodríguez y Dajabón.

¹³⁰ Para mayor detalle de lo planteado, se deben revisar CERSS 2000, como ejemplo de la posición que se sustenta en el mercado, y SESPAS 2000

¹³¹ Una buena descripción del proceso que condujo a la aprobación de la nueva legislación, puede encontrarse en Lizardo 2004

¹³² Véase el decreto presidencial No. 975-01 de septiembre del 2001 que declara como expresiones territoriales de la gestión de rectoría de la SESPAS a las Direcciones Regionales y Provinciales de Salud.

¹³³ Véase el decreto presidencial No. 635-03 de agosto del 2003

¹³⁴ Véase el decreto presidencial No. 1137-03 de diciembre del 2003

¹³⁵ Véase el decreto presidencial No. 732-04 de agosto del 2004

¹³⁶ Estaría pendiente el reglamento de los centros especializados de atención en salud que sustituye al Reglamento de Hospitales, ya aprobado por el CNS y pendiente de oficialización mediante un decreto presidencial.

¹³⁷ Pese a las dificultades y limitaciones en la implementación del Seguro Familiar de Salud, una población significativa recibe las prestaciones del plan básico de salud, lo que ha de haber provocado una disminución del gasto de los hogares por concepto de salud, al subvencionárseles las atenciones en salud, en especial lo relativo a medicamentos ambulatorios, hospitalización y empleo de medios diagnósticos

¹³⁸ Algunas de las principales indefiniciones pendientes de solucionar, serían las siguientes: aprobación de reglamentos pendientes, el déficit financiero del plan básico de salud, la aprobación de las tarifas de los servicios profesionales, la inclusión de





- cuotas moderadoras y los pagos al margen de la ley, la falta de documentación para la afiliación, lo relativo a la doble cotización en relación con el IDSS a pesar del fallo emitido por la Suprema Corte de Justicia.
- ¹³⁹ IDESARROLLO. Santo Domingo, República Dominicana. castellanos_pedro@yahoo.com
- ¹⁴⁰ ODH/ PNUD 2005
- ¹⁴¹ Ibidem
- ¹⁴² SESPAS 2006e
- ¹⁴³ Índice de Gini 1997: 0.517, 2002: 0.544. Fuente: CEPAL 2006
- ¹⁴⁴ PNUD/ GAPMINDER 2006
- ¹⁴⁵ Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo 2006
- ¹⁴⁶ ODH/ PNUD 2005 y Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo 2006
- ¹⁴⁷ Klisberg 2006
- ¹⁴⁸ Sen 2000
- ¹⁴⁹ CEPAL 2006a
- ¹⁵⁰ CEPAL = Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas.
- ¹⁵¹ CEPAL 2006
- ¹⁵² SESPAS 2006e.
- ¹⁵³ CESDEM, SESPAS, CERSS, COPRESIDA, USAID, BID, ORC Macro 2002.
- ¹⁵⁴ Lizardo 2005
- ¹⁵⁵ Rojas 2007
- ¹⁵⁶ Restrepo y Málaga 2001
- ¹⁵⁷ Castellanos 1999
- ¹⁵⁸ Castellanos 1990, p. 1-8
- ¹⁵⁹ Wilkinson and Marmot 2000
- ¹⁶⁰ OPS/ OMS 1999
- ¹⁶¹ Evans, Barer and Marmor 1994
- ¹⁶² Breilh, Granda y cols. 1990
- ¹⁶³ Congreso de República Dominicana 2001
- ¹⁶⁴ Castellanos 1997
- ¹⁶⁵ Castellanos 1992
- ¹⁶⁶ Whitehead 1992, p. 429-445
- ¹⁶⁷ Martínez, Castellanos y cols. 2004
- ¹⁶⁸ SESPAS 2006e
- ¹⁶⁹ SESPAS 2006
- ¹⁷⁰ COPDES, ONAPLAN, PNUD 2005
- ¹⁷¹ La línea de base fue establecida en 2,000 casos por año, con base en la frecuencia observada alrededor del año 2000 y la meta para el 2015 se estableció igual o menor de 1,938 casos. En los años 2005 y 2006 la frecuencia anual ha sido





de 2,860 y 6,252 casos respectivamente. Aunque el dengue es endémico en los países caribeños, su prevención y control está vinculada a la calidad de los ambientes residenciales y sobre todo a la disponibilidad y continuidad del suministro de agua para consumo humano. En República Dominicana los principales criaderos del mosquito transmisor (*Aedes aegypti*) son los tanques y otros recipientes utilizados para almacenar agua en los domicilios.

