

El nuevo modelo del sistema de salud: Inicios, rutas y dificultades

Pedro Luis Castellanos
Jeffrey Lizardo
Bernardo Matías
Luis Morales
Chanel Rosa Chupani
Rosa María Suárez



PUCMM



Foro Políticas Sociales y Bienestar

Número 7

EL NUEVO MODELO
DEL SISTEMA DE SALUD:
INICIOS, RUTAS Y
DIFICULTADES

EL NUEVO MODELO DEL SISTEMA DE SALUD: INICIOS, RUTAS Y DIFICULTADES

Pedro Luis Castellanos
Jeffrey Lizardo
Bernardo Matías
Luis Morales
Chanel Rosa Chupani
Rosa Maria Suárez



Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra
Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales
Friedrich Ebert Stiftung

© Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra
Fundación Friedrich Ebert
Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales
Santo Domingo, República Dominicana, 2009

ISBN: 978-9945-8660-5-6

Diagramación e impresión:
Yan Impresos, S.A.
Santo Domingo, R. D.
Tels.: 809-227-1553
E-mail: yanimpresos@hotmail.com

Impreso en República Dominicana

ÍNDICE

Presentación	11
-------------------------------	----

I. Hacia un nuevo Sistema Nacional de Salud.

¿Por qué es necesaria una reforma del sector salud?	13
<i>Pedro Luis Castellanos</i>	

1. Introducción 15
2. ¿Por qué es necesaria una reforma del sistema de salud y el de seguridad social? 16
3. ¿Necesitamos una reforma de la reforma? 35
4. ¿Cómo avanzar para superar los desafíos? 46

II. El Seguro Familiar de Salud en República

Dominicana: una reforma impostergable.	55
<i>Luis Morales</i>	

1. Introducción 57
2. La situación de los sistemas de salud en la región: ¿por qué reformar? 59
3. Características económicas, demográficas, epidemiológicas y de oferta de salud en la República Dominicana 68
4. ¿En qué consiste la reforma al sector salud en la República Dominicana? 84
5. Desarrollo de un esquema de comprador-vendedor de servicios de salud 96
6. Análisis crítico del esquema comprador-vendedor de servicios de salud SENASA-SESPAS en el régimen subsidiado 109
7. Conclusiones y recomendaciones 127

Comentario	133
<i>Rosa María Suárez</i>	

III. Nuevo rol de los establecimientos de salud: reflexiones sobre las redes de servicios públicos de salud	141
<i>Rosa María Suárez</i>	

1. Cambio de paradigma en el sistema de salud, reforma del modelo de atención y competencia pública-privada en base a la calidad en los servicios prestados 143
2. Conformación de las redes de servicios públicos de salud 159
3. Ruta crítica para el establecimiento de las redes de servicios públicos de salud 167
4. Retos y desafíos de las redes de servicios públicos de salud 169

IV. Financiación pública del sector salud y la seguridad social en salud en la República Dominicana: antes y después de la reforma	197
<i>Jefrey Lizardo</i>	

1. Introducción 199
2. El financiamiento del gasto nacional en salud 200
3. La reforma de la seguridad social y salud y el financiamiento en salud 204
4. El financiamiento público en salud: antes y después de la reforma 208
5. Los desafíos en el corto y mediano plazo 214

Comentario	231
<i>Gustavo Rojas Lara</i>	

Relatoria	237
<i>Alejandro Moliné</i>	

V. La viabilidad del Régimen Contributivo-Subsidiado en el Seguro Familiar de Salud	261
<i>Chanel Rosa Chupani</i>	

1. Introducción	263
2. Antecedentes	264
3. Cobertura poblacional y catálogo de prestaciones del Régimen Contributivo - Subsidiado	265
4. Financiamiento.	269
5. Seguridad social y microempresa	271
6. Dificultades para la incorporación de la población informal a la seguridad social	273
7. Impacto de la población informal en la cobertura de salud	274
8. Conclusiones y recomendaciones	275

**VI. Garantía y protección de los derechos de los afiliados
en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).** 281

Bernardo Matías

1. Introducción	283
2. ¿De qué estamos hablando? ¿un bien social o una mercancía?	284
3. La garantía de derechos está vinculada a la protección social en salud	286
4. Impacto de las exclusiones y la negación de derechos a los afiliados	287
5. Elementos inhibidores de los derechos de los afiliados en el sistema dominicano de seguridad social	291
6. El espinoso tema del derecho a la libre elección	295
7. Los altos costos y los derechos de los afiliados. No es cuestión de financiamiento	297
8. Una experiencia de garantía de los derechos de los afiliados en América Latina	297

Comentario. 301

Nélsida Marmolejos

Relatoria 309

Alejandro Moliné

Glosario de Términos

ARL:	Administradora de Riesgos Laborales
ARS:	Administradora de Riesgos en Salud
CAH:	Consejos de Administración Hospitalaria
CERSS:	Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud
CNS:	Consejo Nacional de Salud
CNSS:	Consejo Nacional de Seguridad Social
DIDA:	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social
DPS:	Dirección Provincial de Salud de la SESPAS
DRS:	Dirección Regional de Salud de la SESPAS
IDSS:	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
IDH:	Índice de Desarrollo Humano
Ley 42-01:	Ley General de Salud, del 8 de marzo de 2001
Ley 87-01:	Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social del 9 de mayo de 2001
OAU:	Oficina de Atención al Usuario

ONG:	Organismo no gubernamental
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PBS:	Plan Básico de Salud
PDSS:	Plan de Servicios de Salud
PARSS:	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud del Banco Mundial
PSS:	Prestadores de Servicios de Salud
PROMESE-CAL:	Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Abasto
SDSS:	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SENASA:	Seguro Nacional de Salud -asegurador público-
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SESPAS:	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SFS:	Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social
SISALRIL:	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SIUBEN:	Sistema Único de Identificación de Beneficiarios
TSS:	Tesorería de la Seguridad Social

Presentación

Como puntal del sistema público de protección social, el nuevo modelo del sistema de salud se instala en el país muy tardíamente en relación a sociedades de la región que iniciaron este proceso décadas atrás. En esas sociedades los momentos fundacionales del sistema de salud con la asunción de los riesgos de las trabajadoras y los trabajadores y de la población contó con la vigorosa iniciativa estatal. Contrariamente en el país, el nuevo sistema de salud inicia sus fundamentos con el amplio involucramiento de la iniciativa privada en la administración de las cotizaciones y la rendición del servicio y, por el contrario, con una disminución de la preeminencia estatal, cuyo papel central es relegado al rol regulador.

El nuevo modelo de sistema de salud estuvo precedido por una cobertura estatal a las trabajadoras y los trabajadores, limitada y estratificada, provista por el Instituto Dominicano de Seguro Social y, una débil incidencia en la salud de los sectores más pauperizados a través de un régimen hospitalario público ineficiente y de bajo desempeño. Así, el Estado dispone de una limitada capacidad para marcar el paso al incipiente proceso de instalación de un mercado altamente regulado y un catálogo de prestaciones, en torno a los cuales se sucederán las más diversas ofertas con la dificultad de la debilidad de la institucionalidad estatal recién creada para tales efectos.

En consecuencia cualquier análisis sobre el proceso de instalación del nuevo sistema nacional de salud debe preguntarse y fundamentar acerca de las amplias necesidades de cambios en el sector salud e interrogarse sobre las novedades que implica un mercado altamente regulado que une

al mismo tiempo la libre elección con la obligatoriedad, y regímenes contributivos diferentes que necesita de rectoría, organización y sistematicidad por las complejas aristas que contiene y el posicionamiento institucional que el Estado debe tener frente a las negociaciones con los diferentes sectores.

Un aspecto ineludible en estos momentos de instalación e implementación es la nueva institucionalidad estatal llamada a regular y a atemperar la actividad lucrativa de las empresas que concurren en el negocio de la salud. Los asuntos que relevan tempranas inquietudes son las formas de financiamiento y la viabilidad del régimen contributivo-subsidiado en cuanto podría operar como un acicate a la informalización, además de otros contratiempos advertidos en el transcurso de estos trabajos. Se incluyen también reflexiones sobre la garantía y protección de los derechos de los afiliados como una reflexión inicial que tarde o temprano se presentará como uno de los grandes temas del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Por la importancia y extraordinario giro que introduce el nuevo modelo del sistema de salud en torno a estos temas se desarrollaron discusiones y aportaciones desde diferentes perspectivas que involucran a técnicos, funcionarios gubernamentales y público interesado. La Fundación Friedrich Ebert (FES) y el Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales (CUEPS) de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, en el marco de los *Foros sobre Políticas Sociales y Bienestar*, ponen a la disposición del público estos trabajos sobre el nuevo sistema de salud en el interés de sustentar un debate y alertar de manera documentada elementos vulnerables y retos del nuevo modelo.

Stefanie Hanke
Representante
Fundación
Friedrich Ebert

Ramonina Brea
Directora
Centro Universitario de
Estudios Políticos y Sociales

I.

HACIA UN NUEVO SISTEMA NACIONAL
DE SALUD. ¿POR QUÉ ES NECESARIA
UNA REFORMA DEL SECTOR SALUD?

Pedro Luis Castellanos

1. INTRODUCCIÓN

La situación de salud se articula con el conjunto de la sociedad y sus procesos, de allí que el sistema de salud, su organización y operación, así como las propuestas de reformas, no son solamente un asunto de carácter técnico, sino que se entrelazan con procesos estructurales y coyunturales de la economía, de las formas de relación entre los diferentes sectores de la sociedad y con el modelo de Estado y de sociedad que tenemos y los que deseamos construir. En este campo hay importantes implicaciones éticas acerca del desarrollo y la gestión de lo público y lo privado.

Esto es así, porque la situación de salud afecta el capital humano. Cualquier proyecto nacional de desarrollo deberá incorporar formas de elevar la calidad de vida, la productividad, y las capacidades de aprendizaje y de innovación, todas afectadas por la situación de salud. Así mismo, la situación de salud deficitaria afecta considerablemente la capacidad de consumo de bienes y servicios por parte de la población. Además, el sistema de salud constituye un importante generador de empleo y es a su vez un importante mercado consumidor de insumos básicos.

Por otra parte, la salud deficitaria y las limitaciones en el acceso a los servicios considerados necesarios tienen un importante impacto en la legitimidad de la institucionalidad de los gobiernos y la gobernabilidad democrática. Es un campo importante de encuentro, conflicto y consensos entre las expectativas, la percepción de derechos y necesidades, con las respuestas de la sociedad y del Estado ante los mismos. Abundan los ejemplos positivos y negativos al respecto a nivel nacional e internacional.

En la República Dominicana se ha conformado un amplio consenso acerca de la necesidad de producir importantes reformas en el sistema de salud. Este consenso se expresó y se concretó en la formulación y promulgación de un nuevo marco jurídico conformado por la Ley General del Sistema Nacional de Salud (42-01), la Ley del Sistema

Dominicano de Seguridad Social (87-01) y el conjunto de reglamentos que se ha producido posteriormente para su aplicación.

La experiencia acumulada desde que en el año 2001 se comenzó la aplicación de este nuevo cuerpo jurídico, muestra que persisten numerosos aspectos de conflicto acerca de temas básicos de estas reformas que han dificultado su aplicación y, en algunos casos, han conllevado en la práctica a reinterpretaciones y modificaciones del mismo que no siempre han sido coherentes con los principios y las expectativas que le dieron origen al esfuerzo reformador.

Este trabajo tiene la intención de contribuir a una mejor comprensión de algunos aspectos que consideramos fundamentales a fin de lograr construir un Sistema Nacional de Salud que logre impactar positivamente las inequidades sociales en la situación de salud y calidad de vida de las mayorías, y un Sistema de Protección Social de la Salud que reduzca la vulnerabilidad social y aporte a la cohesión social. Su contenido se concentra en tres aspectos: a) ¿Por qué es necesaria una reforma de la salud y la seguridad social?, b) ¿Cuáles son las limitaciones del actual diseño y marco regulador de las reformas?, c) ¿Cómo avanzar y superar estas limitaciones y desafíos?

2. ¿POR QUÉ ES NECESARIA UNA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD Y EL DE SEGURIDAD SOCIAL?

2.1 Por la deuda social acumulada en salud y calidad de vida

La economía de la República Dominicana ha demostrado una importante capacidad de crecer y producir riqueza. Durante los últimos 50 años la economía ha crecido a un ritmo superior a la mayoría de los países del continente¹.

1 PNUD, *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005*, Santo Domingo: PNUD, 2005.

Sin embargo, nuestra economía no genera suficientes empleos de calidad y se caracteriza por una fuerte concentración de la riqueza. Es altamente excluyente. Alrededor del 54% de la población económicamente activa ocupada está en el sector informal y el 16% se encuentra desempleado. El 20% de mayores ingresos se apropia de casi el 60% del ingreso nacional, mientras que el 20% de menores ingresos apenas tiene acceso al 4% del mismo². Como consecuencia, el 42.2% de la población vive en condiciones de pobreza y el 7.5% en pobreza extrema. Esto significa que más de 3.5 millones de personas son pobres y casi 650,000 están en la miseria³. Esto ha conllevado a que la República Dominicana sea considerada uno de los países que peor ha aprovechado su riqueza para mejorar la calidad de vida de su población⁴.

Al mismo tiempo, el modelo de crecimiento económico no protege a la población, no produce protección social ante los riesgos de crisis económica. Mientras que en los largos períodos de crecimiento económico la pobreza solo se redujo alrededor del 1% de la población, y se mantuvo alrededor del 27%, bastaron dos años de crisis para que en 2003-2004 aumentara al 42% y la pobreza extrema se duplicara⁵. Esta alta vulnerabilidad de la población muestra la debilidad de las redes institucionales de protección social.

En el campo de la salud, estas características de la economía se expresan en un bajo gasto público en salud y su contrapartida, un elevado "gasto familiar de bolsillo".

El gasto público en salud es uno de los más bajos entre los países del continente americano, en los últimos años alrededor de 1.5 a 1.7% del Producto Interno Bruto. En consecuencia, el gasto familiar de bolsillo constituye alrededor del 50% del financiamiento total del sistema de salud⁶. Más aún, mientras más pobre es la familia, mayor es la propor-

2 *Ibid.*

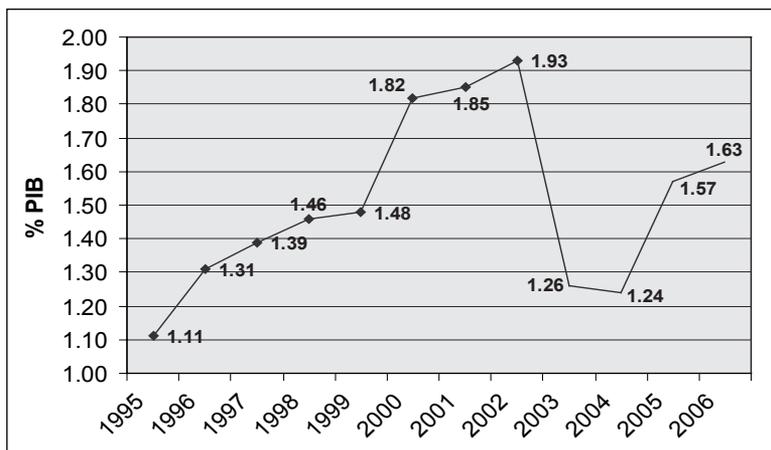
3 ONAPLAN, *Focalización de la pobreza en la República Dominicana*, Santo Domingo: ONAPLAN, 2005.

4 PNUD, *Ob. cit.*

5 ONAPLAN, *Ob. cit.*

6 OMS, *Estadísticas mundiales de Salud 2007*, Ginebra, 2007.

Gráfico 1
 Gasto público en salud como proporción del PIB.
 República Dominicana 1995-2006.



Fuente: Unidad de Análisis de la SEEPYD 2005. Actualizado por CERSS 2007.

ción de su ingreso familiar que debe invertir en salud, debido a sus mayores necesidades y demanda de servicios, y a la cobertura diferencial de aseguramiento⁷. Cerca del 60% del gasto de bolsillo corresponde a medicamentos y estudios complementarios.

El gasto de bolsillo es el pago que es exigido al momento de demandar un servicio y constituye por lo tanto una importante barrera para el acceso oportuno a los servicios en la calidad y cantidad requeridos. La pobreza y el acceso diferencial a servicios de calidad se traducen por una parte en grandes brechas en la situación de salud con respecto a otros países con similar o menor nivel del PIB, y por la otra, en enormes brechas de inequidad social entre diferentes grupos sociales.

No obstante que en los últimos años, con posterioridad a la crisis de 2003 y 2004 ha habido una mejoría en la prevalencia de pobreza y en la mortalidad en la infancia, entre

⁷ CESDEM, SESPAS, CERSS, *Encuesta Demográfica y de Salud ENDESA 2002*, Santo Domingo, 2003.

los países latinoamericanos cuyo PIB es menor que el de la República Dominicana, 7 tienen una mortalidad en menores de cinco años que es inferior, 6 tienen una esperanza de vida al nacer superior y 4 tienen un mejor índice de desarrollo humano.

Cuadro 1

Indicadores de salud y calidad de vida y PIB.
Países latinoamericanos alrededor de 2005.

País	P.B.I. per cápita (US\$ PPP)	Mortalidad < 5 a.	Esp. Vida	IDH lugar
Argentina	14,280	18	74.8	38
Chile	12,027	10	78.3	40
México	10,751	22	75.6	52
Costa Rica	10,180	11	78.5	48
Uruguay	9,962	17	75.9	46
Brasil	8,402	33	71.7	70
R.Dominicana	8,217	31	71.5	79
Panamá	7,605	24	75.1	62
Colombia	7,304	21	72.3	75
Venezuela	6,632	21	73.2	74
Perú	6,039	27	70.7	87
Cuba	6,000	6	77.7	51
El Salvador	5,255	35	71.3	103
Paraguay	4,642	23	71.3	95
Guatemala	4,568	43	69.7	118
Ecuador	4,341	26	74.7	89
Nicaragua	3,674	37	71.9	110
Honduras	3,430	40	69.4	115
Bolivia	2,819	65	64.7	117
Haití	1,663	120	59.5	146

Fuente: PNUD, *Informe Mundial de Desarrollo Humano*, New York: PNUD, 2007.

Por otra parte, el hijo o hija de una familia perteneciente al grupo de más altos ingresos del país tiene un 98.5% probabilidad de sobrevivir hasta los 5 años. Similar a la probabilidad promedio de la población de Uruguay, Barbados o Bahamas, mientras que el hijo o hija de una familia pobre

tiene apenas un 94.8% de probabilidad de sobrevivir hasta esa edad, es decir, cercana a la correspondiente a Bolivia y Guyana e inferior a la de Guatemala, Honduras y El Salvador. La mortalidad en menores de cinco años (por mil nacidos vivos) en las familias del 20% de menores ingresos en el país es 3 veces más alta que la del 20% de mayores ingresos.

Cuadro 2
Brechas de ingreso y sobrevivencia Infantil.
República Dominicana 2003.

Estrato población (20%) según ingreso	Ingreso per cápita anual US\$ (PPA)	% de sobrevivencia a los 5 años
1	17,200	98.5
2	6,460	97.9
2	4,190	96.6
4	2,770	95.8
5	1,640	94.8

Fuente: PNUD/GAPMINDER, www.gapminder.org (29 septiembre 2006).

