

PAI
pai.org



DE LA COOPERACIÓN BILATERAL A LA FINANCIACIÓN NACIONAL

Planificación Familiar en
la República Dominicana
después de USAID



ÍNDICE

1

RESUMEN
EJECUTIVO

2

OBJETIVOS DE
INVESTIGACIÓN

3

EL SISTEMA DE SALUD
DOMINICANO

5

FINANCIAMIENTO DEL
DONANTE

7

FINANCIAMIENTO
NACIONAL POST-
GRADUACIÓN: NUEVOS
ROLES Y PRESUPUESTOS
DEL GOBIERNO

10

ANÁLISIS

12

METODOLOGÍA

14

CONCLUSIÓN

PAI
pai.org

En PAI estamos motivados por una verdad poderosa: una mujer que está a cargo de su salud reproductiva puede cambiar su vida y transformar su comunidad.

Nuestra misión es promover el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos a través de la investigación, la incidencia política, y las alianzas innovadoras. Lograr esto mejorará drásticamente la salud y la autonomía de las mujeres, reducirá la pobreza y fortalecerá la sociedad civil.

RESUMEN EJECUTIVO

El financiamiento para la planificación familiar (PF) y la salud reproductiva (SR), incluido los insumos y los servicios, es fundamental para garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) de las mujeres y las niñas.

Sin embargo, muchos gobiernos aún dependen en gran medida de las inversiones de donantes para financiar insumos y programas de PF. Al mismo tiempo, muchos países de bajos ingresos corren el riesgo de perder la elegibilidad para los fondos de los donantes a medida que hacen la transición a un estado de ingresos medios y realizan otros avances en su desarrollo. En un entorno de donantes cada vez más volátil, la movilización de recursos internos para la PF sigue siendo un problema que necesita priorización urgente.

El financiamiento nacional—específicamente público—de PF es crítico para la sostenibilidad de la financiación de servicios e insumos después de la transición del apoyo de los donantes. También garantiza que las mujeres y las niñas no queden con la responsabilidad de cubrir los vacíos de financiación a través de pagos de bolsillo. La movilización de recursos internos como

fueron la fuente principal de financiamiento es un cambio importante para muchos gobiernos dependientes de donantes y requiere un nuevo modelo financiero con sistemas de apoyo y capacidad técnica.

La República Dominicana fue uno de los primeros países de Latinoamérica y el Caribe (LAC) en graduarse del programa PF/SR de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en 2010. Antes de graduarse, el gobierno dominicano financió la mayoría de los insumos y programas de PF a través del financiamiento de USAID. Si bien un resultado clave de la graduación de USAID fue que el gobierno asumiera la responsabilidad del financiamiento nacional, no está claro cómo lo hizo, específicamente los arreglos de financiamiento alternativos para compensar la pérdida de fondos y procesos de donantes que estaban establecidos.

RESULTADOS CLAVE

A través de entrevistas con informantes clave y análisis de datos existentes en 2018, PAI descubrió que el gobierno resolvió la pérdida de fondos de USAID para PF/SR únicamente a través de fondos de la tesorería. Lo hizo a través de la creación de una nueva asignación presupuestaria para el *Ministerio de Salud Pública* (MSP) para PF. Sin embargo, es importante destacar que no hay evidencia de que el gobierno haya generado ingresos adicionales para cubrir la nueva línea presupuestaria, lo que podría implicar concesiones con otros programas si los fondos del gobierno fueran redirigidos. Los fondos adicionales podrían provenir de impuestos o incluso fondos de seguridad social, incluido el esquema de seguro público de salud, pero no fue así.

Si bien el MSP aseguró una asignación presupuestaria para los programas de PF/SR, hasta la fecha la mayoría de esos fondos se destinan a la adquisición de anticonceptivos, dejando poco para la implementación de programas de PF/SR. Del mismo modo, desde la perspectiva del gobierno, la velocidad de transición de las funciones y responsabilidades de financiamiento de PF de donantes hacia el nivel nacional resultó ser un desafío. Por lo tanto, la forma en que el gobierno dominicano ha financiado la PF y movilitado fuentes nacionales de financiación para reemplazar los fondos de los donantes, plantea preocupaciones sobre la sostenibilidad de esa financiación, así como la capacidad del gobierno para satisfacer las necesidades de PF de las mujeres y las niñas.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Muchos países dependen en gran medida de la inversión de donantes para financiar insumos y programas de PF. Cuando los países progresan cada vez más en lograr los indicadores clave de desarrollo, los donantes esperan que se gradúen de este apoyo e impulsen actividades con financiamiento interno. Esto requiere un cambio importante en el que los gobiernos deben crear nuevas fuentes de financiamiento interno para la PF y designar nuevos sistemas con nuevos roles y responsabilidades.

La República Dominicana históricamente financió PF principalmente a través de fondos de donantes, pero perdió ese apoyo financiero al graduarse del programa PF/SR de USAID en 2010, junto con otros países de la región de LAC.¹ Un componente central de la graduación era que el gobierno dominicano asumiera responsabilidad de financiar servicios e insumos de PF a nivel nacional. Si bien USAID tuvo la tarea de apoyar al gobierno, específicamente al MSP, en asumir el nuevo rol de adquisición basado en fuentes de financiamiento interno para insumos y servicios, los arreglos de financiamiento alternativo para compensar la pérdida de fondos y procesos de donantes a través de los cuales estaban establecidos no están claros y persisten las brechas en la financiación de PF.

En 2018, PAI realizó entrevistas en profundidad con funcionarios del MSP, representantes del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), miembros del *Comité de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos* (DAIA), partes interesadas de USAID y organizaciones de la sociedad civil (OSC) involucradas antes y después de la graduación de la República Dominicana del apoyo de PF/SR de USAID, para explorar cómo el gobierno dominicano financió los insumos y servicios de PF, incluidas las fuentes de ingresos y los roles de adquisición, después de perder su fuente principal de financiamiento de PF al graduarse de USAID.

PROPÓSITOS DE LAS ENTREVISTAS



IDENTIFICAR cómo el gobierno dominicano financió PF antes y después del cierre de la principal forma de apoyo financiero.



ENTENDER si y cómo el gobierno movilizó fuentes nacionales de financiación para cubrir la pérdida de fondos de los donantes.



ENTENDER la preparación para asumir nuevos roles y responsabilidades financieras durante la transición de graduación.

Descubrir cómo el gobierno resolvió la pérdida de la asistencia de USAID para los programas de PF/SR ofrece un ejemplo de la movilización de recursos internos y proporciona información clave sobre el nuevo acuerdo de financiamiento interno y el proceso de transición, así como los factores que pueden contribuir a las brechas financieras actuales entre los insumos y programación.