- ¹⁷² Farr 1864
- ¹⁷³ Chadwick 1842
- ¹⁷⁴ SESPAS 2006e
- ¹⁷⁵ CEPAL 2006
- ¹⁷⁶ Banco Central de República Dominicana 2003
- ¹⁷⁷ Calculado con base en datos de ODH/ PNUD 2005
- ¹⁷⁸ CELADE CEPAL 2004
- ¹⁷⁹ Gómez 2003
- ¹⁸⁰ Wilkinson and Marmot 1989, p. 307-350
- ¹⁸¹ Evans, Barer y Marmor 1994
- ¹⁸² Ibidem
- ¹⁸³ Corin 1994
- ¹⁸⁴ Para mayor información puede revisarse la Ley General de Salud (42-01) y Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones.
- ¹⁸⁵ SESPAS 2006e
- ¹⁸⁶ Ibidem
- ¹⁸⁷ Ley 87-01, Art. 148.- Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), inciso "c) Coordinar la red de Proveedores de Servicios de Salud (PSS) para maximizar su capacidad resolutive", P.121
- ¹⁸⁸ Ley 87-01, Art.159.- Seguro Nacional de Salud (SNS), inciso "c) Organizar una red nacional de prestadores de servicios de salud con criterios de descentralización.", p. 130
- ¹⁸⁹ "En una evaluación realizada en Panamá, por ejemplo, se observó que de los numerosos comités de participación en salud creados, sólo funcionaban aquellos en que los equipos de salud eran capaces de dar respuesta a las demandas de la población." Vázquez, Siquirab et al. 2000
- ¹⁹⁰ Ibidem, p. 33-34
- ¹⁹¹ Ibidem, p. 34.
- ¹⁹² Fundación para la Superación de la Pobreza 2006, p. 174.
- ¹⁹³ Rovere 1999, p. 31
- ¹⁹⁴ Ibidem, p. 34
- ¹⁹⁵ SESPAS 2005, p. 37
- ¹⁹⁶ SESPAS 2006d, p. 21-26
- ¹⁹⁷ Ibidem
- ¹⁹⁸ Ibidem





- ¹⁹⁹ R-8, 67-A, EPI y ASIS son los formularios que mensualmente las DRS envían a la SESPAS para reportar las consultas efectuadas y los servicios brindados.
- ²⁰⁰ Ver en Anexos las tablas y gráficos relativos a las mejoras en la calidad de vida de la población de Palenque.
- ²⁰¹ Congreso Nacional de República Dominicana 2007, art. 19, párr. 1





Bibliografía

- Akerman, Marco. 1997. "Metodología de construção de indicadores compostos: um exercício de negociação intersetorial". In Barata RB (org.) *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Rio de Janeiro.
- Akerman, Marco. 1998. "A construção de indicadores compostos para os projetos de cidades saudáveis: um convite ao pacto transetorial". In Mendes, EV (org). *A Organização da saúde em Nível Local*.
- Akerman, Marco. 2005. "Saúde e desenvolvimento local: conceitos, desafios, ações e cooperação técnica". OPS. São Paulo. Editora HUCITEC.
- Amaro, Nelson. 2003. Documento elaborado para el curso "Descentralización y gobiernos locales con énfasis en participación ciudadana". OEA y Parlacen. Managua.
- Asjana, J., Selig, J., y Veras, W. 2003. "El Mundo del trabajo de los profesionales de la salud en República Dominicana. Situación actual y tendencias". UASD. Santo Domingo. No publicado.
- Banco Central de República Dominicana. 2003. "Cuentas nacionales en salud en la República Dominicana". Santo Domingo.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2004. "Iniciativa interamericana de capital social, ética y desarrollo". [<http://www.iadb.org/etica>].
- Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. 2006. "Informe sobre la pobreza en República Dominicana". Santo Domingo.
- Banco Mundial. 1983. "Decentralization in developing countries. A review of recent experience". Washington, D. C.
- Banco Mundial. 1987. "El Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma." *Boletín de la OPS*. Vol. 103 No. 5. Washington, D. C.
- Baum, F. E. y Ziersh, A. M. 2003. "Social capital." *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 57. No. 5.
- Bolin, K., Lindgren, B., Lindstrom, M. y Nystedt, P. 2003. "Investments in social capital - implications of social interactions for the production of health". *Social Science and Medicine*. No. 56. Vol. 12.





