

**SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL:
PERSPECTIVAS PARA EL NUEVO GOBIERNO**

Tirsis Quezada*

Introducción

El gobierno que asume el próximo 16 de agosto recibe un país inmerso en una gran crisis fiscal, que ha afectado la calidad y condiciones de vida de la población, particularmente los mas desposeídos, y cuya solución pasa por una reforma fiscal que incluye decisiones difíciles, que afectarán aún más determinados sectores, en la medida que se decidan nuevos gravámenes, y se restrinja el gasto público para hacer frente a la situación. A su vez, la población ha colocado en el cambio gubernamental grandes expectativas, que de no cumplirse pueden afectar seriamente la gobernabilidad democrática.

En ese contexto, la política social que ejecuten las nuevas autoridades cobra vital importancia, ya que debe jugar exitosamente un doble rol: en lo *inmediato*, contribuir a disminuir el im-

* Profesional de la salud. Directora del Instituto Dominicano para el Desarrollo Social (IDESARROLLO), y asesora nacional del programa de reforzamiento del sistema de salud - Unión Europea.

ESTUDIOS SOCIALES 135

pacto de la crisis y sus medidas de ajuste correspondientes, a la vez que crea para el *mediano y largo plazos* las condiciones para la superación de la actual situación. Esto se traduce en la necesidad de combinar acciones de impacto de corto plazo, con políticas dirigidas a lograr la sostenibilidad de dicho impacto, mediante el acceso al empleo de calidad, la distribución del ingreso y riqueza. Estas políticas de mediano y largo plazo, deben garantizar igualdad de oportunidades, rectificar las fallas de los mercados y dar sostenibilidad al crecimiento económico que se busca recuperar. Este último (el crecimiento económico) ha demostrado que en si mismo es una condición necesaria pero no suficiente para saldar la deuda social acumulada, y se requiere del aumento de las capacidades humanas como un medio para alcanzar el desarrollo humano a la vez que el bienestar".¹

Sin embargo, la creación de empleos productivos no es suficiente, si no se cuenta con las condiciones que permitan a los ciudadanos y ciudadanas acceder a dichos empleos, mediante capacidades, destrezas y conocimientos que provean *la educación sostenida*, y *con una situación de salud* que permita una inserción laboral saludable y los mecanismos de protección correspondientes en la vejez y discapacidad; así, la política social no puede ser vista como subsidiaria de la política económica, sino como condición para lograr el desarrollo sostenido.

La salud, como componente esencial de la política social tiene una gran responsabilidad en este esfuerzo, y presenta retos y oportunidades al gobierno entrante que de ser respondidos de forma satisfactoria pueden contribuir notablemente con alternativas a la crisis del país, y de no tomarse las medidas, pueden convertirse en factor de profundización de la misma. La cara visible del problema la constituye el deterioro de los hospitales públicos, pero por debajo subyacen débiles acciones de promoción y prevención expresadas entre otras en la alta incidencia de enferme-

1 PNUD, *Objetivos de desarrollo del milenio: Informe de avance de la República Dominicana, 2003.*

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

dades transmisibles e inmunoprevenibles, así como las enormes dificultades de la población para acceder a servicios de calidad y medicamentos oportunos cuyo costo grava severamente el bolsillo de las familias.

La solución del problema requiere decisiones políticas que superen el enfoque de beneficencia y lo sustituyan por un abordaje sustentado en el enfoque de derechos. Esto significa un cambio cualitativo en las relaciones entre los beneficiarios y el estado y, seguramente, en el contenido y en la forma de aplicación de las políticas públicas sociales. Ellas deben ser el centro del esfuerzo nacional de desarrollo como herramientas de construcción de ciudadanía y capital social.

Primer reto:

Las políticas públicas sociales, entre ellas la de salud, deben constituir el centro del esfuerzo nacional de desarrollo, como herramienta de desarrollo humano, construcción de ciudadanía y capital social.

1. Viabilidad de las políticas sociales en la gestión democrática

Por otra parte, estas políticas sociales, requieren para su viabilidad y continuidad, un acuerdo social que recomponga la gobernabilidad del país en el corto plazo y garantice la continuidad de las políticas sociales que se decidan para el mediano y largo plazos.

Para ello requerimos un acuerdo político que forme parte de las acciones de un esfuerzo de integración nacional, que organice las prioridades y dé forma participativa, y establezca una ruta crítica de compromiso para la ejecución de dichas prioridades. Esta ruta crítica sería monitoreada por organizaciones sociales diversas que rendirían cuenta a la población a lo largo del tiempo estimado para su ejecución.

ESTUDIOS SOCIALES 135

Segundo Reto:

Para colocar las políticas sociales en el centro del desarrollo nacional es necesario un acuerdo político que defina la visión conjunta de cuales serán las prioridades sociales asumidas por los dominicanos y dominicanas, hacia donde las queremos dirigir, y cuales serán nuestros compromisos. Es decir, definir una política social de estado. La salud entonces debe salir de la agenda de los partidos y pasar a la agenda del país, garantizando los bienes públicos esenciales para la población independiente de quien gobierne.

El contexto de las políticas sociales: las reformas

La puesta en marcha de las políticas sociales requiere también transformaciones sustanciales en la forma como son ejecutadas en la actualidad, dando paso a reformas importantes en el sector social, que coadyuven la ejecución de las mismas con enfoque de equidad, en una perspectiva de derechos.