EL SISTEMA DE SALUD DOMINICANO

Para atender a una población de 10,7 millones de personas, el sistema de salud está compuesto por proveedores públicos y privados.² Hay aproximadamente 6.000 establecimientos de salud en todo el espectro de la atención. Mientras que tres cuartos de ellos son privados, la mayoría de la población accede a los servicios públicos de salud.³

El MSP supervisa y suministra los establecimientos y servicios del sector público proporcionados por el sistema público—el Servicio Nacional de Salud (SNS). El sector privado supervisa su propia red de servicios de salud y insumos.

Asimismo, la República Dominicana emplea un modelo de seguro social de salud como parte de su sistema de financiamiento de salud, con dos redes de seguro primario que corresponden con los sectores públicos y privados de salud, respectivamente. SENASA es el esquema de seguro de salud público y la red de seguro de salud privado es su contraparte. Cada uno está supervisado y regulado por una entidad pública a través de sus respectivos Administradores de Riesgos de Salud (ARS), pero fuera del MSP. Aunque se gestionan por separado, SENASA y MSP tienen una estrecha relación de trabajo porque SENASA ayuda a financiar la red de salud pública supervisada por el MSP. Esto se debe a que los ciudadanos cubiertos por el seguro SENASA utilizan solo la red de salud pública. SENASA reembolsa a establecimientos públicos per cápita en función de una tarifa por servicio, dependiendo de los servicios prestados. El gobierno subsidia un plan de seguro de salud por separado a través de los ingresos fiscales para las personas de bajos ingresos y acceden a la atención médica a través de la misma red de salud pública que las de SENASA.

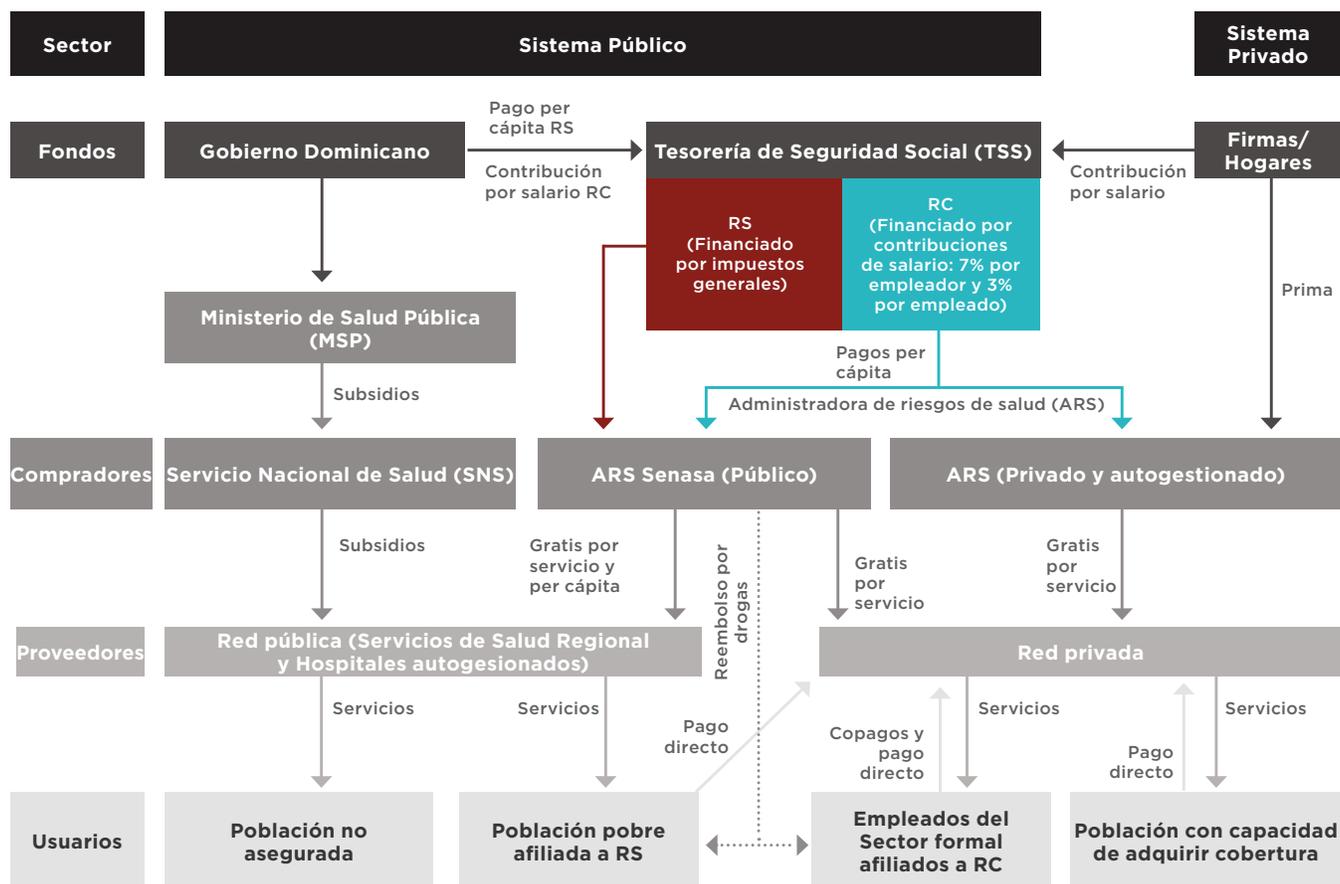
Los empleados del sector formal tienen la opción de la red pública o privada, según el plan de seguro que paguen. SENASA ahora cubre aproximadamente el 28% de la población, mientras que los proveedores de seguros de salud privados cubren aproximadamente

el 29%.⁴ A partir de 2016, todavía había alrededor de tres millones de personas sin cobertura de seguro de salud, muchos de los cuales están probablemente entre los pobres y vulnerables que no cumplen con los criterios oficiales de pobreza del gobierno para calificar para el esquema de seguro subsidiado, pero que no pueden pagar las contribuciones voluntarias del sector informal.⁵

Entre el 2000 y 2001, el gobierno introdujo una serie de reformas de salud importantes para reorganizar el sistema de salud y crear el *Seguro Familiar de Salud* (SFS) con el mandato de ofrecer protección financiera (seguro de salud) a toda la población a través del mismo paquete de beneficios entregado en establecimientos públicos y privados.^{6,7} SFS creó una nueva estructura nacional de financiamiento de la salud con múltiples fuentes de financiación, incluidas las contribuciones de los empleadores y empleados basadas en el salario del sector formal, contribuciones voluntarias del sector informal y recursos del gobierno existentes de impuestos para ayudar a pagar a quienes viven en la pobreza.