- Breilh, J., Granda E. y cols. 1990. "Deterioro de la vida. Un instrumento de análisis de prioridades en lo social y la salud". Biblioteca de Ciencias Sociales Vol. 28. CEAS. Corporación Editora Nacional. Quito.
- Brundtland GH. 2002. "Health and the world conference on sustainable development". Bull World Health Organ. Vol. 80. No. 9.
- Brundtland GH. 2002a. "From the world health organization. Health: a pathway to sustainable development". JAMA, Vol. 288. No. 2.
- Cabannes, Y. 2004. "Participatory budgeting a significant contribution to participatory democracy". Environment & Urbanization. Vol. 16, No. 1.
- "Cadernos de Saúde Pública." Vol. 19. No. 6: nov/ dez
- Calame, Pierre. 2004. "Repensar a gestão de nossas sociedades – 10 princípios para a governança, do local ao global". Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais. São Paulo, Pólis.
- Carneiro, Jr. N. and Silveira, C. 2003. "Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/ inclusão social". Cadernos de Saúde Pública. No. 19. Vol. 6: nov/ dez.
- Castellanos, Pedro L. 1990. "On the concept of health and disease. Description and explanation of health situation". Presented at the IV Latin American Congress and V World Congress of Social Medicine, Medellín, July 1987. Pan American Health Organization (PAHO). Epidemiological Bulletin. Vol. 10, No. 4, 19.
- Castellanos, Pedro L. 1992. "Health status and social class in Latin America. Implications for research and policy". 120th Annual Meeting American Public Health Association. Washington, D.C.
- Castellanos, Pedro L. 1997. "Epidemiología, salud pública y condiciones de vida. Consideraciones conceptuales". Barradas Barata R. ed. "Condicoes de Vida e Situacao de Saude". ABRASCO. Río de Janeiro.
- Castellanos, Pedro L. 1999. "Modelos explicativos del proceso salud-enfermedad. Determinantes sociales". En: Martínez, F., Castellanos, Pedro L. y cols.. 2004.
- Castellanos, Pedro L. 2005. "Informe de consultoría para apoyar la separación de funciones de salud colectiva y su costeo". CERSS. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población/ Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). 2002. "Boletín Demográfico No. 69. América Latina y Caribe: Estimaciones y proyecciones de población. 1950-2050." Santiago de Chile.
- CELADE/ CEPAL. 2004. "Boletín Demográfico N° 73. América Latina y Caribe: Proyecciones y estimaciones de población. 1950-2050". Santiago de Chile.





- CELADE/ CEPAL. 2004. "Boletín Demográfico, No. 74. América Latina: Tablas de mortalidad, 1950-2025". Santiago de Chile.
- CELADE/ CEPAL. 2005. "Boletín Demográfico, No. 76. América Latina: Proyecciones de población urbana y rural. 1950-2025". Santiago de Chile.
- CEPAL. 2006. "Panorama Social de América Latina". Santiago de Chile.
- CEPAL. 2006a. "La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento, solidaridad". Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL. Montevideo.
- CEPAL. 2006b. "Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2005". Santiago de Chile.
- CERSS. 2000. "Programa nacional de reforma del sector salud." BID. Santo Domingo.
- CESEM, SESPAS, CERSS, COPRESIDA, USAID, BID, ORC Macro. 2002. "Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA)." Santo Domingo.
- Chadwick, E. 1842. "Report on the sanitary conditions of laboring populations of Great Britain". Edimburg University Press. Citado en: OPS/ OMS. "Promoción y protección de la salud". 1994. Washington.
- Congreso Nacional de República Dominicana. 2001. "Ley general de salud (42-01)". Santo Domingo.
- Congreso Nacional de República Dominicana. 2001a. "Ley 42-01: Ley general de salud. 2da. Edición". Departamento Legal de la CERSS. Santo Domingo.
- Congreso Nacional de República Dominicana. 2001b. "Ley 87-01 que crea el sistema dominicano de seguridad social." Editora Centenario. Santo Domingo.
- Congreso de República Dominicana. 2007. "Ley del Distrito Nacional y los municipios (176-07)". Santo Domingo.
- COPDES, ONAPLAN, PNUD. 2005. "Invirtiendo en el desarrollo Sostenible. Necesidades para las ODM". Santo Domingo.
- Corin, E. 1994. "The social and cultural matrix of health and disease". In: Evans R. and cols. 1994. "Why are some people healthy and others not?". Aldine De Gruyter. New York.
- Cruz, Alci. 2006. "Guías de aprendizaje sobre Desarrollo Humano. El país que somos, el país que podemos ser". PNUD. Santo Domingo.
- Dabas, Elina y Perrone, Néstor. "Redes en salud". [<http://www.pasteur.secyt.gov.ar/formadores/RedSal-Dabas-Perrone.pdf>]
- De Franco, A. 2004. "Carta DLIS especial sobre a capacitação de equipes, carta 56". [<http://www.augustofranco.org>]
- Del Conte, Adriana. 2004. "Una reforma para estar en salud". PROSISA. Santo Domingo.