En tal sentido, es importante tener en cuenta que en los últimos años ha aumentado la percepción de que las llamadas reformas de primera generación, auspiciadas por el Consenso de Washington, colocaron un excesivo acento en el achicamiento del estado y en crear las condiciones para la promoción del sector privado, descuidando una de las funciones más importante del estado en las democracias: la de garantizar a la ciudadanía el derecho a la alimentación, la salud, la educación y un ambiente que propicie la inclusión social. Tal y como señala el PNUD en “La Democracia en América Latina”², la mayor carencia democrática de la región radica en la denominada “ciudadanía social”. Hay sectores que sostienen que el gran déficit de gobernabilidad que enfrentan las democracias latinoamericanas está directamente

2 PNUD, 2004. *La Democracia en América Latina* (<http://democracia.undp.org>).

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

vinculado a la forma en que América Latina aplicó el Consenso de Washington.

En la actualidad se habla de la necesidad de otra generación de reformas, que promuevan un tipo de políticas públicas que respondan más a las demandas y necesidades de los ciudadanos y que logren una mejor adecuación de las instituciones públicas con los cambios políticos, económicos y sociales, además de que fortalezcan la arquitectura institucional promoviendo la gobernabilidad democrática. Al mismo tiempo se habla de estimular a los gobiernos para que incorporen la participación, la efectividad, la eficacia, la equidad y la 'accountability' (responsabilidad y rendición de cuentas) en los diseños y la ejecución de las políticas públicas.³

Es importante destacar que ésta es una mirada compartida, que va cobrando fuerza tanto a nivel nacional como internacional. Sobre el particular, Miguel Ceara Hatton, presenta cómo el referido informe *La Democracia en América Latina* publicado por el PNUD hace una interesante reflexión sobre los resultados de las reformas inspiradas en el Consenso de Washington (neoliberales) y ejecutadas en la década de los ochenta y noventa, y que resumimos a continuación:

"Durante los ochenta, en América Latina se ejecutó una política de ajuste (reducción de la demanda agregada) para generar un excedente de divisas que pagara la deuda externa, por lo que fue denominada la "década perdida" (caída del PIB, aumento del desempleo, aumento de la pobreza, deterioro de la distribución del ingreso, entre otros).

Posteriormente se ejecutaron un conjunto de reformas que deberían haber reencauzado a la América Latina en la senda del

3 Castellanos, Pedro. "Reflexiones sobre políticas públicas de protección social, derechos humanos y participación social en el estado democrático contemporáneo en América Latina". Borrador de trabajo preliminar presentado en ciclo de reuniones IDEDESARROLLO- PROISS. Junio 2004.

ESTUDIOS SOCIALES 135

crecimiento. Estas reformas de inspiración neoliberal fueron agrupadas en 1989, bajo el "Consenso de Washington".

Se esperaba que el bienestar de las personas, objetivo final de la política económica, se lograría mediante las reformas de mercado, tales como: la liberalización comercial, las privatizaciones, la supresión de barreras a la inversión extranjera, la liberalización financiera, las desregulaciones, las garantías sobre el derecho de propiedad, y otras más; las cuales conducirían al crecimiento del producto interno bruto, al aumento de las exportaciones, a la reducción de la pobreza y al aumento de la equidad, entre otros resultados esperados.

Al cabo de 20 años de ejecución de esta estrategia en algunos países, y de 15 y 10 años en otros, se puede pasar balance del éxito o fracaso alcanzado. En efecto, el Informe de "La Democracia en América Latina", sin pretender ser exhaustivo ni buscar causalidades nos señala:

1. Ha habido un gran avance en las reformas de mercado en América Latina...

2. En América Latina se reconoce hoy el derecho al voto universal, sin restricción alguna de peso significativo. "...

3. El promedio regional del PBI per cápita no varió de manera significativa en los últimos veinte años. ⁴...

4. Los niveles de pobreza experimentaron una leve disminución en términos relativos...

En términos absolutos, el número de habitantes que se situaba por debajo de la línea de pobreza aumentó. En el año

4 "En 1980, mientras el índice de reforma económica era de 0.55, el PBI per cápita era U\$S 3,739 a valores constantes de 1995. Veinte años más tarde, en el año 2000, habiéndose avanzado considerablemente en la aplicación de las reformas, el índice era de 0.83, el PBI per cápita llegaba a U\$S 3,952, un avance casi irrelevante".

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

1990, 190 millones de latinoamericanos eran pobres. En el año 2001, cuando la población era de 496 millones de habitantes, la cantidad de pobres ascendía a 209 millones...

5. No se redujeron los niveles de desigualdad. La región posee los niveles de desigualdad más altos del mundo en la distribución del ingreso...

6. Durante los últimos quince años, la situación laboral ha desmejorado en casi toda la región...

*En resumen [concluye Ceara Hatton] durante los ochenta y noventa se ejecutaron amplias reformas de mercado inspiradas en el Consenso de Washington y en la doctrina neoliberal, algunas de ellas necesarias, pero que en conjunto han tenido resultados dudosos. Durante esas dos décadas, mejoró la democracia electoral pero el producto interno bruto casi no creció, aunque sí aumentó la pobreza relativa y absoluta, empeoró la distribución del ingreso y aumentó el desempleo; en consecuencia algo anda muy mal en ese paquete de reformas neoliberales que ha generado tanta pobreza; definitivamente habrá que "reformular las reformas" para lograr crecimiento y equidad. "*⁵

A eso hay que agregar, el papel que esas reformas han asignado al estado y la forma como la experiencia veinte años después nos lleva a reevaluar la situación. Ante esta situación "... la lección fundamental que hay que extraer de esta historia de prosperidad y crisis (de las políticas neoliberales)...es la necesidad de un equilibrio entre el papel del estado y de los mercados.... fue el defecto de regulación, no el exceso, lo que causó las crisis económicas de 1997 en Extremo Oriente. La carencia de sistemas de regulación estuvo en el origen de la debacle que azotó las entidades de ahorro y préstamo en Estados Unidos en 1989... Latinoamérica fue el alumno mas aplicado de estas políticas. Se

