



INSTITUTO GLOBAL DE ALTOS ESTUDIOS EN CIENCIAS SOCIALES IGLOBAL

SISTEMA DE SALUD DOMINICANO COMO SISTEMA COMPLEJO

Trabajo Final para Optar por el Título de:

**ESPECIALISTA EN PENSAMIENTO COMPLEJO, CIENCIAS DE LA
COMPLEJIDAD Y TEORÍA DELCAOS**

SUSTENTANTE:

YICENIA ARALISIS BRITO BELTRE.

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD

PEDRO SOTOLONGO

**7 DE NOVIEMBRE 2013,
SANTO DOMINGO R.D**

Índice

Introducción

La Salud Como Sistema Complejo Adaptativo.....	1
Componentes	1
Referentes	2
Concurrentes	2
Alicientes	2
Servicios de salud y sistemas complejos adaptativos	3
Secretaría de un Hospital de tercer nivel	5
Médicos Dirigentes gremiales antes de las elecciones	5
Abogado con su esposa e hijas enfermas.....	5
Esquemas de Interacción en un Sistema.....	8
Contexto	13
<i>Demografía</i>	13
<i>Condiciones de salud</i>	14
Estructura y cobertura.....	16
<i>¿Quiénes son los beneficiarios?</i>	17
<i>¿En qué consisten los beneficios?</i>	18
Financiamiento	19
<i>¿Quién paga?</i>	19
<i>¿A cuánto asciende el gasto en salud?</i>	20
Recursos	21
<i>¿Con qué infraestructura se prestan los servicios de salud?</i>	21
<i>¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?</i>	22
<i>¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?</i>	22

<i>¿Quién genera la información?</i>	23
Rectoría	
<i>¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?</i>	
<i>¿Quién vigila las actividades y quién evalúa?</i>	24
Voz de los usuarios	25
<i>¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?</i>	25
<i>¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?</i>	26
Innovaciones	26
<i>¿Qué innovaciones recientes se han implantado?</i>	26
<i>¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?</i>	26
<i>¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?</i>	27
Conclusiones	
Referencias	

Introducción

El sistema de salud entendido como modelo de prestación de cuidados y servicios.
Principales características y propiedades emergentes de la salud como sistema complejo adaptativo

Toro-Palacio LF, Ochoa-Jaramillo FL. Salud en un artículo publicado en la revista panamericana de salud plantea: No se puede cuestionar el avance del conocimiento sanitario y de todas las ciencias con él relacionadas, ni que el enfoque sistémico ha coadyuvado al progreso de la humanidad (1, 2). Sin embargo, sigue habiendo preguntas científicas aún sin respuesta, perplejidades hasta ahora no abordadas ni explicadas desde la perspectiva clásica. Se han encontrado algunas respuestas en la nueva ciencia de la complejidad, campo al que nos referiremos en forma general, con potencial aplicación específica al sector de la salud.

A partir de la racionalidad de cerrado carácter positivista con la que se pretendía explicar el mundo en su totalidad, sustentada originalmente en las leyes de la física clásica y luego en las teorías de la física cuántica y relativista (3), solo se podía esclarecer cualquier aspecto de índole investigativa en la medida en que quedaran demostradas las diferentes hipótesis planteadas, y siempre bajo los supuestos de leyes deterministas en un tiempo reversible (4). Sin embargo, esta forma de abordar el conocimiento se ha revelado incompleta o insuficiente. Más recientemente, Ilya Prigogine e Isabel Stengers, en su libro *La nueva alianza*, propusieron otro tipo de racionalidad, coherente con el redescubrimiento del tiempo y la puesta en evidencia de dos nuevas entidades: los atractores y las estructuras disipativas (5), que ayudaron a demostrar algo que hasta entonces se consideraba anatema: que el azar y la irreversibilidad pueden conducir al orden y a la organización (6). En *El fin de las certidumbres*, otro libro de Prigogine (7), se divulgan sus hallazgos inobjetables sobre la irreversibilidad del tiempo y la solución probabilística de las ecuaciones de la función de onda, que prenuncian un cambio de época.

La confusión entre los términos *caótico* y *complejo* se produce por la diferencia que existe entre dos tipos de caos: determinista e impredecible, y, de manera correspondiente, dos modos posibles de entender la complejidad. El primero, determinista, ha originado una corriente de pensamiento complejo de corte especulativo (8), pero no ha logrado ampliar la frontera del conocimiento. Y el segundo, producto de la incertidumbre inherente al ser único de la flecha del tiempo (9) y objeto de estudio de la nueva ciencia de la complejidad, no cesa de sorprendernos con sus avances y materializaciones. Al primer tipo de caos se pueden asociar los sistemas cuya complejidad es susceptible en buena medida de previsión y control (el tránsito en las grandes ciudades y la turbulencia de los fluidos), mientras que al segundo corresponderían los denominados *sistemas complejos adaptativos* (SCA), es decir, alejados del equilibrio, como los anteriores, pero que, además, son sensibles a sus condiciones iniciales, poseen autoorganización.

Desde *Las leyes del caos*, los convierten en autónomos e impredecibles (9). Las redes booleanas (10), la vida y la inteligencia artificiales (11–13), el conocimiento de la mente humana (14), la teoría que concibe la Tierra como Gaia (15), son algunos ejemplos para ilustrar cómo el estudio de este segundo tipo de caos y sus aplicaciones vienen modificándolo todo. La estrategia evolutiva de diseño y replicación, al igual que la científica de investigación y desarrollo, no cesan de corroborar la “peligrosa idea de Darwin” (16), para significar que tanto la evolución de las especies como la innovación tecnológica son el producto no previsto de un algoritmo ciego (17) que, no obstante seguir pautas o patrones definidos (ADN, árboles taxonómicos, prototipos, etc.), en un momento imposible de pronosticar y en cualquier punto de la serie de repeticiones deviene solución de continuidad y emergencia (que pueden traducirse en una mutación, una nueva especie o en una invención). Por ello, adentrarse en la dimensión donde rigen las leyes del caos impredecible y se despliega la dinámica de los SCA (18, 19) constituye un imperativo científico contemporáneo del que no puede marginarse el sector de la salud. Quienes han abrazado esta nueva forma de hacer ciencia —cosmólogos tempranos, sociobiólogos, epigenetistas, cibernéticos, neurocientíficos y muchos otros— proceden con los métodos y artificios del quehacer científico contemporáneo y le dan tratamiento de fenómeno natural a cualquier asunto de interés humano, por ejemplo, los universos múltiples (20), el clima planetario (21), la vida extraterrestre (22), la virtualidad

(23), la memética (24) o la religión (25), pero no verifican hechos dados previamente por ciertos, ni se plantean las preguntas fundamentales, ni pretenden encontrar respuesta para todo y vaticinar eventuales resultados (26). En la figura 1 pueden verse, esquemáticamente, la dinámica de un SCA tipo (centro), los flujos de información y los productos generados por su interacción y los que lo retroalimentan (flechas). Desde la perspectiva de la ciencia de la complejidad, es posible considerar los SCA prescindiendo de las dos flechas exteriores, como flujos de información ubicua y simultánea en un contexto perfectamente natural.

LA SALUD COMO SISTEMA COMPLEJO ADAPTATIVO (SCA)

Adoptar una adecuada definición de salud sería un buen inicio para mostrar por qué debe ser enfocada como SCA. Salud es la plenitud de la vida, aunque se aclara que hablamos desde una perspectiva antropocéntrica, dejando constancia de que tal plenitud no admite límites ni jerarquías, puesto que los demás seres vivos también tienen su propia salud.

Propongo a través del siguiente trabajo dar a la salud como sistema organizado humano, una mirada diferente, mostrando cómo su dinámica interna y sus efectos resuenan más con los SCA y no con la causalidad, la tendencia al equilibrio y la predicción. Desde esta nueva perspectiva, aquello que denominamos salud tendría cinco componentes o áreas de manifestación: biológica; técnico-científica; social; la cuarta área, la estructura global emergente (EGE), es el ente físico que muchos aún siguen llamando ambiente o medio ambiente, y, por ende, abordándola solo desde la ecología (27). A la quinta área la denominaremos, por ahora, la vida propiamente dicha.