- De Oliveira, Francisco. 2002. "Aproximaciones a una enigma: ¿qué quiere decir desarrollo local?". Polis.
- Dodds, F. 2003. "From Rio via the Hague to Johannesburg: the role of multi-stakeholder dialogues". Water Science and Technology. No. 47. Vol. 6.
- Dowbor, Ladislau. 1996. "A intervenção dos governos locais no processo de desenvolvimento". In: "Bava S.C (org) Desenvolvimento Local". Geração de emprego e renda, São Paulo. Instituto Polis.
- Dowbor, L. 2002. "A Comunidade Inteligente: visitando as experiências de gestão local" In: Spink, P, Caccia Bava, S., Paulics, V. "Novos Contornos da Gestão Local: conceitos em construção", São Paulo, Instituto Pólis.
- Duhl, Leonard. 1993. "Conditions for healthy cities; diversity, game boards and social entrepreneurs". Environment and Urbanization. No. 5. Vol. 2.
- Duhl, Leonard. 2004. "Urbis, governance of diversity". Comunicación personal.
- Earl-Slater, Alan. 2001. "Diccionario de economía de la salud" Programa Flagship. Santiago de Chile.
- Edmondson, R. 2003. "Social capital: a strategy for enhancing health?" Social Science and Medicine. No. 57. Vol. 9.
- Evans R, Barer M and Marmor T. 1994. "Why are some people healthy and others not?. The determinants of health of populations". Aldine de Gruyter Ed. New York.
- Farr William. 1864. "Informe ante la Comisión Real sobre la condición en las minas". In: 1975. "A memorial volume of selections from the reports and writing of William Farr". The Scarcrow Press. New Jersey.
- Fernández, F., Rivas, J. y Selig, J. 2004. "Modelo en red de organización de los servicios de salud. Orientaciones sobre el enfoque de sistemas y justificación de la organización de los servicios de salud en redes". Curso Gerencia de Redes, UASD. Santo Domingo. Presentación gráfica no reproducida.
- Fernández, F., Rivas, J. y Selig, J. 2004a. "Modelo de Organización de los SRS". Santo Domingo. Presentación gráfica no reproducida a la AID. SESPAS
- França, C. L., Silva, I. P., y Vaz, J.C. 2002. "Aspectos econômicos de experiências de desenvolvimento local". Instituto Pólis. São Paulo.
- Fundación Plenitud. 2005. "Análisis de las cuentas nacionales de salud del 2002". Santo Domingo.
- Fundación para la Superación de la Pobreza. 2006. "Participación social en la superación de la pobreza". [<http://www.fundacionpobreza.cl/umbralessociales2006/cap6.pdf>]
- Gómez, Carmen Navarro. 2002. "Gobernanza en el ámbito local, VII congreso internacional del CLAD sobre la reforma del estado y de la administración pública", Lisboa, Portugal, Mimeo.





- Gómez, Elsa. 2003. "Equidad, género y salud: Retos para la acción". OPS/ OMS. Washington. Citada en: SESPAS. "Plan Decenal de Salud 2006-2015. Versión para consulta nacional". Santo Domingo.
- Haq, Mahbub ul. 1995. "El Paradigma del Desarrollo Humano". [<http://www.desarrollohumano.cl/pdf/1995/paradigma95.pdf>]
- HEALTH CANADA. 2003. "Social Capital as a Health Determinant: how is it measured?" Minister of Public Works and Government Services. Canada. [<http://www.desarrollohumano.cl/pdf/1995/paradigma95.pdf>]
- Jaramillo, Iván. 2004. "La nueva descentralización y su impacto en las relaciones intergubernamentales". IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid.
- Jesús, P. 2003. "Desenvolvimiento local" In: Catani, A.D (org.) A Outra Economia". Veraz Editora. Porto Alegre.
- Klisberg, Bernardo. 2006. "Hacia una nueva generación de políticas sociales en Latinoamérica: Un análisis comparativo". Rev. CLAD: reforma y democracia. Nº 35. Caracas.
- Kunitz, S.J. 2004. "Social capital and health". British Medical Bulletin, No. 69.
- International Labour Organization (ILO). 2004. "Social dialogue in the health services: a tool for practical guidance". Ginebra.
- Labont, R. 2004. "Social inclusion/ exclusion: dancing the dialectic." Health Promotion International Vol. 19. No. 1.
- Lamas Rojas, Héctor. 2007. "El desarrollo humano como principio y fin de la salud." [<http://www.ecoportal.net>].
- Leyva Flores, René. 2000. "Descentralización de los servicios de salud: ¿Una política de las crisis de fin de siglo?". People's Health Assembly. México.
- Lizardo, Jeffrey. 2004. "Dime de cuánto dispones y te diré para cuánto te alcanza: la reforma de salud y seguridad social en la República Dominicana". INTEC. Santo Domingo.
- Lizardo, Jeffrey. 2005. "El gasto social en la República Dominicana 1995-2005. Tendencias y desafíos". Unidad de Análisis Económico. Secretariado Técnico de la Presidencia. Santo Domingo.
- Martínez F., Castellanos P. L. y cols. 1999. "Salud Pública". Madrid. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Primera reimpresión.
- Martínez F.; Castellanos, P.L. y cols. 2004. "Vigilancia Epidemiológica". Madrid. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Médicos Generales, Pasantes de Ley y Pasantes de INTEC. 2006. Consolidados de las UNAP 2000 y 2006.
- Oficina de Desarrollo Humano/ PNUD. 2004. "Curso de la Escuela Latinoamericana de Desarrollo Humano (transcripción)". PNUD. Santo Domingo.