Desde entonces, todos esos recursos se destinan a un único fondo supervisado por el Ministerio de Finanzas—la Tesorería de Seguridad Social (TSS). Para financiar servicios de salud, proveedores y costos relacionados, el TSS luego transfiere los pagos per cápita a SENASA y a la red de seguros privada. Mientras tanto, el MSP recibe fondos para apoyar el sistema de salud pública a través de una asignación presupuestaria directa del Ministerio de Finanzas—un grupo distinto de fondos.⁸

FIGURA 1: SISTEMA DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA⁹



Debido a que PF fue financiada principalmente por donantes, no se incluyó en este flujo de recursos antes de la graduación de USAID. Entre 1991 y 1997, el MSP se basó por completo en donaciones de anticonceptivos del UNFPA y las distribuyó gratuitamente a sus establecimientos, así como a lo que ahora es SENASA. Todos los métodos se proporcionaron sin costo alguno para los usuarios.¹⁰

Desde la graduación de USAID, la integración de la PF en el sistema central de financiamiento de la salud del país ha sido incompleta. Por ley, las mujeres y las niñas tienen derecho a métodos anticonceptivos gratuitos en los establecimientos públicos a través

de su cobertura de seguro público SENASA, pero ha habido informes de que algunos todavía pagan de su bolsillo.¹¹ El seguro subsidiado no cubre la PF y el seguro privado generalmente no cubre estos métodos tampoco, excepto la esterilización femenina. En algunos casos, las organizaciones sin ánimos de lucro, incluida *Profamilia*—una afiliada de la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental—y la organización local *Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM)* ofrecen métodos anticonceptivos de bajo costo en áreas con cobertura limitada del sector público. De otra manera, cualquier método no cubierto debe ser comprado por mujeres y niñas.

FINANCIAMIENTO DEL DONANTE

A principios de la década del 2000, USAID determinó el proceso por el cual los países de la región de LAC se retirarían gradualmente del apoyo crucial para los programas de PF/SR, conocido como graduación.^{12,13}

USAID había brindado asistencia de PF en la República Dominicana desde la década de 1960 y, en gran parte, proporcionó la mayoría de los fondos para insumos y programas durante más de 50 años.¹⁴ El UNFPA también proporcionó asistencia técnica en coordinación con USAID desde la década de 1970, además de métodos anticonceptivos entre 1991 y 1997.¹⁵

Según un funcionario de USAID que ayudó a administrar el proyecto, USAID llegó a financiar alrededor del 75% de todas las actividades de PF en el país. La agencia proporcionó métodos anticonceptivos directamente a sus socios implementadores—los fondos no fluyeron a través del presupuesto del gobierno.

Además, USAID apoyó y proporcionó asistencia técnica al MSP sobre estrategias de promoción de métodos anticonceptivos y desarrollo de capacidades institucionales. La agencia también financió directamente a organizaciones locales como *Profamilia*, *Mujeres en Desarrollo Dominicano* y ADOPLAFAM para actividades programáticas de PF/SR.¹⁶ El Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), creado con el apoyo de USAID, fue responsable de la adquisición de métodos anticonceptivos antes de la graduación de USAID.¹⁷ El organismo descentralizado era parte del MSP y adquirió el 85% de los anticonceptivos en el país hasta la graduación.

GRADUACIÓN DEL APOYO DE PF/SR DE USAID

Según USAID, el programa de PF de un país se considera como candidato para graduación cuando aplican las siguientes condiciones:

- La tasa global de fecundidad (TGF) es inferior a tres hijos por mujer;
- La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos es mayor al 55% entre las mujeres casadas en edad reproductiva;
- Al menos el 80% de la población puede acceder por lo menos a tres métodos de PF a una distancia razonable;
- USAID no subsidia más del 20% de los productos, servicios y programas de PF que se ofrecen en los sectores público y privado; y

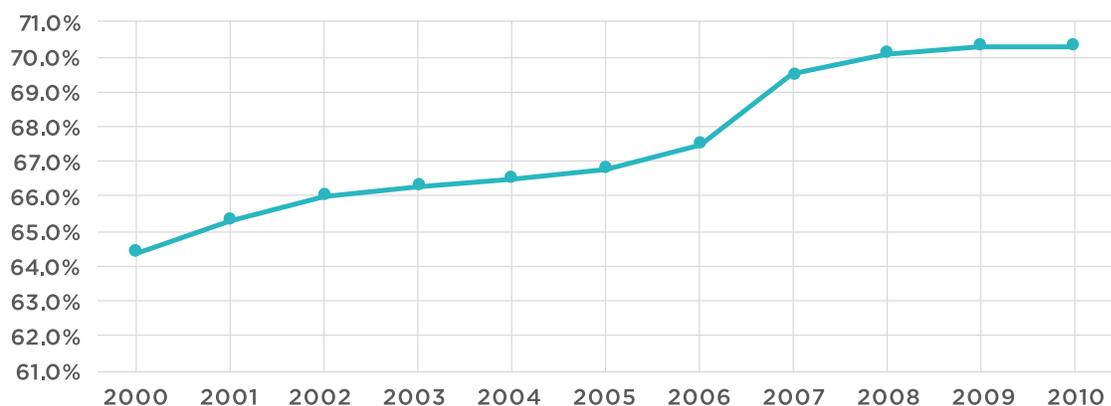
La República Dominicana se graduó de la asistencia de PF/SR de USAID en 2010.¹⁸

- Los principales proveedores de servicios, incluidos el sector público, el sector comercial privado y las ONG, cumplen y mantienen estándares de elección informada y calidad de atención.¹⁹

Sin embargo, según USAID, el logro de los primeros dos indicadores es lo que generalmente desencadena una evaluación de la preparación para la graduación.²⁰ En 2009, el año anterior a la graduación, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos fue del 71.1% entre las mujeres de 15 a 49 años y la TGF fue 2.6 nacimientos por mujer en la República Dominicana.^{21,22}

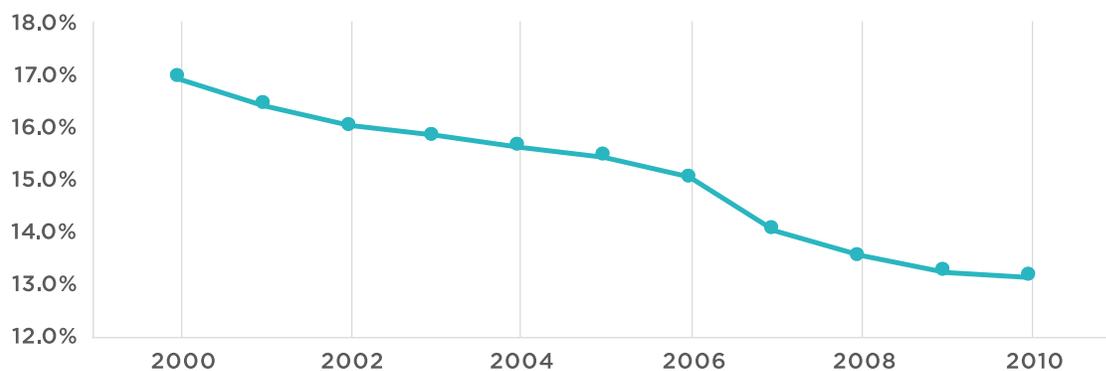
PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS

(% de mujeres de edades 15-49, estimación promedio)



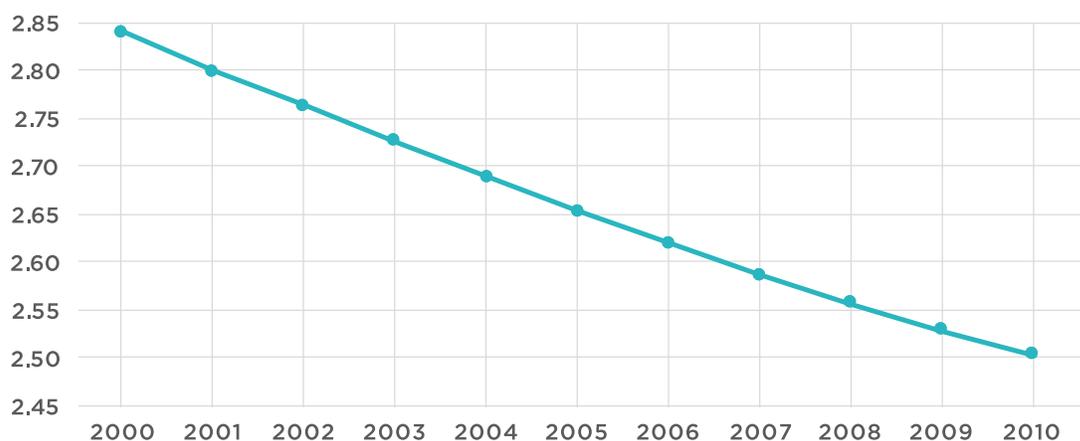
NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

(% de mujeres casadas o en unión entre edades 15-49, estimación promedio)



TGF

(partos por mujer)



FINANCIAMIENTO NACIONAL POST-GRADUACIÓN: NUEVOS ROLES Y PRESUPUESTOS DEL GOBIERNO

EL MSP ASSUME FUNCIONES DE COMPRA PARA PF

Como parte del proceso de graduación en 2007, el MSP estableció el comité DAIA mediante un decreto presidencial con el apoyo de USAID y UNFPA. El comité DAIA estaba destinado a ser la entidad líder, compuesto por contrapartes gubernamentales y de la sociedad civil, para garantizar la seguridad de los insumos anticonceptivos.^{23,24} Según un funcionario del MSP, gran parte del rol de DAIA en ese momento era proporcionar estimaciones de las necesidades financieras de PF para el gobierno y garantizar que el MSP recibiera una línea presupuestaria para la compra de insumos de anticonceptivos. Otro actor clave que ayudó a liderar el proceso agregó: “Empieza un proceso de abogacía para que el Ministerio asumiera la responsabilidad de la compra de insumos anticonceptivos”. Otro reforzó que el comité DAIA, como comité multisectorial, apoyó a la sociedad civil y a los expertos técnicos en el MSP liderando la incidencia política y proyección para la adquisición y distribución de anticonceptivos.

Como parte de la transferencia de responsabilidades, el MSP asumió la responsabilidad de asegurar la financiación para la compra de todos los insumos de PF, que se distribuirían de forma gratuita en los establecimientos públicos de todo el país.²⁵ La División de Salud Materna, Infantil y Adolescente (DIMIA) dentro del MSP sería el departamento específico que lidera el esfuerzo. Según un funcionario del UNFPA, el nuevo proceso comenzó en colaboración con el UNFPA, que ayudaría con la adquisición de métodos anticonceptivos y proporcionaría al MSP las proformas correspondientes. El MSP estaba entonces a cargo de comprar los anticonceptivos y distribuirlos. Según un funcionario de MSP, la cantidad de dinero para adquisiciones se estimó en la primera proforma, que determinó la cifra de asignación del presupuesto inicial de tesorería.

OBTENIENDO LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA PARA PF

Según un ex funcionario del MSP, el comité DAIA participó en importantes esfuerzos de incidencia política con líderes del MSP para asegurar la asignación del presupuesto, en medio de cierta resistencia. USAID también encargó de un proceso capacitación y sensibilización a los actores claves, como el Ministerio de Finanzas, lo cual “se les sensibilizó con relación a la importancia de la anticoncepción como una estrategia de desarrollo, de inversión para el desarrollo y que hay que invertir en las personas y esa era una manera y una estrategia para impactar indicadores de salud como la muerte materna o el embarazo”, según un ex funcionario de USAID. Gracias a estos esfuerzos, el MSP recibió la asignación presupuestaria para PF, bajo el presupuesto DIMIA.

En la actualidad, según un funcionario del MSP, DIMIA tiene asignados \$100 millones para actividades de salud de adolescentes, infantes y madres, incluidas PF/SR. Sin embargo, esa asignación presupuestaria no está asegurada. En años anteriores el Ministerio ha reasignado fondos del presupuesto de DIMIA a otros programas de salud. Un presupuesto total comparable para CONAPOFA bajo el apoyo de USAID no está disponible, ni los datos de USAID para PF/SR antes de la graduación. En 2009, el gobierno de los Estados Unidos comprometió \$15.4 millones a PF/SR, con USAID gastando un poco menos de esa cifra.²⁶

DE DÓNDE PROVIENEN LOS FONDOS NACIONALES PARA PF: PRESUPUESTO DEL GOBIERNO

Todas las entrevistas confirmaron que el UNFPA proporcionó el apoyo financiero inicial para PF al gobierno dominicano inmediatamente después de la graduación, aunque el período de tiempo oficial era incierto. Poco después, DIMIA asumió la responsabilidad de adquisición para PF con su nueva asignación presupuestaria en el presupuesto del MSP directamente del presupuesto global del gobierno, también conocido como tesorería. Los entrevistados recalcaron que el presupuesto provenía solo de la tesorería y no estaban al tanto de ningún ingreso adicional destinado al fondo de tesorería para proporcionar o compensar el costo de la nueva línea presupuestaria, que, según un funcionario del MSP, era de poco más de \$2 millones. Esto es significativo, porque pudieron haber existido otras concesiones que el gobierno tuvo que hacer

al asumir el costo de los programas de planificación familiar. Esto también significa, en última instancia, que el gobierno pagó la PF de los fondos de tesorería general después de la graduación, sin contribuciones de ingresos adicionales a ese fondo, o contribuciones de otras posibles fuentes de financiación como SENASA, impuestos adicionales u otras asignaciones.

Con la nueva estructura de financiación de PF, el MSP compra y proporciona aproximadamente el 70% de insumos que se destina al sector público y el sector privado financia el 30% restante para sus respectivas redes y establecimientos.²⁷ MSP compra insumos de PF para el sector público desde su asignación de presupuesto, proporciona insumos al SNS en centros de primer nivel y hospitales que sirven tanto al régimen subsidiado como al cubierto por SENASA.