Nuestro país ha hecho un importante esfuerzo de construcción de establecimientos de salud en los últimos decenios. Como consecuencia, la cobertura se ha elevado considerablemente. De acuerdo a las últimas informaciones disponibles, el 98% de los embarazos reciben atención prenatal profesional y el 97.15% de los nacimientos ocurren en establecimientos de salud y son atendidos por médicos. Estas cifras de acceso al sistema de salud son muy superiores a la mayoría de los países latinoamericanos⁸. Sin embargo, la mortalidad materna es una de las más altas del continente e igualmente la mortalidad infantil es superior a muchos países con menor nivel de cobertura institucional. Las muertes neonatales representan el 71% de las muertes en menores

8 CESDEM, Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana ENDESA 2007, Resultados preliminares, Santo Domingo, 2007.

de un año y el 58% de las de menores de 5 años⁹. Lo que muestran estas cifras contradictorias sobre la cobertura del sistema de salud y su limitada capacidad de producir los resultados esperados en la salud de las familias, son las limitaciones en la calidad de la atención a la cual tiene acceso la mayoría de la población.

Tanto las muertes maternas, como infantiles, al igual que la mayoría de los indicadores de mortalidad y morbilidad del país han descendido progresivamente en los últimos decenios, como expresión de la mejoría histórica de la calidad de vida y por el amplio acceso de la población a las inmunizaciones, a la rehidratación oral y otras tecnologías de bajo costo y amplia cobertura nacional. Las más recientes estimaciones confirman esta tendencia al descenso¹⁰, sin embargo, los resultados han sido menores que los logrados por otros países e inferiores a los que corresponderían a la disponibilidad de recursos en la sociedad dominicana.

Estos limitados resultados expresan por un lado la pobreza y deficiente calidad de vida de la población (el 14.7% de los menores de 5 años presentan al menos un episodio diarreico y 20.9 % reportó cuadros febriles, en los últimos 15 días de la encuesta ENDESA 2007¹¹), pero también la deficiente calidad de los servicios a los cuales accede la mayoría de la población. Esta calidad está seriamente afectada por el bajo financiamiento público y por la condicionalidad de las atenciones, medicamentos y estudios complementarios a la capacidad de pago de las familias.

Es destacable la situación del VIH/SIDA. Las últimas cifras disponibles han estimado dicha prevalencia alrede-

9 SESPAS, INTEC, IDESARROLO, Plan Decenal de Salud 2006-2015, Versión borrador para consulta a la sociedad, Santo Domingo, noviembre 2006.

10 Los datos preliminares de la ENDESA 2007 corroboran esta tendencia al descenso en la mortalidad en menores de un año (31 por mil para 2002-2006), aunque reflejan una disminución del ritmo de descenso para el último quinquenio, probablemente relacionada con la crisis económica y social de 2003 y 2004. Hay indicios de que en los últimos dos años podría haber ocurrido un descenso mayor y las más recientes estimaciones internacionales señalan una mortalidad infantil alrededor de 26 por mil nacidos vivos para el 2006.

11 CESEM, ENDESA 2007.

dor del 1% de la población en edad reproductiva, con una tendencia estable proyectada al 2012¹². Esto significa que tenemos un estimado de 61,717 personas VIH+, de las cuales probablemente unas 20,000 califiquen para recibir medicamentos antiretrovirales. La demanda de servicios crecerá en los próximos años por la prolongación de la vida de las personas afectadas y continuaremos con una elevada cifra de muertes y de huérfanos por esta causa, al menos por los próximos 10 años. Cada vez más el VIH/SIDA se comporta epidemiológicamente en el país más como una enfermedad crónica, de carácter endémico y se va alejando progresivamente de los patrones correspondientes a una epidemia ligada a grupos considerados de alto riesgo. Un importante desafío es la prevención de la transmisión de madre a hijos, para lo cual se dispone actualmente de intervenciones con alta efectividad, siempre que sean accesibles a todas las embarazadas.

Una de las razones por las que es necesario reformar el sistema de salud, es la necesidad de avanzar en el pago de esta deuda social que constituye un constante llamado a la conciencia ética de la sociedad y sus dirigentes, y al mismo tiempo conforma un fuerte “handicap” para avanzar hacia un desarrollo humano y sostenible. El Sistema Nacional de Salud ha de ser parte de un sistema mayor de protección social de la salud¹³ y calidad de vida, un nivelador social de la población, para que la situación de salud deje de ser un fuerte diferenciador y expresión de inequidad. El Sistema Nacional de Salud debe ser un pilar de la construcción de cohesión social.

Elevar el financiamiento público de la salud y reducir el gasto familiar en salud son condiciones indispensables para avanzar firmemente en la superación de esta deuda social acumulada en salud, caracterizada por una alta mortalidad

12 COPRESIDA (Tony Moya y Xema Callejas), Estimaciones de la prevalencia de VIH, Comunicación personal de datos preliminares de vigilancia epidemiológica, diciembre de 2007.

13 CEPAL, La protección social de la salud, Santiago de Chile: CEPAL, 2006.

en la infancia y materna, y por una alta incidencia de tuberculosis, HIV/SIDA y algunas otras patologías infecciosas transmisibles, además de la desnutrición crónica infantil.

La experiencia internacional demuestra que las poblaciones que han desarrollado mayores capacidades para superar exitosamente los desafíos de los desajustes de la economía y para asumir el camino del progreso social son aquellas cuyos gobiernos y sociedades han realizado las mayores y mejores inversiones sociales por períodos suficientemente amplios para lograr un fuerte capital humano y capital social acumulados¹⁴.

2.2 Por los desafíos emergentes de salud

La situación de salud del país muestra que al mismo tiempo que los problemas que constituyen la deuda social acumulada, han emergido nuevos problemas que constituyen importantes causas de mortalidad y morbilidad y ante los cuales el sistema de salud tendrá que incorporar sustanciales cambios culturales, en sus estrategias predominantes de trabajo, mas allá de la atención de la demanda, para desarrollar capacidades que le permitan afrontar con éxito su prevención y control.

Entre estos problemas destacan por ejemplo, las enfermedades del llamado “síndrome metabólico” (cardiovasculares, diabetes, osteoporosis, algunas localizaciones de cáncer, etc.) que conforman un complejo vinculado en su génesis a la necesidad de controlar las adicciones al tabaco y alcohol, incrementar la actividad física y mejorar la calidad de la alimentación. Destacan también la violencia familiar y social y los trastornos de salud mental cuya frecuencia y consecuencias afectan considerablemente la salud familiar y comunitaria. Así mismo, los accidentes constituyen una

14 Véanse los siguientes documentos: Amartya Sen, Social Exclusion, Concept, Application and Scrutiny, Social Development Papers No. 1, Asian Development Bank, junio de 2000 y Bernardo Kliksberg, “Hacia una nueva generación de políticas sociales en Latinoamérica: Un análisis comparativo”, Rev. CLAD Reforma y Democracia, No. 35, junio de 2006.

importante causa de mortalidad y de morbilidad, además de una pesada carga económica para los servicios y las familias. Algo similar se podría decir sobre el cáncer, sobre todo el ginecológico y prostático, así como el de vías digestivas y otros de relativamente fácil prevención.

Cuadro 3.

Mortalidad registrada según grandes grupos de causas.
Lista 6/68 OPS/OMS. República Dominicana 1999 y 2005

Causa	Muertes registradas		Porcentaje		Tasa por 100,000 h	
	1999	2005 (b)	1999	2005 (b)	1999	2005 (b)
Cardio-vasculares	8,354	10,268	34.85	39.95	100.0	114.1
Enfermedades Transmisibles	2,578	3,128	10.75	12.17	30.9	34.8
Tumores malignos	3,391	4,543	14.14	17.68	40.6	50.5
Orig. Período Perinatal	1,236	1,989	5.16	7.74	14.8	22.1
Causas externas (violentas)	3,668	3,737	15.30	14.54	43.9	41.5
Total diagnosticadas	23,973	25,700	100.00	100.0	--	--
Mal definidas	3,120	1,929	11.5	6.88	--	--
TOTAL REGISTRADAS	27,093	27,599	100.0	100.0	3.2	3.1

Fuente: a) Dirección General de Epidemiología. SESPAS, *Análisis de Situación de Salud*, Santo Domingo 2003 y, b) Cálculos por el autor con base en información preliminar de DIGEPI/SESPAS 2007.

De acuerdo a encuestas realizadas por la Sociedad de Cardiología¹⁵, entre el 24.5% y el 30% de la población adulta es hipertensa y esto es consecuencia de que el 29.2% de esta población tiene sobrepeso (16.4% es obesa) y mas del 20% son adictos al tabaco. Estos tres factores asociados,

15 Sociedad Dominicana de Cardiología, Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades cardiovasculares (EFRICARD), 1996-1998.

constituyen los más importantes factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares que constituyen el primer grupo de causas de mortalidad general en el país. En estas circunstancias podemos comprender porqué las enfermedades cardiovasculares representan más del 10% de las consultas ambulatorias y del 6% de la emergencias en el país. Constituyen además el 80% de los internamientos hospitalarios no obstétricos a nivel nacional.

El peso de la diabetes en la mortalidad general ha ido ascendiendo en los últimos quinquenios en forma progresiva. Estimamos que para el año 2006 se registraron alrededor de 1200 muertes atribuibles a esta enfermedad, lo que significa una tasa alrededor de 12 muertes por cada 100,000 habitantes. La prevalencia de esta enfermedad en la población adulta del país se ha estimado alrededor del 9 al 11 % de la población adulta.

El Consejo Nacional de Drogas ha encontrado en algunos estudios que hasta el 20% de los adolescentes y jóvenes podrían estar consumiendo tranquilizantes, el 41% tabaco, el 71.2% alcohol, el 12.1% estimulantes. Aunque el consumo de drogas ilegales podría ser menor, existe la percepción de que la demanda de servicios ha ido en aumento progresivo y que en algunos sectores juveniles representa un importante problema de salud. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas adictivas se relaciona a su vez con la violencia doméstica y la violencia social, así como con los accidentes de tránsito cuyo impacto sobre la situación de salud y la demanda de servicios ha ido en aumento.

Las *neoplasias (cáncer)* constituyen alrededor del 18% del total de muertes del país. Algunos de ellos (cáncer de cuello uterino, cáncer de pulmón, cáncer gástrico, cáncer de colón, cáncer de próstata, entre otros) son prevenibles o son exitosamente tratados en sus estadios iniciales. Sin embargo, nuestro sistema de salud ha desarrollado pocas capacidades en este sentido. Por ejemplo, apenas el 10% de las mujeres en edad reproductiva se practican una prueba de pesquisa de cáncer cérvico uterino al año, y la mayoría

de dichas pruebas se concentran en mujeres en las edades y grupos sociales de menor riesgo. Por otra parte, el seguimiento de la mayoría de los casos detectados es muy precario. En consecuencia, la mayoría de las lesiones cancerosas detectadas se encuentran en estadios avanzados, en los que demandan altos costos de atención y con limitadas posibilidades de éxito.

La gran mayoría de estos problemas en realidad no son nuevos. Sin embargo, se han ido haciendo más visibles y progresivamente más relevantes. Todos ellos tienen una distribución social que afecta con más fuerza a la población con menores recursos. Muchos de ellos requieren el uso de tecnologías de diagnóstico y medicamentos cuyo costo no es accesible a la mayoría de la población. Además, por su carácter crónico, representan una pesada carga que gravitará por todos los años de vida adulta, afectando su calidad de vida y su productividad.

El sistema nacional de salud debe asegurar el acceso de toda la población a los recursos de promoción de una vida más saludable y de prevención de los principales factores de riesgo que determinan su incidencia y su severidad, al mismo tiempo que los recursos necesarios para un diagnóstico temprano y adecuado tratamiento y control a lo largo de la vida. De otra forma, los costos de atención y el impacto negativo sobre la vida familiar serán cada vez más crecientes

2.3 Por los cambios demográficos

La población dominicana se encuentra en un estadio intermedio de transición demográfica. El grupo de edad que más crece actualmente es el de 15 a 64 años, es decir la población económicamente activa (PEA).

Entre 2003 y 2015 se incorporarán a la PEA unas 102 mil nuevas personas cada año y este grupo pasará a ser el 65% del total de nuestra población. La proporción de población mayor de 64 años, aunque tiende a crecer, aun para el 2015

Cuadro 4
Evolución de la población por edad.
República Dominicana 1950-2015

Edad	1950		1970		2003		2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 15	1.047.613	44.5	2.093.134	47.3	2.733.637	31.1	2.919.687	28.0
15 - 64	1, 229,594	52.3	2, 197,639	49.7	5, 645,288	64.1	6, 872,082	65.9
65 y +	75,761	3.2	131,982	3.0	425,394	4.8	644,465	6.1
Total	2, 352,968	100.0	4, 422,755	100.0	8, 804,318	100.0	10, 436,236	100.0

Fuente: DIGEPI SESPAS, ASIS 2003. Santo Domingo 2004 y CEPAL, *Anuario Estadístico de América Latina 2005*, Santiago de Chile 2006.

representará solamente el 6.1% del total. Esta estructura de edad representa una ventana de oportunidad para el desarrollo, porque el índice de dependencia (alrededor de 53.4) es relativamente bajo. Esta ventana de oportunidad se irá cerrando progresivamente a medida que en los próximos 25 años la población envejezca progresivamente y nuestro índice de dependencia se acerque al de los países del sur del continente.

Cuadro 5
Indicadores demográficos seleccionados.
República Dominicana

AÑO (circa)	Población	Esp. Vida	Mort. Infantil	Mortalidad proporcional %		
				0-14 años	15-64 años	65 y + años
1950	2,352.968	46.0	149.0	65.2	22.2	12.6
1980	5,696,855	63.2	84.3	42.0	31.6	26.4
2005	9,100,184	71.4	34.4	19.2	35.0	45.8
2015	10,436,235	73.6	25.3	12.1	33.4	54.5
2025	11,528,898	75.4	16.3	9.6	31.5	59.1

Fuente: CEPAL, *Boletín Demográfico N° 69*, Santiago de Chile 2002 y *Anuario Estadístico de América Latina 2005*.

El perfil de salud de los adolescentes y adultos jóvenes representa necesidades importantes en cuanto a la salud sexual y reproductiva (prevención de embarazos en adolescentes, prevención de enfermedades de transmisión sexual, atención prenatal y perinatal de calidad), prevención y control de adicciones al tabaco, alcohol y drogas psicoactivas, accidentes, violencias, y la salud laboral.

Asegurar la mejor salud de este grupo de edad favorecerá aprovechar la ventana de oportunidad demográfica para el desarrollo, pero esto requiere cambios importantes en el sistema de salud para desarrollar sus capacidades.

2.4 Porque necesitamos un sistema de servicios de salud más efectivo y más satisfactorio

Como hemos señalado antes, el financiamiento público del sistema de salud es muy deficitario y esto profundiza las inequidades sociales en la situación de salud, y reproduce la pobreza en la población. Toda vez que el gasto familiar en salud impacta negativamente en el presupuesto de las familias pobres y porque condiciona el acceso a la atención con la oportunidad y calidad requerida, a la capacidad de pago de las familias. Sin embargo, no bastaría elevar el gasto público en salud para asegurar mayor efectividad sobre los principales problemas de salud de la población.

El sistema nacional de salud adolece de importantes limitaciones en su estructura, en su modelo de atención y en su modelo de gestión, que gravitan fuertemente sobre su calidad y efectividad.

- a. Entre las deficiencias estructurales se destacan la débil rectoría, la inadecuada separación de funciones y los problemas relacionados con los recursos humanos.

La experiencia internacional muestra que solamente aquellos sistemas que tienen una fuerte rectoría pública tienen mejores oportunidades para superar satisfacto-

riamente los conflictos entre intereses particulares que afectan su desarrollo, y logran asegurar una direccionalidad marcada por las prioridades estratégicas vinculadas al interés público.

El sistema de salud dominicano adolece de una débil rectoría. Esta es la función menos desarrollada tradicionalmente en la Secretaría de Estado de Salud y Asistencia Social, órgano del Estado para la rectoría en el sistema nacional de salud¹⁶.

La separación de funciones (rectoría, atención a las personas, salud colectiva, financiamiento y aseguramiento) es una de las estrategias para elevar la efectividad del sistema de salud. Sin embargo, la experiencia de los últimos años muestra que se puede cometer errores que afecten considerablemente la efectividad del mismo. El principal desatino parecería ser la errónea comprensión de la separación de funciones como separación de estructuras organizativas. Esto se traduce en tensiones y pugnas por razones de poder y recursos en las que frecuentemente resultan sacrificadas las funciones de la salud colectiva y los órganos desconcentrados de la SESPAS. La consecuencia es la reproducción de modelos de gestión y de atención incorrectos y en lentitud de los procesos de descentralización y desconcentración.

En lo que respecta a los recursos humanos se destacan dos importantes limitaciones. La estructura del equipo de salud y la carencia de una carrera sanitaria y administrativa que cree condiciones favorables para aplicar nuevas formas de contratación y de gestión de personal que resulten más estimulantes y satisfactorias para el personal y en mayores posibilidades de estimular y controlar la productividad y la calidad.

16 República Dominicana, SESPAS, Ley del Sistema Nacional de Salud (42-01), Artículo 8. Santo Domingo, marzo de 2001.

Un hecho relevante en la composición del equipo de salud es su fuerte concentración en los médicos. El sistema de salud tiene más médicos que enfermeras y debería tener al menos 4 a 5 profesionales de enfermería por cada uno de ellos. Igualmente, la proporción de otros profesionales como odontología, psicología, trabajadores sociales, se traduce en un equipo con muy limitadas capacidades de ofrecer atenciones integrales y de incorporar la promoción de la salud y la prevención como estrategias predominantes, mientras que predominan los enfoques clínicos, curativos y biológicos de los problemas de salud. Mas aún, la edad promedio del personal profesional de enfermería plantea el desafío de que en los próximos 5 años podría estar en condiciones de solicitar el retiro por jubilación una muy elevada proporción de los mismos.

Además, el sistema de salud no cuenta con suficientes profesionales de medicina, enfermería, y otras profesiones debidamente capacitado y motivado para el primer nivel de atención. Esto, sumado a la carencia de recursos diagnósticos y terapéuticos, hace que la calidad de la atención en este nivel sea limitada.

b. El modelo de atención

En el modelo de salud dominicano predomina un modelo de atención anclado en lo biológico e individual. En consecuencia, tiene poca capacidad para comprender el mandato legal (ley 42-01) sobre la “producción social” de la salud. La consecuencia es una concentración de los recursos y de la oferta de atenciones en lo curativo y en los centros de mayor complejidad y elevado costo, en desmedro del primer nivel de atención. Este último es percibido como una puerta de entrada al sistema, con baja capacidad resolutive y bajo costo, cuya principal misión parecería ser la de captar y referir pacientes a los centros hospitalarios.

La experiencia muestra que el desarrollo de un primer nivel de atención de salud, con alta capacidad para el diagnóstico, manejo y tratamiento de los principales problemas de salud, tendría un alto impacto positivo sobre la salud de las poblaciones y sobre su nivel de satisfacción, y además, en la medida que puede llegar a resolver hasta un 75% al 80% de la demanda de servicios, tendría un alto impacto sobre la eficiencia general del sistema de salud. Por otra parte, la experiencia muestra que para lograr estos resultados es esencial que en el primer nivel de atención se aplique un modelo de atención integral, familiar y comunitario, que priorice la promoción y la prevención de salud, con amplia participación social co-gestionaria y un papel relevante de las municipalidades. Redefinir el modelo de atención implica fortalecer el enfoque de género en el sistema de salud, en su oferta de servicios y en su práctica cotidiana.

Todo lo anterior requiere cambios estructurales de fondo en el sistema de salud del país y seguramente inversiones significativas para el desarrollo de redes de apoyo diagnóstico y terapéutico en el primer nivel, así como en la formación intensiva de personal y dotación de centros de primer nivel. Sin embargo, estas inversiones serían ampliamente retribuidas en los resultados, en la satisfacción de las poblaciones y en la eficiencia general del sistema.

c. El modelo de gestión

El sistema de salud se caracteriza por un modelo de gestión fuertemente centralizado y con pocos estímulos para asegurar la mayor eficiencia y efectividad. Para superar estas limitaciones es necesario profundizar en los procesos de descentralización y desconcentración (Ley 42-01). Es probable que estos procesos impliquen mayor autonomía en el primer nivel de atención, en for-

ma desconcentrada y bajo la rectoría de la SESPAS, para fortalecer la participación social cogestionaria y el papel de las municipalidades, y es posible que a nivel hospitalario se requiera desarrollar autonomía administrativa y al mismo tiempo procesos de construcción de consorcios que permitan, además, avanzar en la eficiencia institucional, aprovechar las economías de escala y las posibilidades de intercambio y aprovechamiento de las mejores experiencias (“benchmarking”), controles de calidad externos, entre otras técnicas contemporáneas de gerencia efectiva.