- ODH/ PNUD. 2005. "Informe Nacional de Desarrollo Humano. República Dominicana 2005. Hacia una inserción mundial incluyente y renovada". Santo Domingo. Editora Corripio C. por A.
- ODH/ PNUD. 2006. "Foro sobre Desarrollo Humano. Áreas Protegidas y Desarrollo Humano. ¿Por qué proteger una iguana cuando hay niños desnutridos?". Santo Domingo. Editora Corripio C. por A.
- Oficina Panamericana de la Salud (OPS). 1988. "Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS". Washington, D.C.
- OPS. 1995. "La Participación social en el desarrollo de la salud: Experiencias Latinoamericanas". Washington, D.C.
- OPS. 2002. "Municipios y comunidades saludables: guía de los alcaldes para promover calidad de vida". PAHO. Washington, D.C.
- OPS. 2003. "Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe". PAHO. Washington, D.C.
- OPS. 2006. "Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos." [<http://www.paho.org/spanish/dd/ais/BI-brochure-2006.pdf>]
- OPS. 2007. "La salud en el espacio local. Programa en desarrollo local y gestión social en salud". Torino. Italia.
- OPS/ OMS. 1999. "Principles and basic concepts on equity and health". Division of Health and Development. Washington.
- OPS/ OMS. 2005. "Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en Salud y Desarrollo Local". [http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/Desarrollo_Local_Cumbre_ELS_corregido.pdf]
- OPS/ OMS. 2005a. "Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Americas". Washington.
- Oliveira, F. 2002. "Aproximações ao enigma: que quer dizer desenvolvimento local?" In: Spink, P., Caccia Bava, S., and Paulics, V. (coord.) "Novos contornos da gestão local: conceitos em construção". Instituto Pólis. São Paulo.
- PNUD/ GAPMINDER. 2006. [<http://www.gapminder.org>].
- Prefeitura Municipal de São Paulo/ UN-HABITAT. 2004. "Observatório urbano da cidade de São Paulo: projeto de implantação", São Paulo. Mimeo.
- Presidencia de República. 1998. "Decreto presidencial No. 117-98, del 31 de marzo de 1998". Santo Domingo.
- Presidencia de República. 2001. "Decreto presidencial No. 975-01 de septiembre del 2001 que declara como expresiones territoriales de la gestión de rectoría de las SESPAS a las Direcciones Regionales y Provinciales de Salud." Santo Domingo.





- Presidencia de República. 2003. "Decreto presidencial No. 635-03 de agosto del 2003 que define el reglamento de rectoría y separación de las Funciones básicas del Sistema Nacional de Salud". Santo Domingo.
- Presidencia de República. 2003. "Decreto presidencial No. 1137-03 de diciembre del 2003 que define el reglamento de provisión de las redes de los servicios públicos de salud". Santo Domingo.
- Presidencia de República. 2004. "Decreto presidencial No. 732-04 de agosto del 2004 que define el reglamento de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud." Santo Domingo.
- Presidencia de República. 2004. "Reglamento de provisión de las redes de los servicios públicos de salud". En "Reglamentos de la Ley General de Salud (42-01), volumen 1. CERSS. Santo Domingo.
- Restrepo, H. y Málaga, H. 2001. "Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable". Editorial Médica Panamericana. Bogotá.
- Rhodes, R. A. W. 2000. "Governance and public administration". Citado por Gómez, C. N. 2002.
- Rivoir, A. L. 2003. "Redes sociales y gestión local. Políticas sociales con participación social". En "La Promoción de la salud como un instrumento de ciudadanía activa". Intendencia Municipal de Montevideo e Instituto del Hombre. Montevideo.
- Rojas, Gustavo. 2007. "Gasto social y salud. Doce años de inversión y su impacto 1995-2006". [<http://www.cerss.gov.do>].
- Rondinelli, Dennis y otros. 1983. "Decentralization in Developing Countries. A Review of Recent Experience". Banco Mundial.
- Rovere, Mario. 1999. "Redes en salud: Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad". Rosario, Argentina, Ed. Secretaría de Salud Pública/ AMR, Instituto Lázaro (reimpresión). [<http://www.ms.gba.gov.ar/servicios/descargas/bibliocomun/redsald.pdf>]
- Sánchez, Antonio. 2005. "El modelo dominicano de prestación de servicios de salud. Una apuesta de futuro". PROSISA. Santo Domingo
- Santos, M. 1997. "A natureza do espaço". Editora Hucitec. São Paulo.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). 2000. "Políticas de salud y líneas estratégicas de la reforma del Sistema Nacional de Salud." Santo Domingo.
- SESPAS/ PROSISA/ UE. 2003. "Sistema de información geográfica". Santo Domingo.
- SESPAS/ CERSS. 2004. "Reglamento de rectoría y separación de funciones". Santo Domingo.
- SESPAS. 2005. "Disposición 00024: Modelo de red de los servicios regionales de salud". 1ra. Edición Fotomegraf. Santo Domingo.





