

PERSPECTIVA DE LA MEDICINA DOMINICANA

PERIODO 1990 - 2008

Establecer un perfil general sobre la “Perspectiva de la Medicina Dominicana”, significa comparar dos modelos asistenciales y de ejercicio profesional, separados ambos por el tiempo histórico en que se promulgaron las leyes que definieron la estructura, el marco conceptual y el mecanismo operativo del nuevo Sistema Dominicano de Salud.

Un primer periodo considerado previo a la Reforma estructural del Sector Salud (**Grafica 2**), se caracterizó por el diseño y operación de las primeras empresas de Igualas Médicas a partir del año 1966, entidades que fueron concebidas bajo el amparo del Código de Comercio de la República Dominicana y, por consiguiente, como entidades cuyas metas predominantes eran el comercio y lucro legítimos por intermediación de la asistencia médica.

Dichas entidades establecieron una competencia cerrada entre ellas sobre la base de las relaciones personales de sus patrocinadores y propietarios, quienes obtenían de esa manera la contratación individual o empresarial de los afiliados. Esta situación favoreció niveles disímiles de calidad de los servicios y costos elevados de operación, manteniéndose a pesar de ello la libre elección de las igualas por parte de los usuarios o de sus empresas, así como la fijación de dichos costos de una manera empírica.

Para ese tiempo, no existían diferencias operativas entre las empresas de prepago de servicios y los seguros médicos regentados por las grandes corporaciones internacionales (**Grafica 3**), lo que dio por resultado competencias y confrontaciones institucionales entre estas y las recién creadas asociaciones de Igualas Médicas y de Clínicas y Hospitales Privados, particularmente en relación con sus metas y

procedimientos, y con la obtención de préstamos procedentes de recursos externos como del Exinbank y el Fondo FIDES.

El inicio del proceso de Reforma del sector salud, entre el 1984 al 1990, se caracterizó **(Grafica 4)** por la integración de comisiones, la definición de los actores del sistema y sus respectivas áreas operativas, proposiciones de reforma según los intereses gubernamentales, de los empleadores y trabajadores, la integración de una Oficina Coordinadora Técnica – OCT, la organización de un proyecto oficial bajo la dirección de Guido Miranda, y la elaboración de una propuesta final tripartita.

De esta manera, la reforma del Sector Salud se convirtió en un proyecto presidencial que incluyó cuatro etapas consecutivas **(Grafica 5)**: de **1990 al 1996** correspondiente al Presidente Joaquín Balaguer con la creación de las Comisiones de Reforma y una propuesta sobre la Seguridad Social y, de **1996 al 2000** durante el primer mandato del presidente Leonel Fernández, con la creación de la Comisión Ejecutiva de la Reforma sectorial (CERSS) y el diseño de sendas propuestas para las leyes de Salud y Seguridad Social.

Durante una tercera etapa, entre el **2000 y el 2004** correspondiente al presidente Hipólito Mejía, se aprobaron dichas leyes y se inició la instalación del nuevo modelo sanitario y, finalmente, entre **2004 y el 2008** correspondiente a la segunda administración del presidente Fernández, se promovió el nuevo Sistema de la Seguridad Social y se modificaron sus criterios esenciales, estrategias, estructuras y procedimientos operativos.

El segundo período o de la propia Reforma **(Grafica 6)**, se caracterizó por la implementación de las leyes 42-01 o General de Salud, y por la 87-01 sobre el Sistema Dominicano de la Seguridad Social. A partir de ese momento, se establecieron los cuatro (4) grandes tipos de aseguramiento **(Grafica 7)**, es decir, el Seguro

Familiar de Salud – SFS, el de los Riesgos Laborales – SRL, las Estancias Infantiles – EI o Seguro Infantil, y el de las Pensiones con sus aspectos de Vejez, Discapacidades y Sobrevivencia.

El seguro estelar del sistema asistencial se concibió sobre la plataforma de un Plan Básico de Salud – PBS (**Grafica 8**) que incluía los Subsidios por Enfermedad y Maternidad, más de mil cincuenta y ocho (1,058) procedimientos y mecanismos de protección distribuidos en doce (12) capítulos, la oferta de Medicamentos ambulatorios y bajo hospitalización, y los Planes Complementarios y Servicios adicionales – PCS.

