



**INSTITUTO GLOBAL DE ALTOS ESTUDIOS EN
CIENCIAS SOCIALES (IGLOBAL)**

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACION
ORTEGA Y GASSET (IUIOG)**

Tesis para optar por el título de

MÁSTER EN ALTA DIRECCION PÚBLICA

**Evaluación de los procesos de implementación de la
Política Pública “Inclusión de Personas VIH+ en el Régimen
Subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social”**

Autor

Dr. Leonardo Antonio Martínez Abreu

Asesora

Dra. Yokasta Guzmán S.

10 de enero de 2012

Santo Domingo, D.N. República Dominicana

Agradecimientos

A Dios, todo poderoso

Al Consejo Presidencial del SIDA (Copresida) hoy Consejo Nacional de VIH SIDA (Conavihsida), por importantizar la formación de su personal.

A la Fundación Global e Instituto José ortega y Gasset y su cuerpo de profesionales y profesores por poner a disposición de la comunidad académica un instrumento de formación de la calidad y el nivel del Iglobal.

A mis compañeros de maestría, grupo de excelente vocación y sensibilidad social.

A mi familia; Anne Bautista, Joswald Martínez Bautista y Elianny Martínez Bautista, compañeros de trabajo y amigos cercanos que durante todo el transcurso de la maestría hicieron posible mi conexión con el mundo académico, al ceder sus espacio y permitir mi abstracción.

A personas que dedicaron con pasión, delicadeza y esmero un tiempo especial y una conexión emocional sinérgica durante el proceso de la maestría y en la elaboración de esta tesis: Dra. Ydelsi Hernández, Lic. Clotilde Peña, Anne Bautista y Edwin Ramírez.

A mi asesora, Dra. Yokasta Guzmán.

2.- Índice de Contenidos

Introducción / Antecedentes.	5
Planteamiento del problema	7
Objetivos	9
General	
Específicos	
Justificación	10
Marco Teorico Conceptual	11
Descripción metodológica de una política pública.	12
La Salud en la Constitución Dominicana.	13
Acceso a Salud a personas con VIH como política pública	13
Modalidades de provisión de servicios de salud para garanticen el acceso de los pacientes	16
Base legal del funcionamiento del Sistema Sanitario Dominicano	16
Modalidades de Provisión de Servicios de Salud.	16
Organización del sistema para la prestación de servicios de salud.	16
Seguro Familiar de Salud.	17
Plan Básico de Salud (P.B.S).	17
Prestaciones del Seguro Familiar de Salud para el VIH- SIDA.	17
Estructuras de Prestación de Servicios en VIH SIDA	18
Financiamiento de la Salud y del Programa de VIH- SIDA	18
Amenazas a los programas de atención a personas VIH + en República Dominicana	20
Condicionamientos y límites de la Donación con el Fondo Mundial	21
Hipótesis	22
Variables	22
Metodología aplicada	26
Tipo de Evaluación	26
Periodo Estudio	26
Técnicas de recolección de información	27
Análisis e interpretación de los resultados	28

Caracterización metodológica de la política pública	28
Identificación y definición problema objeto de política pública	28
Diseño de la política	29
Inclusión en la agenda política.	30
Mesa técnica en la Cumbre por la Unidad Nacional.	31
Análisis de la decisión.	31
Marco Jurídico para la caracterización de la política pública.	31
Instrumentalización y cobertura de la decisión política.	32
Análisis de la implementación.	34
Estructura respuesta a las prestaciones incluidas en el catalogo.	35
Estrategia para garantizar el acceso a las prestaciones	36
Evaluación del desempeño de los procesos implementados.	38
Conclusiones	46
Caracterización y diseño de Política Pública	46
Conclusiones sobre la implementación.	47
Recomendaciones	50
Propuesta para mejorar implementación de la política pública.	51
Niveles óptimos de producción de servicios.	56
Modalidades más adecuadas prestación óptima de los servicios	57
Referencias Bibliográficas	61
Anexos	66

Tema:
Evaluación de los procesos de implementación de la Política Pública de Inclusión de Personas VIH+ en el Régimen Subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social

3.- Introducción/Antecedentes.

En la República Dominicana se reportó el primer caso de SIDA en 1983, actualmente existe una prevalencia de VIH de 0.8 % en la población de 15 a 49 años distribuido de manera equitativa entre hombres y mujeres (ONUSIDA, 2010), con una distribución por lugar de residencia de 0.7% para zona urbana y 1% para zona rural (Cesdem, 2007).

La epidemia se caracteriza por un predominio de transmisión heterosexual (75.7%) y el grupo homo-bisexual con 7%, y el patrón de transmisión predominante en el país es por contacto sexual (PEN, 2007).

Según la Oficina de las Naciones Unidas para el VIH y SIDA (ONUSIDA) la Región del Caribe tiene una prevalencia de cerca de un 1 % (ONUSIDA, 2008), según este informe el 75 % de los casos existentes en esta región viven en República Dominicana (0,8 %) y Haití (2.3%), países que conforman la isla La Española.

La República Dominicana tiene una estructura de respuesta al tema del VIH, la entidad de mayor jerarquía en ese ámbito es el Consejo Presidencial del Sida (COPRESIDA); hoy Consejo Nacional de VIH-SIDA (CONAVIHSIDA). Este es un organismo creado por el gobierno dominicano mediante el decreto del Poder Ejecutivo No.32-01 dictado en fecha ocho (08) de enero del 2001, su función principal es “dictar las políticas y lineamientos estratégicos que orientarán en año los planes y programas nacionales de lucha contra el VIH/SIDA” (Presidencia de la República, 2003).

El COPRESIDA fue creado por el gobierno dominicano a raíz de los estragos que estaba causando la epidemia del SIDA en la República Dominicana y ante los perfiles de avances que se percibían venir, y se vincula con el Ministerio de Salud a través de acciones que se corresponden con un proceso de desconcentración funcional (Martínez 2011).

El Consejo Nacional de VIH/SIDA a través de una Donación realizada por el Fondo Mundial de lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el VIH/SIDA, prevé la dispensación de medicamentos Antirretrovirales, las pruebas complementarias de laboratorio y los medicamentos para infecciones oportunistas a los pacientes VIH registrados en el Programa. El financiamiento del Fondo Mundial culmina en mayo del 2015 y ha planteado iniciar un traspaso gradual al Estado Dominicano de las acciones que se ejecutan con los fondos donados. Porque podría poner en riesgo la sostenibilidad del Programa.

La vía más expedita que se ha identificado para apoyar la sostenibilidad del Programa es la inclusión de las Personas VIH + en el Sistema de Seguridad Social y que éste les pueda garantizar a través de las prestaciones que sustenta el acceso a los servicios de salud necesarios.

Es en ese marco que el Consejo Nacional de VIH SIDA (antiguo Copresida) ha asumido como uno de sus objetivos primordiales lograr que las personas que viven con esta condición de salud sean incluidos en el Seguro Familiar de Salud (SFS) de la Seguridad Social y que las prestaciones que están excluidas del Sistema puedan ser incluidas ya que aunque la ley establece que este seguro debe alcanzar la cobertura universal sin exclusiones, el reglamento que establece el marco normativo del Seguro Familiar de Salud y del Plan Básico de Salud plantea la exclusión de los medicamentos antirretrovirales, con excepción de los que serán destinados a mujeres embarazadas, al clasificarlos como tratamiento de Alto Costo junto al tratamiento de otras 8 enfermedades, delegando en el Consejo Presidencial del SIDA y en el Ministerio de Salud la provisión de esos fármacos.

Adicional a lo anteriormente planteado, algunos tecnicismo limitan el acceso de personas a prestaciones cubiertas por cada uno de los regímenes, por ejemplo se identifica que el acceso a pruebas de seguimiento y monitoreo (CD4 y Carga Viral) y los medicamentos para infecciones oportunistas incluidos en el Plan Básico de Salud del Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social está limitado por criterios técnicos vinculados al nivel de complejidad en donde se tratan los pacientes e identifican los pacientes. Se entiende que estas debilidades deben ser contempladas al momento de diseñar políticas públicas, de su implantación y que además debe incluir elementos vitales que permitan dar seguimiento y monitorear las acciones a ser ejecutadas.

4.- Diseño de la Evaluación

Planteamiento del problema

Durante el año 2008 el gasto nacional en SIDA ascendió a US\$ 31.3 millones, de los cuales el 49 % procedió de fuentes internacionales, ya sean donaciones o préstamos, los aportes provenientes de las fuentes nacionales, específicamente del Presupuesto Nacional son los ingresos menores. (MEGAS, 2010)

La dependencia de Donación Internacional es una preocupación permanente en la garantía de la sostenibilidad de las intervenciones que constituyen la respuesta nacional ante el VIH.

Para asegurar la sostenibilidad a largo plazo se ha planteado una articulación con los mecanismos de financiamiento previstos en la reforma sanitaria y en el Sistema Dominicano de Seguridad Social que incluye tres regímenes de financiamiento del Seguro Familiar de Salud (Ley 87-01, 2001).

El Subsidiado, que debe proteger a las familias de bajos ingresos sin empleo fijo, el Contributivo que corresponde a la población del sector formal de la economía y el Contributivo-subsidiado en el cual el Gobierno subsidia parcialmente la capacidad familiar de contribuir al pago de las cuotas respectivas.

Se ha planteado que la sostenibilidad financiera está vinculada a la progresiva migración de los mecanismos de financiamiento del Sistema de Salud hacia el Seguro Familiar de Salud, contemplado en el marco legal. Se espera que el Seguro Familiar de salud (SFS) para el año 2015 haya alcanzado cobertura universal.

El Consejo Presidencial del Sida (COPRESIDA) en el marco de la Cumbre por la Unidad Nacional frente a la crisis económica mundial, constituyó estratégicamente su participación en la mesa de trabajo, Política social y empleo y propuso e impulsó el tema de Seguridad Social y Protección Social, en VIH y SIDA y presentó la Inclusión de las Personas que viven con VIH en el régimen Subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social. (Copresida 2010)

A partir de ese momento se ha desarrollado un programa que incluye actividades tendentes a posicionar este tema como una política pública y proceder a su implantación, por lo que planteamos la necesidad de responder a los siguientes cuestionamientos:

1.- ¿Cuál ha sido el nivel de desempeño en los diferentes procesos para la implantación de la Política Pública sobre incorporación de personas con VIH o SIDA en el régimen Subsidiado de la seguridad Social?

1.a.-¿Se ha diseñado este programa con las características metodológicas para describirse como una política pública?

1.b.- ¿Se han asignado recursos suficientes a través de Recursos en el Presupuesto Nacional para garantizar la cobertura programada?.

1.c.- ¿Existe una estructura que garantice la eficacia en la implementación?

1.-d ¿Existen las estructura para garantizar un nivel óptimo de provisión del servicio que garantice los objetivos del programa?

1.e.-¿Se han elegido las modalidades de provisión más adecuadas que garanticen el acceso de los pacientes a los servicios y el efecto deseado en la sostenibilidad del programa?

1.f.-¿Cuál ha sido la cobertura alcanzada en el proceso de implantación de la política publica?

1.g.- Cuál ha sido el efecto de la implementación de esta política en la definición de sostenibilidad del programa?

1.h.- Cuál es el nivel de utilización de los usuarios en el proceso de implementación de la política?

Objetivos

a.- General

1. Describir el nivel de desempeño en los diferentes procesos para la implantación de la Política Pública de incorporación de personas con VIH o SIDA en el régimen Subsidiado de la Seguridad Social.

b.- Específicos:

1.1. Identificar las características metodológicas que permiten caracterizar el plan como una política pública.

1.2. Determinar si los niveles de recursos asignados son suficientes para garantizar la cobertura programada.

1.3. Evaluar si existe y funciona la estructura mínima que garantiza la eficacia en la implementación.

1.4. Identificar si existen las estructuras para garantizar un nivel óptimo de provisión del servicio que garantice los objetivos del programa.

1.5. Verificar si se han elegido las modalidades de provisión más adecuadas que garanticen el acceso de los pacientes a los servicios y el efecto deseado en la sostenibilidad del programa.

1.6. Determinar cual ha sido la cobertura poblacional, de servicios y financiera alcanzada en el proceso de implantación de la política pública

1.7. Describir el nivel de avance de la implementación de esta política en la definición de sostenibilidad del programa.

1.8. Determinar el nivel de utilización de los servicios por parte de los usuarios en la implementación de la política pública.

Justificación

Existe una tendencia de la epidemia a estabilizarse, aun así es un problema de dimensiones importantes en la República Dominicana, el éxito de los programas de captación y atención a las personas con el VIH o con SIDA han traído consigo un aumento de los costos, vinculado a un aumento en la demanda de servicios, insumos y farmacos al garantizarse una mayor supervivencia de las personas. Hasta la fecha el 41 % de los recursos utilizado en la Respuesta Nacional al VIH, provienen de fuentes extranjeras. Esto se agudiza cuando esos recursos proveniente del extranjero los cuales se focalizan en los renglones Atención en Salud y tratamiento. Para el año 2015 cesa el financiamiento de la Respuesta Nacional con los recursos de la donación del Fondo Mundial.

La República Dominicana tiene las estructuras de gestión y servicios para garantizar el traspaso de estas responsabilidades al Estado Dominicano a través del CONAVIHSIDA, una institución creada por Ley, adscrita al Ministerio de Salud Pública y cuya función es el desarrollo de políticas tendentes a amortiguar los efectos de la epidemia y a garantizar la sostenibilidad de las acciones de mitigación que se han definido y el Ministerio de Salud con funciones de Rectoría, Provisión del Servicio y garantía de la Calidad.

En base a estas premisas se diseña un programa con coordinación intersectorial que permita la inclusión de las Personas VIH + en el régimen Subsidiado de la seguridad social para que de esa manera tengan acceso al Seguro Familiar de Salud y a las prestaciones incluidas en Plan Básico de Salud. Este programa ha cumplido su primer año de ejecución y necesita de una evaluación que permita verificar su desempeño y reorientar las acciones que garanticen una mejor eficiencia.

Marco Teorico Conceptual

1. Caracterización metodológica de la política pública.

Definición y conceptos sobre política pública.

El concepto Políticas Públicas es argumentado por primera vez en el 1951 en una propuesta elaborada en el periodo de la Post Guerra Mundial (Ripley, 1985), aun así Parson plantea que el inicio del análisis moderno de las Políticas Publicas tiene orígenes en el siglo XIX. (Parson 2004). Diversos autores han debatido los diferentes conceptos acerca de Políticas Públicas, cada uno se adhiere a un enfoque predominante y ajustado a su visión filosófica de la administración pública (Koven 1994). Algunos autores plantean definiciones holísticas que permiten ser operativizadas, tenemos el caso de Jones (Jones, 1970) que la define como: lo que los gobiernos hacen o dejan de hacer (Laswell, 1971) define Políticas Públicas como quien obtiene qué, cuando y donde.