Al mismo tiempo, sería necesario fortalecer la función de planificación a todos los niveles del sistema, incluyendo sus componentes de monitoreo y evaluación, fortalecer también la rendición de cuentas a la sociedad organizada, esta última como un esfuerzo complementario de transparencia y legitimidad.

Así mismo, desarrollar un modelo de gestión más eficiente incluye la necesidad de fortalecer la participación social organizada en la cogestión, planificación, monitoreo y evaluación. En este sentido, la Ley 42-01 y sus reglamentos constituyen una buena base jurídica, que se fortalecerá con los contenidos del Plan Decenal de Salud, actualmente en proceso de consulta social.

d. El modelo de financiamiento

La Ley 87-01 establece el compromiso nacional (Estado y sociedad) de lograr que para el 2011 todos los dominicanos y dominicanas hayan sido incorporados al Seguro Familiar de Salud. Este es un objetivo estratégico del país al que todos debemos contribuir, por su alto impacto potencial sobre las inequidades sociales en salud y calidad de vida.

Esto tiene implicaciones muy importantes en la forma tradicional de financiamiento del sistema de salud y de sus servicios. Por una parte, requiere desarrollar la capacidad de establecer los costos de los servicios brindados a la población beneficiaria, a fin de poder recuperar los mismos a través del Sistema Dominicano de Seguridad Social, lo que demanda una actualización de los sistemas y de las tecnologías disponibles para la contabilización. Por otra parte, en la medida que la cobertura del Seguro Familiar de Salud alcance a la mayoría de la población, sobre todo en lo concerniente al Régimen Subsidiado, y se fortalezcan el seguro de riesgos laborales y el Fondo para la Atención Médica de lesionados por accidentes de tránsito, los servicios públicos deberán ir progresivamente migrando desde las formas tradicionales de presupuestar y de gestión financiera hacia formas mas vinculadas al aseguramiento.

Es previsible que este proceso de “desmonte” del financiamiento “histórico” nunca será total, es decir que siempre deberá permanecer una cierta proporción del financiamiento de los servicios públicos asignado por vía de la SESPAS, debido a que el Seguro Familiar de Salud no cubre la totalidad de los servicios demandados y porque probablemente siempre habrá algunos sectores de población no incorporados a dicho seguro. Sin embargo, una vez que se inicie será cada vez más un factor que presionará cambios en los sistemas y procedimientos de gestión financiera.

El Seguro Familiar de Salud ha previsto un financiamiento por servicios prestados. Este parecería ser adecuado para retribuir a los centros hospitalarios prestadores de servicios de salud. Sin embargo parece inadecuado para el primer nivel de atención. Algunas de las experiencias latinoamericanas con sistemas parecidos, muestran la necesidad de que el primer nivel de aten-

ción sea financiado predominantemente con una base de capitación, a la cual se añadan incentivos ligados a resultados de impacto en la salud. El financiamiento por capitación favorece que los servicios de primer nivel tengan una base poblacional y puedan desarrollar estrategias de intervenciones familiares y comunitarias, con énfasis en la promoción de salud y en la prevención. Los incentivos por producción de resultados, a su vez, estimularían la calidad y el rendimiento, de acuerdo a metas establecidas por el órgano rector del sistema nacional de salud. Por el contrario algunas experiencias negativas muestran que cuando el financiamiento de los prestadores del primer nivel de atención se realiza predominantemente por pago de servicios prestados, se introducen “estímulos perversos” que tienden a sesgar la oferta de sus servicios hacia lo curativo individual y hacia aquellos servicios que significan mayores ingresos, en detrimento de las atenciones colectivas, de promoción y prevención.

El financiamiento per cápita, con base poblacional y con estímulos al logro de resultados en la salud, favorecería así mismo la posibilidad de que haya diversidad de prestadores en el primer nivel de atención y la posibilidad de implementar diversas modalidades y estrategias, mediante servicios de la SESPAS, de ONG's y otros, sujetos a la rectoría de la SESPAS, en cuanto al modelo de atención, los resultados de salud pública y las normas correspondientes, pero con diversidad de modelos administrativos y de gestión.

Todo lo anterior requiere cambios de fondo en el actual sistema de salud, tanto público como privado, a fin de aprovechar las oportunidades que ofrece el actual marco jurídico (Ley 42-01 y Ley 87-01 y sus reglamentaciones), para construir un sistema más efectivo y más satisfactorio para la población.

3. ¿NECESITAMOS UNA REFORMA DE LA REFORMA?

En los capítulos anteriores hemos identificado algunos de los aspectos clave que el proceso de reforma deberá superar para alcanzar la construcción de un sistema nacional de salud con alta efectividad frente a los principales problemas y necesidades de salud de las poblaciones y para que el mismo sea más eficiente y sostenible.

- a. Los aportes más positivos del marco conceptual y los principios de la reforma sanitaria dominicana.

Si bien las reformas dominicanas de salud y seguridad social se iniciaron tardíamente con respecto a otros países del continente, y tal vez por esa misma razón, en la misma se expresaron fuertes influencias de las tendencias predominantes a nivel internacional en los quinquenios previos a la aprobación de las leyes 42-01 y 87-01, y en particular en las experiencias de Chile y Colombia, algunas de las cuales fueron superadas en dichos países por reformas posteriores. Entre ellas, la valoración negativa de la rectoría pública, una sobrevaloración de las posibilidades de las organizaciones empresariales, un fuerte compromiso con el papel del capital financiero y una perspectiva limitada de la salud esencialmente anclada en lo clínico, lo biológico y lo individual. Debe destacarse, sin embargo, que en las reformas dominicanas se introdujeron principios e ideas innovadoras con respecto a las experiencias latinoamericanas previas.

Algunas de estas ideas constituyen aun oportunidades para avanzar en beneficio de la equidad y la protección social de la salud y hacia mayor cohesión social. Precisamente estos aspectos mas progresistas de la reforma han sido muy afectados por las modificaciones y entendimientos que han sido forzados por la conflictivi-

dad que ha emergido de intereses particulares, y sería necesario rescatarlos y fortalecerlos.

Uno de estos principios básicos es la cobertura universal del Seguro Familiar de Salud. De acuerdo al marco legal, para el año 2011 todos los dominicanos y dominicanas deben haber sido incorporados a este seguro, sin exclusiones. Esto significa, para ponerlo en la perspectiva de la arquitectura actual del sistema, que para el año 2011, al menos 3.5 millones de pobres, alrededor de 3 millones de personas vinculadas al sector informal pero con ingresos estables superiores al salario básico promedio nacional, y poco más de 3 millones de trabajadores del sector formal y sus empleadores, junto con sus respectivos familiares, habrán sido incorporados al Seguro Familiar de Salud. Los retrasos en el desarrollo del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo-Subsidiado, así como los retrasos en la incorporación de los trabajadores formales y sus familiares al régimen contributivo, amenazan con llevar al incumplimiento de esta trascendente reivindicación social.

Otro principio básico que ha sido vulnerado por deformaciones en el desarrollo del sistema en función de satisfacer intereses particulares es que, de acuerdo al marco legal, el Plan Básico de Salud es único para todos y todas. Es decir con un mismo catálogo de prestaciones y un mismo costo, independientemente del régimen de financiamiento. En la práctica se ha producido un distanciamiento progresivo entre el costo estimado para el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo. Mientras la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) paga a las ARS, por cada afiliado y beneficiario del régimen contributivo, un total de RD\$ 7,440.00 anual¹⁷, tan solo paga RD\$ 2,170.00 por cada afiliado al subsidiado.

17 República Dominicana, SISALRIL, *Resolución Administrativa N° 00147-2007*, Santo Domingo, diciembre de 2007.

Este distanciamiento ocurre porque se asume que el Estado hace aportes para el desarrollo de la Red de Servicios Públicos, que no van por la vía de la Tesorería de la Seguridad Social y que la suma de los dos tipos de aportes sería igual o incluso superior. Sin embargo, estos aportes no han sido cuantificados debido a la inexistencia de una contabilidad de costos realista en los servicios públicos y existe el riesgo de que, en la medida que se inicie el “desmante” de los aportes financieros vía la SESPAS para pasarlo a la TSS, los montos totales no correspondan al costo total del Plan Básico de Salud establecido.

Así mismo, los retrasos y deformaciones en el desarrollo de la Red Única de Servicios Públicos de Salud, no han contribuido a superar la percepción de que existen diferencias importantes de calidad entre la atención en servicios públicos y privados, con lo cual persiste la imagen de exclusión e inequidad que precisamente se debe superar con el nuevo sistema.

Todo esfuerzo de revisión para un mejor desarrollo de los sistemas de salud y seguridad social deberá considerar y reforzar estos principios básicos que permitirán mantener el rumbo de desarrollo de los mismos en función de la equidad y la protección social de la salud.

Un importante aporte de gran significación social lo constituye el hecho de que los mecanismos de financiamiento son obligatorios, tanto para el Estado como para la sociedad. Al definir las cotizaciones empresariales y de los trabajadores, como obligatorias y como aportes a un sistema nacional, se ha establecido el principio de que dicho sistema es público y no privado. Es una especie de impuesto obligatorio especializado que es gestionado por entes públicos en función de un bien público. Por lo tanto, en el sistema dominicano, a diferencia de

algunas experiencias en otros países, el sistema de seguridad social es un sistema público, aunque tiene múltiples actores y se sustenta sobre una articulación público-privado. Esta es una base que debe fortalecerse y desarrollarse, superando las presiones y tendencias que tratan de reorientarlo hacia el predominio de lo privado.

b. Los avances y dificultades en la reforma sanitaria y de la seguridad social

Desde que en mayo del 2001 entraron en vigencia las leyes 42-01 y 87-01 se han llevado a cabo los esfuerzos por transformar tanto el sistema de salud como el de seguridad social. La meta prevista es lograr que para el año 2011 toda la población dominicana (alrededor de 10.5 millones de personas) esté incorporada al Seguro Familiar de Salud y para esa misma fecha se haya completado la transformación del sistema de salud y se haya conformado el Sistema Nacional de Salud según lo prescrito en la Ley 42-01. Sin embargo se han puesto en evidencia numerosas dificultades que han retrasado considerablemente estos esfuerzos y sus resultados.

El diseño del sistema de seguridad social adoptado en el marco legal (Ley 87-01), si bien significa avances de gran relevancia, con respecto a la situación previa, es bastante complejo, involucra a muchos actores, incluso algunos nuevos, y traduce una alta confianza en las posibilidades del mercado para armonizar los diferentes intereses particulares involucrados. En consecuencia, se caracteriza por una débil rectoría pública. Además, se concentra en el financiamiento de la atención médica predominantemente curativa, sustentada en la demanda espontánea de servicios por parte de la población.

A su vez, el diseño adoptado para el Sistema Nacional de Salud (Ley 42-01), si bien incorpora bases concep-

tuales muy avanzadas y contemporáneas, como la “reproducción social de la salud”, establece con claridad la rectoría pública y asigna prioridad a la promoción y prevención de la salud, por parte de la SESPAS; también incorpora una alta complejidad en el diseño.

En el Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social, se ha logrado dar inicio al Régimen Subsidiado, y al finalizar el año 2007, se ha incorporado al mismo a 1,014,000 personas (aproximadamente el 29% de los pobres del país). El régimen contributivo, recién iniciado el 1 de septiembre 2007, hasta fines de octubre 2007 había incorporado 1,553,000 personas (aproximadamente el 44% de la población vinculada al sector formal de la economía). No se ha iniciado aún el Régimen Contributivo-Subsidiado destinado a trabajadores del sector informal y sus familiares (estimados en por lo menos 3 millones de personas).

Las dificultades que han afectado el desarrollo del Régimen Subsidiado han estado relacionadas con la disponibilidad de recursos financieros aportados por el Estado, pero también con la barrera representada por la elevada proporción de la población dominicana que carece de documentos básicos de identidad.

Las dificultades que han entorpecido el régimen contributivo, en cambio, han estado relacionadas con conflictos entre los intereses vinculados a las aseguradoras (ARS) y a los Prestadores de Servicios de Salud (PSS), los que en muchas oportunidades han sido antepuestos al interés público nacional. Los órganos del Estado, por su parte, no siempre han mostrado suficiente rigor y capacidad para aplicar el marco jurídico existente y hacer prevalecer el interés público.

La transformación del sistema de salud por su parte también ha encontrado tropiezos y dificultades. La más

importante de ellas probablemente sea el financiamiento deficitario, debido al bajo gasto público en salud, pero también han sido relevantes los conflictos de intereses entre diferentes actores involucrados.

Los procesos de reforma sanitaria y de la seguridad social suelen ser complejos y en general suelen requerir muchos ajustes y cambios en el diseño original, a la luz de la experiencia, para mantener la direccionalidad que permita lograr los resultados esperados. Las reformas no son hechos estáticos. En este sentido, parece importante tratar de identificar algunas de las limitaciones del diseño adoptado, con la finalidad de que el país puede ir avanzando hacia su eventual superación, reafirmando la meta de construir un Sistema de Protección Social de la Salud, de carácter universal y solidario, y un Sistema Nacional de Salud más efectivo y sostenible, ambos como instrumentos de cohesión social. Veamos a continuación algunas de las limitaciones del diseño adoptado que se han evidenciado en los años de aplicación del mismo. ¿Cuáles son estas limitaciones inherentes al diseño que podrían ser mejoradas?

c. El mercado no asegura equidad

La experiencia muestra que los factores del mercado, si bien en muchos casos pueden ser un estímulo suficiente para impulsar mayor eficiencia en la gestión de salud, en la medida que los ingresos y las ganancias (en el caso de actores privados) se relacionan con el mejor uso de los recursos disponibles, no siempre se orientan en función de la equidad y la solidaridad. Por el contrario, dejados a su libre juego, tienden a deformar el funcionamiento de los servicios en función de la máxima ganancia y beneficio financiero, dejando a un lado los sectores sociales y los problemas y prestaciones de servicios de salud menos atractivos desde la perspectiva financiera, con lo

cual pueden profundizar las inequidades. Los sistemas de salud y seguridad social que han desarrollado una fuerte rectoría pública suelen lograr mejores resultados en términos de equidad en la situación de salud.

En el actual marco jurídico (Ley 87-01) no han resultado fortalecidas. Al conferir al Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) funciones que son típicas de rectoría, como la regulación del sistema y el control de sus componentes y actores, introduce duplicaciones y hasta incompatibilidades con las funciones que corresponden a la SESPAS en el sistema de salud. Esta situación se acentúa porque en la composición del CNSS, y sobre todo al conceder derecho a veto a representantes empresariales y sindicales, se deja abierta la posibilidad de que el mismo pueda ser “capturado” por algunos de estos intereses, imposibilitándolo para cumplir dichas funciones de velar por el interés público. Un ejemplo de este problema fue la imposibilidad de realizar reuniones del CNSS desde octubre 2005 hasta diciembre 2006 por el boicot ejecutado por la representación empresarial exigiendo el reconocimiento de sus propuestas. Esta acción retrasó por más de un año el desarrollo del sistema. Otro ejemplo sería la resistencia de algunos sectores organizados para avanzar en la reforma del Instituto Dominicano de Seguros Sociales y conformar la Red Única de Servicios Públicos de Salud, como lo establece la ley.

Es difícil entender las razones que predominaron para que se debilitara la función rectora de la SESPAS y del Estado en general, ante un diseño tan complejo y demandante, siendo el Estado el principal financiador del sistema. Considerando que con el Régimen Subsidiado y el Contributivo-Subsidiado, probablemente se cubriría entre el 50% y el 60% de la población, y que el Estado debe asumir además los costos que le corresponden

como empleador, no parece exagerado concluir que el financiamiento público, vía el Estado, representará más del 70% del costo total del sistema de seguridad social.

La debilidad de la rectoría pública en el sistema de seguridad social ha sido determinante para que los conflictos entre intereses particulares hayan entorpecido considerablemente su desarrollo.

En un país caracterizado por profundas inequidades y exclusión social, la construcción de un sistema de protección social de la salud necesariamente implica redistribuir mejor las riquezas generadas, a través de un incremento en el gasto público en salud, la reducción del gasto familiar y garantizar el acceso de todos y todas a los servicios en forma oportuna y con calidad. Esto ciertamente requiere cambios de fondo en el sistema de salud, tanto a nivel público como privado. Estos cambios difícilmente ocurrirán mientras predominen las fuerzas del mercado y los intereses particulares sobre el interés del país y mientras en los actores relevantes predomine una racionalidad sobre la atención de la salud que más se acerca a la idea de un bien privado que de un bien público. Sólo una fuerte rectoría pública puede lograr hacer prevalecer el interés nacional.

- d. La complejidad institucional fortalece el riesgo de captura y reduce la eficiencia

Como hemos señalado, el diseño ha resultado en una arquitectura bastante compleja, tanto del sistema de salud como de la seguridad social. Esto incrementa las dificultades de desarrollo. Pero lo más destacable es que esta complejidad hace al sistema más vulnerable al “riesgo de captura”, es decir que alguno o algunos de los actores del sistema puedan controlar órganos con responsabilidad de rectoría, regulación y control y someterlos

en función de sus intereses particulares, en perjuicio del interés público nacional.

Parece necesario reducir la complejidad burocrática y superar la duplicación y solapamiento de funciones. Este esfuerzo de simplificación institucional podría partir de dos principales propósitos: 1) fortalecer la rectoría y, 2) aumentar la eficiencia sistémica.

Para fortalecer las funciones de rectoría se debería avanzar progresivamente hacia la idea de que el sistema de salud debe ser unificado y la SESPAS debe asumir el conjunto de las funciones de rectoría. No hay ejemplos en otros países de un Consejo Nacional de la Seguridad Social, autónomo del principal órgano rector público, con las funciones que le han sido asignadas en la República Dominicana. Cambiar las funciones del CNSS hacia predominantemente asesoras y de coordinación, subordinando las decisiones a la autoridad del Estado, parece una necesidad a la que habrá que construirle viabilidad progresivamente. Resulta un contrasentido que el CNSS tenga algunas funciones de rectoría, mientras en su seno la SESPAS, el órgano rector del Estado para el sistema de salud, tan sólo es un miembro más, subordinado a las decisiones de un conjunto en el cual algunos de los sectores que deben ser regulados y supervisados son juez y parte. Algo similar puede ser afirmado de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. No hay experiencia internacional en la que funciones de superintendencia en salud sean asignadas a instituciones autónomas del órgano estatal de rectoría.

Para fortalecer la eficiencia general en el Sistema de Seguridad Social y en el Sistema Nacional de Salud, parece necesario revisar el papel de los diferentes organismos que los integran desde la perspectiva del valor agregado de su existencia y desarrollo. Reducir los or-

ganismos que aportan poco valor agregado para el logro de los objetivos del sistema sobre equidad y efectividad, contribuiría a reducir los elevados costos de transacción y a superar parte de la conflictividad entre actores interesados. La separación de funciones no debería entenderse como necesariamente vinculada a la multiplicación de organismos e instituciones públicas y privadas.