DE DÓNDE NO PROVIENEN LOS FONDOS: EL ESQUEMA DE SEGUROS PÚBLICOS

Una parte central de la estrategia de graduación de USAID consistió en desarrollar acuerdos para la contribución de SENASA en la adquisición de insumos de PF. Según estos acuerdos, SENASA reembolsaría al MSP para los anticonceptivos proporcionados.²⁸ Según los actores claves entrevistados, eso no sucedió.

Debido a que el Ministerio compra métodos anticonceptivos y los proporciona a los establecimientos públicos, la PF está cubierta de forma gratuita para los y las usuarios a través de SENASA y el seguro de salud subsidiado para quienes viven en la pobreza.²⁹ De esta manera, SENASA no compra insumos anticonceptivos con sus propios fondos porque los recibe por donación del MSP, y tampoco ha llegado a un acuerdo de reembolso.³⁰ Según un funcionario del MSP, debido a que SENASA no compra métodos anticonceptivos, “el asegurador se beneficia de esto porque no invierte en ellos”.

Del mismo modo, las aseguradoras privadas tampoco incluyen la PF en su cobertura, aparte de la esterilización femenina.³¹

Como resultado, según un ex funcionario del MSP,

“Muchas de esas usuarias van al sistema público, se abastecen y como la cotización, el SENASA no tienen el sistema de demanda, el servicio, el registro para demandar de SENASA que le pague per cápita esos insumos, no tenemos y eso es una debilidad. Tú vas, con tu asegurada del SENASA y tú vas a sistema público, es gratuito, es gratuidad en la entrega de los métodos, te entregan esos métodos a pesar de que tú cuentas con un seguro. El servicio no tiene un sistema fortalecido capaz de juzgarle al SENASA por ese insumo. Sigue siendo gratis [...] y el estado lo sigue asumiendo en su totalidad [...] Esas son de las cosas que entendemos que hay que fortalecer”.

Esto pone una carga significativa en el presupuesto del MSP para proporcionar la mayor parte del suministro de PF del país cuando podría haber contribuciones financieras adicionales.

DESAFÍOS DE LA ASIGNACIÓN DEL PRESUPUESTO PARA PF/SR

Desde su graduación, la asignación presupuestaria de DIMIA para la compra de insumos de PF y la provisión de programación de SR se agrega como una sola línea presupuestaria. Esto presenta un desafío importante porque después de que DIMIA compra métodos anticonceptivos, queda poco para apoyar las actividades programáticas de PF/SR.

Un funcionario del MSP explicó,

“Si tú le restas a toda la salud sexual y reproductiva, es decir, lactancia materna, cáncer de mama, cáncer de cérvix, crecimiento y desarrollo, violencia de niñas, niños y adolescentes, embarazo en adolescentes, mortalidad materna, mortalidad infantil, y si tú le restas, no se puede, es decir el presupuesto no da para hacer todas las acciones programáticas de eso [...] Entonces aquí hay una dicotomía, entre yo quiero aumentar el monto porque lo necesito, porque el país necesita mucho mayores montos en métodos anticonceptivos, pero tampoco quiero quedarme sin presupuesto para las acciones que...no da para las acciones programáticas de Materno-Infantil”.

Esta idea subraya las concesiones inherentes debido al presupuesto limitado:

“Eso significa que, por ejemplo, si tú quieres reducir la mortalidad neonatal porque es realmente alta, tienes que reducir el fondo para métodos anticonceptivos”.

Antes de la graduación, USAID apoyó las actividades programáticas enumeradas anteriormente, incluyendo capacitación comunitaria y el desarrollo de materiales educativos. Sin embargo, dados los desafíos presupuestarios, DIMIA no ha podido llenar esos vacíos.

Además, el presupuesto de PF dentro de DIMIA no está asignado, lo que significa, según un funcionario

actual del MSP, que partes del presupuesto pueden ser reasignados, incluso fuera de DIMIA.

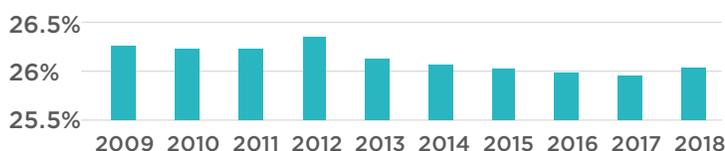
Otro desafío restante se relaciona con la proforma original en el convenio entre el UNFPA y el estado dominicano. El convenio de adquisición original entre el MSP y UNFPA incluía una proforma con una estimación de necesidades de insumos anticonceptivos y el precio correspondiente que se codificó en el contrato del gobierno. Esta inclusión estática obstaculiza la capacidad de DIMIA de asegurar un aumento de presupuesto acorde con las necesidades de la población.

Como lo explicó un ex funcionario del MSP,

“En el convenio que se firmó con el Fondo de Población de Naciones Unidas, la proforma que utilizamos, que es el instrumento que dice las cantidades que se van a pedir, a comprar, el presupuesto o el dinero que se necesita para eso, en el documento que se le anexó a esa firma de convenio, de intermediario de compra, entre el Estado Dominicano y los productos de insumos a través del UNFPA se le agregó la proforma de ese momento, y esa proforma decía por ejemplo cuatro millones de dólares o diez millones de pesos. Cuando uno ha querido incrementar el presupuesto, ellos [Finanzas] lo basan en la misma proforma. No hay manera de que entiendan, y en eso estamos, de que estas cantidades pueden variar, que un momento puede ser más y en otro menos, porque va a depender de la demanda”.

Esta significa que los insumos de PF se adquieren y compran en función del consumo histórico y no en función de las necesidades actuales. Para rectificar esto, DIMIA está trabajando actualmente en un sistema para pronosticar la demanda en función de la necesidad.

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (15-49) EN LA REPÚBLICA DOMINICANA
(% de población total)



La forma en que el gobierno dominicano financió la PF después de la graduación y movilizó fuentes nacionales de financiamiento para compensar la pérdida de fondos de los donantes genera preocupaciones sobre la sostenibilidad, así como de la capacidad del gobierno para responder suficientemente a las necesidades de PF de las mujeres y las niñas.

Muchos de los arreglos de financiamiento después de la graduación de USAID en 2010 son los mismos hoy y los desafíos relacionados afectan la situación actual. El arreglo de financiamiento interno para la PF posterior a la graduación amenaza el financiamiento sostenible debido a la forma en que el financiamiento proviene

únicamente de la tesorería general del gobierno, la falta de fuentes de ingresos adicionales, y la asignación del presupuesto compartido de PF/SR, así como la velocidad de transición de roles y responsabilidades y la creación de un nuevo sistema de financiación de PF que no existía anteriormente.