5 Miguel Ceara Hatton. "¿Fracasó el neoliberalismo?" Versión electrónica , 2004.

ESTUDIOS SOCIALES 135

*adhirió a las reformas con convicción y entusiasmo; y ahora se enfrenta a las consecuencias; medio decenio de estancamiento, un porcentaje elevado de su población bajo el umbral de pobreza, desempleado y sin protección...”*⁶

En definitiva, sabemos que sin un estado con fuerte capacidad reguladora, los mercados no tienen capacidad de asegurar un crecimiento económico sostenible, pero sin un estado con capacidad de formular y aplicar políticas públicas sociales efectivas, el mercado no tiene capacidad por sí mismo de solventar las necesidades sociales acuciantes de la mayoría de los latinoamericanos.

Tercer reto:

En el contexto de la aplicación de las políticas sociales y las reformas que ellas requieran debemos fortalecer la capacidad del estado de formular y ejecutar las políticas públicas y de regular y conducir el sector.

No se trata sin embargo de volver a la situación anterior a las reformas neoliberales, que no era satisfactoria, como bien señala Castellanos. No se trata de regresar a un añorado asistencialismo y paternalismo de estado que propició la corrupción y deterioró el capital social y la voluntad colectiva de construir el progreso. Es necesario encontrar salidas hacia adelante, no hacia el pasado.

“Es necesario fortalecer las capacidades del estado para formular y ejecutar estas políticas públicas sociales indispensables para la gobernabilidad democrática y para el crecimiento económico sostenible. Se requiere de estrategias agresivas, que combinen programas focalizados de corto plazo, para la atención de las necesidades urgentes acumuladas de las poblaciones más excluidas, que den resultados tangibles inmediatos en los aspectos más irritantes de la pobreza y las inequidades sociales, con programas universales de transformación de las condiciones de

6 Stiglitz Joseph.- *Los felices años 90*. Bogotá, Taurus, 2004.

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

*vida, que mejoren la calidad de vida y fortalezcan el capital humano. La idea de focalización es así redefinida en el marco de políticas de universalización, como parte de ellas y no como su esencia. Igualmente la noción de temporalidad queda redefinida en el marco de los procesos de desarrollo económico y social. Las políticas sociales no son un mal necesario y temporal sino el eje principal de construcción de la prosperidad y la consolidación de la democracia".*⁷

Cuarto reto:

Definir y ejecutar las políticas públicas desde la perspectiva de los derechos ciudadanos y no desde la tradicional perspectiva asistencialista. Con carácter universal (no sólo focalizadas) y estructurales y sostenidas (no sólo coyunturales y transitorias), que realmente contribuyan al desarrollo social y al desarrollo económico sostenible y a la consolidación de la democracia.

2. Factores claves para la conducción de la política social

Ahora bien, el éxito o fracaso de una política social no radica sólo en su diseño, sino también en su implantación, pues tiene particularidades asociadas no solo a la dinámica de los servicios sociales y sus características, sino también a décadas de corrupción alrededor de las prestaciones paternalistas y de los criterios clientelistas en el uso de los bienes públicos. La política social entonces se define y resulta exitosa en el diseño institucional, la organización de los bienes y servicios que ofrezca y la forma de enfrentar y resolver los problemas que cada uno de ellos tenga.

Para su puesta en marcha es necesaria la intervención de tres agentes con roles y funciones muy concretas que debemos reforzar: el gobierno, el proveedor de los servicios sociales y las agencias evaluadoras o de vigilancia. Veamos los roles:

⁷ Castellanos, op. cit.

ESTUDIOS SOCIALES 135

El gobierno es responsable de la rectoría de las políticas sociales, es quien define el que y en la mayor parte de los casos lo financia. Sin embargo, el gobierno por sí solo no consolida una política de estado, lo que la consolida es el compromiso de la sociedad en su conjunto; una sociedad que en ese acto manifiesta su voluntad de trascender, *"de superar el lamento por el tiempo que y circunstancias que le ha tocado vivir"*⁸, y lo sustituye por los compromisos y acciones que la pueden transformar.

En tal sentido, el gobierno es el responsable de llamar a pactar por un compromiso nacional para definir las características de las acciones y llegar a acuerdos sobre los niveles de corresponsabilidad con los diversos actores sociales.

El prestador de servicios, que puede ser público o privado y es el agente que se relaciona directamente con la población, por ser el ejecutor de las políticas y requiere de claras regulaciones para asegurar que cumple satisfactoriamente con los servicios comprometidos y gerencia con transparencia los recursos.

Las agencias evaluadoras o de vigilancia son las que realizan la contraloría social haciendo tangible la forma cómo se aplican las políticas y sus resultados. Aquí juegan un papel fundamental las organizaciones de la sociedad civil.

La autonomía de funciones entre los ámbitos de rectoría, ejecución y evaluación es indispensable para garantizar la calidad, de los servicios prestados por la política social, de forma tal que no recaiga solo sobre la opinión pública la responsabilidad de vigilar el desempeño y la acción social, de lo contrario la política social derivará en escándalos públicos de incumplimiento, abusos e injusticia y será fácilmente manipulable por razones partidarias.

8 Federico Tobar "Cómo construir una política de Estado en salud". *Revista Médicos*, diciembre 2002.

Quinto reto:

La separación de funciones en el sector social constituye una premisa fundamental para una prestación de servicios de calidad y transparencia en el manejo de los recursos. Debe ser una prioridad de las reformas institucionales.