- e. La atención privada lucrativa no puede ser el modelo de un sistema universal y solidario

Una de las consecuencias del diseño actual y más aún de la forma en que ha sido progresivamente implementado, es que parecería incorporar como imagen objetivo del sistema de salud a la atención médica privada y lucrativa. Conviene señalar que no hay una sola experiencia de país que haya logrado desarrollar sistema nacionales de salud que sean efectivos, en términos de sus resultados, y eficientes y sostenibles en términos financieros, que no se base en el desarrollo predominante del sistema público y subordine la atención privada a una fuerte rectoría pública. Por el contrario, hay numerosa evidencias, en países desarrollados o subdesarrollados que muestran cómo aquellos sistemas de salud en los que no hay un predominio del subsistema de servicios públicos y de la rectoría pública suelen ser mucho más inequitativos, lograr peores resultados en la salud de las poblaciones, y ser mucho más costosos para la población y el Estado.

- f. Los estímulos perversos en el sistema

Parte de las dificultades y limitaciones que se han evidenciado en la experiencia de desarrollo de las reformas sanitarias y de la seguridad social dominicanas provienen de la existencia de “estímulos perversos”. Es decir, estímulos que alientan a algunos de los actores del siste-

ma a tomar decisiones y conductas que son contrarias al interés de la población y del país o que atentan contra el desarrollo y funcionamiento general del sistema.

Probablemente el más importante de estos “estímulos perversos” deviene del hecho de que la Tesorería de la Seguridad Social paga a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) sobre una base per cápita, es decir paga el costo del Plan Básico de Salud por cada uno de sus afiliados y beneficiarios incorporados, mientras que las ARS pagan a los Prestadores de Servicios de Salud sobre la base de los servicios prestados y tarifas preestablecidas. Por lo tanto, mientras menos servicios demanden o reciban los afiliados, mayor es el margen de beneficios de las ARS.

Esto hace que el sistema sea muy vulnerable y lo hace depender de la integridad ética de los propietarios y funcionarios de las ARS. Mientras mayores sean las dificultades para que sean atendidas las demandas de servicios y mientras mayores sean las barreras para la afiliación de personas de mayor edad o con patologías crónicas, las cuales potencialmente demandarían más atenciones, mayores serán las ganancias de las ARS. Por lo tanto, las Administradoras de Riesgo de Salud, cuya justificación conceptual en el diseño sería la defensa de los intereses de los afiliados ante los Prestadores de Servicios de Salud, están fuertemente estimuladas para que hagan prevalecer su interés financiero en desmedro del propósito de equidad y de cobertura universal, oportuna y de calidad para toda la población.

Este hecho, sobre todo en el Régimen Contributivo, está en la raíz de muchas de las dificultades que han emergido en los últimos meses en el desarrollo del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud. Parece necesario revisar el diseño a fin de superar este tipo de

estímulos perversos y hacer prevalecer el interés de la población beneficiaria sobre el interés financiero de las ARS y de los Prestadores.

g. Los beneficiarios no tienen poder

Otra importante deficiencia del diseño adoptado, es que los afiliados y beneficiarios no tienen poder para hacer prevalecer su interés sobre los intereses particulares. La correlación de fuerzas es muy desigual a favor de los actores con intereses financieros en el sistema. Una de las líneas que habrá que considerar en la revisión del diseño, para fortalecer el desarrollo del sistema en función de sus objetivos y propósitos, es la necesidad de fortalecer el poder de los beneficiarios en los procesos y espacios de decisión.

4. ¿CÓMO AVANZAR PARA SUPERAR LOS DESAFÍOS?

Como hemos señalado, las reformas sanitarias y de la seguridad social dominicanas, sustentadas en el marco jurídico de las leyes 42-01 y 87-01 y sus respectivos reglamentos, constituyen importantes pasos de avance hacia la conformación de un sistema de protección social de la salud y para la equidad y la cohesión social, pero se ha evidenciado que adolecen de importantes dificultades y limitaciones que han frenado su aplicación práctica y el desarrollo de un sistema de salud efectivo, equitativo y que produzca suficiente satisfacción en la población. Por lo tanto el país enfrenta el desafío de avanzar más aceleradamente en estos procesos de reforma superando las limitaciones identificadas. Las reformas no son hechos estáticos. Todos los países avanzan en ellas sobre la base de aprender de su propia experiencia e introducir progresivamente las enmiendas y cambios que permiten superar las dificultades y hacer más probable lograr los resultados deseados.

A continuación señalamos algunas ideas que, en nuestra opinión, contribuirán a una mayor efectividad de los esfuerzos por construir un verdadero sistema de protección social de la salud.

- a. Fortalecer la rectoría pública y reducir la complejidad institucional

Consolidar la autoridad pública en una sola institución rectora del Estado en el campo de la salud; simplificar la actual complejidad institucional que limita su eficiencia y lo hace muy permeable a “riesgo de captura”; transformar a la SESPAS en un ente capaz de asumir con efectividad las funciones de rectoría del sistema de salud, contribuirían a elevar la eficiencia general del sistema y a asegurar la direccionalidad en el desarrollo del mismo en función de los principios y propósitos del mismo.

- b. Cobertura universal de aseguramiento para el 2011. Un solo Plan Básico de Salud

Asumir como un compromiso nacional, del Estado y la sociedad dominicana, lograr que toda la población dominicana sea incorporada en el Seguro Familiar de Salud para el año 2011, y unificar un solo Plan Básico de Salud para toda la población independientemente del régimen de financiamiento del seguro, son factores que contribuirán grandemente a encontrar las mejores soluciones que lo hagan factible. Necesitamos comprender y asumir que alcanzar la protección social de la salud de toda la población constituirá uno de los más importantes logros sociales del país y tendría repercusiones muy relevantes en la cohesión social, y en las posibilidades de desarrollo humano y sostenible.

c. Apostar a la participación ciudadana. Ciudadanía activa

Necesitamos construir una ciudadanía activa y confiar en las potencialidades de la participación ciudadana en la cogestión del sistema de salud en sus diferentes niveles, evitando el “riesgo de captura” y las deformaciones corporativistas, así como las tendencias a la “cartelización” por parte de aseguradores y proveedores, cuyo surgimiento es casi inevitable en un país con un mercado sanitario tan pequeño.

Fortalecer el poder de la ciudadanía y en general de los beneficiarios del sistema de salud en los procesos de decisión que afectan el desarrollo del mismo, no evitará el surgimiento de los riesgos y tendencias negativas entre los diferentes actores involucrados, pero sí contribuirá considerablemente a establecer un balance más equilibrado entre los intereses particulares de dichos actores y los de la ciudadanía beneficiaria.

d. Apostar al sistema público. Principal responsabilidad del Estado

Es necesario apostar a favor del desarrollo del Sistema Único de Servicios de Salud. Esta debería ser la principal responsabilidad y prioridad del Estado en el campo de la salud, por su impacto potencial sobre la calidad de vida de las mayorías y por el significado en el fortalecimiento de la capacidad de negociación del Estado ante los actores particulares. La experiencia muestra además, que el desarrollo de un sistema público con alta calidad y capacidad de resolución, tiene una fuerte incidencia en la regulación de los costos operativos y de los servicios a nivel privado lucrativo y constituye una confirmación del real derecho a libre escogencia entre diferentes prestadores de servicios públicos y privados por parte de la población.

En algunos países, el fortalecimiento del sistema público ha conllevado que sean preferidos aún por muchos de quienes tienen aseguramiento privado. Lo cual es un estímulo muy importante para el mejoramiento de la calidad entre los prestadores privados lucrativos y para su desarrollo administrativo gerencial hacia modelos de organización y funciones de producción de servicios más eficientes y más productivos.

Hasta ahora, la experiencia internacional muestra que sólo el desarrollo del sistema público de salud, concebido no como “un pobre sistema para pobres” sino como el sistema de mayor calidad y capacidad resolutive, es la única forma de asegurar un fuerte impacto sobre la equidad y de contribuir significativamente a elevar la calidad de vida de la mayoría de la población. Es decir, de lograr que la situación de salud más que un factor de exclusión y discriminación, se convierta en un igualador social que impulse la cohesión social y contribuye al desarrollo humano.

e. Apostar a la solidaridad más que a la competencia

Los sistemas de salud más efectivos y con mayor impacto sobre las inequidades sociales, priorizan la solidaridad sobre la competencia. Los sistemas basados en la competencia, sobre todo si las funciones de rectoría pública son débiles, suelen tener un impacto negativo sobre la equidad. La competencia por obtener los mayores márgenes de beneficio económico suele conllevar a prácticas excluyentes hacia los sectores sociales o las personas que por razones de su estado de salud o su condición social tienen más necesidades de atención. También suelen conllevar una priorización de las atenciones que producen mayores beneficios financieros por sobre aquellas que producen mayor beneficio sobre la situación de salud de las poblaciones, a prio-

rizar lo curativo sobre la promoción de vida saludable y la prevención de los problemas prioritarios de salud. La consecuencia es una mayor ineficiencia, altos costos operativos, altos costos de transacción, y poco impacto sobre las inequidades sociales y la situación de salud de las poblaciones.

- f. Por una profesionalización de la gestión en el sistema público de salud

La carencia de una gestión profesionalizada en los servicios de salud, limita la calidad de la administración pública y la hace vulnerable a intereses diferentes a los fines y propósitos del sistema. Es necesario avanzar hacia una profesionalización de la gestión pública en salud. El desarrollo de una carrera sanitaria y administrativa no garantizará que no aparezcan deficiencias gerenciales, pero sí elevará considerablemente las capacidades técnicas y las posibilidades de estimular la productividad y la calidad del trabajo del personal.

- g. Apostar por el primer nivel de atención

Asumir como desafío prioritario el desarrollo del primer nivel de atención en el sistema de salud es una de las principales variables para lograr construir un sistema de salud más efectivo. Necesitamos un primer nivel de atención que garantice el acceso universal de la población, que tenga base poblacional, alta capacidad de resolución y un modelo de atención integral, familiar y comunitario. Para lograrlo es fundamental fortalecer la participación social en la cogestión, así como el papel de las municipalidades, y es necesario redefinir el primer nivel de atención no tanto desde la perspectiva del menor costo y simplificación técnica, sino al contrario, desde la perspectiva de la mayor capacidad de resolución posible ante la mayoría de los problemas y necesidades

de salud de las poblaciones, y no como una simple puerta de entrada a un sistema centrado en los hospitales, sino como el eje principal del sistema de salud, cuya finalidad es asegurar que la resolución de la mayoría de los problemas y de la demanda de atenciones.

- h. Apostar por la creatividad e innovación. Aprovechar nuestras experiencias

Finalmente, es necesario apostar a la innovación y a la creatividad. Hacer más de lo mismo sólo producirá más de los mismos resultados. El país ha acumulado experiencias diversas en el desarrollo de atenciones del primer nivel y también en la prestación de atenciones de segundo y tercer nivel y alta complejidad tecnológica. No todas ellas son “estatales”, muchas son privadas no lucrativas, no gubernamentales. Muchas han mostrado ser altamente exitosas.

Necesitamos imaginar un sistema de salud con una fuerte rectoría pública, basado en la garantía de aseguramiento de toda la población, en condiciones de igualdad, y que propicia una diversidad de prestadores públicos, gubernamentales y no gubernamentales, los cuales sobre la base de contratos y convenios, aseguran lograr los resultados de impacto en la situación de salud. Necesitamos imaginar soluciones para el desarrollo de los centros hospitalarios públicos que aseguren la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad. Necesitamos un primer nivel de atención con alta capacidad y cobertura universal.

Para lograrlo necesitamos valorar las experiencias nacionales y no limitarse a considerar mejor toda experiencia internacional, pero superar las restricciones conceptuales y los ritualismos a las ideas tradicionales. Abrir espacio para ideas innovadoras que permitan fortalecer el

sistema de salud. No toda buena idea que dio resultados antes o en otro país lo será para nuestra realidad y para los desafíos en las circunstancias de la República Dominicana el siglo XXI.

Abrirnos con frescura a nuevas ideas innovadoras favorecerá alcanzar consensos amplios que contribuyan a hacer viables las reformas necesarias. Avanzar hacia una renovación de los relaciones Estado/Sociedad, para una mayor corresponsabilidad en la cogestión de lo público.

La República Dominicana es una sociedad y un Estado en transición, desde tradiciones autoritarias y centralistas hacia la consolidación institucional y la profundización de la participación social y la democracia, así como la descentralización y desconcentración de la función pública. De una economía cuyo crecimiento se ha basado en la concentración de la riqueza y la exclusión de las mayorías, hacia una economía basada en la equidad y la calidad de vida de las poblaciones.

Avanzar en este proceso de transición hacia una sociedad mejor, una economía más sustentable y un Estado más democrático, requiere un gran esfuerzo de creatividad pero también de compromiso con los objetivos finales compartidos. Las transiciones se caracterizan porque conviven lo viejo que no acaba de morir y lo nuevo que no acaba de nacer, todo parece incierto y siempre hay un gran margen de incertidumbre que induce a la desconfianza y a la desmovilización social.

En estas circunstancias, las políticas sociales constituyen una herramienta esencial del desarrollo y para construir la cohesión social que permita movilizar las energías de la población en un rumbo de progreso social. Pocas políticas públicas tienen un efecto redistribuidor mayor que el desarrollo de un sistema de salud efectivo, de co-

bertura universal, calidad y satisfacción, y el desarrollo de un sistema educativo que garantice el desarrollo de las capacidades de todos y todas para enfrentar creativamente los desafíos de un mundo cada vez más globalizado y cambiante. Sin embargo, a diferencia de la educación que esencialmente representa una inversión en el futuro, la salud tiene un efecto inmediato sobre la calidad de vida y sobre la economía familiar, que persiste en las nuevas generaciones.

Aún la República Dominicana tiene una amplia ventana de oportunidad, por sus características demográficas, porque hay un amplio campo para mejorar la situación de salud, porque el país ha demostrado una fuerte disposición a cambiar el sistema de salud y seguridad social, porque se ha acumulado importante experiencia y capacidades y porque la población cada vez más se fortalece de manera organizativa y en su vocación de participación social y cogestión y corresponsabilidad por lo público. Aprovechar esta ventana de oportunidad para construir un sistema de salud que sea un orgullo nacional y que sea sustento del desarrollo humano y sostenible, es un desafío de las actuales generaciones y un compromiso con las futuras que todos y todas debemos asumir con entusiasmo y convicción.

II.

EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD
EN REPÚBLICA DOMINICANA:
UNA REFORMA IMPOSTERGABLE

Luis Morales

1. INTRODUCCIÓN

Este documento tiene como principal finalidad ofrecer a los lectores información detallada de lo que ha sido la novedosa iniciativa de reforma en salud de la República Dominicana, donde después de más de una década de discusiones se decidió en el año 2001 comenzar a recorrer el largo y complejo camino de introducir extensos y profundos cambios al viejo sistema sanitario.

Podría afirmarse que el motivo principal que lleva al país a emprender este ambicioso proceso de reforma, recae en el agotamiento de la capacidad del anterior sistema para hacer frente a las crecientes demandas de la población en materia de protección social contra la enfermedad.

Una de las principales razones que explica el ocaso del viejo modelo, predominante en la mayoría de los países de la región de América, radica en su esencia “asistencialista” y “segmentada”, carente de una visión sistémica integradora que considere los servicios de salud como un derecho social y económico de toda la ciudadanía, más que como una simple prestación asistencial a los más pobres.

El nuevo sistema que se empieza a construir en el país se basa en una sólida rectoría sectorial por parte del Estado y en una amplia participación social en su gestión y control, capaces de impulsar y hacer sostenible el desarrollo gradual de un modelo de protección social contra la enfermedad. Este opera como un seguro universal obligatorio de carácter social, subsidiado y controlado por el Estado, donde la ciudadanía recibe los beneficios a través de redes de proveedores descentralizados públicos y privados, que acceden a los recursos en función del tipo, cantidad y calidad de servicios ofrecidos.

Poner en marcha este nuevo sistema requiere un gran esfuerzo que aborde simultáneamente la construcción de capital humano e institucional, partiendo en muchos casos de lo más elemental hacia lo más complejo, de lo local hacia lo central, a un ritmo dado por la capacidad de asimilación

de funcionarios y comunidades, sin lo cual no será posible alcanzar y más aún, sostener los cambios perseguidos.

Esto hace de la reforma dominicana un proceso singular y complejo diferente de lo que tradicionalmente se ha estado haciendo en la región sin lograr mayores avances, que bien vale la pena ser analizado a profundidad.

A lo largo de este documento se presentan y analizan, en primer término, las razones por las cuales el país considera necesario introducir modificaciones substanciales a la forma como se conciben, organizan y financian los servicios de salud. Éstas se basan en hechos incontrovertibles que sustentan la percepción de que el modelo existente, además de ineficiente e inequitativo, había agotado las posibilidades de responder a las crecientes demandas de protección social contra la enfermedad y sus consecuencias.

En segundo lugar, se describen en detalle y se analizan conceptual y metodológicamente las nuevas estrategias y herramientas operativas que se decidió utilizar, especialmente para desarrollar un esquema comprador-proveedor de servicios en un escenario que operaba casi a su libre albedrío, condición esta última que hace más difícil su puesta en marcha por la natural resistencia de sus principales actores y la conformidad o resignación de muchos de sus usuarios.

Se espera que este nuevo esquema ayude a superar las deficiencias del modelo predominante y se pueda alcanzar una mejor cobertura, equidad, eficiencia y calidad con los servicios de salud, en especial para la población que nunca ha contado con protección económica contra la enfermedad, la cual supera el 70% de los habitantes de la nación.

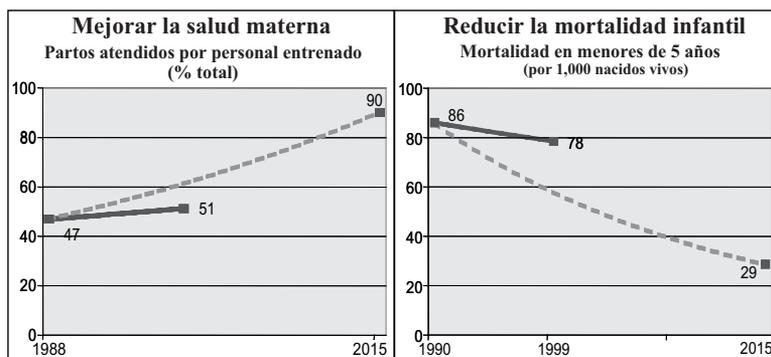
Es este un documento donde el lector puede confrontar la teoría sobre los sistemas de salud con la cotidianeidad económica, política y cultural que se vive en un país de ingreso medio con grandes contrastes en su desarrollo. Y este proceso, a pesar de lo incipiente, aporta desde ya un sinnúmero de valiosas enseñanzas que serían de gran utilidad para otros países que decidan emprender el mismo camino.

Quizás la primera y más importante conclusión de este proceso es ver cómo la discusión teórica de tipo técnico, se ve ampliamente superada en la práctica por el juego de los intereses sectoriales y por la dificultad de un gobierno para hacer primar el interés de las mayorías desprotegidas de un seguro de salud, aspectos que permiten concluir que cada proceso es único y que no existen modelos teóricos perfectos ni dogmas inamovibles cuando se trata de resolver problemas específicos en contextos tan disímiles.

2. LA SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LA REGIÓN: ¿POR QUÉ REFORMAR?

Cuando se da un vistazo a lo que sucede en muchos países de la región de América, en relación con los resultados de sus sistemas de salud, no queda la menor duda que las cosas no están bien. A pesar de varias décadas de reformas y de enormes inversiones, la situación de salud de la población, aunque ha mejorado, no se corresponde con el esfuerzo realizado, y que al paso que se avanza, no se lograrán alcanzar las metas del milenio en muchos de los países. En el gráfico 1, se presenta el resultado de los agregados mundiales en cuanto a dos de las metas del milenio en salud.