Componentes

- *Biológico*: comprende todo lo relativo a los organismos vivos, a los factores portadores de la herencia, formativos y diferenciadores de todos esos seres, tanto en el nivel molecular, como en los niveles tisular y funcional.
- *Técnico-científico*: destaca la legitimidad y trascendencia de la vida artificial, incluidas la robótica y la cibernética, así como la criogenia y afines.
- *Social*: abarca los elementos para comprender cómo se entienden los determinantes de la salud por parte de los organismos especializados, los gobiernos y la sociedad civil en su conjunto.
- *Ambiental*: es un campo de incomprensión e idealismo que sugerimos abordar como EGE, en un plano físico intrínsecamente al margen de la predicción y del control humanos, pero sobre el que las personas ejercen múltiples perturbaciones.

- *Vital*: es como denominamos el componente evolutivo, el incesante progreso creador hacia la innovación (28), que ensancha permanentemente los límites de la vida, en su sentido más amplio.

Referentes

- *Humanismo científico*: nuevo modelo de apropiación, validación, uso y renovación del conocimiento (29).

- *Cultura contemporánea*: la manera como la sociedad planetaria habita el mundo y se desarrolla en él.

- *Vida plena*: entendida como la máxima expresión de la salud, es decir, la “Gran Salud” (30).

Concurrentes

1. *Tiempo irreversible y función de onda probabilística*: en palabras de Ilya Prigogine: “con el tiempo reversible la materia fue ciega; ahora, bajo la irreversibilidad temporal, la materia ve” (7).

2. *Incertidumbre y creatividad*: la primera, resultante de las dos condiciones anteriores; la segunda, el verdadero potencial del hombre para vivir a tono con la realidad circundante.

- *Inestabilidad y autoorganización*: el modus operandi de los SCA.

Alicientes

- *Pequeño BANG (bits, átomos, neuronas, genes)*: los cuatro objetos fundamentales de investigación en la complejidad.

- *Ciencia de la complejidad*: la vigencia del diálogo con la naturaleza; la concreción del humanismo científico, y el entorno viable para la novedad (26).

3. *Ciberspacio y virtualidad*: “ámbitos” donde los objetos no son de materia ni energía, sino de información.

SERVICIOS DE SALUD Y SISTEMAS COMPLEJOS ADAPTATIVOS

De acuerdo con la visión antropocéntrica, hemos venido haciendo ingentes esfuerzos para desempeñarnos en el papel auto atribuido de cuidadores de la salud. Pero, con la nueva perspectiva, se entiende por qué este concepto y su materialización siempre han estado desfasados, y por qué cada vez son más evidentes el malestar humano y el incremento en la demanda de servicios sanitarios, claramente imputables a la concepción anterior. Tal como la energía, la memoria, y la vida en general, la salud no se pierde sino que se transforma. Igual acontece con los sistemas de salud. Por eso es preciso abordarlos con la perspectiva de la nueva ciencia, reinventando, para empezar, sus modelos de prestación de servicios, pues los existentes ya están agotados, son ineficientes y, en sentido estricto, no han resuelto los problemas del sector. Para ayudar a comprender la dinámica y las interrelaciones entre los distintos entes y procesos que lo componen, en la figura 2 se presenta el esquema de un sistema estándar de prestación de servicios, siguiendo las pautas de un SCA y basado en un modelo genérico de retroalimentación no lineal (31).

La idea no es reducir el modelo a procesos y actividades rutinarias, sino comprender que la EGE no es más que la frontera del caos impredecible, de donde emerge el orden que pretendemos y que por lo general es efímero, tal como se percibe en la realidad. Los rizos o bucles de retroalimentación (la interacción de las personas y las instituciones, la pirámide poblacional, la carga de las enfermedades, etc.) son turbulencias de magnitud fluctuante, que en todo momento están cambiando las condiciones que anteriormente creíamos constantes y frente a las cuales no tenemos mayor injerencia. Hace falta comprender que las influencias que ejercemos desde el sector de la salud en ese espacio de fases (32), son perturbaciones de distinta índole y magnitud (políticas sanitarias, vigilancia epidemiológica, programas de salud, etc.) sobre el sistema en evolución, perturbaciones que no podemos anticipar cómo van a desplegarse o cuáles habrán de ser sus productos, resultados e impacto (33). Las astas sólidas (normas, políticas y parámetros) varían en el tiempo, de un sitio a otro, o entre las

instituciones; sin embargo, durante su vigencia, son los invariantes de la escena. La flecha gris (el sistema en evolución) es discontinua, en vista de que el flujo de información no está circunscrito, pues es holográfico e ininterrumpido, de modo que no es legítimo adscribirlo al pensamiento sistémico, ni a la reflexión in-

RIZOS DE RETROALIMENTACIÓN

impacto/conducta(2) Comparación entre 1 y 2 Discrepancias entre lo posible y lo real Modelo de servicios (1) Individuos, familias, comunidades Entes directivos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales Sistemas de protección y seguridad social SISTEMA EN EVOLUCIÓN ESTRUCTURA GLOBAL EMERGENTE PARÁMETROS POLÍTICAS NORMAS Condiciones resultantes impacto/conducta(2) Reformas Evaluación y cambios de política Discrepancias entre lo posible y lo real Comparación entre 1 y 2 Modelo de servicios (1) INFORMACIÓN.

Un ejemplo de los servicios de salud y como estos pueden ser mejorados es la visión de trabajo transdisciplinar e interdisciplinar. Un paciente perdió la vida después que el medico que lo evalúa de primera intención decide que no es apto para ser sometido a cirugía, posteriormente este paciente con una ulcera péptica es grabado presentando vómitos de sangre, hematemesis, en los que pierde más de 2 litros de sangre y posteriormente muere sin haber sido transfundido pues no había disponibilidad de sangre en el Banco de Sangre, por ello se realiza una reunión con los diferentes actores del caso, definiendo nuevas directrices, tras lo cual la encargada del Banco de Sangre solicita el apoyo de todo su personal y los convoca , los residentes del hospital observaron desde entonces un cambio permanente en la actitud del personal y la disponibilidad de sangre en el hospital. En este mismo hospital se realizan de manera rutinaria reuniones interdisciplinarias con el objetivo de ir creciendo en el proceso practico de tomas de decisiones, a partir de los componente del sistema de salud, en los que cada uno presenta un papel importante, no solo el personal medico, las enfermeras, bionalistas, es un modo de inclusión de las secretarias, del personal de administración , de limpieza, de las recepcionistas.

Presentación de resultados, opiniones de los componentes del Sistema de Salud Dominicano, sobre el sistema de de salud dominicano y sus limitaciones.

Secretaría de un Hospital de tercer nivel:

Pienso que a los pacientes se les **retrasa** mucho la atención, **la calidad** de la atención en ese sentido no es buena, los pacientes tienen que **esperar mucho para una cita**, y en los hospitales muchas veces **no existen los recursos** para resolver los problemas de salud dentro de los hospitales mismos, hay que **salir a otras instituciones** y se debe gastar el poco dinero que se tiene, la atención no es igual a nivel privado, donde hay más recursos y se pueden resolver más rápidamente los problemas.

Médicos Dirigentes gremiales antes de las elecciones

El problema del sistema de salud dominicano radica en:

- Los **bajos ingresos** para **los médicos**.
- La falta de plazas para **médicos residentes**.
- Y la falta de asignación de códigos por parte de las **empresas aseguradoras** que quieren mantener a los médicos como empleados con sueldos irrisorios.

Se requiere de personas que no estén vinculadas al **poder político** que puedan defender sin **intereses personales** el bienestar del médico y de los pacientes.

Abogado con su esposa e hijas enfermas

El tipo de atención que he solicitado después que llegué al país es privada, y he tenido muy mala experiencia, creo:

- Que con simples seguimientos a los **protocolos de atención**, se pueden mejorar los servicios de salud.

- Cuando se trata de problemas especiales, como los de mi esposa y mi hija, no encontré nadie que me diera un **diagnóstico. Que me explicara** lo que pensaba, cuando finalmente había gastado muchos recursos, decidí **salir del país**, y para las terapias, tuve que variar de lugar desde EEUU a Cuba donde recibí mucha ayuda, allí mi niña con PCI prácticamente fue alfabetizada y logró caminar.

- La educación es la respuesta a muchos de estos problemas de salud, que la gente reclame sus derechos, que pueda exigir servicios de calidad.