3. Salud y seguridad social en el contexto de la crisis actual: retos para el nuevo gobierno

La salud es reconocida universalmente como un derecho básico de todas las personas y un importante factor para el desarrollo social y económico. La prestación universal de servicios de salud mediante un gran sistema público, de financiamiento/subsidio centralizado, ha sido la estrategia más común adoptada por los gobiernos para cumplir con este derecho. Sin embargo, se hace cada vez más evidente que esta estrategia ha resultado insuficiente, ineficiente y eventualmente inequitativa: la metodología de presupuestos históricos, sin considerar rendimiento, cobertura o calidad; los incentivos perversos que orientan el uso de determinados servicios en vez de otros; los procesos políticos – administrativos que incrementan las nóminas y otras distorsiones, los costos diversos que se han ido agregando (copagos o cuotas de recuperación, que afectan a los menos pudientes), y particularmente el impacto cada vez menor en la transformación de la situación de salud de la población, indican la necesidad de transformar esta forma de operar de los sistemas de salud.

Estas condiciones, aunadas a las tendencias internacionales sobre reforma del estado en el contexto de la globalización, las nuevas tendencias en el ahorro interno y el rol destacado del capital financiero, han orientado de forma predominante los procesos de reforma del sector.

Como resultado de las reformas sanitarias de las últimas dos décadas en América Latina y el Caribe, las responsabilidades de los gobiernos en salud han vivido grandes transformaciones, y

el resultado, después de diversas experiencias, ha comenzado a analizarse. Marino González, en una evaluación realizada para el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUAP) en el 2002, resume como resultados generales de las reformas en salud de los años 90 en América Latina lo siguiente:

- “Los procesos de reforma del sector salud no han contribuido al fortalecimiento del financiamiento proveniente de fuentes públicas en la región.
- Se ha experimentado un aumento del gasto en salud como proporción de los recursos totales de las economías de la región.
- Como consecuencia de lo anterior, y de evidencias de inequidades, se puede expresar que resultará muy difícil garantizar mejores servicios para los sectores pobres con esta característica del financiamiento público.
- A pesar de estas características generales, las evidencias sobre el efecto de las alternativas de políticas son reducidas y limitadas, desde el punto de vista conceptual y metodológico.
- En el caso de la descentralización se han reportado evidencias de sus efectos positivos. Sin embargo, al igual que otras muchas políticas, se requiere una revisión más exhaustiva para extraer mejores conclusiones.
- Tal parece que los proyectos de reforma sectorial han sido complejos macroyectos que se han implementado sin la debida consideración a los requerimientos de evaluación.
- Las conclusiones derivadas tanto del análisis de los resultados de las reformas, como de sus eventuales efectos sobre las condiciones de pobreza, nos indican los riesgos que afectan, especialmente a los sectores más pobres, derivados de las características financieras de las refor-

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

mas, y de las restricciones institucionales en las cuales se implementan.”⁹

Por otra parte, en reunión celebrada en La Habana, en marzo del 2002, se conoció y debatió un documento elaborado por Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Escuela de Medicina de Harvard, que analiza el impacto de las reformas del sistema de salud en el control y prevención de las enfermedades infecciosas en América Latina y el Caribe. Dicho documento fue enriquecido con las experiencias de dos de los países participantes (Chile y Colombia), presentando evidencias sobre el impacto de los procesos referidos, en VIH/SIDA, tuberculosis y malaria¹⁰. De esta documentación podemos extraer algunos elementos generales de gran utilidad para el análisis y propuestas de atención para el proceso dominicano. Dos conclusiones nos interesan de forma particular:

- i. El debilitamiento del sistema de salud pública, producto de los cambios introducidos por las reformas, puede conducir a problemas en el diagnóstico/ diagnóstico tardío, vigilancia epidemiológica inapropiada, y actividades insuficientes de control de las enfermedades transmisibles, con el consiguiente impacto sanitario que traen estas debilidades.
- ii. Por otra parte, en la mayor parte de los países, las reformas involucran segmentación de la población, fragmentación de la atención en diversos planes y diferente tipo de prestadores, con paquetes de atención que adolecen de fallas en el diseño, en los criterios o en las decisiones

9 González, Marino. "Reformas a los sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: balance de resultados." Documento elaborado para el FNUAP, y presentado en la reunión FNUAP-CEPAL sobre población y pobreza, celebrada en México, en Octubre del 2002.

10 OPS/ PIH-Harvard Medicine School/ HU/TDR. Documento de apoyo para la "Reunión de consulta de expertos sobre el impacto de las reformas del sistema de salud en el control y prevención de las enfermedades infecciosas en América Latina y el Caribe". Habana. 29-30 de Abril del 2002.

ESTUDIOS SOCIALES 135

sobre prioridades. Esto aunado a la dificultad de la institución rectora por dar seguimiento a esa población segmentada, presenta serias dificultades para el manejo de las enfermedades referidas.¹¹,

En un análisis sobre las reformas de salud en los países de la OECD¹², Ducteur y Oxley encontraron que como producto de dichas reformas:

- Ha disminuido el crecimiento del gasto público, pero sigue aumentando como porcentaje del PIB.
- Preocupa que las restricciones del gasto han afectado la ejecución de los sistemas de salud en algunos países
- Hay evidencias de prestación más eficiente a nivel hospitalario, pero hay mucho que mejorar aun.
- Los incentivos vía competencia entre aseguradores y prestadores ha probado tener dificultades.
- Deficiencias en el mercado de seguros (selección adversa, riesgo moral y asimetría de información)

A partir de estos hallazgos, Ducteur y Oxley consideran la importancia de recuperar la provisión pública, imponer fuertes regulaciones a seguros públicos y privados y proponen un rol dominante público en financiamiento y prestación.