Otros autores han ajustado sus conceptualizaciones a teorías de organización administrativa como el caso de la Teoría de los Sistemas, en donde David Easton, parte de la definición de un sistema político como un conjunto de interacciones políticas que permite la asignación autoritaria de valores. (*The Political System*, 1969) y que este sistema recibe influencias de diversos factores provenientes de un medio conformado por los sistemas existentes en la sociedad, a los cuales debe responder. Otros autores como Jean William Lapierre, aun compartiendo los conceptos básicos de la Teoría de Sistemas criticaron su generalidad y redefinieron el concepto haciéndolo mas operacional y ajustándolo a un seguimiento y evaluación de procesos. (Lapierre, 1976).

En el caso de Latinoamérica cuya intelectualidad ha sido critica al momento de adaptar definiciones a sus realidades, los conceptos de mayor avance son los vinculados a la teoría de los Sistemas, es así como autores como Lahera (Lahera, 2004) definen las Políticas Públicas como “soluciones especificas de cómo manejar asuntos públicos” y las describe como un factor común de la política y las decisiones del gobierno.

Descripción metodológica de una política publica

En el intento de propiciar un abordaje práctico y entendible; diversos autores han descrito metodológicamente las políticas públicas, estas descripciones se asocian al abordaje conceptual que cada uno de ellos da al tema.

Parson (Parson,2004) hace una descripción holística, valiéndose de varios autores y ha planteado 3 momentos que enmarcan la definición metodológica de una Política Publica:

a.- Meso análisis, etapa en la que según este autor se describe la manera como se definen los problemas y las agendas de las políticas públicas. En ella se plantea un corte transversal y a través de diversas etapas se desarrolla una metodología de definición.

b.- Análisis de las decisiones: que sería la forma como se formulan las Políticas Públicas.

c.- Análisis de la implementación, que incluye el análisis de la administración, de la gestión y de los impactos.

En su descripción metodológica Parson define tres etapas en el proceso de construcción de una política pública: formulación, toma de decisiones y evaluación.

Otros autores como Howlett y Ramesh (2003) incluyen otro proceso adicional y es incluir la implementación como una parte fundamental y González - Rosseti, añade dos más al incluir el cambio institucional y la implementación.

Una descripción metodológica asociada a la teoría de los sistemas y de ámbito latinoamericana es la de Lahera (Lahera, 2004) que describe que las políticas públicas excelentes se corresponden con "cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado". Esta descripción se centra en los problemas públicos y luce integradora y moderna. Esta metodología se asocia a la forma como se han construido algunos procesos de planificación estratégica en la República Dominicana, como el caso del Plan Estratégico Nacional para la Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (PEN 2007/2015).

La Salud en la Constitución Dominicana

La mayoría de los preceptos universales vinculados a salud han sido garantizados por los países incluyéndolos en sus respectivas constituciones y marcos jurídicos/legales (Ramón A. Castaño, 2006).

En el caso dominicano tanto la Constitución anterior como la actual establecen este derecho, en el artículo 61 que trata sobre derecho a la salud, señala que “Toda persona tiene derecho a la salud integral y ordena al Estado a velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso al agua potable, el mejoramiento de la alimentación, de los servicios sanitarios, las condiciones higiénicas, el saneamiento ambiental, así como la procura de los medios para la prevención y tratamiento de las enfermedades asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran”

Acceso a Salud a personas con VIH como Política Pública

En la construcción del programa de Inclusión de Personas VIH + al Régimen Subsidiado de la Seguridad social, se han identificado elementos que nos permiten conferir el concepto de política pública al proceso. Estos elementos se operativizan mediante la gestión pública y en coordinación entre Consejo Nacional de VIH-SIDA y el Ministerio de Salud.

Los elementos identificados son: a.- Necesidades de los usuarios, b.-Implicaciones sociales y humanas, c.- Compromisos del país en acuerdos internacionales y locales, d.- Participación de la sociedad en la definición del proceso de política pública, e.- Marco jurídico y administrativo que le confiere propiedades de política pública.

1.- Necesidades de los usuarios.

Según los reportes de estimaciones nacionales unas 48,850 personas viven actualmente con el VIH (Estimaciones y proyecciones de prevalencia, 2010) y para el 2015 se espera que unos 53,090 adultos estarán infectados. Diferentes Informes han señalado que existen las personas VIH + por su ubicación geográfica, condiciones socioeconómicas, Documentación no adecuada y hasta por su preferencias sexuales tienen dificultades para acceder a los servicios de salud aunque la legislación Dominicana prevee en la ley General

de Salud o ley 42-01 (Congreso Nacional, 2001) que el Estado debe garantizar un nivel mínimo de prestaciones en favor de todos los residentes en el territorio nacional, que permita su atención integral mediante una adecuada distribución de las cargas financieras necesarias para su financiación, contando además con una correcta inversión del gasto social hacia la población más pobre y vulnerable, independientemente del poder adquisitivo o diferencias sociales, generacionales, laborales, de raza o de género deficiencias en la salud generadas por prácticas de riesgo y por la reducción en el uso de los servicios que se produce por la insatisfacción con los mismos con la finalidad de optimizar los servicios, ampliar la cobertura, reducir el gasto familiar, incrementar el acceso, mejorar la satisfacción de usuarios y, sobre todo implantar de manera sostenible la Atención Primaria en Salud –APS- con grupos y las comunidades donde no se provén los servicios de salud o donde es necesario transformar los existentes.

Según los cálculos del programa el costo del tratamiento de primera línea al que pertenece el 86 % de los pacientes registrados por el programa asciende a unos RD \$9,154,88 pesos para los tratamientos ARV, a este costo de los medicamentos habría que sumarle lo relativo a las pruebas de laboratorio para el monitoreo de la infección o enfermedad de (CD4 y Carga Viral además pruebas hematológicas, y bioquímicas). Estas pruebas se realizan a razón de dos veces por año por cada PVVS en ARV, el costo de las mismas asciende a unos RD\$4,241 pesos por pacientes, más el costo de las terapias para infecciones oportunistas, que según el último análisis de consumo arrojó una media de RD\$1,507 pesos al año. Una persona en tratamiento antirretroviral a la que se les realizan las pruebas de carga viral, CD4 y complementarias estaría costando unos RD\$ 14,902.88 pesos al año sin incluir los costos de honorarios por consultas médicas ni diagnóstico por imágenes.

2.-Implicaciones sociales y humanas

La mortalidad estimada de 4,000 personas debida al VIH/ SIDA. (Reducción de posibilidad de infección a otras personas, disminución de la productividad, la orfandad, la perdida de patrimonio, aumento del costo de los servicios. Estigma y discriminación social).

El ambiente de estigma y discriminación en que se desenvuelven las Personas con VIH SIDA ha sido objeto de diversos estudios los cuales han evidenciado que este se constituye en una barrera para el acceso a servicios de calidad y oportunos.

3.-Compromisos del país en acuerdos internacionales y locales

República Dominicana ha asumido compromisos mediante la firma o ratificación de diferentes acuerdos y convenios, como los acuerdos de la cumbre de San Salvador, los compromisos de UNGASS 2001, la Declaración de la Cumbre de México sobre la Educación y los Compromisos sobre las Metas de Acceso Universal (Memorias Copresida 2009) cuyos fines van dirigidos a lograr el acceso universal de atenciones y tratamientos a personas que viven con VIH/SIDA, todos vinculados a la Constitución de la República Dominicana y otras legislaciones nacionales, que establecen que toda persona tiene derecho a una salud integral y que el Estado debe procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad a quienes la requieran y cumpliendo con las medidas cautelares impuesta al país por la Corte Interamericana de los Derechos Humanos en el año 2002 por no suministrar estos tratamientos a los pacientes que así lo necesitaban.

El país asumió compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuya objetivo 6 se refiere a Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades y establece como meta “detener y comenzar a reducir su propagación”. También en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/SIDA de junio del 2001(COPRESIDA, 2009), que tuvo como objetivo principal “Medir la eficacia de los progresos de los países en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA” ante esa asamblea el país se comprometió con metas de acceso universal en 6 indicadores, incluyendo lograr que el 75.6 % de adultos y niños con infección por el VIH avanzada reciban terapia antirretrovírica.

Modalidades de provisión de servicios de salud para garanticen el acceso de los pacientes.

Base legal del funcionamiento del Sistema Sanitario Dominicano

El acceso a los servicios de salud está establecido en la Constitución Dominicana (Congreso Nacional, 2010) y en las diferentes leyes y reglamentos, el artículo 61 de esta Carta Magna referido a los Derechos a la salud, establece que toda persona tiene derecho a la salud integral y delega en el Estado la responsabilidad de velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso a servicios vinculados a la salud y le manda a procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran.

El concepto de derecho a la salud es planteado en las dos principales leyes asociadas al ejercicio de la salud, la Ley General de Salud (Congreso Nacional 2001), señalando que el Estado reconoce a todos los residentes en el territorio nacional, el derecho de que todas las personas dispongan de servicios de salud, y a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud. Y en la Ley Sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social (Congreso Nacional 2001) que también consagra que el Estado deberá proteger a todos los dominicanos y a los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica.

Modalidades de Provisión de Servicios de Salud en República Dominicana.

La Ley 42-01 otorga al Ministerio de Salud la facultad de elaborar los reglamentos requeridos para la correcta aplicación de este marco legal y dispone el párrafo 2 del artículo 12 que este Ministerio debe promover gradualmente la separación de funciones de rectoría (regulación y supervisión), provisión de servicios, financiamiento y aseguramiento.

Organización del sistema para la prestación de servicios de salud.

Desde el Sistema Nacional de Salud (Decreto No. 635-03 publicado el 08 de agosto 2003) se han definido tres niveles, el primero (primer nivel de atención) de los cuales está en mayor contacto con la población y se parte de que la mayoría de las personas satisfacen sus necesidades sanitarias en el menor nivel de complejidad o primer nivel de atención.

Seguro Familiar de Salud.

Establecido para proteger la salud física y mental del afiliado y su familia, cubre riesgos tales como: enfermedades, embarazo rehabilitación. No comprende los tratamientos derivados de accidente de tránsito, accidente de trabajo, los cuales están cubiertos por la Ley 4117, sobre seguro obligatorio de accidentes de motor y por el seguro de riesgos laborales establecido por esta Ley. A diciembre del 2009 tenía afiliadas 2, 088,299, un 70.87 % de la población asalariada de la República Dominicana (CNSS, 2010). El Seguro Familiar de Salud incluye los siguientes tipos de prestaciones del Seguro familiar de Salud. Servicios preventivos de carácter general, Plan básico de salud, subsidio por enfermedad no profesional, subsidio por maternidad, subsidio por lactancia y Estancias infantiles.

Plan Básico de Salud (P.B.S).

El Plan Básico de Salud ofrece atención integral a la población afiliada en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluye el suministro de medicamentos esenciales para los regímenes contributivo y contributivo subsidiado y esenciales genéricos para el régimen subsidiado, para los diferentes niveles de complejidad.

A pesar de que el reglamento del Seguro Familiar de Salud (SFS) y el Plan Básico de Salud (PBS) señala como exclusión a los medicamentos antirretrovirales, asumiendo que el manejo de los mismos corresponden al COPRESIDA y al Ministerio de Salud Pública.

Prestaciones del Seguro Familiar de Salud para el VIH- SIDA.

Servicios Preventivos de Carácter General.

En el Párrafo 1 del capítulo relativo a los servicios preventivos de carácter general establece que las acciones individuales de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, tales como SIDA, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, serán responsabilidad de la A.R.S./S.N.S. respectiva y se financiarán con cargo al per cápita reconocido a las A.R.S. /S.N.S. por cada afiliado.

Estructuras de Prestación de Servicios en VIH SIDA

Existe una política de atención sin costos para el usuario en cuanto a prevención, tratamiento, atención y apoyo, destacándose el establecimiento y expansión de los Servicios de Atención Integral en los hospitales y centros de salud del sistema público y en algunas organizaciones no gubernamentales, para ofrecer atención y tratamiento antirretroviral a las PVVS. En la actualidad, la provisión de servicios y la entrega de tratamiento antirretroviral (TARV) se realiza a través de 72 servicios de atención en todo el territorio nacional. Cada paciente recibe asistencia médica en base a un protocolo nacional, este incluye los requerimientos para atención clínica, tratamiento y seguimiento incluyendo todas las pruebas de laboratorio.

Financiamiento de la Salud y del Programa de VIH- SIDA

El proceso de reforma del sector salud al plantear la separación de funciones, plantea un nuevo formato administrativo, el artículo 20 de la Ley General de Salud (Ley 42-01) define la fuente de financiamiento de las prestaciones en asistencia sanitaria al definir que este financiamiento será mixto, por una parte por los ingresos fiscales y por el otro a través del Sistema Dominicano de Seguridad Social. El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) es un sistema de cobertura universal configurado para dar protección en los casos de riesgos sociales, creado con la promulgación de la Ley 87-01. Según el artículo 7 de la Ley, el sistema está integrado por tres regímenes: el Contributivo, el Subsidiado y el Contributivo Subsidiado.

Financiamiento del Régimen subsidiado

El Régimen Subsidiado es el que protege a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado Dominicano. (Decreto No. 549-03). El Reglamento del Régimen Subsidiado plantea que el control, administración y gestión de este régimen recae sobre el Estado Dominicano. Según este en el régimen subsidiado pueden estar afiliados: El jefe del hogar, el cónyuge o compañero(a)

de vida, los hijos e hijastros menores de 18 años, hasta 21 si son estudiantes o sin límites de edad si son discapacitados, los padres del afiliado titular, solo si son económicamente dependientes del mismo y toda persona unida o no por vínculos de parentesco, hayan convivido en forma permanente bajo un mismo techo durante los últimos tres (3) años. Los dependientes que trabajan serán considerados para calificar la situación económica del núcleo familiar

El Régimen subsidiado es financiado totalmente por el Estado Dominicano con cargo al Presupuesto General de la Nación. En el artículo 23 del reglamento del régimen subsidiado se señala la necesidad de establecer un per cápita y que para determinar el monto anual del subsidio gubernamental para el Régimen subsidiado deberá multiplicarse la cantidad de afiliados al Plan Básico de salud por el per cápita establecido. La administración del Riesgo de Salud esta bajo la responsabilidad del Seguro Nacional de Salud (SENASA) (Decreto No. 549-03)

Financiamiento de la Respuesta Nacional al VIH SIDA.