Los Planes Complementarios (**Grafica 9**) y otros servicios similares – PCS, fueron concebidos para completar aquellos que no estuvieran incluidos en el Plan Básico de Salud, que excedieran su cobertura y cuyos costos debían ser cubiertos por el afiliado o el empleador bajo diseños especiales en que se evitaran los pagos excesivos, y en que todos sus detalles fueran reglamentados y aprobados previamente por el Consejo Nacional de la Seguridad Social – CNSS.

Para la construcción de las diferentes versiones del Plan Básico de Salud (**Grafica 10**), resumidas en unas 13 oficiales y más de 57 revisiones entregadas a dicho Consejo, se consideraron los Aspectos Fundamentales para la Adopción de Decisiones, los Criterios Para Priorizar el Contenido, la Secuencia para Construir esas Versiones, y los Factores derivados de la Macro Dependencia.

Con tales fines, se contó con la participación, consultas especializadas y el consentimiento de numerosas Instituciones nacionales e internacionales y extranjeras (**Grafica 11**), encontrándose entre ellas el Colegio Médico Dominicano, las asociaciones especializadas y de organismos de la Salud, notables expertos del área, entidades bancarias y connotados asesores internacionales.

Así las cosas, se definieron los ocho (8) componentes del SFS (**Grafica 12**), es decir, el Plan Básico de Salud, los Medicamentos, el Subsidio por Maternidad, el Subsidio por Lactancia, los Subsidios por Enfermedades Comunes, las Estancias Infantiles, y los Planes y Servicios Complementarios.

Con tales criterios se consideraron como novedades del Sistema (**Grafica 13**): la aprobación de ambas Leyes de Salud y Seguridad Social, el cumplimiento de las funciones esenciales, la necesidad de cambios estructurales en el Sector, las metas de cobertura universal, la apertura del mercado de la salud y la competencia en base a calidad, el uso de reglas claras y definidas, una acción permanente de supervisión y regulación, y la interacción armónica entre los seguros y los servicios.

Dentro de la diversidad de factores que incidían en la Seguridad Social y la Salud durante el periodo 2002 – 2008 (**Grafica 14**), se identificaron: los aspectos legales y operativos, los convenios de gestión entre las Administradoras de Riesgos de Salud – ARS y las Prestadoras de Servicios – PSS, la existencia y situación de sus redes, la función de la Tesorería – TSS y del organismo regulador (Sisalril), el desarrollo del SFS y de su PBS, la entrega de medicamentos, y las normativas y reglamentos de ambos sistemas.

Los aspectos económicos y financieros adversos relevantes detectados durante el periodo (**Grafica 15**) fueron: la falta del desmonte del presupuesto de la SESPAS en favor de la Seguridad Social, pobre traspaso entre partidas presupuestarias y la asignación de recursos económicos, ausencia de políticas económicas del propio SDSS, falta de un liderazgo sectorial, repetición de las inversiones y los gastos, la crisis económica nacional e internacional, los desajustes macroeconómicos locales, y el encarecimiento de los insumos y productos de uso común.

A pesar de estos hechos y situaciones, hasta el 19 de diciembre del año 2006 se mantuvo la composición original del PBS aprobada en fecha 30 de octubre del 2001 por todos los miembros del tripartito en el CNSS. A saber eran los siguientes concentrados en doce (12) capítulos (**Grafica 16**): Prevención y Promoción de la Salud, Atención Ambulatoria, Odontología Preventiva y de Emergencia, Hospitalización, Partos y Cesáreas institucionales, Cirugías de Especialidades, Diagnósticos e Imágenes, Atenciones de Alto Costo y Complejidad, Rehabilitación y Fisioterapia, Hemoterapia y Transfusiones, y Medicamentos ambulatorios y en hospitalización.

Vistas así las cosas y al cabo de siete (7) años de procurar el inicio del SFS –PBS, en contraste con la diligencia, rapidez y eficiencia con que se logró el desarrollo del régimen de las Pensiones, existen cinco (5) grupos de factores que inciden en el Sector Salud (**Grafica 17**), a saber: Locales, políticos, económicos y financieros; Internacionales generales y por la Globalización; Sectoriales y por ajustes del SDSS; Gremiales y de diversos intereses grupales, y propios de la Perspectiva general del ejercicio profesional.