EL FINANCIAMIENTO NACIONAL PARA LA PF PODRÍA HABER VENIDO DE MÚLTIPLES FUENTES

Después de la graduación, el gobierno solo financió PF a través de fondos de tesorería al crear una nueva asignación presupuestaria para PF, que no es suficiente ni sostenible, especialmente porque el gobierno no generó ingresos adicionales para cubrir la nueva línea presupuestaria.

Existen posibles fuentes de ingresos adicionales para la PF, como el financiamiento extraído de impuestos o los fondos asignados de SENASA a través de TSS. La ausencia de esta última fuente fue un fracaso por parte del proceso de graduación porque se suponía que habría un acuerdo de reembolso entre MSP y SENASA para toda la PF adquirida en nombre de la aseguradora pública. Dado que SENASA cubre a casi un tercio de la población de la República Dominicana, el financiamiento de SENASA proporcionaría una contribución significativa a los productos y programas de PF y ayudaría al MSP a atender mejor las necesidades

de las mujeres y las niñas en el sector público.

El MSP es responsable de cubrir la mayoría de las necesidades de salud del país, ya que solo el 29% de la población tiene seguro privado. Sin embargo, incluso algunas personas cubiertas por seguros privados utilizan recursos del sector público para obtener anticoncepción gratuita. Como tal, omitir las contribuciones de SENASA para ayudar a pagar los insumos de PF es una oportunidad perdida. Además, refuerza las consecuencias negativas de que el gobierno tenga que retirar fondos de la reserva general de recursos sin generar financiamiento adicional para compensar la diferencia anteriormente financiada por USAID. Este contexto muestra por qué fue único, pero también problemático para el gobierno dominicano compensar la pérdida de fondos de cooperación bilateral al depender solo del presupuesto global.

UNA SOLA LÍNEA PRESUPUESTAL DEL MSP PARA PF/SR NO CUBRE LAS NECESIDADES DE PF NI SR

Como lo señalaron los funcionarios del MSP, los insumos de PF comparten la misma asignación presupuestaria que los programas de SR, lo cual es un problema importante. Si bien la cantidad asignada para los insumos de PF ya es insuficiente, el proceso de toma de decisiones del MSP implica concesiones entre los insumos de PF y la programación de actividades de SR, que son complementarias para atender al espectro de mujeres y niñas en cumplimiento de

su SDSR. En cambio, la priorización de los insumos en vez de las actividades programáticas debido a restricciones presupuestarias pone a las dos facetas en competencia y ambas sufren a costa de la otra. Peor aún, la asignación presupuestaria general no ha aumentado con los años. Más importante aún, la asignación es insuficiente, en gran parte porque no se destinan suficientes ingresos al financiamiento de PF.

LA PLANIFICACIÓN ADECUADA ES CRÍTICA PARA ASUMIR NUEVOS ROLES FINANCIEROS Y FLUJOS DE INGRESOS

Si bien las perspectivas difieren entre USAID y los funcionarios del gobierno sobre el ritmo de graduación, está claro que, en retrospectiva, no había una planificación suficiente en torno al desarrollo de sistemas, roles y estructuras de financiación donde nunca antes había existido. Además, algunos involucrados en el proceso de transición consideraron que no hubo una transición adecuada de la capacidad técnica o los mecanismos apropiados establecidos para que el gobierno asumiera su nueva función financiera. Un funcionario involucrado en la logística dijo: “El país realmente no hizo una transición”.

Se necesita tiempo y una planificación cuidadosa para establecer sistemas adicionales de generación de recursos internos antes de asumir la responsabilidad de financiamiento principal. Si los países no adecuadamente toman en cuenta el tiempo, la capacidad técnica y la coordinación necesaria para asumir las nuevas estructuras financieras y los roles y responsabilidades correspondientes para hacerse cargo de la financiación de la PF, pueden estar mal equipados y pueden afectar la sostenibilidad a largo plazo, así como el acceso de las mujeres y las niñas a los insumos y servicios de PF/SR y a sus derechos sexuales y reproductivos.



“ESTE CONTEXTO MUESTRA POR QUÉ FUE ÚNICO, PERO TAMBIÉN PROBLEMÁTICO PARA EL GOBIERNO DOMINICANO COMPENSAR LA PÉRDIDA DE FONDOS DE LOS DONANTES AL DEPENDER SOLO DEL PRESUPUESTO GLOBAL”.

METODOLOGÍA

El propósito del estudio de caso no era evaluar el impacto o el ritmo de la graduación del apoyo de PF/SR de USAID, sino más bien descubrir cómo el gobierno dominicano financió los insumos de PF después de la pérdida del apoyo de los donantes.

Los datos se obtuvieron de múltiples fuentes, las más destacadas fueron entrevistas en profundidad, semiestructuradas con participantes clave, con datos de apoyo de documentos oficiales del gobierno. Los participantes fueron seleccionados a propósito en base a una estrategia de muestreo intencional, rica en información con la máxima variación. En consecuencia, los informantes clave para este estudio fueron representativos de los siguientes grupos: funcionarios del MSP, miembros del UNFPA, DAIA, partes interesadas de USAID y OSC.

Se realizaron un total de siete entrevistas a fondo a informantes clave, cada una de las cuales duró aproximadamente una hora. Cada participante tuvo un rol único en el proceso de graduación de PF/SR de USAID y en el ámbito de la financiación de PF. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes del estudio antes de la recopilación de datos y, tanto el personal de PAI como los participantes, conservaron copias del formulario de consentimiento informado firmado en español e inglés

Todas las entrevistas se guiaron por un protocolo de entrevista y se realizaron, grabaron y transcribieron en español y luego se tradujeron al inglés para garantizar su precisión. Luego, las investigadoras de PAI leyeron y limpiaron los datos revisando todas las transcripciones y corrigiendo los errores de traducción. Todas las transcripciones de las entrevistas se importaron al software de análisis de datos MAXQDA para su codificación. Las transcripciones se codificaron y analizaron de esta manera para proporcionar un registro de análisis, mantener una revisión sistemática de patrones y permitir la posibilidad de que otros revisen y reproduzcan el trabajo. En este proceso, la investigadora codificó las transcripciones y los códigos agrupados principalmente con métodos de codificación estructural, además de codificación In Vivo y simultánea. Todas las técnicas y métodos de recolección de datos fueron estandarizados en un proceso sistemático para asegurar el rigor de la información obtenida.