Según los resultados del informe Megas, (Onusida; Copresida, 2010), durante el año 2008 el gasto nacional en SIDA en la República Dominicana ascendió a US\$ 31.3 millones, la mayoría financiado por fuentes internacionales. (Ver cuadro siguiente)

Fuente de Financiamiento del Gasto Nacional en Sida.	Porcentaje financiamiento
Internacionales	49 %
Privadas	25 %
Públicos	26 %
Totales	100 %

Fuente: Informe Estudio Megas (Op. Cit 2008)

El referido estudio señala que de los gastos procedentes de fuentes privadas el 98 % correspondió a gasto de bolsillo. (Onusida; Copresida, 2010). De los gastos totales el 40 % correspondió a la categoría de atención y tratamiento.

Categoría de Gasto en SIDA	Total por CGS		
	RD\$	US\$	%
Prevención	269,436,158	7,834,724	25.01%
Atención y tratamiento	436,619,561	12,696,120	40.52%
Huérfanos y niños vulnerables	831,677	24,184	0.08%
Gestión y administración de programas	311,001,626	9,043,374	28.86%
Recursos humanos	26,075,224	758,221	2.42%
Protección social y servicios sociales	118,817	3,455	0.01%
Entorno favorable	18,038,688	524,533	1.67%
Investigación relacionada con el VIH	15,351,629	446,398	1.42%
Total gasto por CGS	1,077,473,380	31,331,008	100%

Fuente: Informe Estudio Megas. (Op. Cit 2008)

Amenazas a los programas de atención a personas VIH + en República Dominicana

Fuentes de financiamiento según Cartera de Servicios de Atención Integral.

De la cartera de servicios requerida para los servicios de atención integral a personas VIH + tenemos que la totalidad de los medicamentos antirretrovirales son financiados con la donación del Fondo Mundial, no se prevé aun otra fuente de financiamiento ya que el reglamento del Plan Básico de Salud excluye del financiamiento estos tratamientos (Régimen. del Plan Básico)

En el Caso de las pruebas complementarias de laboratorio, diferentes fuentes cubren el financiamiento de estas pruebas: la donación del Fondo Mundial, el Gobierno Dominicano a través de la red de Servicios de Salud, el Sistema Dominicano de Seguridad Social, agencias internacionales y el financiamiento de bolsillo. (Copresida, 2010)

Las pruebas especiales de monitoreo de Carga Viral y CD4, son financiadas por una contrapartida comprometida por el Estado Dominicano para recibir el financiamiento del Fondo Mundial.

El financiamiento de los medicamentos para infecciones oportunistas el financiamiento es mixto, el 70 % es asumido por la donación del Fondo Mundial y el porcentaje restante por Gobierno Dominicano a través de la Red Pública de Servicios de Salud.

Los honorarios médicos en el 70 % de los casos son asumidos por el Gobierno Dominicano y el 30 % por los pacientes a través de pago de cuotas de recuperación. (Propuesta RCC, Fondo Mundial)

Los diferentes procedimientos quirúrgicos o no quirúrgicos, análisis especiales y diagnósticos por imágenes son asumidos por el usuario a través de aportes y donaciones particulares o del gasto de bolsillo de los pacientes. (Dpto, Atención Integral CONAVIHSIDA Copresida)

Condicionamientos y límites de la Donación con el Fondo Mundial

El acuerdo con el Fondo Mundial culmina en junio del año 2014 y establece que el país gradualmente asumiría el costo de los insumos y medicamentos garantizando la sostenibilidad de las prescripciones y el acceso universal a los tratamientos. Diferentes documentos oficiales incluyendo el Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA 2007-2015 establecen que la garantía del acceso universal y de la sostenibilidad de la atención integral a personas con VIH-SIDA será asumida por parte del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

En la propuesta de RCC se ha planteado que el Gobierno siga asumiendo hasta llegar de manera paulatina al total del financiamiento de los diferentes servicios a personas VIH +, en algunos casos el desmonte del financiamiento ya inicio, como las pruebas complementarias, la propuesta contempla que el Gobierno Dominicano asumirá para el primer año el 65 %, para el año 2 el 70 % y para el tercer año el 80 % de las pruebas complementarias.

En el caso de las compra de medicamentos para las infecciones oportunistas se transfiere desde el año 3 que finaliza en mayo del 2012 de la propuesta en su totalidad al Estado Dominicano.

Hipótesis

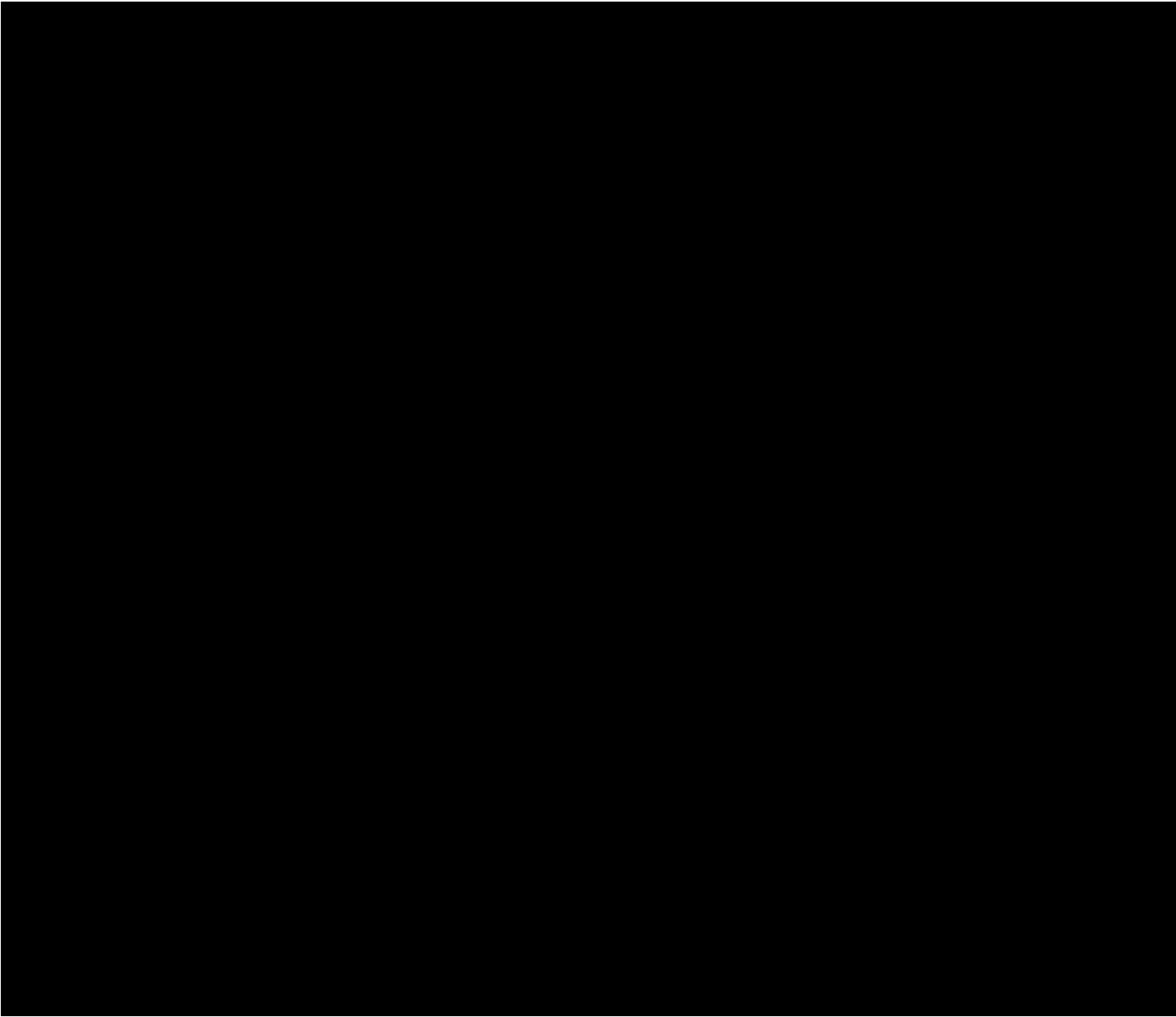
1. La Incorporación de personas VIH + en el Régimen Subsidiado de la Seguridad Social no reúne las características para ser considerado una política pública

2. Los procesos de implantación de la política pública Incorporación de Personas VIH + en el Régimen Subsidiado de la Seguridad Social es ineficaz razón por la cual los beneficiarios no pueden acceder y utilizar los servicios incluidos en las prestaciones del Plan Básico de Salud vinculadas al VIH SIDA y por ello no se garantizan los resultados esperados para la sostenibilidad del programa de atención a personas VIH +

La implementación de la incorporación de personas VIH+ en el Régimen Subsidiado no ha garantizado el acceso de los VIH + a los servicios de salud.