Los factores locales (**Grafica 18**) incluyen: la conducta cambiante y dubitativa del Estado a lo largo del proceso; relajamiento de los mecanismos oficiales de regulación; pérdida de la función supervisora; concesión de poder decisorio a las ARS; politización de ciertas estructuras e instituciones de la Seguridad Social; adopción tardía de una estrategia para operar el Sistema; apropiación insuficiente de recursos, y confusión entre las metas generales de salud en contraposición con las de Seguridad Social.

En cuanto a los factores internacionales (**Grafica 19**) se pueden señalar los siguientes: operación de los mecanismos globalizantes; pobre desarrollo de las metas sanitarias del intercambio; ausencia del Sistema Nacional de Salud y del SDSS en los nuevos ajustes;

elevación de los precios internacionales en US\$ - dólares de los insumos; niveles cambiantes de los indicadores integrales de salud; inflación de los indicadores de salud de las personas y las familias; reducción de la capacidad adquisitiva del sistema, y falta de una estrategia globalizante del sector.

Entre los factores sectoriales (**Grafica 20**) se pueden identificar: la existencia de dos niveles de costos para el SDSS; eliminación de los criterios básicos del SFS – PBS; manejo de costos por las ARS; sustitución del PBS por un Programa de Servicios de Salud – PDSS y más de doscientos (200) Planes y Servicios complementarios; reducción subsiguiente de la cobertura real; priorización del segundo (2do) y tercer (3r) niveles con sacrificio del primero (1ro); confusión del rol de las especialidades en todos los niveles asistenciales; recargo de los gastos directos por parte de los usuarios, y eliminación o desconocimiento de los criterios de solidaridad y equidad.

Los aspectos relevantes gremiales y grupales que afectan al sistema de salud (**Grafica 21**) son los siguientes: Sindicalización de las asociaciones profesionales; confrontaciones frecuentes entre Gobierno y el Colegio Médico; Mayores requerimientos salariales de los trabajadores de la salud; diferencias entre las metas de las ARS y las propias de las PSS; confusión del papel de los prestadores médicos de servicios; incoordinación entre las PSS; carencia de una estrategia común de las PSS frente a las ARS, y falta de una sólida y eficaz tecnología en la mayoría de las PSS.

Con originalidad y sorpresa, el 19 de diciembre del 2006 se firmó un Acuerdo que sustituyó los fines y resultados de la Cumbre sobre Seguridad Social. Se pueden señalar como sus aspectos más relevantes (**Grafica 22**): el desconocimiento de los nueve (9) meses de preparación de la Cumbre; abandono de los acuerdos consensuados entre Gobierno, ARS y PSS; imposición de los

intereses económicos grupales, y la eliminación de los principales criterios básicos de la Seguridad Social.

De la misma manera, se produjo la sustitución de algunos directivos competentes del Sistema; el condicionamiento de las actividades y agendas del CNSS a los objetivos de los nuevos actores; la modificación de los capítulos y componentes del SFS y su PBS; el reemplazo del PBS por un PDSS y más de 200 planes y servicios complementarios, y la colocación de los niveles y áreas de decisión, supervisión y regulación bajo la influencia de determinadas ARS.

Al desconocer criterios y metas de la Seguridad Social (**Grafica 23**), se produjeron dos (2) niveles de autoridad y de cotizaciones del sistema; desajustes graves en el SDSS que se transfieren hacia el área de la salud; desorganización de las afiliaciones en las ARS; encarecimiento de todos los servicios de la salud; pérdida o cuando menos deterioro de las funciones rectora y de supervisión; politización indeseable del sistema, e improvisaciones de las acciones y los ajustes de la Seguridad Social.

Al final de cuentas, la evaluación del Sistema según sus indicadores al 15 de marzo de este año 2008, muestra los siguientes aspectos de importancia (**Grafica 24**): desorganización del Sistema Nacional de Salud; dislocación operativa de la Seguridad Social; encarecimiento de los servicios; impacto negativo del SDSS sobre el sector; adopción de un modelo asistencial tradicional que compite con la Seguridad Social; control del sector por parte de las ARS; desarrollo errático del IDSS y sus organismos; predominio de metas económicas; pérdida de la regulación de los agentes del sistema, y empobrecimiento de los trabajadores de la salud.