Gráfico 1
Metas del Milenio en salud, resultados y proyecciones para agregados mundiales, 2003



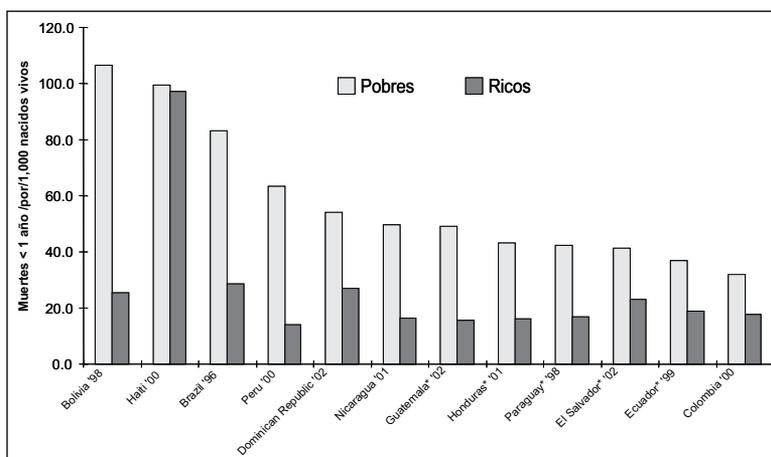
Fuente: Pablo Gottret, *Health, nutrition and population*, Banco Mundial, 2003.

Al analizar en detalle lo que sucede en la región, puede verse que detrás de los promedios nacionales y regionales, las diferencias entre países y aun al interior de los mismos, denotan un panorama además de pobre, altamente inequitativo (gráfico 2).

Las enormes disparidades entre ricos y pobres son un problema que merece una mayor atención. Las diferencias señalan que la pobreza sigue siendo uno de los principales factores asociados al riesgo de enfermar y morir. Por eso bien valdría la pena cuestionar la eficiencia redistributiva, la eficacia y la calidad de los servicios ofrecidos por los tradicionales sistemas de salud, así como de sus estrategias tradicionalmente utilizadas para llegar a los más pobres y vulnerables.

Gráfico 2

Mortalidad en menos de 1 año según nivel de ingreso en AL

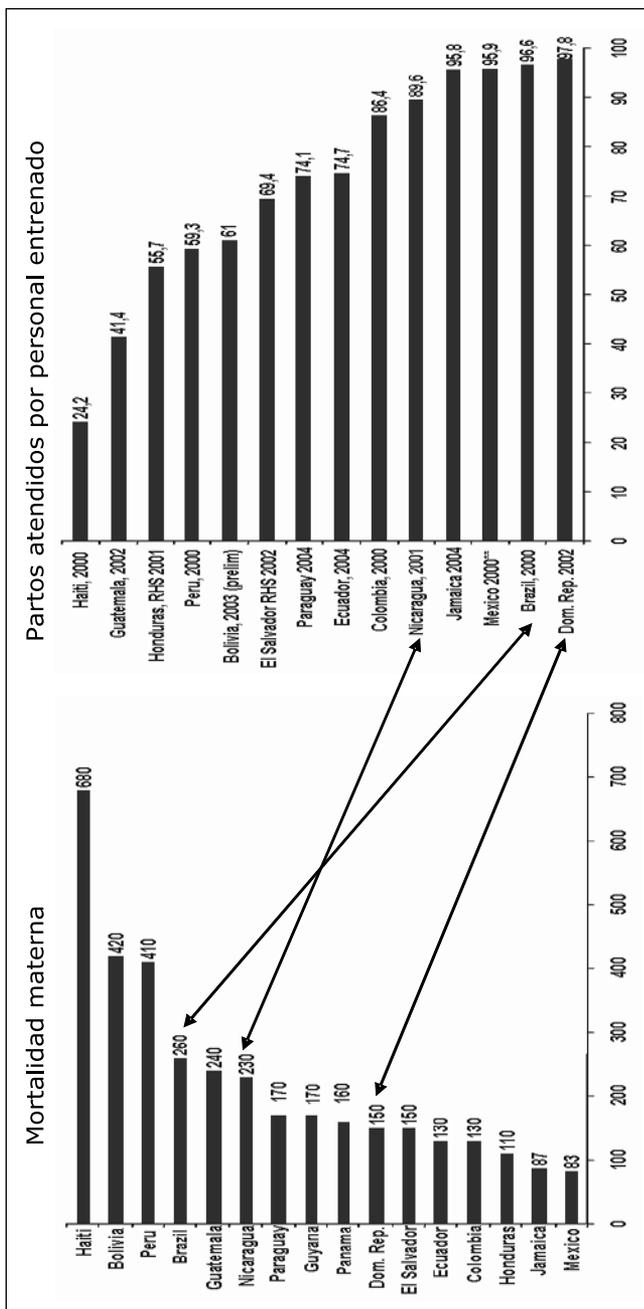


Fuente: DHS, Gwatkins, et al, *The World Bank: 2004*, *RHS; PHNI, 2005.

Es así como al observar el gráfico 3, podría pensarse que el acceso a servicios de salud, como la atención del parto por personal entrenado, ha mejorado notoriamente, lo que no obstante parecería que no se corresponde con las tasas de mortalidad materna registradas.

Gráfico 3

Comparación entre mortalidad materna y partos atendidos por personal entrenado en países de América



Fuente: WHO, Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Annex Table G. Encuesta DHS USAID, 2004.

Paradójicamente se evidencia en algunos países niveles de acceso a servicios (atención de parto por personal entrenado) solo vistos en países desarrollados, pero resultados en mortalidad materna solo comparables con los de los países más atrasados, lo que pone de manifiesto la baja calidad de los servicios o el poco impacto que estos han tenido sobre este tipo de situaciones.

Más aún, además de los problemas de calidad que afectan a los sistemas de salud, está el de su deficiente capacidad para redistribuir de manera equitativa la carga de su financiación. El cuadro 1 señala como en promedio en la región los hogares aportan de su propio bolsillo cerca del 32% de los recursos destinados a financiar los servicios de salud, con el agravante que estos pagos se hacen directamente a los prestadores de servicios por las personas enfermas y, por lo general, más pobres, quienes acuden a este método ante la dificultad para acceder a seguros de salud. En la República Dominicana un hogar pobre tiene tres (3) veces menos probabilidad de contar con un seguro de salud que uno de mayores ingresos¹; el gráfico 4 muestra lo que igualmente sucede en países de la región. Dicho de otra manera son los pobres y los enfermos quienes mayoritariamente financian de su bolsillo los sistemas de salud de la región.

Los gráficos 5 y 6 muestran lo que en materia de inequidad en el acceso al aseguramiento y financiamiento de los servicios de salud sucede en la República Dominicana.

Pero si financiar los servicios de salud mediante el gasto de bolsillo de los hogares no es una forma adecuada de hacerlo, existe otra consecuencia nefasta de este perverso método cual es empobrecerse por tener que asumir gastos en salud denominados “catastróficos”, precisamente por su efecto sobre las finanzas de los hogares que desafortunadamente tienen que hacerlo (gráfico 7). Esto significa por ejemplo, que en el año 2000 en Brasil uno de cada diez hogares se empobreció por causa de los servicios de salud.

1 Bitrán & Asociados, *Línea de base de indicadores de impacto REDSALUD II – República Dominicana*, diciembre de 2006.

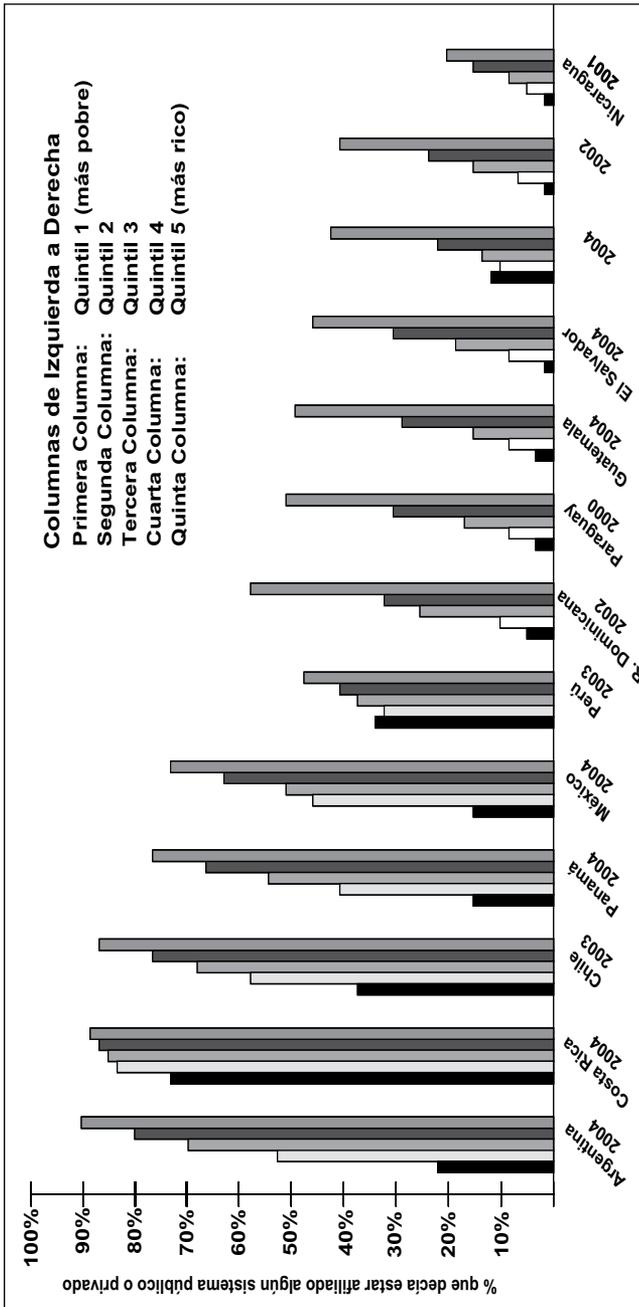
Cuadro 1
Principales fuentes de financiación del gasto en salud en países de América, 2004

PAÍS	Gasto Percapita en salud	Gasto Público		Gasto en Seguridad Social		Gasto Privado en Planes Prepago		Gasto de Bolsillo		Gasto Externo	
		2004	Directo	2004	%	2004	%	2004	%	2004	%
CHILE	\$ 359,00	31,3%		15,7%		28,6%		24,3%		0,1%	
BRAZIL	\$ 329,00	54,1%		0,0%		16,4%		29,5%		0,0%	
URUGUAY	\$ 315,00	25,2%		18,3%		38,9%		17,6%		0,3%	
COSTA RICA	\$ 290,00	76,4%		0,6%		0,5%		20,4%		0,8%	
CUBA	\$ 230,00	87,8%		0,0%		0,0%		9,1%		0,3%	
VENEZUELA	\$ 196,00	32,4%		9,6%		2,2%		51,2%		0,0%	
BOLIVIA	\$ 186,00	21,1%		39,6%		3,5%		32,4%		9,1%	
EL SALVADOR	\$ 184,00	25,9%		18,5%		3,1%		52,4%		1,2%	
COLOMBIA	\$ 168,00	34,7%		51,3%		7,1%		6,9%		0,1%	
REP. DOMINICANA	\$ 148,00	26,5%		5,1%		14,4%		50,0%		1,5%	
ECUADOR	\$ 127,00	24,7%		16,0%		3,4%		50,6%		0,8%	
GUATEMALA	\$ 127,00	20,7%		20,3%		2,5%		53,4%		2,3%	
PERU	\$ 104,00	24,4%		22,5%		9,3%		42,1%		1,3%	
PARAGUAY	\$ 88,00	21,1%		12,6%		9,2%		47,9%		1,9%	
HONDURAS	\$ 77,00	47,1%		7,8%		4,1%		38,0%		8,7%	
NICARAGUA	\$ 67,00	34,7%		12,4%		1,7%		50,7%		11,3%	
PROMEDIO	\$ 187,19	40,2%		14,4%		12,0%		31,5%		1,6%	

* Tasa promedio en dolares

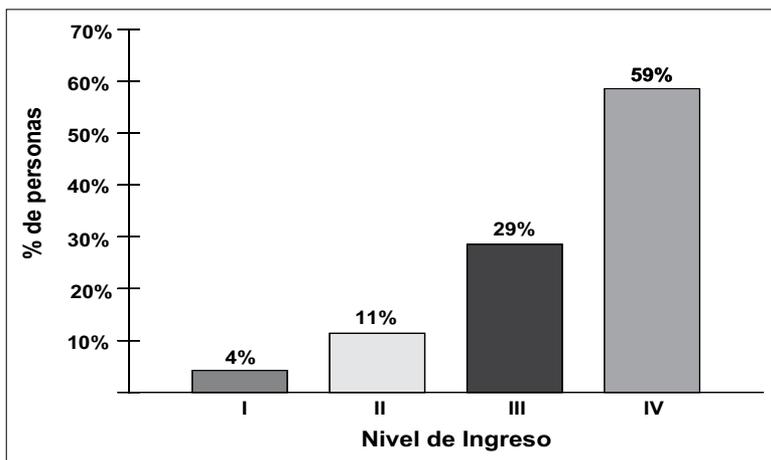
Fuente: Tabla hecha por el autor utilizando las Estadísticas Mundiales de Salud 2007, Organización Mundial de la Salud.

Gráfico 4
 Porcentajes de hogares que declaran estar afiliados al seguro social o a seguros privados de salud



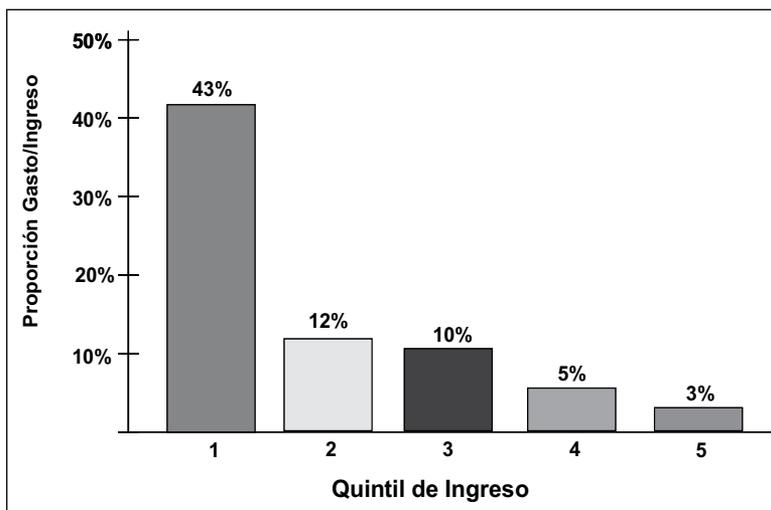
Fuente: CEPAL, Encuesta de Hogares: REDSALUD Reporte Línea Base, Bitrán y Asoc. 2006.

Gráfico 5
Gastos en salud como proporción del ingreso
de los hogares de República Dominicana, 1996



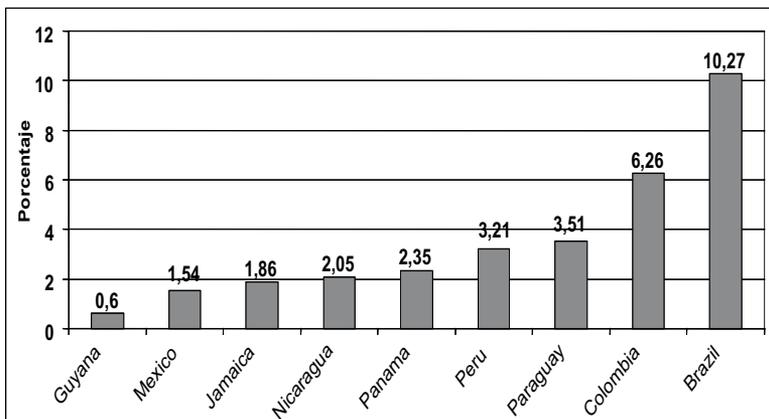
Fuente: REDSALUD, Ob. cit.

Gráfico 6
Personas con seguro de salud según
nivel de ingreso, Rep. Dom., 2002



Fuente: REDSALUD, Ob. cit.

Gráfico 7
Porcentaje de hogares que asume de su bolsillo los gastos catastróficos, 2000



Fuente: Ke Xu, David B. Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christopher J. L. Murray, *Household Catastrophic Health Expenditure: a Multicountry Analysis*, The Lancet 362:9378, 12 julio de 2003.

Adicionalmente, la ineficiencia en la redistribución de los subsidios que el Estado destina a los más pobres es también un problema. La desviación de recursos públicos para financiar a los estratos más pudientes de la población, en detrimento de los servicios a los más pobres, es evidente (cuadro 2).

En este sentido, el gráfico 8 muestra lo que sucede en la República Dominicana en materia de desviación de recursos públicos de salud. Como puede verse, cerca del 30% de las hospitalizaciones que se realizan en los hospitales de la SESPAS y el IDSS, están dirigidas a personas de los estratos más pudientes de la población.

Los datos presentados en este capítulo ilustran cómo muchos de los sistemas de salud de América están afectados por serios problemas de inequidad en el acceso y en el financiamiento, mala calidad de los servicios e ineficiencia en la utilización de los recursos escasos de que se dispone, que sumados todos ellos menguan las posibilidades de hacer frente a las demandas crecientes de la población por más y mejores servicios de salud.

Cuadro 2

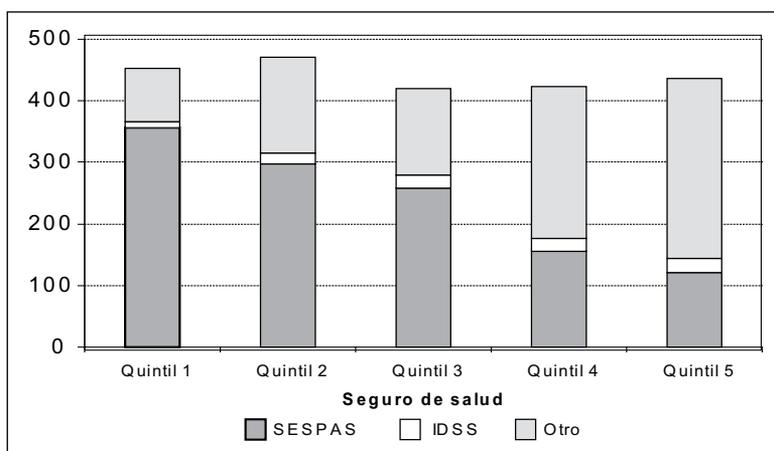
Porcentaje del gasto público en salud por quintil de ingreso

Países	Quintiles de Ingreso				
	Más Pobre	Segundo	Tercero	Cuarto	Más Rico
Argentina (1991)	38.7	16.6	25.5	14.8	4.4
Bolivia (1990)	31.4	26.5	19.5	14.2	8.3
Chile (1996)	30.9	23.2	22.2	16.5	7.2
Colombia (1997)	17.5	19.7	22.2	20.7	19.9
Costa Rica (1996)	27.7	23.6	24.1	13.9	10.7
Ecuador (1995)	12.7	15.0	19.4	22.5	30.6
Guatemala (1999)	12.8	12.7	16.9	26.3	31.3
Jamaica (1996)	25.3	23.9	19.4	16.2	15.2
Perú (1996)	20.1	20.7	21.0	20.7	17.5
Uruguay (1993)	34.9	19.9	22.1	13.2	10.0

Fuente: André Medici Economista Senior, División Desarrollo Social Banco Interamericano de Desarrollo.

Gráfico 8

Cantidad de hospitalizaciones por tipo de proveedor y quintil de ingreso en la República Dominicana 2002



Fuente: Bitrán y Asociados, *Análisis de la encuesta ENDESA, 2007*

Tradicionalmente, las estrategias de reforma utilizadas han apuntado mayoritariamente a mejorar el nivel de salud de la población, mediante una combinación de acciones y programas de promoción de la salud, prevención y combate de la enfermedad, sin prestársele mucha atención a la forma como se organizaban y financiaban los sistemas de salud.