- Cuando se asiste a un médico, muchas veces el médico no tiene un record con el seguimiento del paciente, por lo menos fue mi experiencia a nivel privado.¹

Para entender la analogía con un sistema de servicios de salud es preciso detallar otra característica de los SCA. Existe dentro de la física del no equilibrio lo que se conoce como sensibilidad a las condiciones iniciales, cuya denominación genérica es la de atractor extraño: cierta clase de sistemas (por ejemplo algunas reacciones químicas, una marcha callejera o una tormenta tropical) cambian en un momento dado y sin causa aparente pero en forma radical y con alcances imprevisibles en cuanto a su estado. Esto significa que las características del proceso en observación tienden, de un punto en adelante, a amplificarse y a tornarse inestables, para devenir, al cabo de cierto tiempo, en un estado diferente (31, 35). Sigamos con la organización, o mejor, con la autoorganización de los sistemas de salud en todo el mundo, que es tal vez la característica diferencial más importante de los SCA y la que nos margina de su control. Así se explicaría, por ejemplo, por qué sus participantes (pacientes, personal administrativo y de salud) y las instituciones (prestadoras, aseguradoras, controladoras y reguladoras de los servicios de salud) se “ajustan” o “acomodan” ante las distintas situaciones que se van presentando en las interacciones del sistema. Las propiedades emergentes se refieren a todas las situaciones imprevistas y ajenas a nuestra interacción con el sistema que aparecen como productos de las anteriores características, y que rompen el equilibrio establecido llevando el sistema a nuevos niveles de comprensión y actuación. Criaturas de la

¹ **Fuente:** Opinión y análisis Toro-Palacio y Ochoa-Jaramillo • Salud: un sistema complejo adaptativo *Rev Panam Salud Publica* 31(2), 2012

ciencia contemporánea son también los fractales, que tienen el sello distintivo de la autosimilitud: “propiedad exhibida por aquellos sistemas cuyas estructuras permanecen constantes al variar la escala de observación, cuando las partes, por pequeñas que estas sean, se parecen a la totalidad”(36), por ejemplo, la forma iterativa de los helechos, las olas, las cordilleras, los alveolos respiratorios, etc. Así, tal como convergen en esta definición estructuras fijas (las montañas) y efímeras (las olas), en nuestro símil puede verse cómo se repite la estructura de un sistema de salud en todos los niveles. Lo anterior sirve para introducir la idea de autosemejanza observable en el interior del SCA salud bajo distintas condiciones de persona, tiempo y lugar, o entre sistemas afines en todo el mundo:

- *Sensibilidad a las condiciones iniciales:* atención primaria de salud (APS) renovada, enfermedades emergentes y reemergentes, seroconversión, errores médicos.
- *Autoorganización:* regeneración de tejidos, remodelación de órganos y rehabilitación funcional espontáneas, persistencia de los sistemas de salud, participación social.
- *Propiedades emergentes:* apoptosis, telemedicina, terapia con células madres, clínica segura. Vemos, pues, que los sistemas de servicios de salud reúnen las características de un SCA: sensibilidad a sus condiciones iniciales, autoorganización, propiedades emergentes y autosimilitud.

Por eso, en vez de conservar la ilusión de control sobre ellos, de planificarlos e intervenirlos con base en parámetros predefinidos o impuestos, y de medirlos únicamente cuando se encuentran en equilibrio, proponemos investigar su complejidad con la perspectiva de las ciencias básicas que estudian la materia, planteando hipótesis y modalidades de trabajo orientadas a una interacción fluida y armoniosa, explorando, actuando e innovando en el seno de esos sistemas “vivos” con los instrumentos apropiados: ordenadores de última generación, programación evolutiva, agentes inteligentes (37); y reflexionando siempre en concordancia con esta época, de convergencia y autopoiesis (38), y ya no solo con la razón, la mimesis (39)

o las convicciones. Finalmente, se formulan algunas preguntas pertinentes para la nueva investigación científica de la complejidad y mejorar el estado actual de los servicios de salud:

- ¿Cabe la causalidad en los SCA?
- ¿Qué variables pueden “perturbarse” en procura de optimizar los servicios de salud?
- De las técnicas y los métodos estadísticos y epidemiológicos, ¿cuáles podrían ser más útiles para el estudio de las realidades complejas?
- Desde este punto de vista, ¿hasta dónde puede llegar realmente el pronóstico en salud?

Esquemas de Interacción en un Sistema

El nuevo paradigma en la organización de empresas, modificado de Morgan 1986

Aprendizaje de Bucle Simple y Doble. Fuente: Argyris & Schon, 1978, en Morgan, 1986,

TIPO DE NECESIDAD

Autorrealización

- Incitación al compromiso total del trabajador- El trabajo llega a tener una dimensión más expresiva en la vida del trabajador

Ego

- Creación de trabajos con perspectivas de logros, autonomía, de responsabilidad y de control personal- El trabajo engrandece la identidad personal- Feedback y reconocimiento para lograr un buen rendimiento (promociones, "empleado del mes", recompensas).

Social

- Organización del trabajo que permita la interacción con los colegas- Facilidades sociales y deportivas- Excursiones entre los miembros de la oficina y la fábrica

Seguridad

- Planes de Salud y de pensiones- Trabajo seguro- Énfasis en los medios de la carrera profesional dentro de la empresa

Ejemplos de cómo las organizaciones deben satisfacer las necesidades según los diferentes niveles jerárquicos de Maslow (tomado de Morgan, 1986, 33).

Esquemas de Interacción en un Sistema

La OPS cree que sistemas de salud regionales no se ajustan bien a los cambios

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que los sistemas de salud de la región "no se ajustan" con la rapidez adecuada a los cambios del perfil epidemiológico actual, que se reflejan en fenómenos como el aumento de las enfermedades crónicas o el envejecimiento de la población.

La directora de la OPS, Mirta Roses, dijo hoy que existen "muchos desequilibrios en la formación de personal de salud. Hay muchos médicos y pocas enfermeras, hay enfermedades crónicas que requieren nuevas competencias".

En declaraciones, alertó sobre la necesidad de mayor financiación para la salud y aunque recordó que la región es "la mejor vacunada del mundo", indicó que ello supone un "sacrificio grande en la asignación de recursos".

"Todavía hay mucho financiamiento metido en hospitales y poco en promoción y prevención de la salud", explicó.

La directora de la OPS, quien hoy intervino en la apertura de la 28 Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (Resscad), que finaliza mañana, indicó que estos son "problemas nuevos" derivados de la mayor expectativa de vida y de los cambios en las formas de vida y de consumo.

La región americana tiene el índice de urbanización más alto del mundo y en su territorio se encuentran diez de las mayores urbes del planeta, subrayó.

"Esta cambiando violentamente el perfil epidemiológico y los sistemas no se ajustan tan rápidamente", explicó.

En cuanto a la situación general de la salud en el continente, Roses dijo que la región "tiene siempre el desafío de la desigualdad, con las mayores diferencias de ingreso del mundo".

Esta situación, opinó, está en relación con reformas pendientes como la fiscal o la de la posesión de la tierra, asuntos que "están fuera del sector salud", pero repercuten en la salud "de manera fuerte".

En materia de enfermedades, las dolencias crónicas "están agobiando muchísimo" a zonas como Centroamérica, cuyos países son de ingreso medio bajo y donde "preocupa la enfermedad renal crónica, porque aumentan los pacientes en diálisis, la diabetes, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer".

Roses destacó el "gran esfuerzo" que se está haciendo en esos países con los sistemas de seguridad social "para cubrir esas nuevas demandas, en tanto que las enfermedades infecciosas se van reduciendo, inclusive el sida. Son menos los nuevos casos de sida en la región", añadió.

La OPS/OMS reconoce al Centro Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles de la República Dominicana El Centro Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles de la República Dominicana(CENCET) del Ministerio de Salud Pública fue reconocido por la Organización Panamericana de la Salud como Campeón contra el Paludismo en las Américas 2013”. También recibieron reconocimientos el Proyecto Malaria Colombia y la Secretaría de Salud del estado de Acre, Brasil.

Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), realizan reunión sobre el manejo del dengue y cólera. Ante el incremento de casos de dengue en la República Dominicana, los días 30 y 31 de octubre se realizó el “Taller de Actualización sobre el manejo y seguimiento a los casos de dengue y cólera en la República Dominicana”, en el que participaron los principales actores en la lucha contra esta enfermedad: direcciones regionales de salud, direcciones provinciales de salud, directores de

hospitales, Colegio Médico Dominicana, Sociedad Dominicana de Pediatría, Sociedad Dominicana de Infectología, Sociedad Dominicana de Medicina Interna; organizaciones no gubernamentales (ONG), universidades, el sector privado, entre otros.