Para rescatar la Seguridad Social según diferentes prioridades (**Grafica 25**) se deben realizar las siguientes acciones: asumir un

sólido liderazgo sectorial; recuperar el equilibrio entre los actores; restablecer la autoridad de las instituciones; recomponer la dinámica de integración del CNSS; ajustar sus roles y responsabilidades a la Ley 87-01; eliminar la usurpación de funciones; rediseñar y asumir los capítulos y estrategias del SFS – PBS originales; transparentar el manejo administrativo; resolver los asuntos pendientes del sistema, y eliminar los factores políticos que inciden en el mismo.

Con tales situaciones e indicadores, se puede establecer un perfil general para definir la perspectiva del ejercicio profesional médico con los siguientes elementos (**Grafica 26**): empobrecimiento progresivo de los médicos; dificultades crecientes para su ejercicio pleno; encarecimiento de los insumos y costos; carestía progresiva de los servicios básicos; mayor demanda salarial de los técnicos y auxiliares; aumento de los conflictos de las ARS con los médicos; presión inflacionaria contra los usuarios, y competitividad creciente determinada por el efecto general de la globalización.

Frente a estas perspectivas, podría diseñarse una estrategia general que de origen a diversas soluciones (**Grafica 27**) como serían: Asumir por parte de las PSS médicas un rol adecuado; ajustar el ejercicio a los aspectos positivos del nuevo modelo y a la visión moderna de la Economía de la Salud; reformar la estructura operativa de las PSS médicas; adoptar tecnologías eficaces para nuestras instituciones de servicio; integrar los especialistas a sus respectivas sociedades; asumir la realidad económica del país y de la salud; definir técnica y adecuadamente los costos personales y grupales, y decidir nuestra adhesión al nuevo modelo de salud fortaleciendo sus aspectos positivos y modificando los injustos o inoperantes.

Dr. Bernardo A. Defilló M.
27 de marzo del 2008.

PERSPECTIVA DE LA MEDICINA DOMINICANA

**DR. BERNARDO DEFILLO MARTINEZ
27 DE MARZO DE 2008**

PERIODO PREVIO A LA REFORMA

INICIO DE LAS PRIMERAS EMPRESAS DE IGUALAS MEDICAS - 1966
ESTRUCTURA PREDOMINANTE DE LOS BENEFICIOS Y UTILIDADES
COMPETENCIA SOBRE BASE DE OFERTA DE SERVICIOS Y COSTOS
SERVICIOS GENERALES Y ESPECIALIZADOS DE BAJA CALIDAD
PREEMINENCIA DE LOS CRITERIOS ECONOMICOS Y DE LA OFERTA
LIBRE ELECCION DE LAS PERSONAS, FAMILIAS Y LAS EMPRESAS
COSTOS ESTABLECIDOS SOLO SOBRE DATOS COSTOS EMPIRICOS
ADMINISTRACION DE LAS IGUALAS POR SUS PROPIOS MEDICOS
INDEFINICION ENTRE IGUALAS Y LAS EMPRESAS ASEGURADORAS.

TIPOS DE EMPRESAS DE SALUD

PERIODO 1966 - 2008



INICIO DEL PROCESO DE REFORMA

DEL SECTOR SALUD Y SUS INSTITUCIONES – 1984 / 1990

COMISIONES DE ESTUDIO Y DISEÑO DE LA REFORMA SECTORIAL
DEFINICION DE LOS ACTORES Y ESCENARIOS INSTITUCIONALES
PROPUESTAS REFORMADORAS SEGUN INTERESES DE GRUPOS
INTEGRACION DE UNA OFICINA COORDINADORA TECNICA - OCT
FORMACION DE LA COMISION OFICIAL DE LA REFORMA SALUD
PROPUESTA ESTATAL MEDIANTE COMISION DE GUIDO MIRANDA
INTEGRACION DE LAS COMISIONES TECNICAS Y PARTIDARIAS
PROPUESTA FINAL TRIPARTITA PARA LA REFORMA DE LA SALUD.

Proyecto Presidencial 1990-2008



1990 – 1996
Crea Comisiones de Reforma de Sector Salud
Propuestas tripartitas Ley Seguridad Social



1997 – 2000
Crea la Comisión de Reforma - CERSS
Diseña Propuestas y Nuevas Leyes Salud.