- SESPAS. 2006. "Dirección general de epidemiología". Boletines Mensuales de la Movilización Tolerancia Cero. Santo Domingo.
- SESPAS. 2006a. "Informe de situación de salud de República Dominicana, 2003". CERSS. Santo Domingo.
- SESPAS. 2006b. "Informe de Tolerancia 0". Dirección General de Epidemiología. Santo Domingo.
- SESPAS. 2006c. "Modelo de contratos y convenios de gestión para la atención a las personas". Santo Domingo. No publicado.
- SESPAS. 2006d. "Modelo de red de los servicios regionales de salud. Una guía para el desarrollo de los servicios de salud para la atención a las personas". Fotomegraf. Santo Domingo.
- SESPAS. 2006e. "Plan decenal de salud 2006-2015. Un acuerdo nacional por la excelencia de la salud." Documento para consulta nacional. Santo Domingo.
- SESPAS. 2007. "Unidad de cuentas nacionales. 2007. Ejecución presupuestaria de SESPAS 2001-2006". Santo Domingo.
- Seguro Nacional de Salud. 2007. [<http://www.arsnasa.gov.do>]
- Selig, José. 2005. "Hacia donde va SESPAS". Santo Domingo. Presentación gráfica no reproducida.
- Selig, José. 2005a. "La implementación del modelo de redes de los SRS y el proceso de presupuestación". Taller de presupuestación de la SESPAS. Dirección de Planificación, Subsecretaría Técnica, SESPAS. Santo Domingo. Presentación gráfica no reproducida.
- Selig, José. 2005b. "Los nuevos actores institucionales de la reforma del sistema de salud". Taller SENASA y Región III de Salud. Subsecretaría de Atención a las Personas, SESPAS. Santo Domingo. Presentación gráfica no reproducida.
- Selig, José. 2005c. "Me toca armar una red de servicios de salud. ¿Cómo lo hago? Principios generales para armar una red en el caso de los SRS". Taller SESPAS y CERSS. Subsecretaría de Atención a las Personas, SESPAS. Santo Domingo. Presentación gráfica no reproducida.
- Selig, José. 2006. "La nueva organización de los servicios de salud para la atención a las personas de SESPAS". Taller personal de la Dirección de Laboratorio de SESPAS. Subsecretaría de Atención a las Personas, SESPAS. Santo Domingo. Presentación gráfica no reproducida.
- Selig, José. 2006a. "La reforma en SESPAS. La separación de funciones y la desconcentración". Taller sobre separación de funciones entre DPS y SRS. Subsecretaría de Atención a las Personas, SESPAS. Santo Domingo. Presentación gráfica no reproducida.
- Selig, José. 2006b. "Responsabilidades y funciones de los SRS y las DPS-DMS". Taller personal de dirección de las DPS y los SRS. Subsecretaría de Atención a las Personas, SESPAS. Santo Domingo. Presentación gráfica no reproducida.





- Sen, Amartya. 2000. "Social exclusion. Concept, application and scrutiny". Social Development Papers N° 1. Asian Development Bank.
- Sen, Amartya. 2000a. "Desarrollo y Libertad". Barcelona. Editora Planeta.
- Subsecretaría de Atención a las Personas, SESPAS. 2004. "Plan de Desarrollo Estratégico Institucional (2005-2009)". Santo Domingo. No publicado.
- Ugarte, Mayen. 2007. "Descentralización de los sistemas de salud: Experiencia comparada". Lima.
- United Nations (UN). 1995. "Basic facts about the United Nations". New York.
- United Nation Development Programme (UNDP). 2002. "How to make local development work". New York.
- UNDP. 2005. "Human development report 2005". New York.
- Vázquez, M., Siquirab, E., et al. 2000. "Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina". Consorcio Hospitalario de Cataluña. España. Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Brasil. Universidad Federal de Pernambuco. Brasil.
- Von Schirning, Y. E. 2002. "Health and sustainable development: can we rise to the challenge". Lancet. Vol. 360. No. 9333.
- Von Schirning, Y. E. 2002a. "Health-and-environment indicators in the context of sustainable development", Canadian Journal Of Public Health Suplemento 1: S9.
- Walterstein, N. 1992. "Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs". American Journal of Health promotion. Vol. 6. No. 3.
- Walterstein, N. 2002. "Empowerment to reduce health disparities". Scandinavian Journal of Public Health. No. 59.
- Whitehead, M. 1992. "The concept and principles of equity and health". International. Journal of Health Services. OPS/ OMS. Vol. 22. No. 3.
- World Health Organization (WHO). 2002. "Health and sustainable development: addressing the issues and challenges". Ginebra.
- WHO. 2003. "Social determinants of health: the solid facts". Copenhagen.
- WHO. 2004. "Commission on social and environmental determinants of health: concept paper for discussion". Mimeo.
- Wilkinson, R and Marmot, M. 1989. "Class mortality differentials, income distribution and trends in poverty 1921-1981". Journal of Social Policy 18.
- Wilkinson, R and Marmot, M. 2000. "Social determinants of health". WHO/ EURO. Copenhagen.