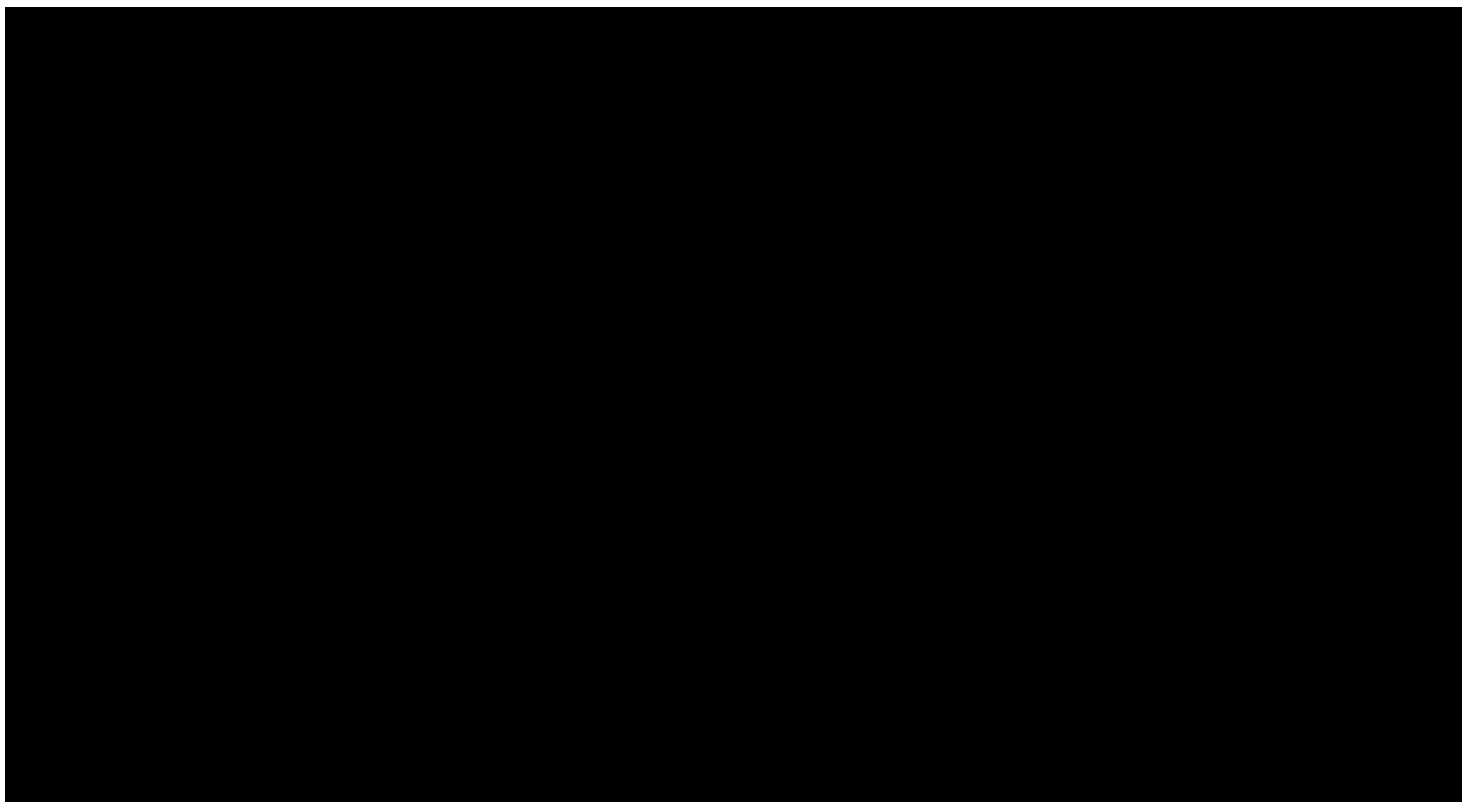
Variables

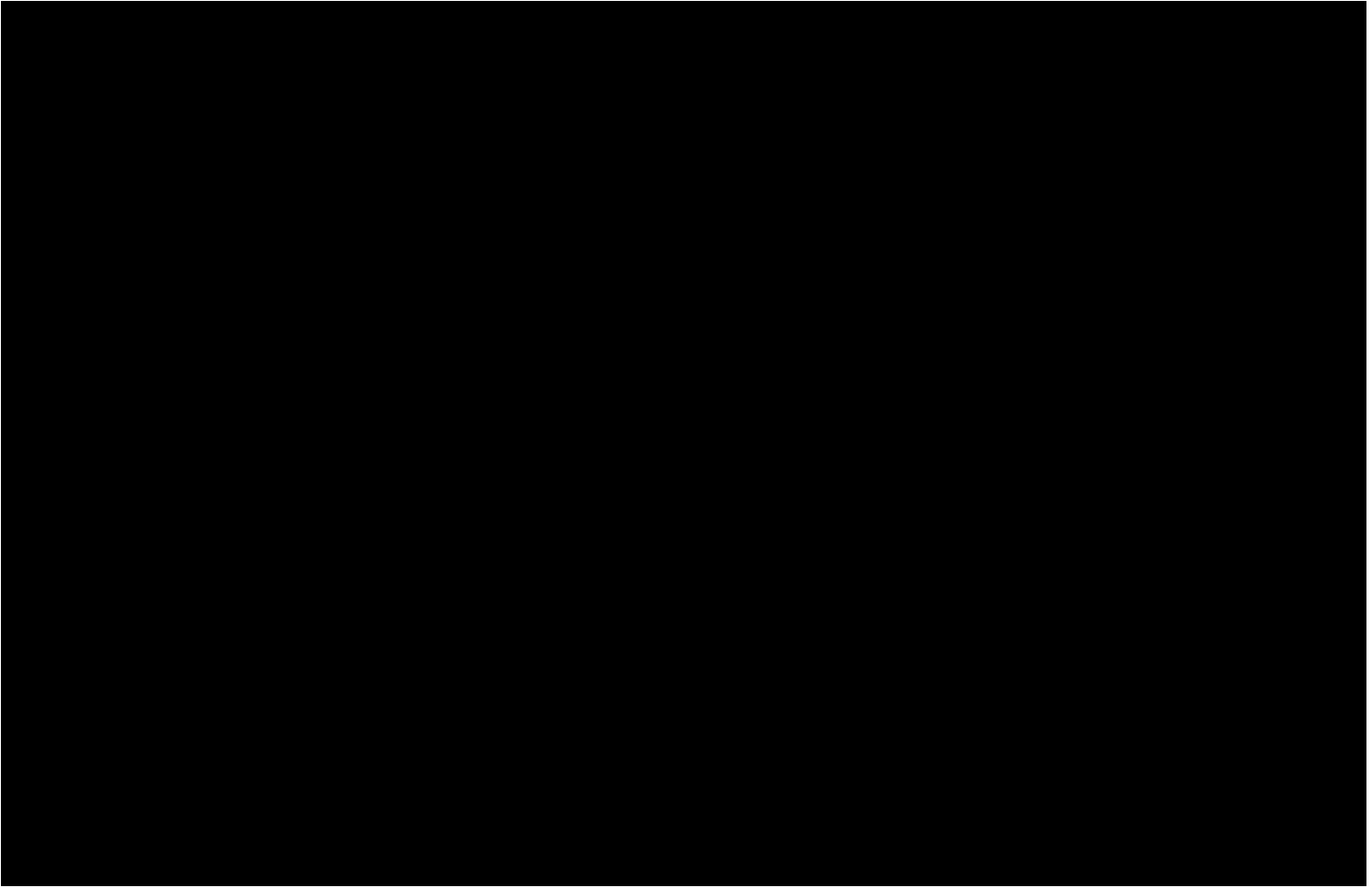
Variables	Definición	Indicadores	Categorías
Incorporación de Personas VIH + en el Régimen Subsidiado de la Seguridad Social	Personas seropositivas incluida en la base de datos del Programa de Atención Integral que son captadas, incluidas en la base de datos del Seguro Nacional de Salud.	Número de Personas incluidas en base de datos del SENASA	Si-No
Procesos de implantación de la política pública Incorporación de Personas VIH + en el Régimen Subsidiado de la Seguridad Social	Diferentes pasos jurídicos, técnicos y administrativos para lograr que las personas VIH + accedan a los servicios de salud luego de haber sido incluidos en el régimen subsidiado	Número de Personas recibiendo los servicios del Plan básico de salud luego de haberse agotados los pasos establecidos en el reglamento.	Si-No
Servicios de atención utilizados por el usuario vinculados a la sostenibilidad del programa	Diferentes servicios incluidos en el Plan Básico de Salud a que tiene acceso al paciente y que permite la sostenibilidad del programa de VIH	Número de usuarios según tipo de Servicios de atención, imágenes y dispensación recibidos	Uso servicios no vinculados al VIH
			Uso servicios vinculados al VIH
			No uso ningún servicio



Fuente: elaboración propia

Fuente: elaboración propia





Fuente: elaboración propia

Metodología aplicada

Se realiza una evaluación de los procesos de la implementación de la política pública Incorporación de Personas VIH + en el Régimen Subsidiado de la Seguridad Social

Tipo de Evaluación:

Se evalúan los diferentes procesos para la implantación del programa de inclusión de personas VIH + en el régimen subsidiado, alternativa planteada en la Cumbre por la Unidad Nacional frente a la Crisis Económica Mundial para apoyar la sostenibilidad de la Respuesta al VIH SIDA en la República Dominicana.

- **Evaluación del diseño o conceptualización**

Nos permite conocer la forma como se configuró la Política Pública, el grado y distribución de los problemas a los que se dirige el programa y si este diseño permite la vinculación del programa con el objetivo de apoyar la sostenibilidad de del Programa de atención a Personas VIH +..

- **Evaluación de la implementación.**

Durante el proceso se evalúa hasta que punto se alcanza a la población específica y se determina la medida en que el esfuerzo de intervención se vincula al objetivo de apoyar la sostenibilidad del Programa de atención a Personas VIH +.

- **Evaluación de la eficacia**

Esta medición de la eficacia se limita a determinar si mediante la definición de un nivel óptimo de provisión de los servicios y la elección de modalidades de provisión adecuadas para el programa de VIH, se ha logrado alcanzar una cobertura importante de las personas VIH +, y si se ha logrado apoyar la sostenibilidad del programa mediante una reducción en el uso del presupuesto destinado para rubros determinados y que están incluidos en la cartera de prestaciones del régimen subsidiado.

Periodo:

Se escogió el período Noviembre 2010 – noviembre 2011 por disponerse de información completa para este periodo.

Técnicas de recolección de información:

Para el desarrollo de esta evaluación se utilizaran diferentes técnicas de recolección de información.

- a. Revisión de documentos oficiales como: Ley General de Salud, Ley sobre el Sistema de Seguridad Social, Plan Básico de Salud, Plan Estratégico Nacional 2007-2015, Plan Decenal de Salud, Resoluciones de la Cumbre por la Unidad Nacional frente a la Crisis Económica Mundial, propuesta de país ante el Fondo Mundial e informe de progreso del periodo noviembre 2008-noviembre 2009
- b. Revisión y análisis de las Bases de Datos del SENASA, del Programa Nacional de Atención Integral y del uso de los servicios del programa.
- c. Entrevista a informantes Claves: Gerente técnico del Consejo Nacional de VIH/SIDA, Coordinador nacional de Atención integral a PVVS, Coordinadores área de servicios ministerio de salud, funcionarios del SENASA y de la sociedad civil incluyendo las organizaciones de afectados.
- d. Revisión de la estrategia de intervención en servicios del Ministerio de Salud.
- e. Revisión bibliográfica de conceptos de atención integral y evaluación de indicadores.
- f. Encuesta a los usuarios acerca de prestaciones vinculadas al VIH recibidas.

5.-Análisis e interpretación de los resultados

Caracterización metodológica de la política pública

El programa “Inclusión de personas con VIH en el régimen subsidiado de la Seguridad Social” es una de las alternativas identificadas para garantizar la Sostenibilidad de la atención integral a las personas que han contraído el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Este ha sido construido mediante la técnica de Bottom Up, en donde cada proceso se implementó de manera individual, hasta completar todo el programa.

La redacción de este análisis está precedido por una serie de entrevistas a Actores Claves del proceso, donde se rescataron las acciones que sirvieron de base a la construcción de la política tomando como base el Modelo Sistémico de construcción de políticas públicas, que parte de que el mundo político forma un subsistema con estructuras, actores y reglas frente a las presiones, solicitudes y estímulos y la reacción del Estado es la de proponer una política pública como solución. al problema (Parson2004).

Identificación y definición del problema objeto de la política pública:

A la primera pregunta que se debe responder en el proceso de construcción e identificación de la preocupación social es sí identificaron y definieron los problemas objetos de la Política, las respuestas de los actores claves del proceso ante este cuestionamiento fue que se realizó un proceso de identificación y definición del problema, según las respuestas de estos actores los elementos claves para identificar y definir el problema se pueden agrupar en los siguientes renglones:

- **Necesidades de los usuarios.**
- **Implicaciones sociales y humanas de la aplicación de la política.**
- **Compromisos y responsabilidad del Estado y el País.**

Según las repuestas a las entrevistas, el proceso se realizó mediante el uso de técnicas como la sistematización de las informaciones con énfasis en los informes técnicos de los

organismos competentes, el informe Megs y las estimaciones nacionales en ITS, VIH y SIDA.

Acerca de los mecanismos de participación en el proceso de identificación y definición del problema objetivo, se refirieron al diseño de una mesa técnica en la que estaba incluida la sociedad civil, incluyendo las organizaciones de los afectados por el VIH, y los estamentos de gobiernos correspondientes.

Estas organizaciones se acogieron al mandato del Plan Estratégico Nacional PEN (2007-2015) construido mediante una metodología participativa y multisectorial que dentro de sus líneas de acción contempló la inclusión de los pacientes VIH + al Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Con relación a la construcción metodológica de esa parte del proceso, según los actores entrevistados no se construyó una base de datos de las necesidades y limitaciones de los pacientes VIH + sino que se circunscribieron a realizar un análisis general del proceso sin entrar en las particularidades propias del programa. Esta limitación deja una brecha que impide evaluar de manera objetiva los avances que pueda alcanzar la implementación de la política, sobre todo los vinculados al logro de los objetivos relacionados a la sostenibilidad del programa

Diseño de la política

En la entrevista estructurada se contempló identificar si el proceso de diseño de la política estaba dirigido a identificar la existencia de una solución técnica, además si se realizó un proceso metodológicamente compatible con el objetivo planteado.

Según las respuestas de los actores claves no se construyó un proceso metodológicamente estándar, se respondió a las necesidades planteadas en el momento de someter posiciones e impulsar acciones, no se diseñó una matriz lógica que permitiera visualizar la propuesta y sus brechas. Otros elementos no contemplados en el diseño son los relativos a las orientaciones de los contenidos de la política pública, en el caso de la inclusión de personas VIH+ en el régimen, Subsidiado, el programa debió tener una orientación tendente a contribuir a la sostenibilidad.

Según las entrevistas se identificaron dos Orientaciones posibles para la implementación de la política: a.- acciones que benefician directamente al usuario pero que no garanticen contribución a la sostenibilidad del programa y b.- acciones que beneficien al usuario y aporten a la sostenibilidad del mismo.

La razón para la no construcción de un proceso metodológico focalizado a garantizar la Sostenibilidad del Programa de Atención a Personas VIH +, según los actores es que tanto el Régimen Subsidiado como el Sistema de Salud ya tienen un proceso metodológicamente diseñado.

A pesar de que en el diseño de una política pública no existe una metodología estándar intrínsecamente debe construirse un proceso coherente que permita su orientación, implementación, monitoreo, correcciones o modificaciones, identificación de brechas, errores de diseño y evaluación. En el caso del acceso a Atención Integral para pacientes VIH+, existen particularidades que deben ser tomadas en cuenta en el diseño de políticas dirigidas a apoyar la sostenibilidad del Programa.

Inclusión en la agenda política.

La inclusión en la agenda política es de interés en la formulación de una política pública, ya que no todas las demandas emanadas de la sociedad permean hasta ese nivel. En el caso de la inclusión de personas VIH+ en el Régimen Subsidiado, los estamentos sociales habían realizado su propuesta y la habían planteado en el Plan Estratégico Nacional 2007-2015; según los actores entrevistados, este fue el primer paso para la colocación del tema en la agenda política.

La existencia de un organismo desconcentrado y multisectorial como el COPRESIDA hoy CONAVIHSIDA, cuya misión principal es la promoción e impulso de políticas públicas, es un camino idóneo para que en base a compromisos sociales nacionales e internacionales se impulsara la colocación en agenda del tema.

Con relación a los mecanismos utilizados para la colocación del tema en la agenda pública, los actores identifican; acciones de cabildeo realizadas por el CONAVIHSIDA, la sensibilidad del Poder Ejecutivo, los antecedentes de movilización social de los actores que incluyeron marchas y demandas en cortes internacionales y la presión de organismos

donantes como el Fondo Mundial para que el Estado Dominicano asumiera una cuota de responsabilidad.

Participación de la mesa técnica en la Cumbre por la Unidad Nacional frente a la Crisis Económica Mundial.

Los actores entrevistados sostienen que la organización de la Cumbre por la unidad nacional frente a la Crisis Económica, fue el momento político más idóneo para colocar en la agenda política el tema de la inclusión de las personas VIH + en el régimen subsidiado de la seguridad social.

Análisis de la decisión.

Existencia de un Marco Jurídico para la caracterización de la política pública.

Siguiendo el plan de análisis propuesto y los planteamiento de análisis de políticas públicas sugeridos por Parson, (2004) se incluye una revisión de la literatura vinculada al marco jurídico existente a partir de las respuestas de los actores entrevistados y confirmación de las evidencias identificadas por estos.

Según los diferentes actores entrevistados existe un marco jurídico institucional que permite la adopción de la inclusión de las personas que viven con VIH como una política pública; dentro de los documentos que sirven de soporte jurídico institucional y sobre los cuales diseñaron la propuesta están:

La Constitución Dominicana 2010, la Ley General de Salud, No. 42-01, la Ley de Seguridad Social No. 87-01, el Reglamento del Plan de Servicios de Salud del Consejo Nacional de Seguridad Social, el Reglamento del Plan Básico de Salud, el Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA, el documento que sirve de soporte a la propuesta del país con el Fondo Mundial, el Plan decenal de salud y los documentos compromisos del país como; los objetivos de desarrollo del milenio y los compromisos de la Sesión Extraordinaria de la Asamblea de las Naciones Unidas (UNGASS) redactadas en el documento de UNGASS 2009.

Los actores no identificaron el uso de documentos marcos asociados a la política pública de referencia; el Reglamento del Régimen Subsidiado (Reglamento 549-03 del 31 de julio

2003), documento que permitía sentar las bases para la elaboración de un marco que delimite el alcance de la medida y permita abordar criterios específicos para las prestaciones en el área de VIH, tampoco identifican la revisión del Decreto No. 143-05, documento básico para el proceso de selección de beneficiarios y que su no observación podría crear distorsiones en el proceso. Otros documentos consultados fueron el Reglamento de separación de funciones del Ministerio de Salud (2005), que permitía la revisión exhaustiva del flujo de los servicios incluidos en la prestaciones del Régimen Subsidiado; y la Resolución No. 00010 que plantea la reorganización del Ministerio de Salud que crea la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento a los Servicios Regionales de Salud.

Instrumentalización y cobertura de la decisión política.

Los actores identifican tres momentos en el proceso de instrumentalización:

a.- Emisión de una resolución por parte de Consejo Nacional de Seguridad Social.

La decisión política fue correctamente instrumentalizada, según los actores entrevistado, al lograrse que el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) emita una resolución en la cual autoriza al SENASA a afiliar de forma directa al Régimen Subsidiado a las Personas Discapacitadas y VIH Positivas que cumplan con los criterios establecidos en la Ley 87-01 y el Reglamento del Régimen Subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

El CNSS, en seguimiento a los acuerdos emanados de la Cumbre y acogiendo al artículo 6 del reglamento del Régimen Subsidiado, emitió la Resolución No. 212-02, en la que autoriza afiliar como beneficiarios del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado las personas VIH +.

b.- Cobertura

Aunque el SENASA planteó en una comunicación al COPRESIDA la afiliación de 10,000 personas (32 %) VIH + como beneficiarios del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado, los actores entrevistados no conocen la forma como se determinó el número de persona a ser afiliadas, ya que la resolución no plantea un numero específico.