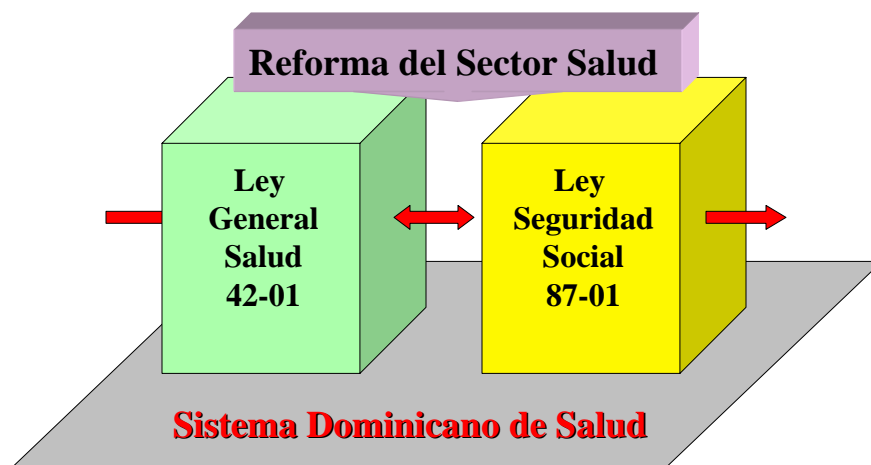
2000 – 2004
Aprueba y Promulga Leyes Gral Salud -SDSS
Instala Nuevo Sistema Dominicano de Salud.



2004 – 2008
Promueve Nuevo Sistema Seguridad Social
Modifica Criterios y Estructura del SDSS.

LEYES Y REFORMA DEL SECTOR

DURANTE EL PERIODO JULIO 1997 – DICIEMBRE 2007

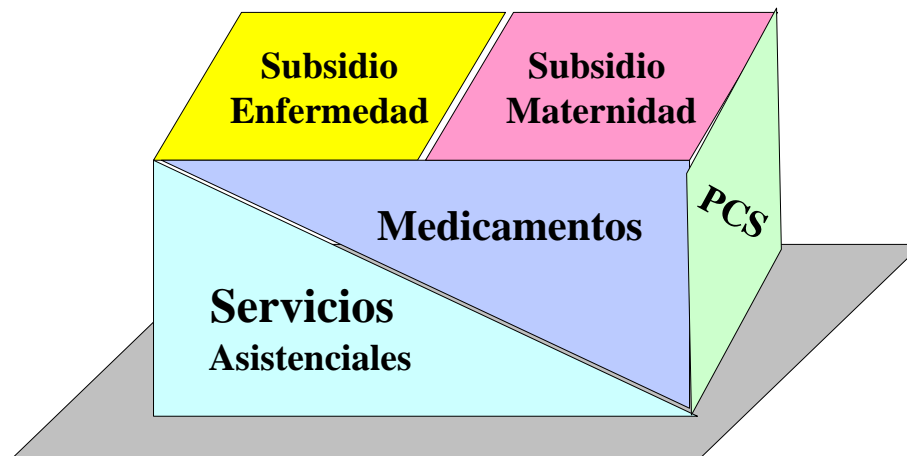


PRINCIPALES SEGUROS DEL SISTEMA

Según los criterios de las Leyes 42-01 y 87-01



Plan Básico de Salud - PBS



PLANES COMPLEMENTARIOS

Y OTROS SERVICIOS ADICIONALES SE OFERTARIAN EN EL SFS

- **SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PBS**
- **QUE EXCEDAN LA COBERTURA PCA**
- **CUBIERTOS POR EL AFILIADO O EL EMPLEADOR c/ PLANES Y ACCIONES**
- **EN QUE EVITEN PAGOS EXCESIVOS**
- **Y REGLAMANTADOS POR EL C.N.S.S**