Sistematización de la experiencia de Hospitales Seguros en República Dominicana
Este libro, elaborado por el Ministerio de Salud de República Dominicana y la OPS/OMS, compila las experiencias de trabajo de un grupo de expertos multidisciplinarios en temas de prevención, mitigación y respuesta a desastres que durante tres años han trabajado como evaluadores y como formadores de profesionales en el tema de seguridad hospitalaria.²

Rathe M., Moline A., describen las condiciones de salud de la República Dominicana y, con mayor detalle, el sistema de salud dominicano, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, el gasto en salud, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, las tareas de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud Pública y la generación de información. También se discuten la participación de los usuarios en la operación y evaluación del sistema de salud y las más recientes innovaciones implementadas, dentro de las que destacan la nueva Ley General de Salud, la nueva Ley de Seguridad Social y el Plan Decenal de Salud.

Usan las siguientes palabras clave: sistema de salud; seguridad social; República Dominicana

Solicitud de sobretiros: Magdalena Rathe. Fundación plenitud. Arabia No. 1, Arroyo Hondo. Santo Domingo, República Dominicana. Correo electrónico: mrathe@fundacionplenitud.org

Texto

El sistema de salud dominicano cuenta con un sector público y un sector privado. Los principales actores del sector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo

² Sistema de salud de República Dominicana Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(2):255-264
Magdalena Rathe, L en Ec,⁽¹⁾ Alejandro Moliné, M en Ec⁽¹⁾
Fundación Plenitud. Santo Domingo, República Dominicana.

Nacional de Salud (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública. El sector privado comprende a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de la salud. El MSP recibe fondos de origen fiscal que son los que financian su red de prestadores que atiende a la población pobre que todavía no ha sido asegurada por el sistema. Esta población paga una cuota de recuperación después de recibir muchos de los servicios. Los fondos de la seguridad social provienen del gobierno dominicano –un per cápita para cubrir a los afiliados del régimen subsidiado (RS) y una cotización como empleador– y de las cotizaciones de empleados y empleadores privados. Estos fondos los recauda la TSS, que depende del CNSS. La TSS transfiere a cada ARS un pago total correspondiente a la cantidad de sus afiliados multiplicado por un per cápita determinado. Las ARS se encargan de contratar a los prestadores de servicios de salud. La principal ARS pública, el SENASA, afilia a la población pobre subsidiada y paga a los prestadores (principalmente a la red del MSP) los servicios acordados. Para otorgar todas las prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud para el segmento de población incluido en el RS, también paga a proveedores privados sin fines de lucro. El SENASA también afilia a una parte de los empleados del gobierno dominicano y a trabajadores contributivos del sector privado que la seleccionan como ARS. Las ARS privadas sólo pueden afiliar población contributiva y vender planes privados de seguros de salud. Para la entrega de los servicios a sus afiliados contratan proveedores privados y sin fines de lucro. Finalmente, hay un grupo de la población que tiene capacidad de pago y adquiere servicios de salud en establecimientos privados mediante pagos de bolsillo.

Contexto

Demografía

La República Dominicana comparte la isla La Española con Haití. Tiene 48 442 km² y una población de 9 625 207 habitantes, 51.1% mujeres y 49.9% hombres (cuadro I).¹ La densidad es de 201 hab/km² y la tasa de crecimiento poblacional anual es de 1.4%. La esperanza de vida al nacer es de 71 años, 72 las mujeres y 71 los hombres (2007). 64.4% de la

población total reside en zonas urbanas y se estima que en 2015 esta proporción ascenderá a 71.2%.

En 1950 la población tenía una esperanza de vida al nacer de 46 años, 149 de cada 1000 nacidos vivos morían antes de cumplir su primer año y 65% de las muertes ocurrían antes de los 15 años de edad y sólo el 12.6% ocurrían después de los 64 años. Para 2005 la esperanza de vida al nacer se había incrementado a 71.4 años, la mortalidad infantil había disminuido a 19.2 por 1000 nacidos vivos y las muertes menores de 15 años concentraban 19.2% del total mientras que las muertes de los mayores 65 años y más concentraban 45.8%.²

Condiciones de salud

La urbanización del país, la elevación del nivel educativo, las mejoras en el saneamiento básico y la nutrición, y la expansión del acceso a servicios de salud han permitido reducir la morbilidad por enfermedades transmisibles, eventos reproductivos y padecimientos relacionados con la reproducción, al tiempo que aumenta la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Las poblaciones que viven en condiciones de pobreza, sin embargo, siguen padeciendo enfermedades pretransicionales.

La mortalidad en la niñez ha descendido en los últimos años, pero continúa siendo superior a la de países de América Latina y el Caribe con condiciones económicas similares.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud 2007 (ENDESA 2007), 14.7% de los niños y niñas menores de 5 años presentan al menos un episodio diarreico en los últimos 15 días.⁶ Este porcentaje es superior en las zonas rurales (16.2%) y las provincias más pobres (20%). El porcentaje para las infecciones respiratorias agudas (IRAS) es de 7%. De hecho, las IRAS constituyen el primer motivo de consulta en los servicios ambulatorios de salud.

La desnutrición infantil también es un importante problema de salud pública. La ENDESA 2007 indica que 9.8% de las niñas y niños menores de 5 años padecen de desnutrición crónica (talla/edad) y 2.2% sufren de desnutrición aguda (peso/talla).

La prevalencia de desnutrición en este grupo de edad es mayor en los grupos de menores ingresos, entre los hijos de madres con bajo nivel de instrucción y en las provincias más pobres. El país tiene una cobertura de atención prenatal de 98.9% y una cobertura de atención institucional del parto de 97.5% y de la atención profesional durante el parto de 97.8%, valores muy superiores a la mayoría de los países latinoamericanos (el promedio continental es de 62.4%).⁶ Sin embargo, la mortalidad materna en el país se ha mantenido por encima de las 70 muertes por 100 000 nacidos vivos.

Diversos estudios previos han determinado que 85% de las muertes son evitables y estaban relacionadas con la calidad del servicio ya que las principales causas registradas son la toxemia, las hemorragias y los abortos.

Entre 24 y 30% de la población dominicana adulta es hipertensa, 29.2% sufre de sobrepeso y 20% es adicta al tabaco.⁶ De acuerdo con estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud, entre 11 y 16% de la población de los países caribeños sufre de diabetes.⁷ Esto significa que en República Dominicana podría haber unos 300 000 casos.

La ENDESA2007 reportó una prevalencia de VIH en el total de la población de 0.9% para las mujeres y 1.1% para los hombres.⁶ Esto significa que en el país hay cerca de 60 000 VIH positivos, unas 20 000 de las cuales posiblemente requieran medicamentos antirretrovirales.

La República Dominicana está incluida en el grupo de países del continente con muy alta incidencia de tuberculosis. Se estima que cada año se producen entre 80 y 90 casos nuevos por cada 100 000 habitantes.⁸ La cifra para el continente es de 25⁷, y para América Latina y el Caribe de 38.⁸ Además, el país ha reportado el más alto porcentaje de casos con resistencia y multiresistencia a los medicamentos antituberculosos de la región (6.6%).⁸

Las principales causas de muerte en las mujeres son las enfermedades isquémicas del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la diabetes, que concentran 58% de las muertes en

total (cuadro II). Esto nos habla de un ya franco predominio de las enfermedades no transmisibles. Llama también la atención el alto número relativo de muertes por VIH-sida.

En los hombres hay una situación muy similar (cuadro III). Cabe destacar, sin embargo, la importancia de las muertes por accidentes de tránsito y las muertes violentas, que ocuparon en 2004 el tercero y noveno lugares de la lista de principales causas de defunción.

Estructura y cobertura

Hasta hace poco, el grueso de la población estaba cubierto teóricamente por un sistema público abierto financiado con impuestos generales. Sin embargo, las deficiencias de este sistema fomentaron el crecimiento del sector privado financiado por seguros voluntarios de reembolso y planes prepagados voluntarios, aunque el gasto de bolsillo siempre ha constituido la principal fuente de financiamiento.

A partir de 2001, se crea un nuevo marco legal para el sistema de salud, integrado por un conjunto amplio de leyes, reglamentos, normas y disposiciones administrativas provenientes de distintas instancias e instituciones estatales.

Las dos herramientas jurídicas fundamentales son la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) (Ley 87-01). Mediante ambas normativas se establece un sistema complejo de instituciones de naturaleza pública, privada y sin fines de lucro, especializadas en funciones específicas.

En términos de cobertura, a fines de 2009, 34% de la población estaba afiliada al nuevo sistema de seguridad social. De este total, 61% estaba afiliada a través del régimen contributivo y 39% a través del régimen subsidiado. Todas estas personas están afiliadas a una administradora de riesgos de salud (ARS) que recibe por cada una de ellas un per cápita de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS). El usuario del régimen contributivo puede escoger entre los proveedores privados que le ofrece la ARS de su elección. El usuario del régimen subsidiado sólo puede estar afiliado a la ARS pública, que se denomina Seguro Nacional de

Salud (SENASA), y utiliza los servicios de la red de provisión pública o los hospitales privados sin fines de lucro especializados.