En la entrevista realizada a los actores del SENASA, plantean que los criterios fueron:

a.- Alineación con la programación establecida por el SENASA

b.- Número de personas VIH + incluidas en la base de datos que cumplían criterios para ser reclutadas.

La selección de personas a ser incluidas no se realizó siguiendo los parámetros estandarizados establecidos en el Decreto No. 143-05. Aunque se dio el paso de revisión de la base de datos del SIUBEN, la emisión de una resolución especial sirvió como parámetro oficial para la selección.

Según el análisis de la base de datos de personas VIH+, realizada por el SENASA, solo 8,047 (29.37 %) de las personas cumplían con los criterios para ser incluidos de inmediato, el resto o ya estaba incluido en algún régimen o no cumplía con los requisitos, sobre todo carecer de la documentación adecuada (9,951). Constituye este el primer escollo en el proceso de dar cumplimiento a la resolución del Consejo de Seguridad Social, esto pudo ser previsto en el proceso de diseño de la política pública.

Cuadro 1

Análisis de la base de datos de personas VIH +		
Requerimientos afiliación al Régimen Subsidiado	Número de Personas	%
En algún régimen	4,698	20.70
Cumplen requerimientos.	8,047	35.46
No cumplen requerimientos	9,951	43.84
Total	22,696	100

Fuente: construcción propia a partir de reportes de base de datos.

Inclusión en Base de Datos del SENASA

Según los reportes del cruce entre las base de datos del SENASA y la de personas VIH + en el Programa, unas 7,635 personas han sido incluidas en el régimen subsidiado de la seguridad social, esto representa el 23.8 % de las totalidad 32,054 pacientes adultos en el programa.

Es importante resaltar que tanto el SENASA como el CONAVIHSIDA, previeron la inclusión de unas 10,000 personas en el primer año de implementación, por lo que si restamos los que ya estaban incluidos al momento de iniciar el programa que eran unos 2623, a la cantidad reportada incluida luego de iniciado el programa representa un 50.12 % de lo programado. Según las informaciones de las entrevistas a los funcionarios del SENASA y del CONAVIHSIDA, no se ha logrado alcanzar las metas programadas.

c.- Asignación presupuestaria.

Acogiéndose al artículo 20 de la Ley No. 87-01, se previó un monto de RD\$72, 148,000.00 para subsidiar el seguro de salud a 10,000 personas positivas al VIH, un 1.93 % de lo presupuestado para todo el Régimen Subsidiado de acuerdo a la cápita establecida de RD\$ 721.48 (CNSS, 2010).

Los recursos fluyen conforme a los montos y en los plazos establecidos y este monto permite alcanzar los objetivos en la cartera de servicios para el Plan Básico de salud del Régimen Subsidiado, de acuerdo con las respuestas dadas por los actores del SENASA en las entrevistas.

d.- Acciones de los ejecutores.

Según un informe del CONAVIHSIDA, en una primera fase se afiliaron un total de 5,547 nuevas personas que viven con VIH en todo el territorio nacional, que sumados a los que ya estaban incluidos totalizan **7,635** afiliadas al Régimen Subsidiado del Sistema Dominicano de la Seguridad Social. (Copresida, 2010)

Por la particularidad del diseño del programa no se siguió el proceso ordinario de entrega de carnet sino que el CONAVIHSIDA asumió la distribución de estos a las personas VIH + beneficiarias siguiendo una metodología establecida de común acuerdo con el SENASA. Para apoyar el proceso de distribución de carnet se realizaron capacitaciones y adiestramiento de las consejeras/os Pares de los Servicios de Atención integral en VIH y SIDA a nivel nacional.

Resultados y análisis del desempeño de los procesos de la implementación.

Se describe a partir de un análisis de las estructuras existentes y disponibles para dar respuestas a la implementación de la política pública, revisión de las Bases de Datos del SENASA, el Programa Nacional de Atención Integral y de utilización de los servicios,

además se incluyen entrevistas a los actores vinculados al proceso de implementación y una encuesta a los usuarios o beneficiarios que permitiera evaluar de manera objetiva el desempeño del programa.

Para el análisis del desempeño de los procesos implementados se realizó una revisión de la base de datos de utilización de los servicios, entrevistas a actores claves, como a funcionarios del Consejo Nacional de VIH/SIDA, del Ministerio de Salud y del SENASA. Se incluye una encuesta de uso de los servicios incluidos en la cartera del SENASA tanto los generales como los vinculados a los servicios de atención a personas VIH + y que son los que impactan en termino de sostenibilidad el programa de atención integral a personas VIH +.

Estructura para dar respuesta a las prestaciones incluidas en el catalogo.

En este acápite se incluyeron ítems estructurados alrededor de tres elementos básicos: la existencia de una estrategia para garantizar el acceso a la prestación, la disponibilidad de una estructura para dar respuesta a las prestaciones incluidas en el catalogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS) y la consonancia de estas estructuras con el proceso de inscripción en el Régimen Subsidiado y entrega del carnet.

La Ley Sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social define que Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) Privadas y Públicas deberán implementar un modelo de atención que incluya los tres niveles de complejidad. Se define el primer nivel como puerta de entrada al sistema de atención (PDSS), y a los afiliados se le debe garantizar en este nivel el acceso a consultas y medicamentos ambulatorios y el seguimiento en el domicilio.

En la entrevista a los actores del SENASA, se identificó que existe una estructura nacional para garantizar los servicios de los usuarios, SENASA utiliza para los fines, las redes del Ministerio de Salud, la Red de Servicios del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y la red de servicios privados.

Según los actores del ministerio de salud, la autoridad sanitaria promueve que los diferentes niveles de atención se articulen en red, en lo que a prestación de servicios de salud se refiere y estén vinculados al desarrollo del Seguro Familiar de Salud.

Según las memorias del 2010 del Ministerio, el sector público dispone de 1,234 centros de salud (12 hospitales especializados, 40 provinciales y 87 municipales, 739 clínicas, 324 consultorios y dispensarios, correspondiendo estos tres últimos al primer nivel de atención. Para el 2009, el país disponía de 2.2 camas por cada 1,000 habitantes).

Disponibilidad de cartera de Servicios

La cartera de servicios contemplada para el Régimen Subsidiado incluye las siguientes prestaciones: Medicamentos ambulatorios, Consultas de medicina general, Consultas de medicina especializada, Pruebas de laboratorio, Cirugías mayores, Cirugías menores, Procedimientos diagnósticos (biopsias, Papanicolaou y otras citologías), Imágenes (radiografías, sonografías, mamografías, tomografías), Partos/cesáreas. Todos a través de la red de servicios establecidos.

Estrategia para garantizar el acceso a las prestaciones vinculadas la sostenibilidad del programa.

Según los actores entrevistados no se diseñó una estrategia específica para garantizar el acceso de las personas VIH + incluidas a la prestación de servicios, señalan que ya el Régimen Subsidiado tiene una estrategia planteada y que SENASA en su estructura contempla las formas de acceso a servicios, por otro lado la prestación de servicios a personas que viven con VIH tiene la particularidad de que el nivel en donde se encuentran localizados los servicios y que sirvieron de base a la captación y asignación para el régimen subsidiado no se vincula a las estrategias del SENASA y el Ministerio, dejando sin adscripción a unidades de atención primaria a las personas VIH +, esto no permite garantizar la entrega de los servicios establecidos en el primer nivel de atención.

Según el análisis de la cartera de servicios incluidos en el Plan Básico del Subsidiado existen prestaciones que podrían vincularse al objetivo de sostenibilidad del programa y otras que beneficiarían directamente al usuario pero que no se vinculan con la sostenibilidad del programa, coincidiendo con las entrevistas a los actores.

La no existencia de una estrategia que garantice el acceso a la prestación de servicios es una condicionante de relevancia al momento de focalizar acciones que impacte la sostenibilidad del programa, pues lo establecido por el reglamento del Plan Básico de Salud

en lo que a prestaciones se refiere deja abierto un abanico de opciones que de no canalizarse hacia los fines no impactaría el resultado esperado. Los resultados mostrados en la encuesta a los Usuarios, que el 58 % de las personas incluidas utilizaron los servicios de salud incluidos en la cartera, pero que de estos solo el 14.3 %, utilizó servicios vinculados a la sostenibilidad del programa.

Identificación de los objetivos.

Según los actores del Conavihsida entrevistados, dos objetivos básicos se persiguen con la inclusión de de personas con VIH al Régimen Subsidiado de la Seguridad Social; mejorar el acceso de esta población a los servicios de Salud y apoyar el proceso de sostenibilidad de la respuesta de atención integral a las personas con VIH vinculando algunas de los servicios del programa de VIH con la cartera de servicios del SENASA.

En las entrevistas al personal de de CONAVIHSIDA, acerca de las expectativas de que incluya un proceso de gestión en el marco del plan, señalaron que debe incluir acciones para que las personas incluidas en el Régimen Subsidiado puedan acceder a la cartera contemplada, tanto para servicios generales como para el caso de servicios vinculados al VIH incluidas en el presupuesto del programa y que son financiadas por la donación con el Fondo Mundial.

Actividades de la cartera de servicio vinculadas a la sostenibilidad del Programa de atención a personas VIH +.

Los actores del Conavihsida entrevistados identificaron las siguientes dos actividades incluidas en la cartera de servicios del Régimen Subsidiado incluidas las financiadas actualmente por el Fondo Mundial:

- a.- Servicios de Pruebas Complementarias
- b.- Dispensación de medicamentos para infecciones oportunistas.

En ninguno de los casos se ha definido un nivel optimo de provisión de servicios y una definición de las modalidades requeridas para su nivel optimo, se da por descontado que en la definición de la cartera de servicios del Régimen Subsidiado se definen estos elementos y

que para el caso de VIH están definidos en las normas nacionales y en el protocolo de atención. No se toma en consideración que para la operatividad en la implementación, el monitoreo y la evaluación posterior se requiere un instrumento que defina e integre estos procesos

Inscritos en el Régimen Subsidiado;

Se realizó una encuesta en la que se entrevistaron 423 personas, de ellas 280 (66.2 %) estaban inscritas en algún régimen de la Seguridad Social, 263 (62.2 %) habían sido incluidas en el régimen subsidiado de la seguridad social. La cantidad restante no habían sido incluida por razones diversas como: Falta de documentación, estaban en otro régimen, no le interesaba o no habían sido contactadas. El tema de la falta de documentación es importante relevarlo, ya que un reporte de auditoría de la base de datos del Programa revelo que el 22.39 % de las personas carecían de la documentación requerida

.

Entrega del Carnet

Uno de los elementos claves al momento de solicitar servicios en el Sistema de Seguridad Social es la verificación de la documentación a través del carnet, según las encuesta 250 (95%) personas de las incluidas en el Régimen Subsidiado habían recibido su carnet.

Afiliación de los familiares,

De los beneficios de estar incluidos en el Sistema de Seguridad Social se encuentra la inclusión de los familiares más directos en las prestaciones a ser recibidas, en la encuesta se identificó que menos de la mitad 130 (49.42 %) tenía los familiares incluidos en el Sistema. Dentro de las razones para no tener los familiares incluidos señalan que: falta de conocimiento de los datos de los familiares al momento de ser captados, falta de documentación de los familiares, no tienen familiares directos o ya estaban incluidos por otras vías.

Modalidades de provisión que garanticen el acceso de los pacientes a los servicios.

Adscripción a una Unidad de Atención Primaria

El Plan Básico de Salud prevé dentro de su organización que la puerta de entrada al Sistema de Salud es la Unidad de Atención Primaria. Este proceso, que debe realizar tanto el SENASA como el Ministerio de Salud, permite no solo la planificación de los servicios sino la organización y el control de los costos asociados.

En el caso de este programa solo 78 (29.65 %) registraba en su carnet la Unidad de Atención Primaria a que estaban adscrito.

Se intuye con esa información que el reclutamiento de las personas a ser incluidas se hizo en el marco de un programa especial, pero aun así esto crea un límite al momento de acceder a servicios pues los demás componentes del Sistema de Salud funcionan alrededor de estructuras establecidas y organizadas según las reglamentaciones establecidas. Para el programa de VIH esto representa un reto pues algunas de las prestaciones vinculadas a las atenciones y tratamientos como el caso de entrega de medicamentos para infecciones oportunistas, están organizadas en el primer nivel de atención.

Servicios de Atención al usuario con informaciones pertinentes para mejorar el acceso.

Dentro de la estructura descrita para la organización de los servicios de salud, se encuentra la función de Atención al usuario, todo el sistema de referencias y contrarreferencias se organiza alrededor de esa estructura que pertenecería al Servicio Regional de Salud.

En el caso del programa y la forma bottom up como se ha conformado, la promoción de los servicios se constituye en un mecanismo de transcendencia para garantizar el acceso de los usuarios a los servicios.

Según los actores del SENASA entrevistados, en el proceso establecido por esa institución se capacita a los usuarios acerca de la cartera de servicios y las formas de acceder a ellos, en el cuadro siguiente podemos observar algunos ítems incluidos en la encuesta acerca de elementos claves para el acceso a servicios, se destaca el desconocimiento de algunos.

Cuadro 2

Distribución Usuarios VIH + del Régimen Subsidiado según conocimiento de requerimientos para acceder a servicios

Items	F	%
Necesidad de la cedula de identidad personal para solicitar servicios	245	93.16
Necesidad del carnet de afiliación para solicitar	222	84.41
Conoce necesidad de referencia para procedimientos o imágenes	126	47.91
Conoce que necesita una prescripción médica para que les sean dispensado los medicamentos indicados	73	27.76
Conoce teléfonos o la ubicación de oficina del SENASA	172	65.40

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios.

Análisis de la utilización de los servicios incluidos en la cartera del SENASA.

Para realizar la evaluación utilizamos como fuente de información el reporte del SENASA de utilización de servicios y la encuesta realizada a los usuarios.

Utilización de Servicios con recursos de la donación de Fondo Mundial por parte de pacientes en el Subsidiado:

En la revisión de la base de datos de utilización de servicios de las 7,635 personas incluidas en el Régimen subsidiado, 4621 (60.52%) recibieron servicios en alguno de los centros de atención integral.

De estos 3,420 (74 %) necesitó servicios para pacientes VIH+ incluido en las prestaciones del Régimen Subsidiado pero utilizó presupuesto de la donación de Fondo Mundial para recibirlos como se observa en el cuadro siguiente.