SECUENCIA METODOLOGICA APLICADA

PARA CONSTRUIR LAS DIFERENTES VERSIONES DEL PBS

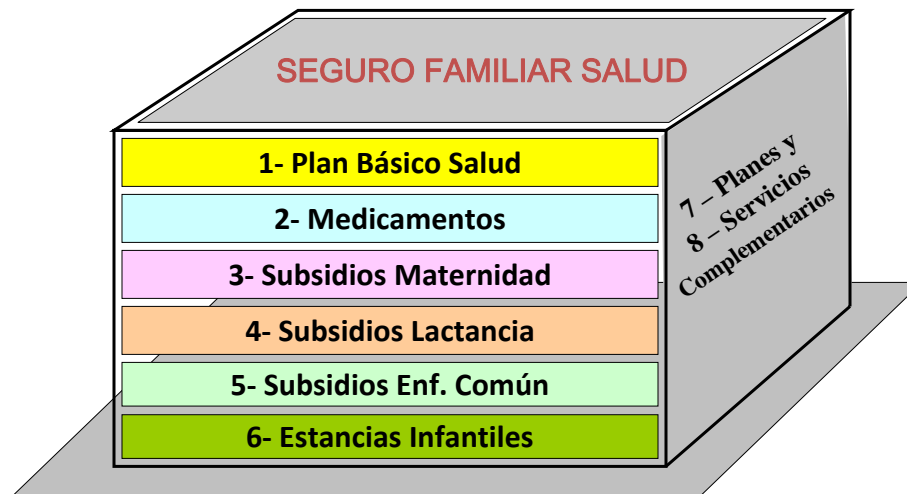
- 1- ASPECTOS PARA ADOPTAR DECISIONES**
- 2- CRITERIOS PARA PRIORIZAR CONTENIDO**
- 3- SECUENCIA CONSTRUIR LAS VERSIONES**
- 4- FACTORES DE LA MACRO DEPENDENCIA**

INSTITUCIONES Y REFERENCIAS

CONSULTADAS PARA CONSTRUIR EL PBS ORIGINAL

AMD/CMD – ANDECLIP – ADARS – ADIMARS - ANDELAP
CEDIMAT – SESPAS – SEMAMD – CORAZONES UNIDOS
CONEP – COPARDOM - ARAPF – INFADOMI – IDSS – BID
OMS/OPS – EDESA 1996-99 – ENDESA 96 – ESU 96 – BM
PETER COWLEY – ACUERDO 117 COLOMBIA - SISALRIL
OCT – CLARA GAMIZ – R. BITRAN - CECILIA MA – CERSS
MAGDALENA RATHE – GLEZ Y PITA – B. DEFILLO – BM –
SEMMA - W. DE GEYNDT – R. BLONDET – R. MUNGUIO –
BANCO CENTRAL – W. SCHULTHESS – ALVARO LOPEZ –
EDGAR GONZALEZ – A. RUEDA – ALFONSO GOMEZ .

SFS Y SUS 8 COMPONENTES



Criterios Novedosos del Sistema

- Aprobación Leyes con Nuevas Reglas SDS
- Ley Salud Obliga a las Funciones Esenciales
- Ley Seguridad Recompone Estructura Social
- Necesidad Cambios Estructurales Operativos
- Meta es la Cobertura Universal Contingencias
- Apertura Mercado y Competencia de Actores
- Uso Reglas de Claras Aseguren Éxito Social
- Acción SISALRIL Vigilancia Control Mercado
- Interacción Armónica de Seguros y Servicios.

Aspectos Reglamentarios y Normas

Incidencia durante el período 2002 - 2008

INSTRUMENTOS & INSTITUCIONES:

- Contradicciones Legales y Operativas
- Convenios de Gestión ARS y PSS
- Operación de Redes y Micro redes
- Tesorería de la Seguridad Social
- Aspectos Generales SDSS y SISALRIL
- Control de las ARS y de la ARL
- Seguro Familiar de Salud y PBS
- Seguro de Riesgos Laborales
- Control de Medicamentos para PBS
- Catálogo y Costos Plan Básico Salud
- Normativa de la DIDA y la Contraloría.