Cuando no existen los servicios en el sector público, el SENASA paga por ellos en el sector privado. Estos usuarios tienen preferencia al utilizar los hospitales y clínicas públicas, pues su lista de espera es menor y tienen acceso a medicamentos.

El 54% de la población total no cuenta aún con cobertura de salud y por lo tanto, se mantiene en el sistema antiguo, es decir, se atiende en la red de provisión pública integrada que administra el Ministerio de Salud Pública (MSP) o paga con dinero de su bolsillo a los proveedores del sector privado.

Los fondos de la seguridad social se incrementaron sustancialmente entre 2007 y 2008, pasando de 8 a 17% del gasto nacional en salud como resultado de la aplicación del régimen contributivo de la seguridad social.¹⁰ Esto transformó una parte importante de los seguros voluntarios privados y planes de prepago privados en ARS.

¿Quiénes son los beneficiarios?

El artículo 3 de la Ley 42-01 establece el derecho a la salud de todos los dominicanos y dominicanas y las y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Asimismo, el principio de Universalidad de la Ley 87-01 plantea que el SDSS “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.”El Seguro Familiar de Salud (SFS) del SDSS tiene actualmente en funcionamiento dos regímenes de financiamiento con sus beneficiarios correspondientes:¹¹

- Régimen contributivo. Comprende a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleado-res. Se financia con contribuciones de los trabajadores y los empleadores, incluyendo al Estado como empleador.

- Régimen subsidiado. Comprende a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes. Se financia con recursos del Estado.

La mayoría de los no asegurados con capacidad de pago acuden a los establecimientos privados y los más pobres a los servicios públicos, donde en ocasiones tienen que cubrir cuotas moderadoras fijas y variables.

¿En qué consisten los beneficios?

La Ley de Seguridad Social estableció el Seguro Familiar de Salud (SFS) y en sus artículos 118 y 119 establece que éste tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema. El SFS cubre servicios de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación del enfermo, y embarazo, parto y sus consecuencias. Inicialmente no cubría los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, que eran cubiertos por el Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor, pero posteriormente fueron incluidos. No cubre los accidentes de trabajo ni las enfermedades profesionales, cubiertas por el Seguro de Riesgos Laborales de la Ley sobre Seguridad Social.

Los beneficios del SFS se concretizan a través del Plan Básico de Salud (PBS), que está conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales que incluyen: a) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; b) la atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio; c) atención especializada, tratamientos complejos, hospitalización y asistencia quirúrgica; d) 100% del medicamento ambulatorio para la población subsidiada y 70% para la contributiva y contributiva subsidiada; e) exámenes de diagnósticos; f) atenciones odontológica pediátrica y preventiva; g) fisioterapia y

rehabilitación, y h) prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a personas con discapacidad.

El 19 de diciembre de 2006 se realizó un acuerdo para dar inicio al SFS del régimen contributivo. En el mismo se estableció la entrada en vigencia del régimen con un Plan de Servicios de Salud inferior al PBS que debe desarrollarse gradualmente hasta contemplar todos los servicios contemplados en la Ley 87-01.

Financiamiento

¿Quién paga?

El MSP se financia con recursos del gobierno provenientes de impuestos generales, con lo cual cubre las atenciones que se ofrecen a la población no asegurada en su propia red de proveedores. Esta red también se financia con las llamadas cuotas de recuperación que los usuarios pagan después de recibir la atención.

El artículo 21 sobre “Organización del Sistema” de la Ley de Seguridad Social le confiere a la TSS las funciones de “recaudo, distribución y pago de los recursos financieros del SDSS”. Estas funciones son ejercidas de acuerdo a la Ley 87-01 desde los inicios de la seguridad social en 2001. Las cotizaciones para este subsistema provienen de trabajadores y empleadores públicos y privados en el régimen contributivo, y de recursos estatales provenientes de impuestos en el régimen subsidiado. La TSS distribuye un per cápita a las ARS y éstas a su vez realizan convenios con las prestadoras de servicios de salud del sistema para el pago por la prestación de servicios a sus afiliados. En el caso de la ARS pública – SENASA – se utilizan dos modalidades de pago, una por capitación en el primer nivel de atención y otra por servicios prestados en los demás niveles.

Los servicios privados se financian con pagos de bolsillo, en su gran mayoría, y con pagos de primas de seguro, aunque el SENASA también recurre a los proveedores privados sin fines de lucro.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto nacional en salud en 2008 ascendió a alrededor de 560 millones de dólares internacionales que representa 5.5% del PIB^{5,10} Esta proporción es similar a la que había al final de la década de los noventa, pero inferior a la del período 2000-2003, cuando rondaba 6.2%. El gasto en salud per cápita es 464 dólares. El gasto público en salud representa 33.9% del gasto total en salud.

El MSP concentraba hasta 2008 la mayor parte del gasto público. Sin embargo, los fondos de la seguridad social van en aumento, sobre todo después de la aprobación de la Ley 87-01, que comenzó lentamente su aplicación con el régimen subsidiado y extendió rápidamente su cobertura a finales de 2007 con la entrada en operación del régimen contributivo. En 2002 dichos fondos sólo representaban 20% del gasto público. En 2008 los recursos del SFS representaron 36% del gasto público y 17% del gasto total en salud. Aunque este proceso recién se está iniciando, significa un cambio extraordinario en la estructura del financiamiento del sector, ya que el nuevo sistema de seguridad social está concebido de forma tal que se financia con contribuciones obligatorias cargadas sobre la nómina de los trabajadores y aportadas por éstos y por sus empleadores. Además de tener un sistema de recaudación y pagos centralizados, como se explicó previamente, permitirá eventualmente aplicar un sistema de distribución de riesgos y de solidaridad, además de que posee un plan de beneficios con vocación universal.

El gasto público en salud también se ha incrementado como proporción del gasto total. En 2004 representaba apenas 28.7% del total en salud. El gasto en salud en República Dominicana muestra asimismo una reducción en el gasto de bolsillo de los hogares. Esto coincide con la ampliación del SFS. Es preciso señalar, no obstante, que gran parte de las coberturas existentes de planes prepagados privados de salud, principalmente de empresas y entidades públicas, pasaron a formar parte del seguro familiar de salud obligatorio. Es decir, eran parte del aseguramiento ya existente, pero en lugar de contabilizarse en el sector privado pasan ahora a contabilizarse en el sector público. Aunque el nuevo sistema extiende la

cobertura a las familias, el verdadero reto ahora es ampliarla a sectores de menores ingresos antes excluidos.

A pesar del balance positivo que se observa en el último año en el financiamiento a la salud en la República Dominicana como resultado del SFS, el gobierno central, que es el que financia al MSP, sigue dando una baja prioridad al sector.

Recursos

¿Con qué infraestructura se prestan los servicios de salud?

De acuerdo con las Memorias del MSP de 2006, ese año había en República Dominicana 472 dispensarios y consultorios, 16 subcentros y centros sanitarios, 105 hospitales municipales y de áreas, 22 hospitales provinciales, ocho hospitales regionales y 14 hospitales nacionales de referencia.¹² Un inventario de hospitales públicos y privados que incluye centros de salud del MSP, el IDSS, las fuerzas armadas y la Asociación Nacional de Clínicas Privadas nos habla de la existencia de 307 centros, con una mayor concentración en el Distrito Nacional (52) y la provincia de Santo Domingo (24). En el subsistema público existen más de 1 300 establecimientos de varios niveles de atención.