Este estudio de caso emplea una metodología inductiva y cualitativa para:

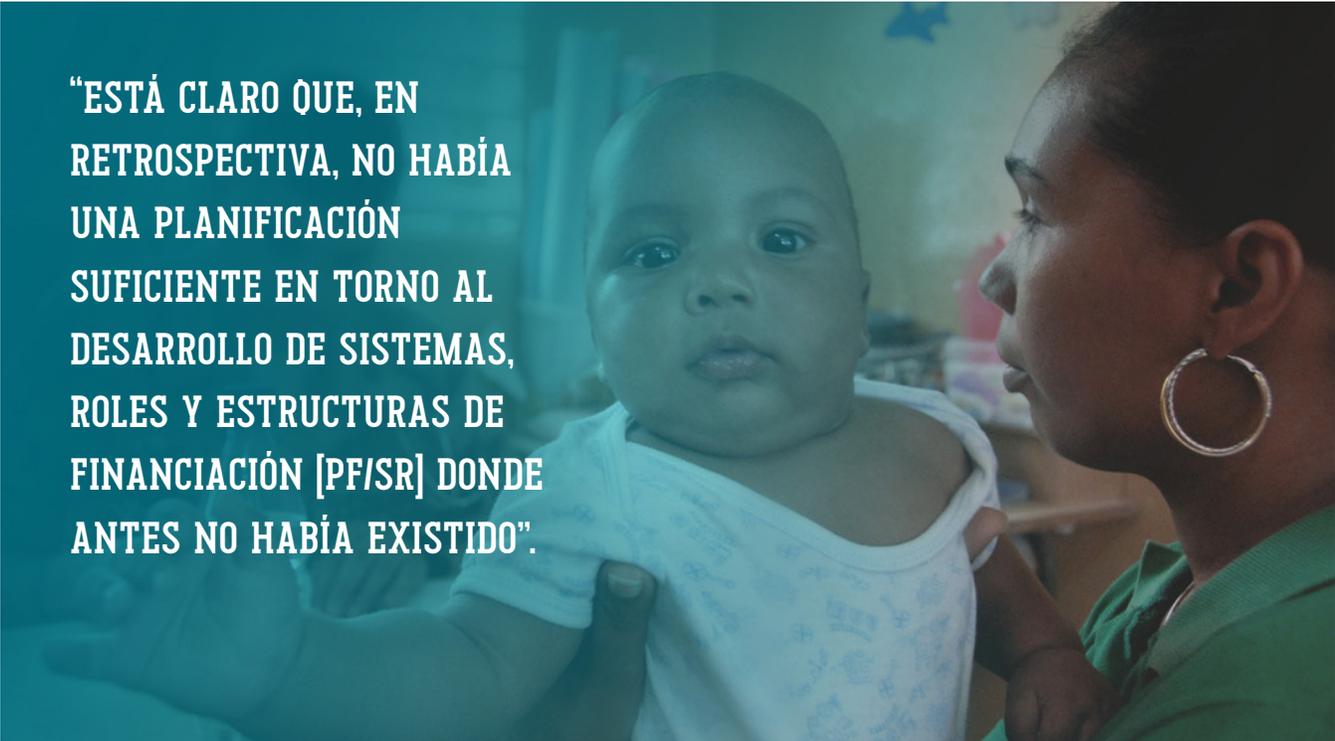
- Comprender cómo el gobierno dominicano financió la PF antes y después del retiro de un importante apoyo de donantes;
- Entender si el gobierno movilizó y cómo movilizó fuentes nacionales de financiamiento para cubrir la pérdida de fondos de donantes; y
- Comprender la preparación financiera para asumir nuevas responsabilidades financieras durante el proceso de graduación.

LIMITACIONES

Los resultados de este estudio deben considerarse con dos limitaciones. Primero, los datos históricos relacionados con el financiamiento de PF/SR no están disponibles públicamente e impactan el análisis de los cambios en las asignaciones presupuestarias antes y después de la graduación. Específicamente, el UNFPA no tiene datos disponibles sobre donaciones de métodos anticonceptivos antes de 1997, que es cuando la agencia comenzó a eliminar gradualmente su apoyo a los insumos en la República Dominicana. Los datos disponibles del UNFPA informan que la República Dominicana recibió \$1.48 millones en 1997 para programas y anticoncepción, pero esta cifra no está desglosada, lo que dificulta la comparación de los gastos anticonceptivos directos antes y después del financiamiento de los donantes. Datos similares de años más recientes son inconsistentes. Por ejemplo, un análisis del UNFPA en 2000 informa que la República Dominicana recibió solo \$258,568 en apoyo de insumos ese mismo año, pero la cantidad recibida desde entonces no está disponible ni hay algún indicio de

que el financiamiento del UNFPA para el país terminara por completo. En términos de financiamiento general de PF/SR, el gobierno de EE.UU. tiene datos generales sobre el dinero comprometido y gastado por USAID en el país solo para 2009, lo que limita una comparación detallada de los cambios en el financiamiento en los años previos a la graduación. La ausencia de datos disponibles al público probablemente esté relacionada con la transferencia del programa PF/SR desde CONAPOFA al MSP, apoyado por USAID, durante el período de graduación.

Este estudio no es un estudio de impacto o una evaluación de la graduación de USAID en la República Dominicana; más bien, está destinado a proporcionar información sobre el proceso a través del cual el gobierno dominicano y los socios clave se sometieron al período previo y posterior a la transición del financiamiento principalmente de donantes a financiamiento interno nacional para insumos y servicios de PF, así como para dar lecciones para el futuro.



“ESTÁ CLARO QUE, EN RETROSPECTIVA, NO HABÍA UNA PLANIFICACIÓN SUFICIENTE EN TORNO AL DESARROLLO DE SISTEMAS, ROLES Y ESTRUCTURAS DE FINANCIACIÓN [PF/SR] DONDE ANTES NO HABÍA EXISTIDO”.

CONCLUSIÓN

La movilización de recursos internos como la fuente principal de financiamiento de PF/SR es un cambio importante para muchos gobiernos y, como lo indica el caso de República Dominicana, requiere un nuevo modelo financiero con sistemas de apoyo y capacidad técnica.

Los mecanismos inadecuados para desarrollar ingresos adicionales para compensar la disminución de la asistencia de los donantes pueden conducir a concesiones críticas en la programación y amenazar la sostenibilidad del financiamiento de PF. Para mitigar estas concesiones, el proceso de preparación para la transición de la financiación de donantes a la financiación nacional debe permitir suficiente tiempo para crear un plan de financiamiento alternativo, así como establecer y garantizar que los mecanismos para generar ingresos funcionen antes de eliminar las contribuciones de los donantes. Este plan de financiamiento debe identificar las necesidades programáticas reales y proyectadas durante el período de transición, incluidos los insumos de PF y utilizar todas las posibles fuentes de ingresos, como los fondos asignados de impuestos.