Anexos







Anexo 1

Partos atendidos por personal cualificado (%) y tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 1996-2004 de los países de Latinoamérica y el Caribe

Países y territorios	Partos atendidos por personal cualificado (%) ^a	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad ^b	
		1990-2004	2000
	1996-2004	Registrada ^c	Ajustada ^d
Antigua y Barbuda	100	65	-
Argentina	99	44	82
Bahamas	99	-	60
Barbados	98	0	95
Belice	83	140	140
Bolivia	67	230	420
Brasil	96	64	260
Chile	100	17	31
Colombia	86	78	130
Costa Rica	98	33	43
Cuba	100	34	33
Dominica	100	67	-
República Dominicana	99	180	150
Ecuador	69	80	130
El Salvador	92	170	150
Guatemala	41	150	240
Guyana	86	190	170
Haití	24	520	680
Honduras	56	110	110
Jamaica	97	110	87
México	95	65	83
Nicaragua	67	83	230
Panamá	93	70	160
Paraguay	77	180	170
Perú	59	190	410





Anexo 1 (Continuación)

Partos atendidos por personal cualificado (%) y tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 1996-2004 de los países de Latinoamérica y el Caribe

Santa Lucía	100	35	-
San Vicente y las Granadinas	100	93	-
Trinidad y Tobago	96	45	160
Uruguay	100	26	27
Venezuela	94	68	96
Total	2571	3028	4347
Media ponderada	88.99	85.62	184.80

Notas

^a Partos atendidos por personal especializado – Proporción de partos atendidos por médicos, enfermeras, parteras y agentes de atención primaria de salud calificados.

^b Tasa de mortalidad derivada de la maternidad – Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100,000 nacidos vivos.

^c La columna "registrada" indica las cifras presentadas por los países, que no han sido ajustadas para tomar en cuenta las clasificaciones erróneas y la población que ha quedado sin registrar; y han sido presentadas por las autoridades nacionales. UNICEF, OMS y UNFPA analizan periódicamente estos datos y realizan ajustes para corregir los problemas que se producen como consecuencia de la presentación de datos incompletos o clasificados erróneamente sobre la mortalidad derivada de la maternidad, y preparan estimaciones sobre los países sin datos.

^d La columna titulada "ajustada" presenta estimaciones del año 2000 basadas en las evaluaciones más recientes.

Fuente: ODH/ PNUD en base a UNICEF 2006

Anexo 2

Servicio sanitario de las familias del municipio Sabana Grande de Palenque, 2000 y 2006

Servicio sanitario	2000		2006	
	No.	%	No.	%
Inodoro exclusivo	439	13.6	1,940	48.1
Inodoro colectivo	201	6.3	473	11.7
Letrina exclusiva	574	17.8	841	20.8
Letrina colectiva	862	26.8	672	16.7
No tiene	1,142	35.5	109	2.7
Total	3,218	100	4,035	100

Fuente: Memorias anuales 2000 y 2006



202

FORO SOBRE DESARROLLO HUMANO





Anexo 3

Eliminación de basura de las familias del municipio Sabana Grande de Palenque según época del proceso, 2000-2005

Eliminación de basura	2000		2005	
	No.	%	No.	%
Recolección por ayuntamiento	2,413	75.1	3,234	80.1
Quemada	222	6.9	617	15.3
Tirada	583	18.1	180	4.6
Total	3,218	100	4,031	100

Fuente: Consolidados de las UNAP, 2000 y consolidado general, 2005

Anexo 4

Abastecimiento de agua de las familias del municipio Sabana Grande de Palenque, 2000 y 2006