También existe en el país un importante sector privado proveedor de servicios de salud. No hay información actualizada sobre los mismos, pero un censo realizado en 2001 con financiamiento de la Unión Europea a través del Programa de Reforzamiento del Sector Salud (PROSISA) estableció la existencia de al menos 7 121 centros de proveedores privados de los cuales 6 818 eran lucrativos y 283 no lucrativos. De este total, unos 487 establecimientos eran clínicas, 544 centros diagnósticos (238 en la capital), 3 675 consultorios médicos, 44 no fueron clasificados y 2 371 correspondió a una diversidad de centros, entre los que se encuentran ópticas, establecimientos de medicina alternativa, centros oftalmológicos, consultorios en parroquias y consultorios en escuelas.¹³ El promedio nacional de camas por 10 000 habitantes es de 15.7.^{3,12}

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

La Organización Mundial de la Salud estima que la tasa necesaria para alcanzar un nivel de “cobertura mínima” es de 2.5 profesionales (entre médicos y enfermeras) por 1000 habitantes.¹⁴ Según el MSP, en 2008 había en República Dominicana 1.3 médicos, 0.25 enfermeras con título universitario y 0.14 odontólogos por 1000 habitantes.¹⁵ En 2008 el MS contaba con 26 637 cargos profesionales ocupados, distribuidos entre médicos (10 632), enfermeras (13 715), odontólogos (1 359), bioanalistas (1 712), farmacéuticos (639) y psicólogos (292), mientras que el IDSS contaba con 5 033 profesionales de la salud y las fuerzas armadas con 824.¹⁵ La distribución de los recursos humanos para la salud del subsector público es muy desigual en las distintas regiones. En la Región I (Valdesia) hay una relación de 0.41 enfermeras por médico, mientras que en la Región III (Nordeste) es de 3.63.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

El gasto en medicamentos es el principal renglón individual del gasto en salud en República Dominicana. El esquema de financiamiento de medicamentos es mixto.

El Estado asigna presupuesto al MSP y al Programa de Medicamentos Esenciales / Central de Apoyo Logístico (PROMESE / CAL) para subvencionar los medicamentos dispensados en la red de establecimientos públicos, pero no se dispone de mecanismos que aseguren una entrega a la población más pobre. El SDSS incluye la asistencia farmacéutica dentro de las prestaciones farmacéuticas a los afiliados en los diferentes regímenes.

En el subsidiado, los pacientes reciben gratis los medicamentos. En el contributivo subsidiado los pacientes pagan 30% del precio del medicamento y el Estado 70%. Finalmente, en el contributivo los pacientes pagan 30% del precio del medicamento y el proveedor, 70%.¹⁶ En República Dominicana el gasto total en medicamentos asciende a alrededor de 400 millones de dólares, de los cuales 33% corresponden a gasto público y el resto a gasto de bolsillo de los hogares.¹⁷ Este concepto representa casi la tercera parte del gasto de los hogares en salud, por lo que está claro que una política destinada a racionalizar el gasto en

medicamentos y a proteger su consumo, tendría gran impacto en el bienestar de los hogares en el país.

Una proporción importante del gasto público en medicamentos es la que se realiza a través de PROMESE-CAL, principalmente para financiar los hospitales públicos. Esta entidad realiza compras centralizadas mediante subastas, lo que contribuye a la racionalidad en la adquisición y la reducción de los precios.

Varios estudios han mostrado enormes variaciones de precios en las farmacias privadas e inmensas diferencias entre éstas y los precios de PROMESE-CAL.¹⁷ Sin embargo, todavía una proporción importante de las compras del MSP –tanto para hospitales como para ciertos programas verticales– se realizan directamente, en lugar de utilizar el mecanismo centralizado. PROMESE-CAL tiene, además, un programa de ventas al detalle, vía las denominadas Farmacias del Pueblo.

En términos globales, los medicamentos representan alrededor de 18% del gasto total en salud y cerca de 1% del PIB.¹⁷ En términos per-cápita la cifra es de 38 dólares por persona en 2007.

¿Quién genera la información?

Mediante el Decreto Presidencial 249-06 se puso en funcionamiento el Reglamento del Sistema de Información General de Salud (SIGS), que es un mandato de la Ley General de Salud (42-01) en sus artículos 34 y 35 que busca producir y proveer información oportuna y de calidad en materias relacionadas directa o indirectamente con la salud con el fin de que sirva de instrumento para el ejercicio de la rectoría y el correcto desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, y para facilitar la gestión general del Sistema Nacional de Salud. El SIGS se encuentra en proceso de construcción habiéndose trabajado en el diseño de algunos de sus módulos y en la capacitación de parte de su personal.

La implantación y desarrollo del mismo se realiza en el nivel central y en las unidades desconcentradas en cada provincia, que captan y procesan las informaciones que

constantemente se producen en los hospitales del país. El reglamento establece la notificación obligatoria de hospitales y clínicas privadas de enfermedades como el dengue, la tuberculosis, el sida, malaria y leptospirosis, entre otras. En la actualidad algunos de los módulos del sistema están en proceso de desarrollo, pero falta más inversión en tecnología informática, interconexión, equipos y capacitación.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

El artículo 8 de la Ley General de Salud (42-01) asigna las funciones de rectoría del Sistema Nacional de Salud del país al MSP. No obstante, se reconoce que las funciones de rectoría se ejercen en forma compartida con otras instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil. Estas funciones han sido deficientemente desarrolladas por dicho Ministerio, lo que ha ocasionado conflictos de competencia entre diferentes órganos de los sistemas de salud y de la seguridad social. El nuevo marco legal otorga la autoridad sanitaria y la conducción sectorial al MSP, pero en la práctica la institución no ha sido capaz de ejercer un verdadero liderazgo. La incipiente aplicación de la carrera administrativa es un obstáculo en la profesionalización del personal y la atracción de nuevos talentos.

¿Quién vigila las actividades y quién evalúa?

La Ley de Seguridad Social (87-01) establece que los establecimientos de salud deben estar habilitados previamente por el MSP. El país cuenta con normas para esos fines, pero pocos establecimientos han cumplido con ellas, por lo que se ha tenido que ser flexible, otorgándole un período de tiempo para que puedan cumplir con las mismas. Hasta junio de 2008, la Dirección General de Habilitación y Acreditación había inspeccionado 47% de los 8 590 establecimientos de salud, de los cuales sólo 791 cumplieron con los estándares necesarios para conseguir la habilitación. A esa fecha aún 4 512 establecimientos no habían solicitado la inspección.

En los últimos años el MSP ha realizado esfuerzos para desarrollar las capacidades y para reestructurar el sistema de vigilancia epidemiológica nacional. Sin embargo, todavía es

muy alto el número de subregistros en el país y prácticamente no se dispone de datos del sector privado.

El Plan Decenal de Salud (PLANDES) es por ley el principal instrumento de planificación sectorial del sistema de salud. Realizado por primera vez en el país, se elaboró mediante un proceso ampliamente participativo para el período 2006-2015, y contiene los principales objetivos estratégicos de desarrollo del sector salud. Identifica una serie de indicadores para darle seguimiento, pero hay debilidades en los criterios de selección de los mismos. Además, carece de un sistema formal de monitoreo y evaluación.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

Tradicionalmente ha sido muy baja la participación social en la gestión del sistema y de los servicios de salud en el país. Sin embargo, en los últimos años el tema ha adquirido importancia y ha sido introducido de forma significativa en las dos legislaciones que definen el marco legal del sistema (Ley General de Salud y Ley del Sistema de Seguridad Social) y en el PLANDES. Ambas leyes establecen consejos rectores de coordinación del sistema de salud y de seguridad social con amplia participación de los actores principales y en el caso específico del reglamento de Provisión de las Redes de Servicio Público establecen los Consejos de Administración, definiéndolos como “el máximo órgano de participación en la gerencia de la red pública de provisión de servicios de salud”.

El SDSS permite que los usuarios y la sociedad participen en la toma de decisiones, ya que tanto en el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) como en el Consejo Nacional de la Salud tienen representación de los usuarios y los diferentes sectores de la sociedad civil. Adicionalmente, una de las instituciones creadas dentro del CNSS es la Dirección de Defensa de los Afiliados, que representa la voz de los usuarios. No obstante, en la práctica, no hay mucha participación ni consulta de la población. Sí la hay de los grupos de poder, que presionan al CNSS para que tome decisiones a favor de sus intereses.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

A través de opiniones aisladas, demandas de organizaciones de la sociedad civil y reportes periodísticos se puede establecer que en el país hay un nivel bajo de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. En agosto 2008, la SENASA presentó una encuesta que analiza el nivel de satisfacción con los servicios de salud de los afiliados al régimen contributivo para los rubros de eficiencia, calidad y disponibilidad de servicios, entre otros.¹⁸ Sin embargo, no se dispone de estudios recientes que establezcan la calidad y la calidez de los servicios para el sistema en su conjunto.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

La mayor innovación reciente del sistema de salud dominicano ha sido la definición de un marco legal moderno en la región y la implementación del SDSS. El marco legal aprobado en 2001 sustituyó el antiguo y anacrónico Código de Salud que estaba vigente, considerando todos los elementos contemporáneos de una legislación de salud moderna en la parte sanitaria, así como en la de gestión general del sistema, haciendo énfasis en la separación de las funciones de rectoría, financiamiento, articulación y provisión de servicios, así como en la necesidad del desarrollo de sistemas gerenciales y de información. En lo concerniente a seguridad social, definió un modelo completo y coherente en el marco del paradigma sistémico utilizado, que contiene tres regímenes de afiliación que abarcan el universo poblacional, un solo plan de servicios de salud, una sola oficina recaudadora, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, una oficina de información y defensa de los afiliados, administradoras de riesgo públicas y privadas entre las cuales el afiliado del régimen contributivo tiene derecho a escoger y una aseguradora de riesgos de salud para los regímenes subsidiado, contributivo subsidiado y contributivo público. Asimismo, se estableció un consejo rector integrado por los principales actores del sistema.