Estas y otras experiencias han evidenciado la necesidad de revisar los procesos de reforma en sus propuestas originales. Una de las decisiones que emerge con más claridad es la de fortalecer la capacidad de dirección de la autoridad sanitaria (particularmente los ministerios o secretarías de salud), mediante por

11 LACHSR, 2003. "Scaling up health systems to respond to the challenge of HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean." (p.vii)

12 Ducteur and Oxley. "Health care systems: lessons from the reform experience". OECD. Economic Department Working Papers, No. 374. Dic. 2003

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

lo menos cinco funciones básicas:

- a) Liderazgo sobre el consenso político y los procesos de negociación de todas las decisiones que tienen un impacto en la salud de la población y en la asignación de sus recursos.
- b) Manejo del gasto y financiamiento en salud basado en criterios de equidad distributiva y solidaridad.
- c) Garantía del aseguramiento de una cobertura universal de la protección social de la salud.
- d) Armonización de la provisión de servicios, para garantizar el funcionamiento de una red integrada que mejore el acceso a los usuarios y la calidad del cuidado en un ambiente público-privado que incluye cuidados de salud de variada complejidad.
- e) Evaluación y monitoreo continuos de los indicadores de salud de la población y del desarrollo del sector.

Sexto Reto:

La rectoría del estado en salud es fundamental para garantizar los bienes públicos en salud y los derechos sanitarios a la población.

3.1. La reforma sanitaria en República Dominicana

La reforma del estado y particularmente del sector salud y la seguridad social, a partir de la aprobación de las leyes 87-01 y 42-01¹³, implica transformaciones en los roles institucionales, los

13 Ley 87 -01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, promulgada el 18 de Mayo del 2001, y la Ley 42-01 o Ley General de Salud, promulgada el 8 de Marzo del 2001, son el marco regulatorio que reordena el Sistema Dominicano de Salud en el Contexto de la Seguridad Social, definiendo nuevas instituciones, redefiniendo los roles de las instituciones tradicionales,

ESTUDIOS SOCIALES 135

mecanismos para la prestación de los servicios de salud, y las modalidades de financiamiento de estos servicios.

Mediante la ley 42-01 la SESPAS pasa a ejercer la rectoría del sistema sanitario en su conjunto y asume la responsabilidad de la prestación de los servicios preventivos de carácter general. A su vez, deja paulatinamente de prestar los servicios de atención directa a las personas, y transfiere sus establecimientos hacia redes autónomas de carácter público pero de administración privada. Se separan las funciones, se separan los fondos, y se requiere de reglas del juego transparentes para la asignación de recursos; la habilitación de las prestadoras de servicio públicas, privadas (lucrativas o no lucrativas), y mixtas es una condición fundamental para poder prestar servicios en el nuevo sistema, y contratación o convenios de gestión pasan a ser las modalidades para la transferencia de los recursos.

Por otra parte, la ley 87- 01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social establece mecanismos de financiamiento para el sistema de salud, mediante contribución prepagada y obligatoria, siendo el empleo el criterio de adscripción, sobre lo cual se establecieron tres regímenes: contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado.

Igualmente define la existencia de un plan básico como derecho común a todos los ciudadanos y ciudadanas independiente de su capacidad de contribución, y la incursión de Administradores de Riesgos de Salud (ARS) y Prestadores de Servicios de Salud (PSS) privados y mixtos en su provisión, modificando completamente la composición del sector.

estableciendo nuevos mecanismos de financiamiento del sector y nuevos procedimientos para la entrega de los servicios.

3.2. La situación que queremos transformar

La reciente publicación de la *Encuesta Demografía y Salud* (ENDESA 2002), y el documento de *Análisis de Situación de Salud de la República Dominicana* (SESPAS 2003)¹⁴, nos ofrecen una detallada descripción de la situación nacional. Para los fines del presente trabajo, nos limitaremos a seleccionar algunos componentes, que nos permitan identificar y agrupar los problemas a la vez que establecer los retos para las reformas y las acciones del nuevo gobierno¹⁵.

a. Información demográfica

En términos demográficos, el país tiene una población estimada para 2002 de 8,663,731 habitantes, un 60% de la cual vive en centros urbanos. La esperanza de vida al nacer estimada para el período 2000- 2005 es de 70.07 años, y la tasa bruta de mortalidad para el mismo período de 5.77 por mil. Estos datos son producto de estimaciones en su mayoría, dado el significativo subregistro en la mortalidad y los nacimientos.

b. Los indicadores de salud de la población

Al analizar los daños a la salud de la población en los últimos años, y la forma como estos se distribuyen por grupo de causas y de edad o sexo, encontramos lo siguiente:

- i. La mortalidad infantil disminuyó en el período, desde 47 por mil nacidos vivos en el período 90-95 a 40 por mil en el

14 *Encuesta Demográfica y de Salud* (ENDESA 2002), realizada para República Dominicana por Macro Internacional y CEESDEM, con el auspicio de la USAID. *Análisis de Situación de Salud de la República Dominicana* (SESPAS 2003), dirigido por un equipo de SESPAS coordinado por Marisol Peña, y compuesto por José Selig, Rafael Ortiz, Samuel Félix, Bernardo Matías Antonio Mena y Celia Riera.