Abastecimiento de agua	2000		2006	
	No.	%	No.	%
Acueducto	412	12.8	2,987	74.0
Manantial	269	8.4	223	5.5
Río / arroyo	342	10.6	166	4.1
Pozo / camión	763	23.7	549	13.6
Lluvia	402	12.5	22	0.6
No tiene	1,030	32.0	88	2.2
Total	3,218	100	4,035	100

Fuente: Consolidados de las UNAP, 2000 y consolidado general, 2006





Anexo 5

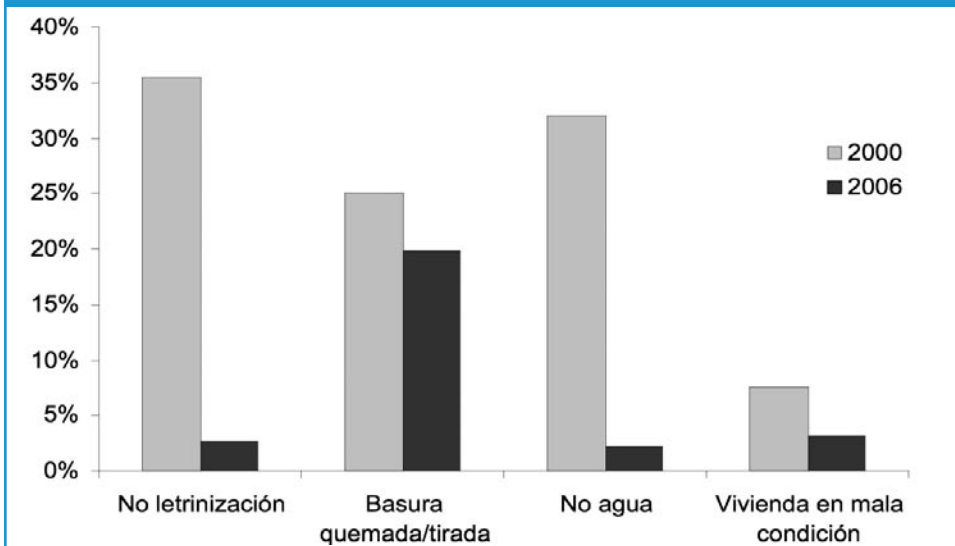
Condición de las viviendas de las familias del municipio Sabana Grande de Palenque, 2000 y 2006

Condición de las viviendas	2000		2006	
	No.	%	No.	%
Buena	803	25.0	2,435	60.3
Regular	2,174	67.5	1,475	36.6
Mala	241	7.5	125	3.1
Total	3,218	100	4,035	100

Fuente: Consolidados de las UNAP, 2000 y consolidado general, 2006

Anexo 6

Situación ambiental del municipio Sabana Grande de Palenque, 2000 y 2006



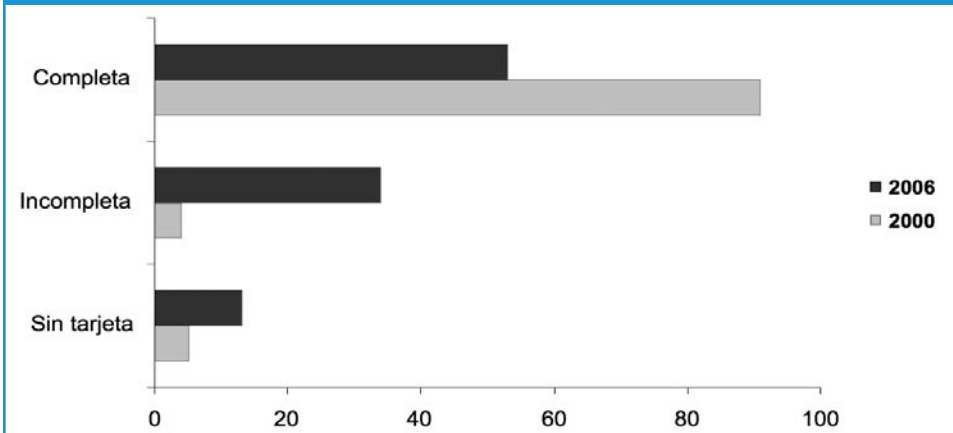
Fuente: Memoria 2000 y 2006





Anexo 7

Esquema de vacunación en la población infantil de 0-14 años, Sabana Grande de Palenque, 2000 y 2006



Fuente: Memoria 2000 y 2006

Anexo 8

Condiciones mórbidas de la población del municipio Sabana Grande de Palenque, 2000 y 2006

Condición mórbida	2000		2006	
	No.	%	No.	%
DM-2	145	15.3	188	16.0
HTA	669	70.7	790	67.3
Asma	99	10.5	152	12.9
Enfermedades hematológicas	18	1.9	23	2.0
Discapacitados	15	1.6	21	1.8
Total	976	100	1,174	100

Fuente: Consolidados de las UNAP, 2000 y consolidado general, 2006