Otra innovación del nuevo sistema que aún no se ha implementado es el Régimen Contributivo Subsidiado, que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario

mínimo nacional. Dicho esquema deberá ser financiado con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador. Uno de los posibles problemas que confrontaría este régimen es la dificultad de cobrar las cotizaciones en el sector informal de la economía.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

Las dos nuevas legislaciones se encuentran inmersas en un proceso largo y difícil de implementación que encuentra resistencia en la cultura institucional y en los comportamientos tradicionales que han predominado en el país en las últimas décadas. Sin embargo, el proceso ha provocado un importante cambio en las mentalidades y ha permitido la creación y modificación de una amplia constelación de instituciones. Sin embargo, todavía no se aprecian resultados significativos en la eficiencia en el uso de los recursos, en la calidad de los servicios que se prestan a la población y en la equidad en el financiamiento del sistema.

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Los tres principales retos que enfrenta el sistema dominicano de salud son la extensión de la cobertura del SFS, la profundización de la separación de funciones y la mejoría en la calidad de los servicios.

La ley que crea el SFS se propone alcanzar la cobertura universal en 2011, pero está muy lejos de ser cumplida. Para continuar con la afiliación se requieren recursos financieros adicionales, lo cual implica un importante cambio en las prioridades públicas, pero también en la definición del mecanismo para implementar el régimen contributivo subsidiado, al que tendría que afiliarse 29% de la población dominicana. Ante este reto de extender la cobertura, actualmente la discusión entre los actores se centra en elevar el per-cápita y aumentar las prestaciones, todo ello sin los estudios de base que permitan asegurar la sostenibilidad financiera. La separación de funciones del sistema de salud es un mandato fundamental del marco regulatorio vigente y es parte integral del proceso en marcha de la reforma.

La separación de las funciones de financiamiento y provisión requiere de la transformación del MSP y la autonomía real de las redes de provisión de servicios, ya sean los

hospitales o los servicios subnacionales organizados en forma de redes. La estrategia planteada en la actualidad es la organización de redes regionales, pero todavía todas las decisiones están centralizadas. Esto tiene una importancia fundamental en la estrategia de financiamiento y en la sostenibilidad financiera, porque no es factible financiar el sistema vía la oferta y la demanda, como sucede ahora en algunos servicios donde se ha iniciado la implementación del régimen subsidiado. Todo esto implica grandes reestructuraciones administrativas, financieras y de toma de decisiones, incluyendo las decisiones relativas a la contratación de los recursos humanos, con las consecuentes implicaciones de carácter gremial y político.

Finalmente, aunque se carece de estudios que midan la magnitud y naturaleza de los problemas de calidad del sistema de salud nacional, este es un de los grandes retos del sistema dominicano de salud. La baja calidad está relacionada con problemas de gestión clínica y administrativa de los proveedores de servicios de salud del sector público, la falta de control y supervisión del personal que está duplicado en varias nóminas y no cumple con los horarios de trabajo, la administración de éstos en base a crisis y, en general, con las debilidades institucionales que caracterizan al sistema de salud de República Dominicana.

Conclusiones

Tras realizar la revisión de material bibliográfico, de las entrevistas realizadas a algunos de los componentes del sistema de salud dominicano llegamos a las siguientes conclusiones:

El sistema de Salud Dominicano se comporta como un sistema complejo con grandes dificultades para adaptarse a los procesos de cambio de la población a la que rinde servicios, la dimensión del problema es grande, en vista a que hay fuertes intereses económicos y un componente empresarial que mira por sus beneficios y no los de la sociedad en sí misma. Ello implica un proceso serio y responsable del ejercicio del poder que tienen las aseguradoras y del estamento estatal que las regula, sólo bajo el entendido de que la salud es un bien común, un derecho, una necesidad, que amerita de la inclusión de todas y todos los dominicanos, en donde todos pueden ser beneficiarios será posible hacer del sistema de salud un sistema dinámico, capaz de dar respuesta a los diversos problemas de salud de la población.

En este sentido una respuesta probable es desde la complejidad crear espacios más participativos de todos sus componentes como se citó en las experiencias reales vividas en un hospital de tercer nivel, a través del ejercicio de la interdisciplinariedad y posteriormente de la transdisciplinariedad.

El sistema de salud dominicano cuenta con un sector público y un sector privado. Los principales actores del sector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública

El sector privado comprende a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de la salud. El MSP recibe fondos de origen fiscal que son los que financian su red de prestadores que atiende a la población pobre que todavía no ha sido asegurada por el

sistema. Esta población paga una cuota de recuperación después de recibir muchos de los servicios.

Los fondos de la seguridad social provienen del gobierno dominicano –un per cápita para cubrir a los afiliados del régimen subsidiado (RS) y una cotización como empleador– y de las cotizaciones de empleados y empleadores privados. Estos fondos los recauda la TSS, que depende del CNSS. La TSS transfiere a cada ARS un pago total correspondiente a la cantidad de sus afiliados multiplicado por un per cápita determinado. Las ARS se encargan de contratar a los prestadores de servicios de salud.

La principal ARS pública, el SENASA, afilia a la población pobre subsidiada y paga a los prestadores (principalmente a la red del MSP) los servicios acordados. Para otorgar todas las prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud para el segmento de población incluido en el RS, también paga a proveedores privados sin fines de lucro.

El SENASA también afilia a una parte de los empleados del gobierno dominicano y a trabajadores contributivos del sector privado que la seleccionan como ARS. Las ARS privadas sólo pueden afiliar población contributiva y vender planes privados de seguros de salud. Para la entrega de los servicios a sus afiliados contratan proveedores privados y sin fines de lucro. Finalmente, hay un grupo de la población que tiene capacidad de pago y adquiere servicios de salud en establecimientos privados mediante pagos de bolsillo.

El sistema de Salud dominicano enfrenta situaciones que compromete el sentido de su existencia, cambios en las características de la población, demanda de mayores recursos, necesidad de innovación en el abordaje de los problemas de salud. Mayor preocupación y puesta en marcha de estrategias costo-efectiva que incluyan inversión en la prevención de enfermedades infecciosas y no infecciosas. El personal de salud particularmente las enfermeras requiere de niveles de formación especializada, con una presencia cada vez mayor de licenciadas.

La limitación de plazas de médicos especialistas quizás no favorezca una mejora en las prácticas sanitarias, la distribución de los especialistas en áreas claves y dónde sean necesarios con los incentivos de lugar puede ser una solución. Las demandas de los pacientes incluyen: Atención rápida, realización de las pruebas diagnósticas básicas en los centros donde son prescritas, acceso a medicina.

En el sector privado es fundamental de acuerdo a la persona entrevistada haya una protocolización de manejo de las enfermedades, con un diálogo interactivo con los pacientes y sus familiares, que incluya acceso a historias clínicas y expediente, y con explicaciones claras del estado de salud de los pacientes, al menos hasta dónde se tenga conocimiento de la enfermedad o situación que presenten. La adecuación de las infraestructuras es indispensable para un manejo de calidad de la población que demanda los servicios. Es necesario descentralizar de intereses políticos y económicos el funcionamiento del sistema de salud.

Existen logros observados desde lo externo un ejemplo de esto es que la OPS/OMS reconoce al Centro Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles de la República Dominicana El Centro Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles de la República Dominicana (CENCET) del Ministerio de Salud Pública fue reconocido por la Organización Panamericana de la Salud como Campeón contra el Paludismo en las Américas 2013”. También recibieron reconocimientos el Proyecto Malaria Colombia y la Secretaría de Salud del estado de Acre, Brasil.