Cuadro 3

Distribución de Personas VIH + incluidos en el Régimen subsidiado que utilizaron presupuesto del Fondo Mundial en Servicios incluidos en la cartera del SENASA.			
Servicios	Presupuesto		Porcentajes
	Asignado Fondo Mundial	Utilizado por Personas incluidas en el Subsidiado	
Infecciones Oportunistas	RD\$6,914,974.00	RD\$2,947,692.00	42.63
Pruebas Complementarias	RD\$19,429,628.00	RD\$9,770,492.00	50.29
Total	RD\$26,344,602.00	RD\$12,718,184.00	48.28

Fuente: elaboración propia.

Según la información suministrada por el SENASA unas 4,056 personas VIH + incluidas en el Régimen Subsidiado utilizaron servicios por valor de RD\$ 6, 802, 099.01, durante el periodo de estudio (noviembre 2010/noviembre 2011). Este valor representa tan solo un 9.42 %, del total de los recursos asignados al plan de RD\$72, 148,000.00 según el per cápita establecido para los 10,000 pacientes planificados por el SENASA. En términos absoluto no fueron utilizados unos RD\$65, 345,900.99.

Las personas VIH+ incluidas en el régimen subsidiado utilizaron RD\$12,718,184.00, un 48.28 % del total presupuestado para estos dos servicios en el plan de adquisiciones del Fondo Mundial para el periodo de estudio. El consumo de presupuesto del Programa evidencia un uso de recursos que de haberse consumido a través de la cobertura del régimen subsidiado contribuiría a la sostenibilidad de Programa Nacional de Atención a Personas VIH +. Estas cifras pudieron ser impactadas si los usuarios hubieran utilizado la cartera de servicio del subsidiado, lo que permitiría redistribuir las partidas en el presupuestos del Fondo Mundial y hacer un uso más adecuado en otras áreas prioritarias.

Entrevistas a usuarios: implementación procesos y utilización de los servicios.

De los 7,635 personas incluidas en el régimen subsidiado fueron encuestadas 423 (5.5 %) acerca de la utilización de los servicios incluidos en la cartera del SENASA incluyendo los que se vinculan a los servicios de atención integral a VIH +, que son los que de manera directa apoyan el proceso de sostenibilidad en el que esta inmerso el programa.

Entrega de los servicios requeridos

La cartera de servicios de salud del Régimen Subsidiado incluye la prestación a través de una red nacional de centros públicos y privados, en la encuesta se identificó que 130 (49.42%), de los 263 usuarios había solicitado por lo menos uno de los servicios de salud incluidos. Esta información se corresponde con un informe entregado por el SENASA en el que señala que 4056 (53.12) de los usuarios habían solicitado y recibido algún servicio.

Tipo de servicios entregado.

Según la información suministrada por el SENASA unas 4,056 personas VIH + incluidas en el Régimen Subsidiado utilizaron servicios por valor de RD\$ 6, 802, 099.01, durante el periodo de estudio (noviembre 2010/noviembre 2011). Este valor representa tan solo un 9.42 %, del total de los recursos asignados al plan de RD\$72, 148,000.00 según el per cápita establecido para los 10,000 pacientes planificados por el SENASA. En términos absoluto no fueron utilizados unos RD\$65, 345,900.99.

Aunque se dispone de esta información general del SENASA, es de interés para el Programa de Atención a Personas VIH + que además de la utilización de los servicios generales de salud, los usuarios focalicen algunas de sus intervenciones en servicios vinculados al Programa, en la encuesta se incluyeron ítems que permitieron conocer la utilización de los servicios vinculados al VIH, observándose los resultados que se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro 4

Distribución población según tipo de servicios de atención utilizados

Items	F	%
Uso servicios no vinculados al VIH	98	37.26
Uso servicios vinculados al VIH	32	12.16
No uso ningún servicio	133	50.58
Total	263	100

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios.

La información que nos proporciona el cuadro nos permite inferir que en la población estudiada hubo un uso menor de los servicios vinculados a la sostenibilidad del Programa de Atención a Personas VIH + que el uso de servicios generales no vinculados al VIH. Esto se traduce en un bajo impacto en la ejecución del financiamiento del Fondo Mundial y en el proceso de apoyar la Sostenibilidad de las acciones vinculadas al VIH.

Dentro de los servicios que se vinculan al VIH incluidos en la cartera del SENASA: consultas medicas generales, Consultas de Especialistas en VIH o en infecciones oportunistas y coinfección por Tuberculosis, prescripciones y dispensación de medicamentos para infecciones oportunistas, servicios de Pruebas Complementarias y procedimientos quirúrgicos vinculados al VIH. No se incluyen los medicamentos antirretrovirales ya que en el reglamento del Plan Básico de Salud fueron excluidas de las prestaciones del sistema por estar catalogada dentro de los denominados Tratamientos de Alto Costo.

Aportes en la implementación de los procesos de la Política a la Sostenibilidad del Programa de atención a personas VIH +.

Utilización y valores de los Servicios vinculados al VIH.

Las personas VIH + incluidos en el estudio solicitaron 51 servicios de los vinculadas al VIH, según podemos ver en el siguiente cuadro, la mayoría utilizó los servicios de Pruebas Complementarias y el valor total calculado del uso es de unos RD\$119,525.30.

Cuadro 5

Servicios utilizados y Valores Vinculados al VIH por las Personas incluidas en el Régimen subsidiado de la Seguridad Social

Servicios utilizados y Valores Vinculados al VIH por las Personas incluidas en el Régimen subsidiado de la Seguridad Social		
Servicios	Total Servicios solicitados	Valor utilizado
Medicamentos para Infecciones oportunistas	2	RD\$3,020.00
Consultas de medicina general	2	RD\$544.00
Consultas de medicina especializada	9	RD\$2,898.00
Pruebas Complementarias de laboratorio	15	RD\$42,000.00
Procedimientos diagnósticos (biopsias, Papanicolaou, otras citologías)	4	RD\$6,092.00
Imágenes (radiografías, sonografías, mamografías, tomografías)	14	RD\$4,626.30
Partos/cesáreas	5	RD\$60,345.00
Total	51	RD\$119,525.30

Fuente: elaboración propia a partir de informaciones del Copresida

Dos intervenciones que según los actores entrevistados debieron ser impactadas directamente luego de la inclusión de las personas VIH + al régimen subsidiado; Medicamentos para infecciones oportunistas en el 12 % de los pacientes y realización de dos paquetes de pruebas complementarias en la totalidad de los incluidos en el subsidiado

entrevistados (263), según establece el protocolo, ambas están siendo financiadas por recursos externos y sin embargo, están también disponibles en los servicios de la Red Pública como parte de la oferta del Plan Básico del Régimen subsidiado.

Cuadro 6

Valores vinculados a la sostenibilidad del Programa de VIH utilizados por las Personas incluidas en el Régimen subsidiado de la Seguridad Social			
Servicios	Valores totales utilizados para cubrir demanda de 263 pacientes incluidos en el Subsidiado entrevistados.	Valor utilizado de los recursos del Subsidiado.	Porcentaje
Medicamentos para Infecciones oportunistas	RD\$96,000.00	RD\$3,020.00	3.14
Pruebas Complementarias de laboratorio (2 paquetes de pruebas año/pacientes a RD\$ 2,800 c/u, para 263 pacientes)	RD\$1,472,800.00	RD\$42,000.00	2.85
Total	RD\$1,568,800.00	RD\$45,020.00	2.86

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios.

La sostenibilidad del Programa de atención a personas VIH + se ha asociado al financiamiento con los recursos del Sistema de Seguridad Social, por ello se ha impulsado la política pública de incluir en el régimen subsidiado a los que no califican para el contributivo.

Las dos intervenciones definidas por los actores de mayor impacto en el desmonte de la dependencia de recursos donados y de apoyo a la sostenibilidad son; el financiamiento de los medicamentos para infecciones oportunistas y el de las pruebas complementarias, como se ha podido observar en el cuadro anterior, según este estudio solo el 2.86 % de los recursos necesarios para las dos intervenciones evaluadas fueron utilizados por los usuarios, el resto recurrió al uso de los recursos disponibles en la donación del Fondo Mundial, esto evidencia un bajo nivel de utilización de los recursos disponibles en el subsidiado y un financiamiento a expensa de los recursos de la donación del Fondo Mundial.

6.- Conclusiones

Luego de haber analizado y revisado los datos arrojados de las entrevistas a los actores vinculados al proceso y de la encuesta realizada a los usuarios del programa hemos llegado a las siguientes conclusiones:

Caracterización y diseño de del Programa como una Política Pública:

Para el diseño e implementación del programa existe un marco jurídico nacional e internacional conformado por leyes, reglamentos y disposiciones jurídicas y administrativas suficientes y actualizadas.

Existe voluntad política para la implementación del programa para la “inclusión de personas con VIH en el Régimen Subsidiado de la Seguridad Social”.

En el proceso de Formulación y diseño se identificaron diferentes elementos de los que caracterizan una política pública:

- **Necesidades de los usuarios.**
- **Implicaciones sociales y humanas de la aplicación de la política,**
- **Compromisos y responsabilidad del Estado y el país.**

El proceso se construyó basado en los insumos del plan básico de salud y de las resoluciones del ministerio las cuales son muy generales y no permiten un enfoque a la sostenibilidad del programa en las reuniones técnicas se respondió a las necesidades planteadas en el momento de someter posiciones e impulsar acciones

El tema “inclusión de personas VIH+ en el Régimen Subsidiado” fue incluido en la agenda publica impulsado básicamente por estamentos sociales vinculados al VIH que habían realizado su propuesta y la habían planteado en el Plan Estratégico Nacional 2007-2015.

La existencia de un organismo desconcentrado y multisectorial como el CONAVIHSIDA, dependiente de la Presidencia a de la República ha servido como ente catalizador para el impulso de políticas públicas para el sector.

En el proceso de formulación y diseño de la política pública se incluyeron elementos que permitieron la instrumentalización de la decisión política.

- a.- La emisión de una resolución por parte de Consejo Nacional de Seguridad Social.
- b.- Un proceso organizado de selección de las personas a ser incluidas, que permitió salvar el proceso planteado por el Decreto No.143-05 que faculta a ser incluidas las personas a través del SIUBEN.
- c.- Lograr una asignación presupuestaria en base al per cápita establecido.
- d.- Se logró un nivel de coordinación de los diferentes actores ejecutores.

El proceso de diseño de la política pública “Inclusión de Personas VIH + al Régimen Subsidiado” tuvo debilidades importantes pues no se basó en un esquema de planificación preconcebido y con articulación lógica en el que se pudieran definir metas claras y acciones para alcanzarlas. Se obviaron orientaciones claras para la implementación y aplicación en las dos vertientes de implementación: acciones que benefician directamente al usuario pero que no garantizan contribución a la sostenibilidad del programa y acciones que benefician al usuario y aporten a la sostenibilidad del programa.

Las debilidades de la fase de diseño afectaron el logro del objetivo de apoyar a la sostenibilidad del Programa de atención a personas VIH +.

Conclusiones sobre la implementación.

- 1-Existe una estructura nacional para garantizar los servicios de los usuarios
- 2- SENASA utiliza para los fines las redes de salud de El Ministerio de Salud, la Red de Servicios del Instituto Dominicano de Seguridad Social y la red de servicios privados
- 4-La selección de personas a ser incluidas realizó en base a un programa especial y no siguiendo los parámetros estandarizados establecidos en el Decreto No. 143-05
- 5-En el análisis de la base de datos se identificó que solo 8,047 (29.37 %) de las personas cumplían con los criterios para ser incluidos de inmediato, el resto o ya estaba incluido en algún régimen o no cumplía con los requisitos sobre todo el de tener documentación adecuada.

6-Según el análisis de la cartera de servicios incluidos en el Plan Básico del Subsidiado existen prestaciones actualmente financiadas por fuentes externas y que podrían vincularse al objetivo de sostenibilidad del programa: Servicios de Pruebas de Laboratorios Complementarias y Dispensación de Medicamentos para infecciones oportunistas.

7-El régimen subsidiado tiene una estrategia planteada para el acceso a servicios y SENASA en su estructura contempla las formas de acceso a servicios, esto por sí solo no garantiza que los servicios vinculados al VIH puedan ser accesado por los usuarios.

8-No fue definido un nivel optimo de provisión de servicios y una definición de las modalidades requeridas para este nivel, pues se da por descontado que en la definición de la cartera de servicios del Régimen Subsidiado se definen estos elementos y que para el caso de VIH están definidos en las normas nacionales y en el protocolo de atención.

9-De las 423 personas encuestadas acerca de la utilización de los servicios incluidos en la cartera del SENASA más de dos terceras partes ya habían sido reclutada para ser incluidas; la cantidad restante no habían sido incluida por falta de documentación, estaban en otro régimen, no le interesaba o no habían sido contactadas. Menos de la mitad (49.42 %) de los encuestados y que ya estaban reclutados tenia los familiares incluidos en el Sistema

10-A pesar de que el SENASA previo la inclusión de 10,000 personas en el régimen subsidiado a Noviembre del 2011 solo el 50.1 % de las personas habían sido incluidas

11-El 78 (29.65 %) tenía en su carnet la Unidad de Atención Primaria a que estaban adscrito

12- Existe desconocimiento en más de la mitad de los usuarios entrevistados de elementos claves para el acceso a servicios.

13-En la población estudiada se determinó que casi la mitad (49.42%), de los usuarios había solicitado por lo menos uno de los servicios de salud incluidos pero que el uso de los servicios vinculados a la sostenibilidad del programa fue muy reducida (12.3%).

14-Las personas VIH + incluidos en el estudio solicitaron en 51 ocasiones prestaciones vinculadas al VIH, por un valor total calculado de unos RD\$119,525.30.

15-Según entrevistas a los actores claves existen dos servicios vinculados de manera directa a la sostenibilidad del programa, porque dependen de fuentes de recursos externas:

Medicamentos para infecciones oportunistas del que se utilizaron solo el utilizado solo el 3.14% de los recursos disponibles y las pruebas complementarias de cuyos recursos necesarios fue utilizado solo 2.85 % .

16-La implementación de la Política Publica “Inclusión de Personas VIH + al régimen subsidiado” tuvo aportes mínimos durante su primer año de ejecución al Programa de atención a personas VIH + para lograr el objetivo de apoyar la Sostenibilidad del Programa de Atención a Pacientes VIH+ al utilizarse solo el 2.86 % de los recursos necesarios para satisfacer las demandas de los dos servicios priorizados; Medicamento para Infecciones Oportunistas y de pruebas complementarias.