Aunque se ha avanzado en el mejoramiento de los indicadores de salud promedio de la mayoría de los países, la información presentada hace sugerir fuertemente que estos resultados no se distribuyen de manera equitativa entre la población, y que buena parte de las causas de este fenómeno se debe a la pesada carga que está afectando los presupuestos de los hogares de los enfermos y más pobres. Paradójicamente, el costo de los servicios de salud se ha convertido para muchos en un lastre que impide progresar y en una vía más expedita para cerrar el círculo vicioso pobreza, enfermedad y muerte prematura.

Este análisis habla de la necesidad que tienen los países de la región, incluida la República Dominicana, de avanzar en reformas a sus sistemas de salud, que sin descuidar los tradicionales programas de salud, ajusten la forma como estos se organizan y financian, buscando formas más solidarias y eficientes de protección financiera contra la enfermedad y sus consecuencias.

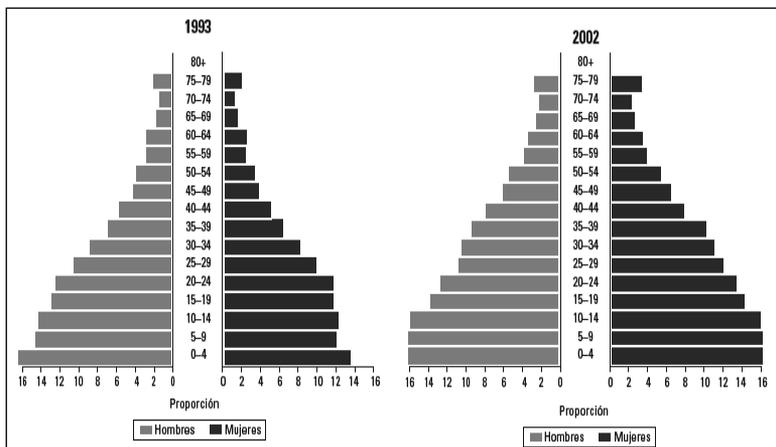
3. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS, DEMOGRÁFICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y DE OFERTA DE SALUD EN LA REP. DOMINICANA

3.1 Características generales

La República Dominicana está catalogada como un país de ingreso medio que cuenta con una población estimada de 8.6 millones de personas con un ingreso per capita promedio de \$2,345 dólares², de las cuales aproximadamente el 35% vive en condiciones de pobreza.

2 WHO, *World Health Statistics* 2007, OMS. Disponible en <http://www.who.int/statistics>.

Gráfico 9
Estructura de población por edad y sexo,
República Dominicana, 1993 y 2002



Fuente: Salud en las Américas 2007, Volúmen II - Países.

Su población presenta una distribución por grupos de edad típica de la mayoría de los países en vía de desarrollo, que no obstante ser mayoritariamente joven, comienza a contar con un creciente número de personas mayores (gráfico 9 y cuadro 3).

Cuadro 3
Tendencias demográficas de la República Dominicana, 1990-2005

	1990-1994		1995-199		2000-2005	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población Total (miles)	3,629.834	3,533.824	3,946.958	3,836.534	4,298.144	4,182.649
Proporción de población urbana	49.2	52.5	56	59.1	60.2	63.4
Proporción de población menor de 15 años	19.9	19.2	19.2	18.6	18.2	17.5
Proporción de población 60 y más	2.7	2.71	2.83	2.84	2.97	3.01

Entre las principales causas de enfermar y morir se destacan patologías crónicas y degenerativas propias de países desarrollados, que coexisten con enfermedades transmisibles propias de países en vías de desarrollo tales como las derivadas por la deficiente infraestructura sanitaria y de protección al medio ambiente, siendo llamativo el enorme peso que tiene las causas derivadas de la violencia intencional y accidental (cuadro 4).³

Cuadro 4
Mortalidad en la población general,
República Dominicana, 2006

CAUSAS	# CASOS	TASA x 1000
Insuficiencia cardíaca	4.499,0	0,48
Heridas y traumas	4.004,0	0,43
Accidentes cardiovasculares	1.884,0	0,20
Hipertensión arterial	1.585,0	0,17
Insuficiencia respiratoria aguda	1.566,0	0,17
Insuficiencia renal	622,0	0,07
Cáncer/neoplasia	553,0	0,06
Úlcera péptica	321,0	0,03
Diabetes	309,0	0,03
Prematuridad	261,0	0,03
Edema pulmonar	195,0	0,02
Cirrosis hepática	176,0	0,02
SIDA	155,0	0,02
Muerte natural	143,0	0,02
Shock séptico	96,0	0,01
Homicidios	95,0	0,01
Tuberculosis	78,0	0,01
Shock hipovolémico	12,0	0,00
Otras causas	40.957,0	4,37
TOTAL	57.511,0	6,14

Fuente: Memorias SESPAS año 2006.

Se destaca también en este campo el VIH-SIDA con una prevalencia 1036 x 100,000 entre adultos mayores de

3 República Dominicana, SESPAS, *Memorias Institucionales 2006*, Santo Domingo, 2006. Disponible en: <http://www.sespas.gov.do/contar/download/docs/memorias/memorias2006.pdf>

15 años, cifra solo superada en la región por Honduras y Haití⁴.

En los cuadros 5 y 6 se presentan algunos indicadores demográficos, causas de enfermedad y de muerte en países de la región, incluida la República Dominicana, contrastados con su gasto per cápita en salud.

3.2 Recursos y desempeño del sector salud

En cuanto a los recursos que posee el sector salud, el país dispone en su conjunto (sectores público y privado) de 2.2 camas hospitalarias y 1.9 médicos por mil habitantes, y un aparente acceso total al control prenatal y a la atención institucional del parto, 98 y 97.8% respectivamente⁵.

Lo anterior señala que el país posee relativamente suficientes recursos de salud si se compara con los promedios observados para sus homólogos de la región. No obstante, al extender esta comparación a los resultados observados se concluye que el sistema de salud dominicano evidencia un bajo desempeño, que afecta la calidad en la oferta, la eficiencia en su funcionamiento y la equidad en el acceso financiero a los servicios, en especial por parte de los más pobres⁶.

Los seguros de salud cubren a no más del 25% de sus habitantes, mientras que entre el 50 y el 75% del gasto en salud proviene del bolsillo de los hogares⁷. El cuadro 7 muestra algunos de los principales indicadores de salud y de recursos del sistema de salud dominicano comparados con otros países de la región.

4 WHO, *World Health Statistics 2007*, Ob, cit., p. 12

5 OPS, *Informe: Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2006*, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: www.paho.org/Spanish/DD/AIS/BI-brochure-2006.pdf

6 Véanse los siguientes documentos: Magdalena Rathe, *Salud y equidad: Una mirada al financiamiento a la salud en la República Dominicana*, Santo Domingo: Macro Internacional, 2000 y Gerard La Forgia y otros, "Fend for Yourself, Systemic Failure in the Dominican Health System", *Health Policy* 67, 2004 pp. 173-186. Disponible en: <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/heap/article/PIIS0168851003001179/abstract>

7 OPS, *Perfil del sistema de salud de la República Dominicana*, Tercera Edición, Santo Domingo, República Dominicana, marzo de 2007.

Cuadro 5
Indicadores demográficos y de mortalidad en países de América Latina y el Caribe

PAÍS	Gasto Percapita en salud		Expectativa de vida al nacer en años		Expectativa de vida saludable al nacer en años		Mortalidad por HIV/SIDA x 100,000	Mortalidad por Enf. No-contagiosas x 100,000	Mortalidad por Enf. Cardiovascul. x	Mortalidad por Cáncer x 100,000	Mortalidad por Lesiones x 100,000
	2004	2005	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	2005	2002	2002	2002	2002
CHILE	\$ 359	74	81	70	65	70	<10	453	165	137	50
BRAZIL	\$ 329	68	75	62	57	62	8	712	341	142	81
URUGUAY	\$ 315	71	79	69	63	69	<50	518	208	170	55
COSTA RICA	\$ 290	75	80	69	65	69	<10	457	185	125	55
VENEZUELA	\$ 196	72	78	67	62	67	23	496	241	107	90
BOLIVIA	\$ 186	63	67	55	54	55	<10	824	260	256	80
EL SALVADOR	\$ 184	69	74	62	57	62	36	557	223	102	101
COLOMBIA	\$ 168	71	78	66	58	66	18	511	240	117	141
REP. DOMINICANA	\$ 148	65	72	62	57	62	75	687	381	131	59
ECUADOR	\$ 127	70	75	64	60	64	12	576	244	129	89
GUATEMALA	\$ 127	65	71	60	55	60	21	562	188	93	98
PERU	\$ 104	70	74	62	60	62	20	584	190	175	69
PARAGUAY	\$ 88	70	76	64	60	64	<10	598	291	141	57
HONDURAS	\$ 77	65	70	61	56	61	51	758	348	139	66
NICARAGUA	\$ 67	68	73	63	60	63	<10	655	305	120	73
PROMEDIO	\$ 184	69	75	64	59	64	29	597	254	139	78

Fuente: Tabla hecha por el autor utilizando las Estadísticas Mundiales de Salud 2007, Organización Mundial de la Salud.

Cuadro 6
Indicadores de morbilidad en países
de América Latina y el Caribe

PAÍS	Gasto Percapita en salud	Prevalencia de VIH en mayores de 15 años x 100,000	Prevalencia de Tuberculosis x 100,000	Incidencia de Tuberculosis x 100,000
	2004	2005	2005	2005
CHILE	\$ 359	229	16	15
BRAZIL	\$ 329	454	76	60
URUGUAY	\$ 315	362	33	28
COSTA RICA	\$ 290	235	17	14
VENEZUELA	\$ 196	598	52	42
BOLIVIA	\$ 186	120	280	211
EL SALVADOR	\$ 184	770	68	51
COLOMBIA	\$ 168	509	66	45
REP. DOMINICANA	\$ 148	1036	116	91
ECUADOR	\$ 127	246	202	131
GUATEMALA	\$ 127	825	110	78
PERU	\$ 104	480	206	172
PARAGUAY	\$ 88	338	100	68
HONDURAS	\$ 77	1392	99	78
NICARAGUA	\$ 67	215	74	58
PROMEDIO	\$ 184	521	101	76

Fuente: Tabla hecha por el autor utilizando las Estadísticas Mundiales de Salud 2007, OMS.

Cuadro 7
Indicadores de la mortalidad materna e infantil, gasto y recursos en salud en la República Dominicana

PAÍS	Mortalidad infantil x 1000 nacidos 2005	Mortalidad materna x 100,000 2000	Gasto per capita salud 2004*	Gasto Público/Gasto Total 2004	Medicos x 1000 habitantes	AÑO	Camas x 1000 habitantes	AÑO
CHILE	8	30	\$ 359	47,0%	1,09	2003	2,40	2004
BRAZIL	28	260	\$ 329	54,1%	1,15	2000	2,60	2002
URUGUAY	13	20	\$ 315	43,5%	3,65	2002	2,40	2005
COSTA RICA	11	25	\$ 290	77,0%	1,32	2000	1,40	2004
VENEZUELA	18	78	\$ 196	42,0%	1,94	2001	0,90	2003
BOLIVIA	52	420	\$ 186	60,7%	1,22	2001	1,00	2004
EL SALVADOR	23	150	\$ 184	44,4%	1,24	2002	0,90	2005
COLOMBIA	17	130	\$ 168	86,0%	1,35	2002	1,20	2004
REP. DOMINICANA	26	150	\$ 148	31,6%	1,88	2000	2,20	2005
ECUADOR	22	130	\$ 127	40,7%	1,48	2000	1,40	2003
GUATEMALA	32	240	\$ 127	41,0%	0,90	1999	0,70	2005
PERU	23	410	\$ 104	46,9%	1,17	1999	1,10	2004
PARAGUAY	20	170	\$ 88	33,7%	1,11	2002	1,20	2005
HONDURAS	31	110	\$ 77	54,9%	0,57	2000	1,00	2002
NICARAGUA	30	230	\$ 67	47,1%	0,37	2003	0,90	2004
PROMEDIO	24	170	\$ 184	50,0%	1,36		1,42	

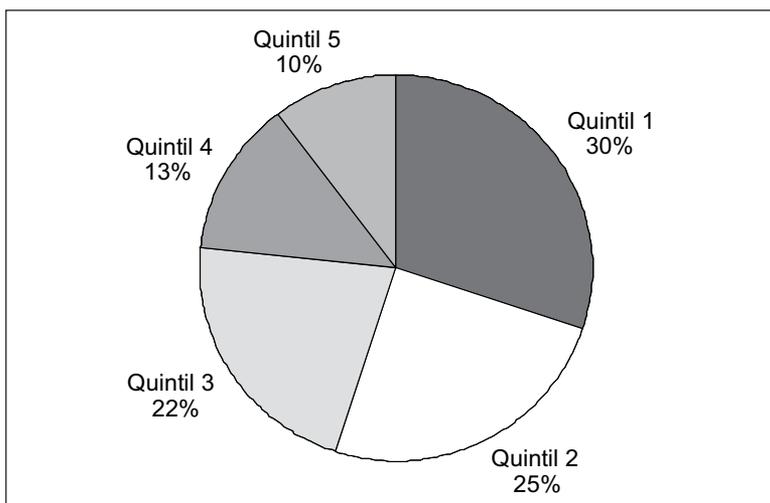
* Tasa promedio en dolares

Fuente: Tabla hecha por el autor utilizando las Estadísticas Mundiales de Salud 2007, OMS.

La ineficiencia estatal en la focalización de los subsidios públicos es evidente, lo que se demuestra con hechos como que una de cada cinco consultas médicas y una de cada cuatro hospitalizaciones que se realizan en el sector público terminan entre los estratos más ricos de la población⁸ (gráfico 10).

Gráfico 10

Hospitalizaciones en hospitales de la
SESPAS según quintil de ingreso, RD, 2002



Fuente: Informe línea de base, Bitrán y Asociados, 2006.

3.3 La organización del sistema de salud dominicano antes de la reforma

La República Dominicana posee al momento de la reforma un sistema de salud segmentado en tres subsectores: seguros sociales, privado y público⁹, muy similar a lo que sucede en muchos otros países de la región de América.

⁸ Bitrán & Asociados, *Ob. cit.*, p. 7.

⁹ Juan Luis Londoño, y Julio J. Frenke. 1997. "Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America", *Health Policy* Vol. 41, N° 1, pp. 1-36. Disponible en: http://www.iadb.org/res/pub_desc.cfm?pub_id=WP-353

El primer subsector, conocido como de los *seguros sociales* atiende una porción del empleo formal, con una cobertura al inicio de la reforma de no más del 10% de la población total del país. Este opera a través del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), entidad semipública que financia su presupuesto con aportes de empleadores, trabajadores y gobierno, similar a las que se crearon en casi toda América después de la Segunda Guerra Mundial.

El IDSS cuenta con 210 establecimientos de salud distribuidos en 160 consultorios, 30 policlínicos y 20 hospitales¹⁰. La afiliación a esta entidad es obligatoria solo para los trabajadores que devengan menos de un (1) salario mínimo al mes. Solo protege plenamente al trabajador afiliado, y parcialmente a su cónyuge durante el embarazo y a sus hijos durante el primer año de vida. Junto a esta entidad operan otras entidades públicas que actúan como aseguradores de sus propios empleados, como es el caso del de las fuerzas armadas y policía (ISSFAPOL), los educadores públicos (SEMMA), y el Banco Central que en total no llegan al 3% de la población.

El segundo subsector, el *privado* está básicamente integrado por un conjunto de aseguradores, clínicas y consultorios, distribuidos en un amplio número y variedad. Los aseguradores privados suman en la actualidad más de 60 entidades denominadas bajo el nombre de iguales médicas y aseguradoras de salud, las cuales antes de la reforma operaban prácticamente sin ninguna regulación ni control¹¹. Este subsector de seguros privados se financia mediante aportes hechos por las empresas para cubrir a sus trabajadores y por los hogares que cuentan con capacidad de pago para hacerlo.

Bajo este esquema privado se alcanza a cubrir a no más del 12% de la población total, cifra que sumada a la alcan-

10 República Dominicana, IDSS, Instituto Dominicano de Seguros Sociales, Consorcio Salud Segura, República Dominicana 2007. Disponible en: <http://www.idss.org.do/pss4.htm>

11 República Dominicana, SET. *Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social o Ley 87-01 de 2001*. Santo Domingo, octubre de 2007.

zada por el IDSS y otros aseguradores puede considerarse bastante baja (cuadro 8). Pero además podría serlo menos si se considera que existe una doble cobertura entre ambos sistemas de seguros, lo que significa que hay personas que poseen un seguro privado y a la vez están afiliadas al IDSS, debido, en buena medida, a la baja calidad e inoperancia del asegurador público.

Cuadro 8

Aseguramiento en salud por tipo de seguros,
República Dominicana, 2000

SISTEMA	AFILIADOS	PORCENTAJE
IDSS	571.328	7.0%
ISFFAPOL	244.855	3.0%
Privados	979.419	12.0%
Doble cotización	-114.266	-1.4%
Asegurados	1.681.335	20.6%
SESPAS	3,917.675	48.0%
Total	5,599.010	68.6%
Excluidos	2,562.812	31.4%
Total población	8,161,822 (1,569.561 hogares)	

Fuente: OPS, Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, 2003.

De otro lado, hacen también parte del subsector privado más de 7,000 establecimientos de salud registrados en la Dirección de Habilitación de la SESPAS en 2007¹², concentrados en no más de cuatro (5) grandes centros urbanos donde habita el 70% de la población (cuadro 9).

Estas entidades privadas proveedoras de servicios operaban al momento de la reforma prácticamente bajo ningún tipo de regulación ni control. Este subsector privado financió sus presupuestos de recursos provenientes del bolsillo

12 República Dominicana, SESPAS, *Establecimientos privados de salud registrados a octubre de 2007*, Dirección de Habilitación, Santo Domingo. Información entregada personalmente.

Cuadro 9
Establecimientos privados de salud por tipo,
República Dominicana, 2007

Tipo de Establecimiento	Número
Consultorios médicos	3.541
Centros odontológicos	1.864
Clínicas	470
Laboratorios clínicos y de patología	441
Ópticas	217
Centros de diagnóstico	97
Centros de atención primaria	78
Centros de medicina alternativa	53
Dispensarios médicos	50
Centros ambulatorios y atención especializada	25
Otros	178
TOTAL	7.014

Fuente: SESPAS, Dirección de Habilitación, octubre 2007.

de los hogares dominicanos y, en una proporción menor, del pago que hacen las aseguradoras provenientes de pólizas que pagan algunas empresas públicas y privadas.

El tercer subsector, el *público* lo conforman alrededor de 143 hospitales y 615 centros de atención primaria de carácter público con 12,052 camas hospitalarias¹³ organizados en diversos niveles de complejidad, los cuales se encuentran subutilizados en los municipios periféricos y altamente saturados en los grandes centros urbanos, donde se concentra la atención especializada y de mayor nivel de complejidad (cuadro 10, gráfico 11).

Estas instituciones públicas se encuentran organizadas en torno a la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS) que es una estructura vertical y centralizada que emplea cerca de 50 mil personas, (cuadro 11)¹⁴, hecho que la convierte en uno de los empleadores más grandes del país,

¹³ *Ibid*, p. 12.