Referencias

- 1.CEPAL, División de Estadística y Proyecciones Económicas. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2005. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2006. 421p [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/26530/P26530.xml&xsl=/deype/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>
- Oficina Nacional de Estadísticas, Gerencia de Estadísticas Continuas. República Dominicana: estimaciones y proyecciones de población [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.one.gob.do>
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud. Boletín de Indicadores Básicos de Salud de República Dominicana, 2008 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.sespasdigepi.gob.do>
- Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. Estadísticas del Seguro Familiar de Salud [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://sisalril.gov.do/EstadisticasdelSfs.aspx>
- World Health Organization. World health statistics 2010. Geneva:WHO, 2010.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta Demográfica y de Salud. Santo Domingo, República Dominicana: CESDEM, 2007 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: http://www.cesdem.com/html/encuesta_demografica_y_de_salud_2007.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. La diabetes en las Américas. Boletín Epidemiológico 2001(2):2 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/english/dd/ais/beindexe.htm>
- Panamerican Health Organization. Health Analysis and Statistics Unit and Communicable Diseases Unit. TB Program. Estimated burden of TB in the Americas. Washington, D.C.: PAHO, 2007.
- WHO. Global burden of disease 2004. Data Infobase [consultado diciembre 10, 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/infobase/Mortality.aspx>
- .Rathe M. El gasto nacional en salud 1995-2008. Santo Domingo: Fundación Plenitud, 2009 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: www.fundacionplenitud.org
- Consejo Nacional de la Seguridad Social, Secretaría de Estado de Trabajo. Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Santo Domingo: Secretaría de

Estado de Trabajo, 2001 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en:
<http://www.cnss.gob.do/Documentos/ Leyes/tabid/106/Default.aspx>

- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria Institucional 2008. Santo Domingo, República Dominicana: SESPAS, 2009 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://sespas.gov.do/download/docs/memorias/Memoria2008.pdf>
- .Programa de Reforzamiento del Sector Salud. Santo Domingo, República Dominicana: Unión Europea, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud, Centro de Noticias OPS/ OMS Bolivia [sitio de Internet]. OPS expresa preocupación por déficit de trabajadores de la salud en las Américas [consultado septiembre 17, 2010]. Disponible en:
<http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=1119 9&SE=SN>
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Información sobre recursos humanos [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.sespasdigepi.gob.do>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud . Salud en Las Américas 2007 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en:
<http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Rep%DAblica%20Dominicana%20Spanish.pdf>
- Rathe M, Pérez-Minaya R, Franco L, Guzmán D. Medicamentos y propiedad intelectual. Santo Domingo: Fundación Plenitud, 2009 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: www.fundacionplenitud.org
- Seguro Nacional de Salud, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Estudio de satisfacción de los afiliados al régimen contributivo de SENASA [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.arssenasa.gov.do>
- Los SCA son susceptibles de perturbación, pero no siempre nuestras actuaciones garantizan el control, el orden o los resultados buscados en ellos.
- En el fenómeno salud subyacen factores que actúan en diferentes niveles entre lo cuántico y lo cósmico,
- Lo inocuo y lo pernicioso, y que lo perturban al tiempo que son perturbados por él desde su EGE,configurando sistemas sensibles a las condiciones iniciales, autoorganizados y emergentes.

- Se sugiere pensar en la salud y en la prestación de servicios en el sector como sistemas complejos adaptativos, y proseguir el diálogo con la naturaleza sirviéndonos de la nueva racionalidad y estrenando modelos mentales e instrumentales.
- Un talento normal y una mayor disponibilidad son elementos necesarios para acometer un proyecto mundial de salud sustentado en la ciencia de la complejidad, el humanismo científico y la cultura contemporánea en su conjunto, utilizando, claro está, todos los conocimientos hoy vigentes.
- Los gobiernos, los líderes y en general los tomadores de decisiones deberían considerar que la salud y la prestación de sus servicios se comportan como SCA, para proponer alternativas de solución desde esa perspectiva.
- Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones. 2a. ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
- Organización Mundial de la Salud. Teoría de sistemas. En: de Savigny D, Adam T, eds. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Francia: OMS; 2009. Pp. 51–74.
- Penrose R. La mente nueva del emperador. En torno a la cibernética, la mente y las leyes de la física. 1a. ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1995.
- Bunge M. La ciencia, su método y su filosofía. 1a. ed. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 2005.
- Prigogine I, Stengers I. La nueva alianza. Metamorfosis de la ciencia. 1a. ed. Madrid: Alianza; 1985.
- Monod J. El azar y la necesidad. Ensayo sobre la filosofía natural de la biología moderna. 1a. ed. Barcelona: Seix Barral Editores; 1970.
- Prigogine I. El fin de las certidumbres. 1ª. ed. Madrid: Santillana; 1997.
- Morin E, Kapman M. Introducción al pensamiento complejo. 3a. ed. Madrid: Gedisa Editorial; 1998.
- Prigogine I. Las leyes del caos. Barcelona: Crítica; 1999.
- Kauffman S. The origins of order: Selforganization and selection in evolution. New York: Oxford University Press; 1993.
- Universidad de Navarra. Grupo de Investigación de Genética y Microbiología. Reprogenética. 2010. Disponible en: <http://www.unavarra.es/genmic/>

- [expcia/reprogenetica.pdf](#) Acceso el 10 de noviembre de 2010.
- Emmeche C. Vida simulada en el ordenador. Madrid: Gedisa; 1998.
- Haugeland J. La vida artificial. México: Siglo XXI Editores; 2003.
- 14, Searle JR. La mente. Una breve introducción. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2006.
- Lovelock JE. Las edades de Gaia: una biografía de nuestro planeta vivo. Barcelona: Tusquets Editores; 1993.
- Dennett D. La peligrosa idea de Darwin..Evolución y significados de la vida. Barcelona: Galaxia Gutemberg/Círculo de Lectores; 1999.
- Dawkins R. El relojero ciego. Barcelona: Labor; 1989.
- Gell-Mann M. El quark y el jaguar. Aventuras en lo simple y lo complejo. Barcelona: Tusquets Editores; 1998.
- Gribbin J. Así de simple. El caos, la complejidad y la aparición de la vida. Barcelona: Crítica; 2006.
- Kaku M. Hiperespacio: una odisea científica a través de universos paralelos, distorsiones del tiempo y la décima dimensión. Barcelona: Crítica; 1996.
- Universidad de la República/Facultad de Ciencias, Paysandú. Astronomía fundamental y sistema solar; 2006. Disponible en: <http://www.fisica.edu.uy/~gallardo/afyss/af06.html> Acceso el 20 de agosto de 2010.
- SETI Institute. SETI Institute. 2010. Disponible en: <http://www.seti.org/Page.aspx?pid=1366> Acceso el 20 de agosto de 2010.
- Echeverría J. Un mundo virtual. Barcelona: Plaza y Janés; 2000.
- Dawkins R. El gen egoísta. Las bases biológicas de nuestra conducta. 12^a. ed. Barcelona: Salvat; 2002.
- Dennett D. Romper el hechizo. La religión como fenómeno natural. Buenos Aires: Katz; 2007.
- Lewin R. Complejidad: el caos como generador de orden. Barcelona: Tusquets Editores; 2002.
- Crichton M. Presa. Barcelona: Plaza y Janés; 2003.

- Goodwin B. Las manchas del leopardo. La evolución de la complejidad. Barcelona: Tusquets Editores; 1998.
- Posada C. Curso de humanismo científico. Medellín. Junio – julio de 2004.
- Nietzsche F. La gaya ciencia. México: Edaf; 1982.
- Briggs J, Peat F. Espejo y reflejo: del caos al orden. Barcelona: Gedisa; 1994.
- Penrose R. Lo grande, lo pequeño y la mente humana. Madrid: Akal; 2006.
- Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- Pérez Gay JM. Nietzsche. Construir el siglo XX, el hilo negro. 2010. Disponible en: <http://www.almargen.net/4-05-hn1.html> Acceso el 20 de agosto de 2010.
- Lorenz E. The essence of chaos. Washington: University of Washington Press; 1993.
- Mandelbrot B. Los objetos fractales. Barcelona: Tusquets Editores; 1993.
- Axelrod R. La complejidad de la cooperación: modelos de cooperación y colaboración basados en los agentes. México: Fondo de Cultura Económica; 2003.
- Varela F. El fenómeno de la vida. 2a ed. Santiago de Chile: Dolmen; 2002.
- Aristóteles. Poética, Mímesis. 2010. Disponible en: <http://books.google.com.co/books?id=Jr47o0ffk54C&pg=PA13&dq=arist%C3%B3teles+%2B+mimesis&cd=2#v=onepage&q=arist%C3%B3teles%20%2B%20mimesis&f=false> Acceso el 20 de agosto de 2010.