15 Otro documento que refiere un análisis de la situación de salud del país y los compromisos posibles para el nuevo gobierno es el documento *Sobre la Situación y propuestas de la Sociedad Civil a los partidos* (INSALUD 2004).

ESTUDIOS SOCIALES 135

95-2000. ENDESA 2002 la estima en 31 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

- ii. La mortalidad neonatal fue de 22 por 1000 nacidos vivos en el período 1997-2002. Durante el período 1992-1997 fue de 21 por 1000 nacidos vivos. Destaca el hecho que la mortalidad de este grupo de edad está asociada en gran medida a la *calidad de la atención*.

Séptimo Reto

Mejorar la calidad de la atención en los establecimientos sanitarios en el país.

- iii. A pesar de los avances, la principal causa de muerte infantil siguen siendo *las enfermedades transmisibles*, cosa que no ha variado a lo largo del tiempo.
- iv. Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) siguen siendo un problema importante entre los menores de cinco años: constituyen la segunda causa de consulta y están entre las primeras causas de muerte.
- v. La ENDESA 2002, estableció de la probabilidad de muerte infantil varía desde 53 por 1000 en las mujeres sin instrucción, hasta 26 por 1000 en las madres de nivel secundario o superior, ratificando la importancia *del nivel educativo de la madre* para la salud.
- vi. La mortalidad materna sigue siendo un grave problema en el país. La ENDESA 2002 la coloca en 178 por cada 100,000 para el período 1992- 2002. Si tomamos en cuenta que el 95% de los partos del país son en un hospital estamos evidenciando *serias dificultades en la calidad de la atención, que cuestan al país casi una muerte cada 24 horas por complicaciones del embarazo y el parto*.

Octavo Reto

Desatar una gran movilización nacional con ayuntamien-

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

tos, sociedad civil, iglesias, empresariado para decir NO a las muertes maternas e infantiles.

- vii. Se estima que la edad promedio del inicio de la vida sexual activa en las mujeres dominicanas oscila entre los doce y diez y seis años y que un 30% de los embarazos se dan entre mujeres menores de 19 años cuyas parejas son ocasionales. La *falta de protección* además redonda en mayores riesgos de contraer enfermedades como el VIH/SIDA y otras de transmisión sexual.
- viii. La cobertura en la vacunación en los últimos años fue de 56.6% en 2002, según ENDESA. En el 1996 era de 57.6%.

Noveno Reto

Elevar las coberturas de inmunizaciones.

- ix. En el periodo 1986-2000, por grupo de causas sobresale la alta proporción de muertes por enfermedades del aparato circulatorio, (de 88 a 102 por 100,000 habitantes) así como las causadas por neoplasias o tumores (de 28 a 41 muertes por 100,000 entre 1988 y 1999).
- x. El 24% de los casos de muerte reportados por causas externas están relacionados con suicidios, homicidios y accidentes de tránsito.

Décimo Reto

Enfrentar la violencia como problema de salud colectiva

- xi. Las lesiones y muertes prematuras por accidentes y violencia afectan a la población económicamente activa.
- xii. La prevalencia del VIH SIDA en la población general es de 1% y de 5% para los que viven en bateyes. Es la primera causa de muerte en mujeres fértiles en el Distrito Nacional.

ESTUDIOS SOCIALES 135

- xiii. La tuberculosis tiene una incidencia es de 42.5 por 100,000 habitantes; el 38% de los casos corresponde a personas entre 15 y 44 años.
- xiv. La incidencia de la malaria es de quince por 100,000 habitantes y para 2002 se notificaron 1,296 casos. El 60.3% correspondió a grupos de edad de 15 a 49 años y afectó en un 59.6% al sexo masculino. Según los objetivos del milenio, al 2015 habrá que reducir la incidencia a 648 casos y la mortalidad a menos de siete.
- xv. El dengue tuvo una incidencia en 2002 de 37.6 por 100,000 habitantes.
- xvi. La tosferina, en 2002, fue de 0.1 por 100,000 habitantes.

Décimo primer reto

Priorizar, costear y poner en marcha acciones de carácter preventivo orientadas a toda la población.

c. Los servicios de salud como respuesta a las necesidades

Alrededor de la tercera parte de los dominicanos y dominicanas que se enferman y buscan atención, lo hacen en el sector privado, sin cobertura alguna de seguro, lo cual significa que pagan de sus bolsillos, con lo que se agrava su condición de pobreza. Cuando se analiza la composición del gasto sanitario se encuentra que está dominada por el gasto en medicamentos, el cual representa el 61% del total.¹⁶

La alta carga financiera que para las familias supone el gasto sanitario y que afecta fundamentalmente a las familias de renta más baja no es más que consecuencia de la baja cobertura aseguradora así como del escaso peso del sector público en el gasto sanitario.

16 Magdalena Rathe: *La reforma de la Salud y la Seguridad Social*". PUCMM / PID-RES/ CENANTILLAS/ USAID, 2002.

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

A la anterior situación de inequidad se suma el bajo gasto público en servicios de salud que no supera el 1.6% del PIB frente a una media en Latinoamérica que prácticamente duplica ese monto. Además de lo anterior, estudios recientes demuestran cómo de cada peso que el Estado Dominicano invierte en salud, 25 centavos terminan siendo consumidos por los estratos de mayores ingresos de la población.¹⁷

Décimo segundo reto

Declarar prioritarios los medicamentos esenciales y tomar la decisión política de bajar sus costos y hacerlos accesibles a la población necesitada.

d. Los establecimientos

En cuanto a los establecimientos y recursos, el país tiene 2.2 médicos y 2.4 camas hospitalarias por cada 1000 habitantes, y el 75.6% de la población dispone de centros de salud a menos 2 kilómetros de distancia. Pero las instalaciones sanitarias no funcionan más de cuatro horas promedio al día en los servicios ambulatorios, y el porcentaje de ocupación de las camas públicas fue de 56% promedio en 2001. El tema central no es entonces construir nuevos establecimientos, sino adecuar los existentes y desarrollar los mecanismos gerenciales para su funcionamiento adecuado.