17-En el proceso de la implementación de la Política Publica “Inclusión de Personas VIH + al régimen subsidiado” se utilizó menos de un 10 % de los recursos disponibles, estos recurso quedaron sin ejecutar.

7.- Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones surgen del análisis de las debilidades identificadas durante el proceso de investigación, estas se en el marco de esta tesina se convierten en los objetivos principales de la propuesta que se incluye como marco de actuación a ser desarrollado por el CONAVIHSIDA para garantizar una mejor eficacia en los procesos de la Política Pública.

1. Sistematizar en propuesta estratégica del proceso de implementación de la política, redactando los elementos básicos de la planificación estratégica, vinculando las actividades definidas a los flujos y procesos de prestación de servicios vigente en el país y descritos en los documentos que enmarcan ese proceso.(Propuesta anexa)
2. Definir los niveles óptimos de producción de servicios y las modalidades más adecuadas para la prestación óptimas de los servicios a ser brindados. (propuesta anexa)
3. En el nuevo plan operativo bienal en ITS VIH SIDA debe incluirse un acápite que contemple esta política pública de manera que pueda darse seguimiento en el marco de las acciones de monitoreo y evaluación de la Respuesta nacional a las ITS-VIH/SIDA

Propuesta para mejorar la implementación de la política pública “Inclusión de personas VIH+ en el Régimen Subsidiado de la Seguridad social”

JUSTIFICACION

Considerando el análisis y a las conclusiones arribadas se evidencia la necesidad de proponer mejoras a los diferentes procesos vinculados al diseño e implementación de la política de inclusión de personas VIH + en el Régimen Subsidiado y el cumplimiento de los objetivos estratégicos que debe derivarse de su eficacia.

La evaluación formativa reveló que la implementación de la política pública “Inclusión de personas VIH + en el Régimen Subsidiado” no está logrando el objetivo de apoyar de manera eficaz la sostenibilidad del Programa de Atención a Personas VIH +. Se han identificado fallas en el diseño de la propuesta que limitan la captación de personas y el uso de las prestaciones vinculadas al VIH. Otra debilidad identificada es la escasa integración de actores fundamentales para el proceso de implementación, como son los Servicios Regionales de Salud y las estructuras vinculadas a estos. Adicionalmente, es necesario un plan de promoción que permita que los beneficiarios conozcan de la cartera de servicios y de sus derechos y deberes.

En base a los procesos que mostraron debilidades en su formulación o implementación se diseñó una propuesta que permita mejorar la efectividad del programa.

Objetivo General

Apoyar la sostenibilidad del Programa de Atención a Personas VIH + mediante el estímulo a la utilización de los servicios incluidos en el régimen subsidiado y que son también financiados por el Fondo Mundial.

Objetivos Específicos

Mejorar el diseño metodológico de la Política Pública ajustando sus procesos en una matriz de planificación que facilite su vinculación con el objetivo general propuesto y el monitoreo continuo de los procesos instaurados.

Instaurar procesos que permitan focalizar las acciones hacia el uso de las prestaciones vinculadas al VIH que influyen de manera directa en la Sostenibilidad del programa.

Establecer un plan de promoción y atención al usuario que permita el conocimiento pleno de las prestaciones incluidas en la cartera del subsidiado, deberes y derechos del afiliado.

Metas:

- Al mes de mayo del 2012, se completaran 10,000 personas VIH + **y a diciembre del 2012 unas 15,000** en el régimen subsidiado de la seguridad social.
- Al mes de Abril del 2012, el 90 % de las personas VIH + incluidas en el Régimen subsidiado de la seguridad social estarán adscrito a una Unidad de Atención Primaria.
- ***Al mes de Diciembre del 2012, el 50 % y en diciembre del 2013 el 50 % restante de las personas Incluidas en el Régimen Subsidiado del Seguridad Social utilizaran los prestaciones de este régimen vinculadas al VIH (Pruebas complementarias y medicamentos para infecciones oportunistas)***
- Al mes de mayo del 2011, el 100 % de las personas VIH + incluidas en el régimen subsidiado de la Seguridad Social conocerán sobre sus derechos y sobre la cartera de servicios a la que tienen acceso.
- ***A finales del 2013 todas*** las prestaciones incluidas en el régimen subsidiado de la seguridad social vinculadas al VIH estarán siendo cubiertas por esta fuente de financiamiento.

ESTRATEGIAS

- Actualización de las informaciones sociodemográfica de los personas VIH + enfatizando en las dificultades para el acceso a servicios.
- Vinculación de las acciones administrativas de captación e inscripción en el Régimen subsidiado con el marco referencial de prestación de servicios.
- Integración de los servicios Regionales de Salud en el proceso de planificación, captación e inclusión de personas en el Régimen subsidiado de la Seguridad Social.

- Focalización de los servicios de salud vinculados a VIH en las acciones de promoción de los servicios y referencias entre niveles de atención.
- Inclusión de actores claves de las organizaciones de afectados en el proceso de Identificación, reclutamiento, captación.
- Reestructuración del presupuesto de Fondo Mundial vinculado a la prestación de servicios.

Stakeholders--- primarios y secundarios-- de la evaluación.

Primarios

Altas Instancias: Director Ejecutivo de Copresida, Seguro Nacional de Salud, Ministro de Salud. Dirigentes de asociación de personas infectadas con el VIH. Coordinadora Residente de la Organización Panamericana de la Salud. Donantes internacionales.

Staff del proyecto: Gerente Técnico del proyecto con Fondo Mundial, Coordinador del Area de Atención Integral.

Comercio: Distribuidores Locales de medicamentos y de servicios de Pruebas complementarias

Personal técnico de los servicios: encargados de farmacia de los centros de salud.

Secundarios:

Viceministra de garantía de Calidad en el Ministerio de Salud, Encargado de Promese (Distribuidor), encargado de almacén, médicos de los centros de salud,

Marco de Implementación de la propuesta para mejorar la implementación de la política pública “Inclusión de personas VIH+ en el Régimen Subsidiado de la Seguridad social”

Matriz Propuesta implementación.					
Actividades	Productos de las actividades	Resultados corto Plazo	Resultados Largo Plazo	Impacto	
Revisión del presupuesto del último semestre del año 3 de la propuesta de Fondo Mundial para reprogramar actividades que permitan el financiamiento de esta propuesta.	Fuentes de Recursos identificadas para la implementación de la propuesta.	Propuesta en implementación.	1.- Disminución Gasto de Bolsillo en pacientes 2.- Sostenibilidad Financiera del programa		
Reuniones de coordinación con Actores Fundamentales.	Habilitación de una estructura interinstitucional de coordinación.	Propuesta orientada al resultado esperado.			
Levantamiento de Información Socio demográficas en los Servicios de Atención integral para conocer necesidades y limitaciones de acceso a servicios	Base de datos de las necesidades de los pacientes VIH +	Diseño de la propuesta de inclusión de Pacientes a Régimen subsidiado.		Incremento de la captación de Pacientes que cumplen con los requerimientos para ser incluidos en el Régimen Subsidiado de la Seguridad social.	
	Conocidas y elaborado un informe de las necesidades y barreras de acceso a los servicios				
Selección de nuevas personas que califican para ser ingresadas.	Base de datos de pacientes interesados en ingresar al régimen subsidiado de la SS				
Suministro de la base de datos a SENASA para seleccionar candidatos y garantizar que las entidades correspondientes la incluyan en su programación	Base de Datos de Pacientes que califican para ingresar al programa				
Elaboración de propuesta de partidas necesarias en el presupuesto nacional para cobertura total del proyecto	Resolución de SENASA ingresando los pacientes al subsidiado a través de los mecanismos establecidos.	Nuevos pacientes incluidos en Régimen subsidiado			
	Documento Propuesta Acuerdo con SENASA				
	Presupuesto elaborado u entregado al ejecutivo	Financiamiento del programa Asegurado			
Adscripción de pacientes a una Unidad de Atención Primaria en Salud.	Pacientes adscritos a Unidades de Atención primaria según Servicio Regional correspondiente,	Pacientes reciben servicios del Subsidiado.			Incremento sobrevida de pacientes

	Revisión de cada caso de carnet entregado y vinculación con sus Unap correspondiente,	Pacientes adscritos a Unidad de Atención Primaria pertinente.	
SENASA Entrega de Carnet a Usuarios con UNAPS adscripta a través de los mecanismos establecidos.	Usuarios con carnet del régimen subsidiado	Pacientes con acceso a servicios.	
Establecimiento del plan de referencias a servicios de salud vinculados a VIH		Pacientes aumentan el uso de prestaciones incluidas en el régimen subsidiado.	
Provisión de los servicios incluidos en la cartera y vinculados a VIH.	Pacientes utilizando los servicios de Pruebas complementarias y Dispensación de medicamentos para Infecciones Oportunistas.	Disminución del uso de los servicios financiados por el Fondo Mundial	
Realización de Talleres de socialización de derechos y deberes y carteras de servicios.	Pacientes incluidos e informados sobre cartera de servicios y requerimientos para acceder.	Aumento en el numero de servicios a que acceden pacientes	

MONITOREO Y EVALUACION

- El Plan se vinculará al Plan Operativo Bienal, incluyendo sus acciones en el ámbito del Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación.

Indicadores de procesos

1. Número y Porcentaje de Personas VIH + Incluidas en el Régimen Subsidiado de la Seguridad Social.
2. Número de Personas VIH + incluidas en el Régimen Subsidiado que acceden a servicios de Atención.
3. Número de personas VIH + incluidas en el régimen subsidiado que acceden a servicios vinculados al VIH.

Indicadores de Resultados

1. Porcentaje del gasto de bolsillo utilizado por los pacientes VIH + para acceder a servicios de Salud y compra de medicamentos.
2. Cantidad de Recursos del presupuesto del Plan de Adquisiciones de Fondo Mundial utilizado para compra de medicamentos para infecciones oportunistas y pago de servicios de pruebas complementarias.

Niveles óptimos de producción de servicios.

Area Analizada	Nivel Optimo de Provisión	Modalidad mas adecuada
Estructura de provisión y acceso a prestaciones generales de salud	<i>Disponibilidad de los mecanismos y estructuras requeridas para que el usuario pueda acceder y satisfacer sus necesidades de servicios de salud.</i> Usuarios ingresados en el SENASA y con carnet activo del Seguro Nacional de salud. Usuarios conocen su cartera de prestaciones en salud y la red de servicios. Carnet con la Unidad de Atención primaria a la que está adscripto. UNAP con conocimiento de su cartera de usuarios. SENASA contrata y entrega listado de Servicios ofrecidos y centros que lo ofrecen. Profesionales de la salud y administrativo de los centros con conocimiento de los servicios ofrecidos por el Senasa. Red de servicios del nivel especializado contratados por el SENASA para ofrecer los servicios a los usuarios. Estructura de provisión e insumos requeridos: Consultas médicas: Centros y profesionales según nivel de complejidad, prescripciones farmacéuticas: Centros de Dispensación y fármacos incluidos en el catalogo. Usuario solo paga los copagos establecidos en el Plan de Servicios de Salud por cada servicio.	<i>Define las modalidades para que el usuario pueda acceder a los servicios y recibir un nivel óptimo de provisión.</i> Inclusión en la base de datos del SENASA, Entrega del Carnet, Afiliación de los familiares, Adscripción a una Unidad de Atención Primaria. Unidad de Servicios al usuario con informaciones pertinentes para mejorar el acceso a servicios. Entrega de los servicios requeridos iniciando por la puerta de Entrada (primer nivel de atención,) y ser referidos a centros de mayor complejidad cuando lo amerite. Prescripciones de Fármacos ambulatorios y mecanismos para ser dispensados en las Unap o en centros farmacéuticos disponibles cuando lo requiera. Disponibilidad de insumos, camas y equipos para el ingreso y Hospitalización según referimientos del Nivel especializado. Red de servicios para la realización de procedimientos quirúrgicos u obstétricos y red de servicios contratados por el SENASA para diagnósticos por imágenes. Disponibilidad de personal e insumos para la administración de Fármacos durante la hospitalización según indicaciones de los especialistas.

Modalidades más adecuadas para la prestación óptimas de los servicios vinculados al VIH a ser ofertados

Area Analizada	Nivel Optimo de Provisión	Modalidad más adecuada.
Estructura de provisión y Acceso a prestaciones de salud focalizadas a VIH	Disponibilidad de los mecanismos y estructuras requeridas para que el usuario VIH + pueda acceder y satisfacer sus necesidades de servicios de salud vinculados al VIH incluidos en la cartera de servicios del SENASA : Consultas medicas generales, Consultas de Especialistas en VIH o en infecciones oportunistas y confección por tuberculosis, prescripciones y dispensación de medicamentos para infecciones oportunistas, servicios de pruebas complementarias, procedimientos quirúrgicos vinculados al VIH. Usuarios ingresados en el SENASA y con carnet activo del Seguro Nacional de salud. Carnet con la Unidad de Atención Primaria a la que está adscrito. SENASA contrata y entrega listado de Servicios ofrecidos y centros que lo ofrecen incluyendo Unidades de Atención Integral. Profesionales de la salud y administrativo de los centros de Atención Primaria y de los Servicios de Atención Integral con conocimiento de los servicios ofrecidos por el Senasa vinculados al VIH y de los mecanismos para acceder a prestaciones farmacéuticas, diagnosticas, hospitalarias y quirúrgicas. Usuarios conocen la cartera de prestaciones en salud y la red de servicios vinculados al VIH y de los mecanismos para acceder a prestaciones farmacéuticas, diagnosticas, hospitalarias y quirúrgicas. .Estructura de provisión e insumos requeridos:	Define las modalidades para que el usuario pueda acceder a los servicios vinculadas al VIH: Consultas medicas generales, Consultas de Especialistas en VIH o en infecciones oportunistas y confección por tuberculosis, prescripciones y dispensación de medicamentos para infecciones oportunistas, servicios de pruebas complementarias, procedimientos quirúrgicos vinculados al VIH. Inclusión en la base de datos del SENASA, Entrega del Carnet, Adscripción a una Unidad de Atención Primaria e información al Servicios de Atención Integral acerca de la inclusión del usuario al Subsidiado. Unidad de Servicios al usuario con informaciones pertinentes para mejorar el acceso a servicios. Mecanismos de contra referencias desde el Servicios de Atención Integral a la Unidad de Atención Primaria, entrega de los servicios requeridos en el primer nivel de atención y ser referidos a centros de mayor complejidad cuando lo amerite. Prescripciones de Fármacos ambulatorios para infecciones oportunistas según indicaciones del Servicio de Atención Integral y definición de mecanismos para ser dispensados en las Unap o en centros farmacéuticos disponibles cuando lo requiera. Disponibilidad de insumos, camas y equipos para el ingreso y Hospitalización según referimiento del servicio de atención integral. Red de servicios para la realización de procedimientos quirúrgicos u obstétricos y red de servicios contratados por el SENASA para diagnósticos por imágenes. Disponibilidad de personal e insumos para la administración de Fármacos durante la hospitalización según indicaciones de los especialistas.