En la República Dominicana, el hecho de no utilizar los fondos de seguridad social para la PF ha puesto una carga desproporcionada en el MSP, así como un

presupuesto total limitado de PF/SR y su capacidad para aumentar la disponibilidad de anticonceptivos en línea con la creciente demanda. Además de los mecanismos de financiamiento apropiados, los principales donantes, como USAID, deben asignar suficiente tiempo para la transición de capacidades, roles y responsabilidades a los gobiernos de los países. Consolidar y transferir más de 50 años de estructuras programáticas y experiencia técnica en un período de tres años es complejo y, en la República Dominicana, fu necesario un proceso de planificación más sólido y quizás más largo para garantizar una transición completa a la apropiación nacional del programa de PF. A medida que los países del este de África y sur de Asia se acercan a las condiciones para la graduación, es fundamental comprender los problemas para desarrollar la capacidad de los gobiernos de estos países para el financiamiento interno a fin de facilitar una transición sin problemas hacia el manejo nacional.

NOTAS FINALES

- 1 Chaudhry, R. G., Perkins, S., Armstrong, L. T., & Patel, B. (2012). *Graduation and Phase-Out in the Health Sector: What Have We Learned?* United States Agency for International Development. Sacado de from https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PBAAA917.pdf
- 2 World Bank. (2019). World Bank Development Indicators, Dominican Republic.
- 3 Rathe, M. (2018). *Dominican Republic: Implementing a Health Protection System that Leaves No One Behind*. World Bank. Sacado de <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/29182>
- 4 Fagan, T., Dutta, A., Rosen, J., Olivetti, A., & Klein, K. (2017). Family Planning in the Context of Latin Americas Universal Health Coverage Agenda. *Global Health: Science and Practice*, 5(3), 382-398. doi: 10.9745/ghsp-d-17-00057
- 5 Rathe, M. (2018). *Dominican Republic: Implementing a Health Protection System that Leaves No One Behind*. World Bank. Sacado de <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/29182>
- 6 Ley No. 87-01 que crea el El Sistema Dominicano de Seguridad Social, Congreso Nacional (2001).
- 7 Ibid.
- 8 Rathe, M. (2018). *Dominican Republic: Implementing a Health Protection System that Leaves No One Behind*. World Bank. Sacado de <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/29182>
- 9 Rathe, M. & Moliné, A. (2011). The Health System of the Dominican Republic. *Salud Publica de Mexico*, 53 (2), 255-264.
- 10 Mamlouk, M. E., Ravenholt, B. B., Schrier, D. A., & Vásquez, F. E. (2004). *United States Agency for International Development Reproductive Health/Family Planning NGO Program Strategy Evaluation: Dominican Republic*. Initiatives Inc. Sacado de <http://www.oecd.org/countries/dominicanrepublic/35829163.pdf>
- 11 Santiso-Gálvez, R. M., Ward, V. M., & Bertrand, J. M. (2015). *Family Planning in Dominican Republic: The Achievements of 50 Years*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation.
- 12 Apter, F., Glassman, A., Madan Keller, J., Kates, J., Moss, K., & Wexler, A. (2018). *The USG International Family Planning Landscape: Defining Approaches to Address Uncertainties in Funding and Programming*. Center for Global Development. Sacado de <http://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-The-USG-International-Family-Planning-Landscape-Defining-Approaches-to-Address-Uncertainties-in-Funding-and-Programming>
- 13 Cromer, C., Pandit, T., Robertson, J., & Niewijk, A. (2004). *The Family Planning Graduation Experience: Lessons for the Future*. The Population Technical Assistance Project. Sacado de http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/toolkit/B_Advocacy_for_RHS/The_FP_Graduation_Experience-Lessons_for_Future.pdf
- 14 United States Agency for International Development. (2016). *USAID's Partnership with the Dominican Republic Advances Family Planning*. United States Agency for International Development. Sacado de <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/Dominican-Republic-508.pdf>
- 15 Mamlouk, M. E., Ravenholt, B. B., Schrier, D. A., & Vásquez, F. E. (2004). *United States Agency for International Development Reproductive Health/Family Planning NGO Program Strategy Evaluation: Dominican Republic*. Initiatives Inc. Sacado de <http://www.oecd.org/countries/dominicanrepublic/35829163.pdf>
- 16 United States Agency for International Development. (2016). *USAID's Partnership with the Dominican Republic Advances Family Planning*. United States Agency for International Development. Sacado de <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/Dominican-Republic-508.pdf>
- 17 Chaudhry, R. G., Perkins, S., Armstrong, L. T., & Patel, B. (2012). *Graduation and Phase-Out in the Health Sector: What Have We Learned?* United States Agency for International Development. Sacado de https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PBAAA917.pdf
- 18 Ibid.
- 19 Ibid.
- 20 Ibid.
- 21 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2018). World Contraceptive Use 2018.
- 22 World Bank. (2019). World Bank Development Indicators, Dominican Republic.
- 23 Decreto No. 326-07, Presidencia de la Republica. (2007).

- 24 Simán Betancourt, V. (2007). *Los Comités para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos: Su Aporte en América Latina y el Caribe*. United States Agency for International Development. Sacado de http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/447_1_CS_Committees_Their_Role_in_Latin_America_Spanish_FINAL_acc.pdf
- 25 Santiso-Gálvez, R. M., Ward, V. M., & Bertrand, J. M. (2015). *Family Planning in Dominican Republic: The Achievements of 50 Years*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation.
- 26 Department of State, & United States Agency for International Development. (2019). ForeignAssistance.gov.
- 27 Scanlon, G. (2018, September). *Primer Encuentro Regional de Acceso-PAI*. Bogota.
- 28 Chaudhry, R. G., Perkins, S., Armstrong, L. T., & Patel, B. (2012). *Graduation and Phase-Out in the Health Sector: What Have We Learned?* United States Agency for International Development. Sacado de https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PBAAA917.pdf
- 29 Fagan, T., Dutta, A., Rosen, J., Olivetti, A., & Klein, K. (2017). Family Planning in the Context of Latin Americas Universal Health Coverage Agenda. *Global Health: Science and Practice*, 5(3), 382-398. doi: 10.9745/ghsp-d-17-00057
- 30 Health Policy Plus (HP+). (2016). *Financing Family Planning: Dominican Republic*. Health Policy Plus (HP+). Sacado de http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/2068-2116_HPSFIBriefDominicanRepublicEnglish.pdf
- 31 Rathe, M. (2018). *Dominican Republic: Implementing a Health Protection System that Leaves No One Behind*. World Bank. Sacado de <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/29182>

PAI

1300 19th St NW, Suite 200
Washington, DC 20036-1624 USA
(202) 557-3400
www.pai.org
info@pai.org

DISEÑO DE LA PUBLICACION Y SU PRODUCCION

Andres de la Roche, ADELAROCHE DESIGNS

AUTORES

Este informe fue escrito por Lethia Bernard, Gerente Principal del Proyecto en PAI. La investigación se realizó por Lethia Bernard con el apoyo de Maria Hernandez, Oficial de Abogacía Internacional, y Shilpa Kothari, Gerente de Proyectos de Latinoamérica y el Caribe en PAI. Los socios dominicanos de PAI, el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y GIS Grupo Consulto, prestó apoyo técnico para la investigación y la revisión del informe.



PAI
pai.org