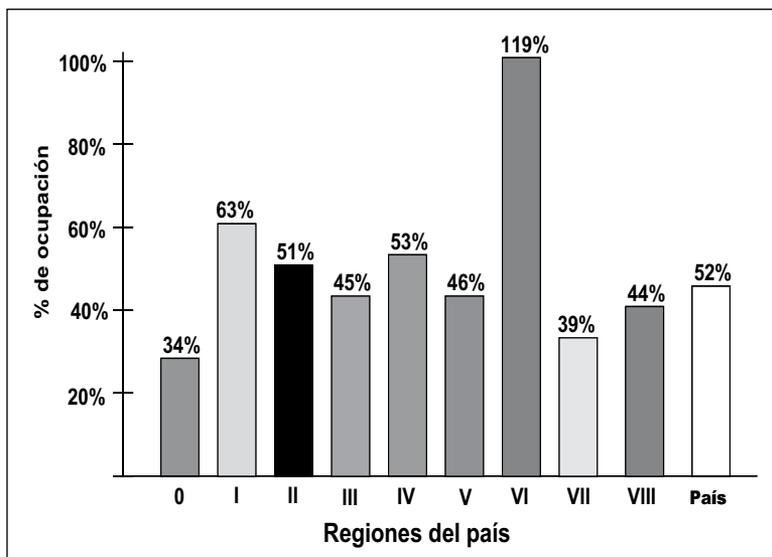
¹⁴ *Ibid*, p. 18.

Cuadro 10
Productividad de las camas hospitalarias en los hospitales públicos, República Dominicana, 2006

Región	No. Camas disponibles	No. Días paciente	Días cama disponible	No. de Altas	% de ocupación	Días giro cama	Promedio días estancia
0	2.483	310.059	906.295	70.406	34%	28	4,4
I	658	150.452	240.170	39.145	63%	59	3,8
II	1.619	302.201	590.935	79.793	51%	49	3,8
III	1.008	166.325	367.920	43.266	45%	43	3,8
IV	414	80.411	151.110	25.730	53%	62	3,1
V	1.003	169.972	366.095	40.497	46%	40	4,2
VI	909	395.088	331.785	42.853	119%	47	9,2
VII	665	94.263	242.725	29.915	39%	45	3,2
VIII	722	117.184	263.530	46.072	44%	64	2,5

Fuente: Cálculos del autor. Memorias SESPAS año 2006.

Gráfico 11
Porcentaje de ocupación de camas en hospitales públicos República Dominicana, 2005



Fuente: SESPAS Reporte anual, 2006.

Cuadro 11
 Recurso Humano en el sector publico de salud,
 República Dominicana, 2006

Categoría de Cargo	Cantidad
Médicos	
Generales	6.334
Jefes de Servicio	330
Especialistas	947
Pasantes de Ley	849
Pasantes de Postgrado	442
Residentes I	422
Residentes II	340
Residentes III	312
Residentes IV	150
Residentes V	75
Residentes VI	16
Con Cargo Administrativo	163
Total Médicos	10.380
Enfermeras	
Auxiliares de Enfermería	9.956
Enfermera I	1.862
Enfermera II	185
Enfermera III	44
Enfermera IV	20
Enfermera V	14
Enfermera VI	3
Enfermera VII	4
Total Enfermeras	12.088
Otro Personal de Salud	
Odontólogos	1.276
Psicólogos	288
Farmacéuticos	299
Auxiliar de Farmacia	320
Bioanalistas	1.166
Laboratorio	401
Técnico Rayos X	200
Otro Personal	3.020
Total Otro Personal de Salud	6.970
Personal Administrativo	
Personal Administrativo	17.672
Promotores	3.382
Total Personal Administrativo	21.054
Total General	50.492

Fuente: Memorias SESPAS año 2006.

lo que ha sido una de las principales razones para explicar el manejo altamente politizado que ha tenido esta institución a lo largo de su existencia.

Este subsector público financia mayoritariamente sus ingresos de recursos provenientes del presupuesto nacional, que en una gran proporción (67%) se destinan al cubrimiento de las obligaciones laborales¹⁵. Los cuales se complementan con las denominadas “cuotas de recuperación” que son aportes que los pacientes deben hacer directamente al hospital público al momento de utilizar el servicio, y son utilizadas por la institución con relativa libertad a efectos de financiar gastos de combustible, alimentación y medicamentos, que no alcanzan a ser cubiertos con los aportes oficiales.

Paralelo al deficiente sector público y en buena medida justificado por ese argumento, ha florecido en la República Dominicana una enorme cantidad de Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), también llamadas Asociaciones Sin Fines de Lucro (ASFL).

Estas entidades de salud sin fines de lucro reciben anualmente el 6.4% del gasto total en salud¹⁶ recursos que representan anualmente cerca del \$100 millones de dólares, equivalentes a una tercera parte de lo que la SESPAS invierte en los hospitales públicos¹⁷, provenientes del presupuesto nacional y de aportes de organismos y entidades nacionales e internacionales.

Desafortunadamente no existen datos que permitan estimar cuál ha sido el impacto que estas entidades no gubernamentales han tenido sobre el sistema de salud. Se estima que de un total de 10,000 (diez mil) que hay en todo el país, cerca de 3,366 reciben recursos del presupuesto nacional (cuadro 12). Del gran total se calcula que unas 1,500

15 República Dominicana, SESPAS, *Informe presupuesto aprobado año 2007*, Santo Domingo, enero de 2007. Disponible en: <http://www.sespas.gov.do/download/docs/Presupuesto/AnalisisPresupuesto2007.pdf>

16 Magdalena Rathe, *Análisis de las Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana*, Santo Domingo: Fundación Plenitud, 2005.

17 *Ibid.*

(mil quinientas) se dedican a la provisión de servicios de salud.¹⁸

Cuadro 12

ONGs en la República Dominicana según dependencia oficial y presupuesto público asignado en dólares en el año 2005

Dependencia estatal	Cantidad	Recursos por año
Secretaría Administrativa de la Presidencia	1.288	\$ 12.946.875
Secretaría de Educación	686	\$ 3.121.875
Secretaría de Salud	296	\$ 7.162.500
Secretaría de Deportes	403	\$ 1.178.125
Secretaría de Agricultura	153	\$ 1.915.625
Procuraduría	16	\$ 65.625
Secretaría de la Mujer	107	\$ 509.375
Secretaría de Cultura	27	\$ 553.125
Secretaría de la Juventud	266	\$ 881.250
Secretaría de Medio Ambiente	76	\$ 378.125
Secretaría de estudios superiores	28	\$ 1.875.000
Otras	20	\$ 2.381.250
TOTAL	3.366	\$ 32.968.750

Fuente: Diario Libre, Santo Domingo, R. D. Miércoles 8 de diciembre de 2004.

Finalmente, merece especial mención la existencia de la agremiación de los profesionales médicos fundada en 1891 y que hoy se denomina Colegio Médico Dominicano, cuyo funcionamiento está regido en la actualidad por la Ley 68 del año 2003¹⁹.

La importancia de esta organización en el contexto de la reforma radica en su capacidad de presión derivada en bue-

18 Véanse los siguientes documentos: Rosa Rita Álvarez, "Las ONGs en República Dominicana, su relación con el Estado y su influencia en el desarrollo rural y agropecuario nacional". Ponencia presentada en Santiago de Chile el 11 de mayo de 2005. Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.rlc.fao.org/prior/desrural/repdom/docs/5.pdf> y Periódico *Diario Libre*, "ONG's recibirán más de 1,000 millones en 2005". 8 de diciembre de 2004. Disponible en: <http://www.diariolibre.com/app/article.aspx?id=22736>

19 Colegio Médico Dominicano (CMD), 2007. Disponible en www.cmd.org.do

na medida de su cohesión organizativa y poder de convocatoria, que se explica entre otras cosas porque la afiliación a este gremio es condición obligatoria para poder ejercer la medicina en el país²⁰.

Este mecanismo de presión ha sido utilizado durante su existencia mediante la realización de huelgas, con las cuales han paralizado casi por completo los servicios de salud del país, y muchas solo han podido ser resueltas con la intervención directa del Presidente de la República. En el año 2003 se realizaron a nivel nacional 10 huelgas, 13 en el 2004 y en el 2005 más de 10, casi todas en demanda de un aumento salarial.²¹

El trámite de discusión, aprobación y puesta en marcha de la reforma se ha visto permanentemente matizado por la amenaza de este mecanismo de presión, que ha sido utilizado por el gremio médico para defender lo que considera son sus derechos.

Tal y como sucede en el resto de los países de la región que poseen sistemas de salud estructurados de la misma forma que el dominicano, es común encontrar la situación donde buena parte de los médicos ostentan la doble condición de ser en la mañana empleados del desprestigiado sector público donde son mal remunerados, y dueños o empleados de prestigiosas clínicas privadas en la tarde donde en el mejor de los casos complementan sus ingresos, fenómeno denominado localmente como el "pluriempleo". Esta doble condición ayuda a explicar en buena medida el

20 *Ibid.*

21 Véanse los siguientes documentos: Periódico *El Caribe*, "Luis (el Gallo) piqueta sede del CMD; pide cese de huelgas médicas," Jueves 5 de mayo de 2005. Disponible en: <http://www.elcaribe.com.do>; Julisa Lorenzo, "El ejercicio médico a fuego cruzado", *Revista [A]HORA*. Edición N°. 1, 325 del 29 de septiembre de 2003. Disponible en: <http://ahora.com.do/Edicion1325/DEPORTADA/tema1.html>; *Diario Libre*, "Un año marcado por las huelgas médicas", 27 de diciembre de 2004. Disponible en: <http://www.diariolibre.com/app/article.aspx?id=24076> y Julio Scavino, "Panorama de las Organizaciones de Profesionales y Trabajadores de Salud en las Américas", actualización 2004. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud OPS. Montevideo, febrero de 2005. Disponible en: <http://smu.org.uy/sindicales/info/dossuy04.pdf>

alto ausentismo médico en el sector público estimado en un 80%.²²

En resumen, existían evidentes e incontrovertibles argumentos que justificaban emprender un proceso de reforma amplio y profundo al sistema de salud imperante en la República Dominicana antes de la aprobación de la Ley 87-01. Sin duda alguna, la inequidad en el acceso a los servicios y en la financiación de estos, resaltan como los principales problemas a resolver, y que no son más que el reflejo de una sociedad desigual, en donde muchos hogares tienen que sacrificar sus posibilidades de progreso social y económico por tener que asumir gastos de salud contra los cuales no estaban protegidos.

Además debe preocupar la ineficiencia en el manejo de los recursos públicos que el Estado destina a la atención de los más pobres, factor que ayuda a entender los también graves problemas de calidad y eficacia en las acciones del sector. La dimensión y complejidad de los problemas, al igual que las soluciones que se requieren, no será un proceso fácil ni de corto aliento, en donde seguramente habrá que apelar a la creatividad y la paciencia que siempre han caracterizado a este país.

4. ¿EN QUÉ CONSISTE LA REFORMA AL SECTOR SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA?

4.1 El proceso de discusión, objetivos e instrumentos de la reforma

El proceso de reforma dominicano se inicia a principios de la década de los 90 con una serie de estudios y propuestas acerca de lo que debería hacerse para mejorar el desempeño y los resultados del sistema de salud, ante las incontrovertibles evidencias de sus severas deficiencias en cuanto

22 Maureen Lewis, "Governance and Corruption in Public Health Care Systems", *Center for Global Development*, Working paper N°. 78, Enero de 2006. Disponible en: <http://www.cgdev.org/content/publications/detail/5967>

a protección financiera contra la enfermedad, equidad en el acceso a los servicios y en la financiación de estos, así como también en la calidad de los servicios ofrecidos, todo esto contrastado con una relativa suficiencia de recursos financieros, físicos y humanos que alimentaba la percepción de que podría lograrse mucho más de lo obtenido hasta el momento.

Fue hasta mediados del año 2001 que estos esfuerzos se vieron materializados con la aprobación de las leyes 42-01 y 87-01²³, la primera de las cuales actualiza el viejo código sanitario vigente desde 1953 y la otra que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social que en buena medida reemplaza y complementa el viejo y limitado esquema de Seguros Sociales existente en el país desde finales de la década de los 40.

Con ambas leyes, pero muy especialmente con la 87-01, se pretende introducir cambios profundos en la forma de concebir, organizar y financiar los servicios de salud. La nueva ley de seguridad social cubre además de la salud, las pensiones por invalidez, vejez y muerte, así como también los riesgos laborales y la protección de la niñez.

Contar relativamente con *recursos suficientes* para alcanzar unos mejores resultados que los observados hasta el momento, y pretender introducir *cambios de fondo* a un sistema dominado por poderosos intereses privados y políticos, los que le confieren al proceso de reforma dominicano unas características que sin duda lo diferencian de otros procesos de cambio y que obligan a pensar que el diseño técnico no sería tan importante como si lo sería el de su proceso de implementación.

En esencia, el modelo propuesto para el nuevo sistema tiene como una de sus principales características la de ser un esquema de seguro social universal y obligatorio, en el que se separan y descentralizan en entidades autónomas especializadas, las funciones de dirección, vigilancia y control, financiación y provisión de servicios y es dirigido y con-

23 República Dominicana, SET, *Ob. cit.* p. 16.

trolado por el Estado mediante una superestructura de gobierno colegiada (el Consejo Nacional de Seguridad Social [CNSS]) en la que están representados todos los actores.

Este sistema sería financiado por medio de aportes fiscales y parafiscales realizados por el propio Estado en representación de quienes no pueden pagar, los trabajadores, los empresarios y los usuarios, estos últimos mediante la figura de copagos al momento de utilizar algunos servicios; y en donde la focalización y la entrega de los subsidios que se destinan a este sector sería un monopolio del Estado.

4.2 Innovaciones en el sistema a partir del nuevo marco jurídico

La reforma pretende crear un *mercado altamente regulado* en donde la participación de quienes actúen como compradores y vendedores pueda llevarse a cabo de una manera transparente y equilibrada para lograr así mayor eficiencia y calidad de los servicios en beneficio de los usuarios. Se espera que en este mercado se puedan comprar y vender seguros y servicios de salud, ofrecidos por parte de entidades públicas y privadas que compiten de diversas maneras, bien sea entre ellas (compradores con vendedores) o entre sí mismas (compradores con compradores y vendedores con vendedores) para lo cual deben cumplir con una serie de requisitos legales, técnicos y patrimoniales.

Como uno de los principales instrumentos de regulación de este particular mercado de servicios de salud está el listado o *catálogo de prestaciones* denominado Plan Básico de Salud, que deberá ser único e igual en sus contenidos y condiciones básicas de calidad y acceso para todos los afiliados. El segundo instrumento esencial en la regulación de este mercado lo constituye el precio o *valor per cápita* promedio del Plan Básico de Salud. Ambos instrumentos de regulación podrían ser revisados y ajustados en cualquier momento dependiendo de diversas condiciones económicas o de riesgo, buscando en todo momento garantizar el

mejor equilibrio posible entre los beneficios que es posible ofrecer con los recursos de que se dispone para financiarlos, buscando en todo momento no afectar la salud financiera del sistema.

De esta manera, mediante la regulación del valor del paquete de prestaciones *-pago per capita-* y del contenido de sus beneficios *-Plan Básico-*, se pretende, al menos en teoría, estimular la competencia entre entidades basada en la eficiencia en la utilización de los recursos y en la calidad en la prestación de los servicios, más que en el precio o los contenidos del producto que ofrecen. Esta situación se daría en la medida que los usuarios tuviesen libertad de elección de aseguradores y proveedores, mecanismo que actuaría para reconocer el esfuerzo de los mejores.

Otra de las más importantes innovaciones que introduce el modelo de reforma dominicana consiste en la forma como los hospitales públicos seguirían funcionando, los cuales pasarán a convertirse de manera gradual en entidades autónomas con personería jurídica y patrimonio propio, organizadas regionalmente en redes por niveles de complejidad. Las cuales deberán comportarse como empresas de carácter social que deben generar excedentes que estarían destinados a mantener y mejorar la cobertura y la calidad de los servicios que ofrecen.

Complementariamente, la estructura de gobierno y control de estos nuevos proveedores públicos estará conformada por un *consejo directivo* en el que estarán representados diversos actores: gobierno central, gobierno local, trabajadores de la institución y comunidad. Entre sus funciones principales estará la de incidir directamente en el nombramiento del gerente de la institución y en la potestad para evaluar su gestión y solicitar, si es el caso su destitución.

Pero quizás lo que más impactará en el funcionamiento tradicional de los hospitales públicos, será el hecho que en el futuro una porción importante de su presupuesto provendrá de la *venta de servicios* a las entidades aseguradoras, lo que significaría una declinación gradual, seguramente no

total, de la financiación mediante presupuestos históricos que el Estado les asigna directamente tal y como sucede en la actualidad.

En la misma línea de la eliminación gradual de los subsidios de oferta a los hospitales públicos y como medida que complementa esta decisión, se da el proceso de *focalización de subsidios* mediante la identificación de las personas más pobres que serán beneficiarias de los recursos que les entregará el Estado a través de entidades aseguradoras, mediante una encuesta que clasifica a las familias según su nivel de pobreza denominada Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN)²⁴.

Cada hogar identificado como pobre podrá afiliarse a un nuevo asegurador público en salud denominado el Seguro Nacional de Salud (SENASA), a través del cual tendrán derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan Básico de Salud (PBS) que ofrecerá la red de hospitales públicos, quienes a su vez deberán facturar al asegurador público los servicios prestados.

En el campo del aseguramiento el nuevo sistema también trae innovaciones. En primer lugar, la afiliación al sistema de seguridad social en salud es obligatoria para todos los habitantes del territorio nacional, como lo es también el pago de un impuesto al salario de las personas, recursos con los cuales se financiaría buena parte del sistema. Los aseguradores deberán afiliar a cualquier persona o familia sin que puedan ejercer legalmente ningún mecanismo discriminatorio con el cual pudiesen hacer selección de riesgos y descreme del mercado²⁵.

24 República Dominicana, GCPS-RD, Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de la República Dominicana, *Programa Solidaridad*, Santo Domingo, octubre de 2007. Disponible en: <http://www.gabsocial.gov.do/solidaridad/>

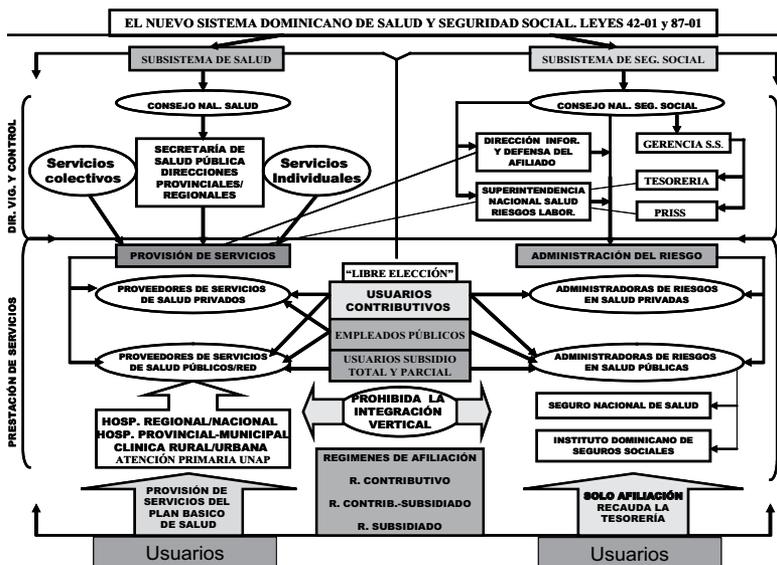
25 Véanse los siguientes documentos: Paolo Belli, "How Adverse Selection Affects Health Insurance Markets", *The World Bank Development Research Group. Working Paper* 2574, marzo de 2001. Disponible en: http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/04/13/000094946_01040505331570/Rendered/PDF/multi0page.pdf y Joseph P. Newhouse, "Cream Skimming, Asymmetric Information, and a Competitive Insurance Market," *Journal of Health Economics, Elsevier*, Vol. 3, Nº 1, abril de 1984, pp. 97-100.

Igualmente los aseguradores podrán ofrecer planes complementarios al Plan Básico, que como su nombre lo indica solo podrán contener servicios o condiciones de acceso y calidad que complementen, pero no substituyan al primero. De la misma forma, no podrán vender planes complementarios a aquellas personas que no posean el Plan Básico. Como ya se mencionó, estas medidas generarán incentivos para que los aseguradores traten de competir con base en la eficiencia y calidad de los servicios que se ofrecen.