Aspectos Económicos y Financieros

Gravitación Permanente sobre SFS

**Desmonte
Presupuesto
De SESPAS**

**Traspaso
Partidas
Instituciones**

**Especializar
Recursos
Adicionales**

**Ausencia de Política económica SDSS
Falta de Liderazgo Sectorial Real
Repetición de Inversiones y Gastos**

**Crisis Económica Internacional
Desajustes Macroeconómicos Nacionales
Encarecimiento Productos Uso Común**

CAPITULOS ORIGINALES DEL PBS

APROBADOS POR EL CNSS EL 30 DE OCTUBRE DEL 2001

- 1- PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
- 2- ATENCIÓN AMBULATORIA MEDICINA GRAL
- 3- ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y EMERGENCIAS
- 4- EMERGENCIAS DE TODAS ESPECIALIDADES
- 5- HOSPITALIZACIÓN GRAL Y ESPECIALIDADES
- 6- PARTOS Y CESAREAS NIVEL INSTITUCIONAL
- 7- CIRUGÍAS GENERALES Y DE ESPECIALIDADES
- 8- APOYO DIAGNÓSTICO DE LAB E IMÁGENES
- 9- ATENCIONES ALTO COSTO Y COMPLEJIDAD
- 10- REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA GENERAL
- 11- HEMOTERAPIA SERVICIO TRANSFUSIONES
- 12- MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y HOSP.

FACTORES INCIDEN EN SECTOR

- **LOCALES POLITICOS ECONOMICOS FINANCIEROS**
- **INTERNACIONALES GENERALES Y GLOBALIZACION**
- **SECTORIALES Y MODIFICACION AJUSTES DEL SDSS**
- **GREMIALES Y DE DIVERSOS INTERESES GRUPALES**
- **PERSPECTIVA GENERAL DE EJERCICIO PROFESIONAL.**

INCIDENCIA FACTORES LOCALES

- **CONDUCTA ERRATICA ESTADO FRENTE SDSS**
- **RELAJAMIENTO MECANISMOS REGULACION**
- **PERDIDA DE FUNCION SUPERVISORA OFICIAL**
- **CONCESION DE PODER DECISORIO A LAS ARS**
- **POLITIZACION ESTRUCTURA Y OPERACIÓN SS**
- **ADOPCION TARDIA ESTRATEGIA PARA SDSS**
- **APROPIACION INSUFICIENTE RECURSOS RD\$**
- **CONFUSION ENTRE METAS SALUD VS SDSS.**

FACTORES INTERNACIONALES

- OPERACION MECANISMOS GLOBALIZACION
- POBRE DESARROLLO METAS INTERCAMBIO
- AUSENCIA SNS / SDSS DE NUEVOS AJUSTES
- ELEVACION PRECIOS INTERNACIONALES US\$
- NIVELES CAMBIANTES INDICADORES SALUD
- INFLACION INDICADORES SALUD PERSONAS
- REDUCCION CAPACIDAD ADQUISITIVA SDSS
- FALTA ESTRATEGIA GLOBALIZANTE SECTOR.

FACTORES SECTORIALES

- ESTABLECER DOS NIVELES COSTOS PARA EL SDSS
- ELIMINAR LOS CRITERIOS BASICOS DEL SFS Y PBS
- ENTREGAR MANEJO Y COSTOS DE PBS A LAS ARS
- SUSTITUIR PBS POR PLANES COMPLEMENTARIOS
- REDUCIR COBERTURA PBS AUMENTANDO LOS PC
- PRIORIZAR NIVELES 2 Y 3 ATN VS NIVEL 1RO ATN
- CONFUNDIR ROL ESPECIALISTAS TODOS NIVELES
- RECARGAR GASTOS USUARIOS EN FAVOR DE ARS
- ELIMINAR SOLIDARIDAD Y EQUIDAD DEL SDSS.

ASPECTOS GREMIALES GRUPALES

- SINDICALIZACION DEL COLEGIO MEDICO
- CONFRONTACIONES DE CMD VS GOBIERNO
- MAYORES REQUERIMIENTOS SALARIALES
- DIFERENCIA METAS ARS VS PRESTADORES
- CONFUSION ROL PRESTADORES MEDICOS
- INCOORDINACION ENTRE DIVERSAS PSS
- CARENCIA ESTRATEGIA DE PSS FRENTE ARS
- FALTA PREPARACION TECNOLOGICA PSS.

ACUERDO SOBRE EL SDSS

19 DICIEMBRE 2006 - EN LUGAR DE LA CUMBRE SOBRE SS

- DESCONOCIMIENTO 9 MESES LABORES PREPARATIVAS
- ABANDONO DE ACUERDOS ENTRE EL GOB – ARS – PSS
- IMPOSICION DE INTERESES ECONOMICOS GRUPALES
- ELIMINACION PRINCIPALES CRITERIOS BASICOS DE SS
- SUSTITUCION ARBITRARIA DIRECTIVOS COMPETENTES
- CONDICIONAMIENTO ACTIVIDADES AGENDA DEL CNSS
- MODIFICACION CAPITULOS COMPONENTES SFS – PBS
- REEMPLAZO PBS POR >200 PLANES COMPLEMENTARIOS
- ENTREGA NIVEL DECISIONES Y REGULACION A LAS ARS.