17 Sanfrutos, Norberto. *¿Cuanto cuesta esto?* Informe de Consultoría. PROSI-SA, 2003.

Establecimientos de salud adscritos a la SESPAS, 2002

Tipo de establecimiento	Cantidad
Hospitales especializados	6
Hospitales regionales	8
Hospitales municipales	107
Hospitales provinciales	22
Clínicas rurales	615
Dispensarios médicos	90
Centros sanitarios	30
Consultorios	159
Total	1037

Fuente: Memorias-SESPAS 2002

Décimo tercer reto:

Decir NO a la construcción por la construcción de nuevos establecimientos y centrarse en habilitar y adecuar en equipo y capacidad de gestión los existentes.

Recursos humanos y camas hospitalarias según regiones de salud y población Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social

Regiones de Salud	Total población	Total recursos humanos en salud	Médicos/as por 10,000 habitantes	Enfermeras y auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes	Camas por 1000/hab.	Personal administrativo del total de recursos humanos %
Región 0	2,939,770	156,56	12	13	1	31
Región I	1,089,542	3499	6	10	1.6	34
Región II	1,432,150	5531	8	10	1.3	34
Región III	663,551	3514	9	19	1.9	30
Región IV	382,898	2441	8	20	2.6	39
Región V	844,850	3056	10	7	1.2	31
Región VI	337,374	1808	7	17	2.5	36
Región VII	408,421	2084	6	12	1.7	45
Región VIII	744,774	2824	7	9	1.3	26

Fuente: Sistema de Información Geográfica de Salud de la República Dominicana (SIGpas2). PROSISA-UE-SESPAS, 2003.

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Ante el panorama descrito, las reformas constituyen una herramienta clave para transformar la situación, y expresan el mandato a las instituciones para que así lo haga. El nuevo modelo implica un cambio sustancial en las fuentes de financiamiento. El mismo descansará en el financiamiento público y en las cotizaciones de trabajadores y empleadores. Esto significaría una reducción de la participación de los hogares en el financiamiento. Adicionalmente, los hogares pobres potencialmente gastarán menos de sus bolsillos en la medida de que el Gobierno vaya asumiendo el financiamiento del seguro familiar de salud.

4. Las dificultades para las reformas: retos a enfrentar

Pero la reforma del sector salud, definida en el contexto de la reforma de la seguridad social, presenta dificultades tanto institucionales como financieras para llevar a cabo las transformaciones propuestas en el periodo establecido.

La informalidad y el desempleo representan serios desafíos de financiamiento al nuevo modelo. Este descansa en el poder contributivo de la población, y a mayor informalidad y desempleo, menores serán las posibilidades recaudatorias para financiar el seguro familiar de salud de la población asalariada, empleadores y dependientes. a empleos por cuenta propia. Los ingresos de la población ocupada en el sector informal es mucho más bajo que la empleada en el sector formal.

Por otra parte, la crisis que vive el país, también ha afectado la puesta en marcha del proceso¹⁸, debido a:

- Aumento de los costos del plan básico de salud en nivel desproporcionado.

18 Jeffrey Lizardo, "Dime cuanto tienes y te diré hasta cuanto te alcanza: financiamiento de la reforma de salud en la República Dominicana". Notas presentadas en ciclo de reuniones IDE SARROLLO- PROISS Abril, 2004.

ESTUDIOS SOCIALES 135

- Imposibilidad de mas recursos hacia salud porque la prioridad en los próximos años es recuperar la sostenibilidad fiscal.
- Deterioro del mercado de trabajo. El desempleo crece aún la economía creciendo
- El nivel de endeudamiento actual es insostenible para mantener la estabilidad macroeconómica. La presión por nuevos recursos para atacar el problema económico actual supera la presión para destinar más recursos a los sectores sociales.
- Hay que generar un superávit fiscal para reducir el nivel de endeudamiento en los próximos 5 años.

5. ¿Cómo dar respuesta a los principales problemas? Recapitulando los retos

Además de las limitaciones internas descritas, las lecciones aprendidas de las reformas en otros países de la región, nos llevan a ser cuidadosos y graduales en la aplicación de las mismas. Simultáneamente, nos urge contar con una política y acciones en salud que contribuyan a la gobernabilidad y al desarrollo social, respondiendo a las necesidades perentorias de la población, tanto de salud colectiva como de atención hospitalaria: la situación requiere acciones drásticas inmediatas y las leyes de salud y seguridad social nos proveen el marco propicio para transformaciones estructurales de impacto en mediano y largo plazos, pero que necesitamos iniciar ya.

Se trata entonces, de combinar con habilidad, intervenciones inmediatas de impacto, con acciones de mediano y largo plazos estructurales y sostenidas, dentro del marco de las leyes y avanzando hacia su consolidación.