	Consultas médicas: Centros y profesionales según nivel de complejidad. Prescripciones farmacéuticas: Centros de Dispensación y fármacos incluidos en el catalogo. Servicios de laboratorios para pruebas complementarias, diagnósticas por imágenes y quirúrgicas disponibles. El Programa de Atención a pacientes VIH + solo cubriendo prestaciones no incluidas en la cartera de servicios del régimen subsidiado.	
--	--	--

8.- Referencias Bibliográficas:

1. Ase, I. (2006) La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba Argentina. Recuperado en fecha 15 de febrero 2011 en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php>
2. Bautista A; Sergio A. (2004) Costos de atención del VIH/SIDA en México, Documento Tesis, Universidad Autónoma Metropolitana.
3. Casas, C. (2011) Avances y Perspectivas del Proceso de Descentralización en Perú. Recuperado en fecha 19 febrero 2011 en : <http://cies.org.pe/files/BA/ba3>
4. Centro América; (2007) Seguimiento de los Avances al Cumplimiento de los Acuerdos Regionales Presidenciales en VIH/SIDA. Sistema de Integración Centroamericana Proyecto Regional VIH /SIDA-América Central.
5. Centro América; (2007) Seguimiento de los Avances al Cumplimiento de los Acuerdos Regionales Presidenciales en VIH/SIDA. Sistema de Integración Centroamericana Proyecto Regional VIH /SIDA-América Central.____
6. Centro de Investigación y Desarrollo de Medicamentos; (2004) Importancia de la evaluación económica en los tratamientos antirretrovirales para el VIH/SIDA. http://bvs.sld.cu/revistas/vol38_2_04/far11304.html
7. Comisión Interamericana de los Derechos Humanos: (2002)INFORME ANUAL DE LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS 2002.
8. Comisión Interamericana de los Derechos Humanos: INFORME ANUAL DE LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS 2002.
9. Congreso de la REPS-ESpanet (2009). Reformas de las políticas sociales y cambios en el Estado del Bienestar y Descentralización y coordinación en el Sistema Nacional de Salud”. España. Recuperado en fecha 18 febrero 2011 en <http://www.espanet-spain.net/congreso2009>.
10. De Lancer J, P(2011). Monitoreo de Programas Públicos; Focalizando la Evaluación Formativa de Procesos;
11. Easton, D., *The Political System. An Inquiry into the State of Political Science*, Nueva York, 1953.
12. G. Molina M; (2005) Relaciones Intergubernamentales y descentralización en Salud; Colombia; 2005; X congreso del Clad sobre la Reforma del Estado y de la Administración Publica, Santiago de Chile 18-21 Oct, 2005.
13. González, L., Valcalcerl, B. y Pérez, B. Beneficios, Costes y Riesgos de la Descentralización Sanitaria en España. ¿Tenemos un sistema de salud territorialmente desigual?. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
14. GTZ et Al; (2008) VIH-SIDA en América Latina desde la Perspectiva Social, Investigación de las Políticas públicas y leyes en defensa de los derechos humanos y contra la discriminación. ____
15. Hernández Q;. Las Reformas a la Seguridad Social en la República Dominicana, Colección Folletos Laborales, No. 21 Noviembre – Diciembre 1999. ____
16. IV Foro Sobre Desarrollo Humano. Salud y Desarrollo Humano: La descentralización del sector salud. ¿Mejorará el bienestar de las personas o será más de lo mismo? (2007). Santo Domingo, Rep. Dom. Editora Corripio, C x A.
17. J Ruis-Huerta - LOSCOS FERNÁNDEZ;(2002) las políticas publicas en el Estado de Bienestar, Bienes preferentes y prioridades del Gasto. Peces, Tema 6.
18. Jeffrey L, SEEPyD; Viabilidad financiera de la inclusión de las personas viviendo con VIH/SIDA en el Seguro Familiar de Salud20 de Agosto 2009.

19. Jiménez, W Toro; (2004) Modelos de Reducción de Variables que Afectan la Siniestralidad por Eventos de alto Costo. Revista Gerencia y Políticas de Salud.____
20. Jones, Charles O. (1970), An introduction to the Study of Public Policy, Ed. Duxbury Press, USA, 170 páginas.
21. Lahera, E. Política y Políticas Públicas. Chile, CEPAL, 2004.Lahera (Lahera, 2004)
22. Lapierre, J.
(.: *El Análisis de los Sistemas Políticos*. Editorial Península, Barcelona, 1976.
23. Lasswell, Harold D., “The Policy Orientation”, en Lerner, D., Lasswell, H., The Policy Sciences, Stanford, Stanford University Press, 1951.
24. Michael Howlett and M. Ramesh, Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems, 2nd ed. (Toronto: Oxford University Press, 2003). ()
25. OMS; (2003) Estrategia Mundial del Sector Sanitario Para el VIH/SIDA 2003-2007. Un marco para las alianzas y la acción.____
26. OMS; (2003) Estrategia Mundial del Sector Sanitario Para el VIH/SIDA 2003-2007. Un marco para las alianzas y la acción.____
27. OMS; (2004) Expansión del Tratamiento Antirretroviral en Entornos con Recursos Limitados, Directrices terapéuticas para un enfoque de salud pública. Revisión de 2003.____
28. OMS; (2004) Expansión del Tratamiento Antirretroviral en Entornos con Recursos Limitados, Directrices terapéuticas para un enfoque de salud pública. Revisión de 2003.____
29. ONUSIDA; (2009) Situación de la Epidemia de SIDA, Diciembre 2009.
30. ONUSIDA; (2009) Situación de la Epidemia de SIDA, Diciembre 2009.
31. Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Evaluación de la Respuesta del Sistema Nacional de Salud al VIH en República Dominicana*. República Dominicana, 2006.
32. Parsons, Wayne (1995), Public Policy ; An introduction to the theory and practice of Policy Analysis; Ed. Edward Elgar, UK, 675 pag. (Koven 1994).
33. Perez, E, 2003, *Tendencia y Desafíos en Gestión del Gasto Público para el Desarrollo Agrícola y Rural en América Latina y El Caribe*, República Dominicana.
34. República Dominicana, Ministerio de Salud Publica; (2010) Decreto No. 246-06 Reglamento sobre Medicamentos, Modificado por Decreto No. 625-06.
35. República Dominicana, Ministerio de Salud Publica; (2010) Guía Nacional para el Manejo de la Infección por VIH. Octubre del 2010, Ultima Versión.____
36. República Dominicana, COPRESIDA (2010). Informe anual Proyecto RCC-Fondo Global. República Dominicana, 2010.
37. República Dominicana, COPRESIDA. (2010). Medición del Gasto (MEGAS) 2008 - 2009 en República Dominicana, 2010
38. República Dominicana, COPRESIDA. (2010). Plan Estratégico Nacional (PEN) - 2007. 2015 República Dominicana, 2010.
39. República Dominicana, Congreso Nacional (2001). Ley General de Salud No. 42-01 (8 de marzo del año 2001). República Dominicana, 2001.
40. República Dominicana, Congreso Nacional (2001). Ley No. 87-01 (5 de abril del año 2001), que crea el Sistema Nacional de Seguridad Social.

41. República Dominicana, Congreso Nacional (2006); Ley No. 437-06 (30 de noviembre del año 2006) que Establece el Recurso de Amparo.
42. República Dominicana, Consejo Nacional de Seguridad Social (2009), resolución (212-02) en la que autoriza afiliar como beneficiarios del seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado las personas VIH +. República Dominicana 2009.
43. República Dominicana, Consejo Nacional de Seguridad Social, (2009) Memoria Anual CNSS 2009. República Dominicana, 2009.
44. República Dominicana, COPRESIDA (2009). Informe anual Proyecto RCC-Fondo Global. República Dominicana, 2009.
45. República Dominicana, COPRESIDA y ONUSIDA (2009) Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga Viral en Enfermedad, año 2009. República Dominicana.
46. República Dominicana, COPRESIDA, (2009); Declaración de la Cumbre de México sobre la Educación y los Compromisos sobre las Metas de Acceso Universal (Memorias Copresida 2009)
47. República Dominicana, COPRESIDA, (2010). Memoria de una Gestión, 2008 – 2010. República Dominicana, 2010.
48. República Dominicana, COPRESIDA, (2010) Informe Eficientización de las pruebas complementarias, Informe Copresida, República Dominicana, 2010
49. República Dominicana, COPRESIDA, Ley No. 55-93(1993) República Dominicana, 1993.
50. República Dominicana, DIRECCION GENERAL DE PRESUPUESTO. (2011). Sistema Presupuestario Dominicano 2001. Recuperado en fecha 7 de mayo de 2011 en: <http://www.digepres.gob.do/SistemaPresupuestario>.
51. República Dominicana, Dirección nacional de Presupuesto, Reglamento de Aplicación de Ley Orgánica de Presupuesto, No. 423-06, República Dominicana, 2006.
52. República Dominicana, LEY ORGANICA DE PRESUPUESTO PARA EL SECTOR PUBLICO, (2006) No. 423-06, 2006. República Dominicana.
53. República Dominicana, Ministerio de Hacienda (2007). *Reforma de la Hacienda Pública*, Primera edición, Santo Domingo.
54. República Dominicana, Ministerio de Salud, (2010) memorias del 2010 del Ministerio de Salud, República Dominicana, 2010.
55. República Dominicana, Ministerio de Salud, resolución 00010 (s/f) que plantea la reorganización del Ministerio de Salud y la ----- que crea la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento a los Servicios Regionales de Salud.
56. República Dominicana, Ministerio de Salud. Plan Decenal de Salud, 2006 – 2015. PLANDES. República Dominicana. 2007.
57. República Dominicana, Presidencia de la República Dec. 549-03, República Dominicana, 2003
58. República Dominicana, Presidencia de la República (2003) Reglamento 549-03 del 31 de julio Reglamento sobre el Régimen Subsidiado, República Dominicana 2003.

59. República Dominicana, Presidencia de la República (2005) decreto 143-05, documento básico para el proceso de selección de beneficiarios, República Dominicana 2005.
60. República Dominicana, Presidencia de la República, (2001) Decreto 32-01 que crea el Consejo Presidencial del SIDA, República Dominicana 2001.
61. República Dominicana, Presidencia de la República, (2003) Reglamento de Provisión de las Redes de los Servicios Públicos de Salud, aprobado por el Consejo Nacional de Salud. (marzo de 2003.) Decreto No. 1137-03 , República Dominicana, 2003.
62. República Dominicana, Presidencia de la República, (2003) reglamento del plan de servicios de salud del Consejo Nacional de Seguridad Social, República Dominicana 2003.
63. República Dominicana, Presidencia de la República, (2005) Decreto 143-05. Uso Base de datos del SIUBEN para ingreso al régimen subsidiado, República Dominicana, 2005
64. República Dominicana, Presidencia de la República, Constitución República Dominicana, (2010). República Dominicana, 2010.
65. República Dominicana, Presidencia de la República, Ley General de Salud No. 42-01 (8 de marzo del año 2001).República Dominicana, 2001.
66. República Dominicana, Presidencia de la República, Ley No. 87-01 (5 de abril del año 2001), que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. República Dominicana, 2010.
67. República Dominicana, Presidencia de la República, Reglamento de Provisión de las Redes de los Servicios Públicos de Salud, aprobado por el Consejo Nacional de Salud. (marzo de 2003.) Decreto No. 1137-03, 2003.
68. República Dominicana, Presidencia de la República,(2003) Decreto No. 635-03 publicado el 08 de agosto 2003) República Dominicana(2003)
69. República Dominicana, SESPAS; (2002) Cuadro Básico de Medicamentos del País Instituidos Mediante la Ley General de Salud para la Obtención de una Cobertura Básica de las Necesidades de Salud de la Población. 30 de Octubre del 2002.____
70. República Dominicana, Superintendencia de Riesgos Laborales , SISALRIL; (2007) Descripción del Catalogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS).
71. República Dominicana, Superintendencia de Riesgos Laborales; (2009) Resolución Administrativa No. 0077-2009 Sobre la incorporación de las nuevas coberturas en el PDSS aprobadas por el CNSS mediante resolución No. 227-02 de Fecha 21 de Diciembre del año 2009.
72. República Dominicana, Superintendencia de Riesgos Laborales; (2009) Resolución Administrativa No. 0077-2009 Sobre la incorporación de las nuevas coberturas en el PDSS aprobadas por el CNSS mediante resolución No. 227-02 de Fecha 21 de Diciembre del año 2009.
73. República Dominicana, Superintendencia de Riesgos Laborales; (2008) Resolución Administrativa No. 00178-2010, que modifica la Resolución No. 177-2009 en cuanto al incentivo gradual de cobertura para enfermedades de alto costo y máximo nivel de complejidad.
74. Ripley, Randall B. et Grace Franklin (1975), Policy Making in the federal executive branch, Ed. The Free Press, USA
75. Ross, A., Zeballos, J. e Infante, A. La Calidad y la Reforma del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe. Recuperado en fecha 18 de febrero 2011 en

<http://www.bing.com> Acción Internacional para la Salud. (2006) VIH/SIDA Acceso Universal para el 2010, 10 Retos en el camino.

76. Sánchez, A. (2005). El Modelo dominicano de prestación de servicios de salud, una apuesta de futuro. Santo Domingo, Rep. Dom. Editora Búho.

77. Seminario Internacional (1999). Descentralización en Educación y Salud: Experiencias Latinoamericanas. Lima-Perú. ESAN Ediciones.

78. Ugalde, A. y Homedes, N. (2002). Descentralización del Sector Salud en América Latina. Vol.16, No.1. Recuperado en fecha en 18 febrero 2011 en: <http://www.scielosp.org/scielo.php>

79. Valdez, C; Barillas, E Estimaciones de Compra de Antiretrovirales, MSH/COPRESIDA, 2009.

80. Velázquez, A. Reforma del Sector Salud: La descentralización del sector salud y la estrategia nacional de salud reproductiva en el Perú. (2007). Recuperado en fecha 18 febrero 2011 en <http://www.reformasalud.blogspot.com>

81. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. (Octubre 2005). Santiago, Chile. Relaciones Intergubernamentales y Descentralización en Salud: Colombia 2005. Recuperado en fecha 19 de febrero 2011 en <http://www.iiij.derecho.ucr.ac.cr>