RESULTADOS AL DESCONOCER SS

CON PARTICIPACION TRIPARTITA Y ACUERDOS PRIVADOS

- ESTABLECIMIENTO DE DOS NIVELES DEL SDSS
- DETERIORO DE LOS NIVELES AUTORIDAD SS
- DESAJUSTES GRAVES EN SDSS Y DE LA SALUD
- DESORGANIZACION DE LAS AFILIACIONES ARS
- ENCARECIMIENTO TOTAL SERVICIOS SALUD
- PERDIDA FUNCION RECTORA SUPERVISORA
- POLITIZACION INDESEABLE DEL SISTEMA SS
- IMPROVISACIONES ACCIONES Y AJUSTES SS.

ESTADO ACTUAL DEL SISTEMA

SEGUN INDICADORES AL 15 MARZO 2008

- DESORGANIZACION SISTEMA NACIONAL SALUD
- DISLOCACION SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
- ENCARECIMIENTO TOTALIDAD SERVICIOS SALUD
- IMPACTO NEGATIVO DEL SDSS SOBRE LA SALUD
- ADOPCION MODELO ASISTENCIAL VERSUS SDSS
- CONTROL DEL SISTEMA SALUD POR PARTE ARS
- PREDOMINIO METAS ECONOMICAS EN SECTOR
- PERDIDA REGULACION AGENTES DEL SISTEMA
- EMPOBRECIMIENTO TRABAJADORES DE SALUD.

ESTRATEGIA PARA RESCATAR AL SDSS

SEGÚN DIFERENTES PLAZOS Y PRIORIDADES

ASUMIR LIDERAZGO DESDE PRESIDENCIA CNSS
RECUPERAR EQUILIBRIO ENTRE LOS ACTORES
RESTABLECER RESPETO A LAS INSTITUCIONES
RECOMPONER DINAMICA E INTEGRACION CNSS
AJUSTAR RESPONSABILIDADES A LA LEY 87-01
REUBICAR UNIDADES Y ACTORES DEL SISTEMA
ELIMINAR USURPACION FUNCION INSTITUCIONES
REASUMIR CAPITULOS ESTRATEGIAS DEL SFS - PBS
TRANSPARENTAR EL MANEJO ADMINISTRATIVO
RESOLVER LOS ASUNTOS PENDIENTES DEL SDSS
ACTIVAR COMITÉ EJECUTIVO Y COMISION TRANSICION
ELIMINAR FACTORES POLITICOS Y PARTIDARIOS INCIDEN.

PERSPECTIVA GENERAL EJERCICIO

- **EMPOBRECIMIENTO PROGRESIVO MEDICOS**
- **DIFICULTADES CRECIENTES PARA EJERCICIO**
- **ENCARECIMIENTO INSUMOS Y DE LOS COSTOS**
- **CARESTIA PROGRESIVA SERVICIOS BASICOS**
- **MAYOR DEMANDA SALARIAL DE AUXILIARES**
- **AUMENTO CONFLICTOS DE ARS VS MEDICOS**
- **PRESION INFLACIONARIA ESTADO USUARIOS**
- **COMPETITIVIDAD EFECTO DE GLOBALIZACION.**

APUNTES ESTRATEGIA SOLUCIONES

- **ASUMIR POR PSS – MEDICAS ROL ADECUADO**
- **FIJAR EJERCICIO A NUEVO MODELO MEDICO**
- **REFORMAR ESTRUCTURA DE LAS PPS - MEDICAS**
- **ADOPCION TECNOLOGIAS PARA INSTITUCIONES**
- **INTEGRAR ESPECIALISTAS A SUS SOCIEDADES**
- **ASUMIR REALIDAD ECONOMIA DE LA SALUD**
- **DEFINIR COSTOS PERSONALES Y GRUPALES**
- **ACEPTAR Y ADECUAR NUEVO MODELO SALUD.**