Dicho de otra forma, en el sector salud y la situación que hoy

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

nos encontramos, urgen acciones inmediatas, pero no hay posibilidad que éstas se sostengan sin acompañarlas de decisiones de carácter estratégico que garanticen sus resultados. Luego:

1. Debemos trabajar para que la política social (y dentro de ésta la de salud) constituya el centro del esfuerzo nacional de desarrollo, como herramienta de desarrollo humano, construcción de ciudadanía y capital social.
2. Para ello es necesario insistir en un acuerdo político que defina la visión conjunta de cuales serán las prioridades en salud asumidas por los dominicanos y dominicanas, y cuales serán nuestros compromisos.
3. Esto debe pasar por fortalecer la capacidad del estado a través de la SESPAS, de formular y ejecutar las políticas públicas en salud y de regular y conducir el sector.
4. Requiere además, definir y ejecutar las políticas públicas en salud desde la perspectiva de los derechos ciudadanos y no desde la tradicional perspectiva asistencialista. Con carácter universal (no solo focalizadas) y estructurales y sostenidas (no solo coyunturales y transitorias), para que realmente contribuyan al desarrollo social y al desarrollo económico sostenible, y a la consolidación de la democracia.
5. Las políticas de salud en esta coyuntura deben expresar entonces la combinación de acciones de impacto en el corto plazo, que respondan las necesidades más acuciantes de la población, con decisiones y acciones de carácter estratégico, que den sostenibilidad a las acciones de impacto y sienten las bases para la transformación de dicha situación.
6. La separación de funciones en el sector salud, particularmente en la SESPAS, constituye una premisa fundamental para una prestación de servicios de calidad y transparencia en el manejo de los recursos. Y debe ser una prioridad en las propuestas de acción.

ESTUDIOS SOCIALES 135

Para finalizar, identificamos un conjunto de acciones de carácter inmediato y de carácter estratégico, que deben y pueden ser asumidas por el gobierno que tomará posesión el 16 de Agosto:

Acciones de carácter inmediato	Acciones de carácter estratégico
Los programas sanitarios esenciales	
<ul style="list-style-type: none"> • Convocar los actores sociales más relevantes (ayuntamientos, Organizaciones Comunitarias de Base (OCB), ONG, cooperación externa) y definir para la etapa actual de la vida nacional, los bienes públicos en salud, responsabilidad del estado para toda la población, los cuales serán priorizados programática y financieramente por la gestión. • Realizar una amplia movilización nacional conjuntamente con los ayuntamientos y otros actores sociales que ponga un alto a: <ol style="list-style-type: none"> i. Las altas tasas de mortalidad infantil y materna ii. Las muertes por apagones en los hospitales; iii. La baja cobertura de las vacunaciones • Reestablecer las acciones de seguimiento y control tales como las auditorías por muertes maternas, con participación de la comunidad organizada alrededor de los establecimientos. • Definir la violencia como un problema de salud prioritario y establecer las estrategias conjuntas con la sociedad civil para enfrentarla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la capacidad de las SESPAS para ejercer las funciones esenciales de la salud pública. • Establecer acuerdos con ayuntamientos y convenios de gestión o contratos con las OSC para la prestación de los servicios y acciones de salud colectiva. • Garantizar las condiciones para la aplicación de los protocolos de atención y los esquemas de vacunación y el mejoramiento de la calidad de la atención, mediante la puesta en marcha de los mecanismos reguladores de la entidad rectora: habilitación, normas y protocolos, referencia y contrarreferencia. • Formalizar los mecanismos para la veeduría social. • Poner en marcha la red nacional de laboratorios.
Acceso a servicios, inequidades y reforma	

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Acciones de carácter inmediato	Acciones de carácter estratégico
<ul style="list-style-type: none"> • Habilitar y acondicionar los establecimientos de salud incluyendo la dotación de insumos y energía eléctrica alterna para salir de la crisis inmediata en que se encuentran. • Asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales de bajo costo para población necesitada a través de las boticas populares y los hospitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Separar la función de provisión de la SESPAS, creando la red de establecimientos públicos autónomos, con carácter regional, y poner en marcha el proceso de transformación del financiamiento y gestión de los mismos, para prestar de forma eficiente y con calidad, los servicios del plan básico de salud. • Convertir el programa de medicamentos esenciales- PROMESE en una central de abastecimiento autónoma, bajo la rectoría (no la gestión) de la SESPAS. • Establecer listas de precios y otras medidas que contribuyan a la disminución de costos y garantía de calidad de los medicamentos. • Extender progresivamente la cobertura del sistema iniciando de servicios a través del SENASA de forma gradual e incremental.
<ul style="list-style-type: none"> • Resolver la fragmentación institucional y en la conducción sectorial, reorganizando las instituciones y afirmando políticamente y en el reconocimiento de los demás actores públicos el liderazgo de la SESPAS en Salud. • Poner en práctica un nuevo organigrama para la SESPAS que refleje la separación de funciones y las transformaciones en curso. • Dotar al sector salud de la capacidad técnica y los recursos para garantizar la conducción de las acciones en el marco de la actual coyuntura, con capacidad, eficiencia y transparencia, 	<ul style="list-style-type: none"> • Concluir la reglamentación y desarrollar los nuevos procedimientos de transferencia y control de fondos para el sector. • Negociar políticamente y asegurar los recursos que permitirán tanto la ampliación de cobertura del subsidiado, como la incorporación del contributivo público en un plazo razonable. • Readecuación de los recursos humanos del sector: <ul style="list-style-type: none"> - planillas adecuadas a los establecimientos, - incentivos por productividad - incentivo a la calidad programas no convencionales de capacitación en servicio.

Con estas y otras acciones que combinen simultáneamente lo inmediato con lo estratégico, y dotados de la capacidad técnica y la transparencia que requiere el momento, desarrollaremos un sector público en salud exitoso gerencialmente, que enfatice en resultados, que tenga impacto y que contribuya efectivamente a la gobernabilidad en lo inmediato, y al desarrollo económico sostenible en el mediano y largo plazos.