4.3 Las nuevas instituciones para la ejecución de la reforma

El nuevo sistema contará con una estructura organizativa donde se separan, descentralizan y especializan las funciones de rectoría, vigilancia, control, financiación, administración del riesgo y provisión de servicios, creando entidades autónomas encargadas de cada una de ellas. En el gráfico 12 se ilustran las principales funciones, instituciones y relaciones que se establecen por efecto del nuevo modelo.

Gráfico 12



La rectoría del nuevo Sistema de Seguridad Social, la cual abarca además de los temas de organización y financiamiento de los servicios de salud, el manejo de las pensiones, los riesgos laborales y la protección contra la niñez, estará a cargo de un órgano de gobierno colegiado denominado Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Este organismo consta de 13 miembros que actúan en representación de los diversos sectores y actores que participan del Sistema de Seguridad Social y está presidido por los Secretarios de Estado de Trabajo (presidente) y de Salud (vicepresidente).

Debe destacarse que en este organismo se concedió el derecho de veto a tres de sus actores principales: gobierno, trabajadores y empleadores, lo que de alguna manera desvirtúa en primer lugar su esencia de ser un espacio democrático para la discusión y búsqueda de consenso y, en segundo término, debilita la posición rectora del Estado dentro de un sistema que es considerado un servicio público altamente regulado y que además por su manejo puede llegar a tener implicaciones sobre el equilibrio fiscal del gobierno.

El tradicional Ministerio de Salud, conocido como la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), deberá reformarse para dedicarse exclusivamente a la función rectora en los aspectos normativos y de política, relativos a la calidad de los servicios y la gestión de la salud pública (promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel más colectivo que individual, así como al control de endemias y epidemias). Igualmente estará encargado de la vigilancia y control de la calidad en la prestación de los servicios. Esta entidad contará con un organismo asesor denominado Consejo Nacional de Salud (CNS) en el que igualmente estarán representados los diferentes actores del sector, el cual tendrá como su principal función asesorar y apoyar al Ministerio de Salud en el ejercicio de las funciones que le competen. En lo sucesivo y de manera gradual el Ministerio deberá dejar su labor directa de provisión de servicios y de intermediario en la financiación de estos.

La vigilancia y el control en lo relativo a los aspectos de organización y financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud estará a cargo de una nueva entidad denominada Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), entidad autónoma cuyo Director es propuesto mediante terna enviada por el CNSS y designado por el Presidente de la República un período fijo de tres años, al cabo de los cuales solo podrá ser reelegido por una (1) sola vez.

La información y defensa de los usuarios se realiza a través de la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA), entidad que actúa como una defensoría del consumidor, con funciones básicas en cuanto a la difusión de derechos y deberes de los afiliados, así como de apoyo legal y técnico en las reclamaciones que sea necesario llevar a cabo ante las diversas instituciones e instancias del nuevo Sistema.

Los recursos del nuevo sistema destinados a financiar el aseguramiento y la provisión de servicios de salud a las personas, provendrán de aportes directos del Estado y de impuestos parafiscales realizados por empleadores y trabajadores equivalentes a un porcentaje del valor total de los salarios pagados. Estos serán canalizados y manejados de manera centralizada por una entidad denominada la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), quien será la encargada de entregar sobre una base per capita que defina el CNSS, los recursos que le corresponden a las diversas aseguradoras de salud en función al número de afiliados.

Los recursos para la gestión de las acciones generales de salud pública y de los programas de salud colectiva seguirán siendo aportes directos del Estado canalizados a través del Ministerio de Salud, SESPAS.

El aseguramiento en salud se dará a través de tres (3) regímenes diferentes. El *Contributivo* destinado a los trabajadores del sector formal. El *Contributivo-Subsidiado* destinado a los trabajadores independientes y del sector informal donde el gobierno subsidiará parcialmente la afiliación. Y finalmente el *Subsidiado* destinado para aquellas personas pobres

y vulnerables identificadas como tales mediante el instrumento diseñado para la focalización de subsidios (SIUBEN).

Las personas pertenecientes al régimen contributivo deberán afiliarse según su libre elección a alguna de las Administradoras de Riesgos en Salud (ARS) privadas o públicas que se creen para tal fin, las cuales para poder operar deberán cumplir con una serie de requisitos legales, organizativos y patrimoniales.

Las personas pertenecientes a los Regímenes Contributivo-Subsidiado y Subsidiado, así como los empleados contributivos de las entidades públicas deberán estar afiliados obligatoriamente al asegurador público (SENASA) que se creará para tal fin.

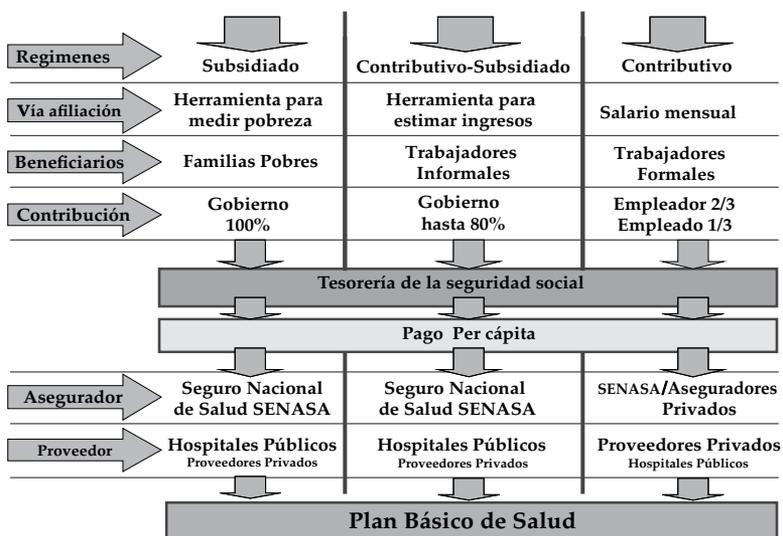
En cuanto a la prestación de servicios, solo los afiliados al Régimen Contributivo, incluidos los empleados del sector público, podrán elegir entre prestadores públicos o privados que conformen la red de la entidad aseguradora que elijan. Los afiliados a los dos regímenes restantes, que reciben un subsidio total o parcial del Estado, deberán obligatoriamente ser atendidos en los hospitales públicos. En el gráfico 13 se resumen los principales elementos que caracterizan el funcionamiento del nuevo Sistema de Salud Dominicano.

Finalmente, la prestación de servicios de salud se dará a través de las denominadas instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) de carácter público o privado, las cuales deberán estar organizadas como entidades autónomas con personería jurídica y patrimonio propio, las cuales por ley no podrán ser de propiedad de los aseguradores.

La medida anterior se tomó en un intento por controlar la integración vertical asegurador-proveedor, que a juicio de algunos actores, especialmente de los médicos y de los actuales dueños de clínicas privadas, no es buena para el sistema porque podrían configurarse monopolios con efectos nocivos para los usuarios.

No obstante, y como se discutirá más adelante, podría pensarse esta medida se adoptó más bien para proteger la

Gráfico 13
Elementos esenciales del nuevo sistema de salud



propiedad y rentabilidad del negocio de provisión de servicios, debido precisamente a que la integración vertical, tal como ha sido entendida en los diversos sectores de la economía, podría utilizarse como un mecanismo de control de costos²⁶, los cuales de subir o mantenerse elevados terminan finalmente afectando de manera negativa a los usuarios, como parecería va a suceder.

A pesar de todo, la integración vertical asegurador-proveedor de servicios es una discusión aún no resuelta en el sector, y aunque existen argumentos a favor y en contra de ella, no puede afirmarse categóricamente que sea algo bueno o malo. Más bien debe hacerse un análisis profundo de las circunstancias sobre las cuales se aplican este tipo de mecanismos que orienten mejor sobre la conveniencia o no de su utilización.

26 Véanse los siguientes documentos: Ronald Coase, "The Nature of the Firm". *Economica*, New Series, Vol. 4, N° 16, noviembre de 1937, pp. 386-405. Disponible en: <http://www.cerna.ensmp.fr/Enseignement/CoursEcoIndus/SupportsdeCours/COASE.pdf> y Joseph E. Stiglitz, *Economía*, Barcelona: Editorial Ariel, mayo de 1994.

4.4 Oportunidades y limitaciones de la reforma

El proceso de reforma iniciado, al que se llega después de un largo y tortuoso camino de discusión y consenso, es una enorme oportunidad sin precedentes en la historia del país para cambiar de manera significativa un sistema de salud que ha demostrado su obsolescencia para resolver los problemas de salud de la población, y que cada vez más es un dolor de cabeza de hogares y gobiernos.

No obstante, la aparente claridad del diseño conceptual y operativo que se quiere poner en marcha, contrasta con la complejidad y la dificultad del proceso de implementación por dos razones fundamentales. La primera radica en la complejidad relativa del modelo de reforma que exige la existencia de un Estado que posea instituciones con un cierto nivel de desarrollo y credibilidad, que le den la fortaleza que se requiere para asumir el liderazgo en su puesta en marcha y posterior control. La segunda se deriva de la profundidad de los cambios que se quieren poner en marcha, lo que necesariamente tocará intereses de poderosos actores en contienda como son ciertos sectores médicos, de clínicas privadas, de sindicatos del sector público, de empresas aseguradoras y de organizaciones sociales, quienes entienden que el establecimiento de un esquema de aseguramiento en un mercado altamente regulado puede ser una amenaza para su estabilidad económica según unos, o para la salud de la población según otros.

Estas son apreciaciones que de una u otra manera reflejan el punto de vista de los intereses particulares de cada quien. Así por ejemplo, existe la percepción fundamentada en hechos sucedidos en reformas similares²⁷, en donde el montaje de un sistema universal obligatorio de aseguramiento reduce gradualmente el flujo de recursos que per-

27 Véanse los siguientes documentos: G. Barón, "Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y tendencias", *Revista Salud Pública*, Vol. 9, N° 2, 2007 pp. 167-179. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n2/v9n2a02.pdf> y WHO, *World Health Statistics 2007*, Ob. cit., p.13.

ciben los prestadores de servicios de manera directa sin la intervención de un intermediario asegurador. Para algunos esto podría significar la ruina de ejercicio privado de la medicina.

En el cuadro 13 que se presenta a continuación, se estima para el año 2003 los recursos que reciben directamente los proveedores de servicios en la República Dominicana, cifra que asciende a medio billón de dólares anuales.

Cuadro 13

Gasto de bolsillo en salud dólares, República Dominicana, 2003

Gastos per Cápita	\$132
Gastos Privado / Gasto Total	66,8%
Gasto Privado / Gasto Total	\$ 88
Gasto Bolsillo / Gasto Privado	70,8%
Gasto Bolsillo / Gasto Privado	\$62
Población Estimada	8,600.00
Gasto de Bolsillo Total	\$563,886.029

Datos calculados en dólares para el año 2003.

Fuente: Cálculos del autor utilizando datos del World Health Statistics 2006, Organización Mundial de la Salud.

De otro lado, se apela igualmente al argumento de que el establecimiento de sistemas de mercado y la descentralización del sector público, podrían considerarse como el primer paso hacia la privatización de los servicios²⁸, que atentaría contra los derechos de los más pobres, temores que de alguna manera trataron de ser subsanados en la ley de reforma dominicana al hacer que los subsidios del Estado sean de manejo exclusivo del sector público.

28 Antonio Ugalde y Nuria Homedes, "Las reformas neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 17, N° 3, 2005, pp. 210–215. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a12v17n3.pdf>

En cuanto a las limitaciones que podrían surgir del diseño del modelo de reforma dominicano, visto desde la óptica de la teoría económica, debería analizarse también el problema que puede surgir con los costos de transacción que se derivarían de este nuevo modelo, aparentemente mucho más complejo institucional y operativamente que el que reemplaza.

A primera vista parecería que la complejidad institucional podría dar lugar a un mayor costo transaccional²⁹ así como también a más y diversas modalidades de corrupción, que podrían terminar minando las supuestas ganancias en eficiencia que se lograrían como resultado del nuevo esquema de separación de funciones, descentralización y subsidios a la demanda. No obstante, no hay evidencia que permita sustentar estas apreciaciones y éstas sin duda deberían ser motivo de investigaciones futuras.

5. DESARROLLO DE UN ESQUEMA DE COMPRADOR- VENDEDOR DE SERVICIOS DE SALUD

5.1 El mercado de servicios de salud y sus fallos. Cómo han sido enfrentados

Para poder entender mejor la racionalidad subyacente bajo el modelo teórico de reforma que se plantea aplicar en la República Dominicana, es preciso recurrir primero a un breve análisis de lo que son las principales características de un mercado de salud, los efectos que ello genera sobre los precios y las características de los servicios que se ofrecen, así como el por qué de las medidas que se proponen aplicar.

En general puede afirmarse que la salud es un mercado atípico altamente imperfecto donde no es fácil definir con la claridad con la que se puede hacer en casi cualquier otro mercado, quién es el que *compra* los servicios y qué es en realidad lo que compra; y cómo, por efecto de estas relaciones aparentemente disfuncionales, se pueden llegar a

²⁹ Ronald Coase, *Ob. cit.* p. 30.

afectar características del producto que se ofrece tales como su cantidad, calidad y especialmente su precio.

Además, por efecto de estas imperfecciones, también es posible suponer que los resultados esperados de ésta relación entre *compradores* y *vendedores* no produce necesariamente beneficios a los pacientes en la misma proporción en que se consumen servicios y que, inclusive, se pueden llegar a generar efectos adversos. El ejemplo más patético es el de los Estados Unidos de América donde a pesar de ser el país del mundo con el mayor gasto per cápita en salud (\$6,096 dólares en el año 2004³⁰) se estima que cada año mueren cerca de 195,000 personas por culpa de los errores médicos, lo que ha llevado este hecho a convertirse en la quinta causa de mortalidad en el país, por encima de los accidentes de tránsito³¹.

En primer lugar, quizás la falla más protuberante y más importante en el mercado de la salud, la constituye la *asimetría de la información*, que genera desequilibrios entre *vendedores*, en este caso médicos y hospitales, y los supuestos *compradores*, pacientes y aseguradores³². No obstante, en un esquema de aseguramiento como el de salud, los pacientes deberían ser llamados más bien *consumidores finales* de servicios, en vez de *compradores* de los mismos, porque es en realidad el asegurador quien actúa como comprador y quien a su vez paga por los servicios.

Precisamente, de la diferenciación que debería hacerse entre *comprador* y *consumidor*, se deriva la teoría del *riesgo moral*. Esta teoría consiste básicamente en que una persona que posee un seguro no tendría que asumir ninguna o mínimas consecuencias financieras al consumir los servicios amparados, es decir no tiene que pagar directamente por

30 WHO, *World Health Statistics 2007*, Ob. cit., p.31.

31 Medical News Today, "In Hospital Deaths from Medical Errors at 195,000 per Year USA", 9 de agosto de 2004. Disponible en: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/11856.php>

32 Stephen Shmanske, "Information Asymmetries in Health Services: The Market Can Cope", *The Independent Review*, Vol. I, N° 2, 1996, pp. 191-200 Disponible en: http://www.independent.org/pdf/tir/tir_01_2_shmanske.pdf

ellos, además de que considera al costo del seguro como algo marginal, o en algunos casos sin valor porque alguien lo paga por él. Estas circunstancias generan incentivos que inducen a esa persona a actuar de forma descuidada o a consumir de forma irracional³³.

Producto principalmente de la *asimetría de información* entre paciente y proveedor, se llega a una situación en la que el proveedor es en la práctica quien decide por el paciente sin que éste, por su natural ignorancia sobre la materia, tenga mucho que aportar o controvertir en la decisión que se toma.

También debe mencionarse que la asimetría de información puede actuar en beneficio del paciente, caso que sucede cuando éste, en conocimiento de que está enfermo o que requiere servicios de salud, decide comprar o afiliarse a un seguro de salud. Este fenómeno se conoce como *selección adversa*, que los aseguradores tratan de evitar con instrumentos tales como el no cubrimiento de enfermedades, las condiciones preexistentes al momento de afiliarse, o ejerciendo lo que se conoce como selección de riesgos o descreme del mercado, mediante diversos mecanismos, de entre los cuales el más conocido es la diferenciación por precios y aún la negativa de afiliarse a personas, como ocurre con los ancianos³⁴.

Es así como la asimetría de información entre paciente y proveedor convierte de hecho al médico en oferente de servicios y simultáneamente en su comprador, relación en la que podría configurarse un conflicto de intereses. El mismo médico compra lo que vende y obtiene un beneficio por ello. Por lo tanto, podría verse tentado a sacar provecho para sí mismo de esta ventaja que le concede el mercado, más allá de lo que racionalmente podría esperarse fuese la justa remuneración por su trabajo y un comportamiento sujeto estrictamente a los preceptos éticos y científicos que re-

33 Joseph E. Stiglitz, *Ob. cit.* p. 30.

34 Véanse los siguientes documentos: Paolo Belli, *Ob. cit.*, p. 26 y Joseph P. Newhouse, *Ob. cit.*, p. 26

gulan su ejercicio profesional. Esta práctica se conoce como demanda inducida³⁵.

La condición anterior coloca de alguna manera al paciente en desventaja en cuanto a su capacidad de control que podría ejercer sobre la conducta de su médico/proveedor, limitación que tradicionalmente ha tratado de ser remediada por los códigos de ética, siendo el Hipocrático³⁶ el más conocido de ellos, redactado en el año 400 antes de Cristo. Este código vigente en la actualidad, impone límites a la conducta del médico/proveedor con lo cual se busca evitar daños o efectos indeseables sobre la salud o integridad del paciente más allá de lo humana y científicamente previsible.

No obstante, este tipo de situaciones ya habían sido advertidas por la sociedad desde muchos siglos atrás, como lo describe el Código de Hammurabi que data del año 1692 antes de Cristo, el cual establecía drásticas penalidades a los excesos o equivocaciones en la conducta de los médicos³⁷.

Recientemente han aparecido otras formas, más de carácter legal que ético, las cuales tratan de dar al paciente mayor control sobre las decisiones que en materia de servicios de salud podrían afectarlo, las que a su vez imponen nuevos límites al que hacer del profesional, siendo la más conocida el *consentimiento informado*³⁸.

Este es un mecanismo que busca establecer un balance entre riesgos y beneficios de los servicios de salud que el pa-

35 Véanse los siguientes documentos: L. Rossiter and G. Wilensky, "Health Economist-Induced Demand for Theories of Physician-Induced Demand", *The Journal of Human Resources*, Vol. 22, N° 4, agosto de 1987, pp. 624-627 Disponible en: <http://links.jstor.org> y N. Izumida y otros, "An Empirical Study of the Physician-Induced Demand Hipótesis- The Cost Function Approach to Medical Expenditure of the Elderly in Japan". *Review of Population and Social Policy*, N° 8, 1999, pp. 11-25. Disponible en: http://www.ipss.go.jp/publication/e/R_5_P/No.8_P11.pdf

36 Wikipedia, Juramento Hipocrático, consultado el 20 de agosto de 2007. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Juramento_Hipocr%C3%A1tico

37 Júlio César Meirelles, *Error médico. Iniciación en Bioética*, Consejo Federal de Medicina, Brasilia, 1998. Disponible en <http://www.saip.org.uy/ejprof/error-med.pdf>

38 Federico Tallone, *El consentimiento informado en el derecho médico*. Disponible en GEOSALUD <http://geosalud.com/consentimiento/consinfdermedico.htm>

ciente recibiría, y que en muchos países el médico debe por obligación dar a conocer al paciente y pedirle su aceptación de una manera formal y por escrito. Esta herramienta puede ser vista como un esfuerzo adicional por mejorar el poder de decisión del paciente, pero también ha sido considerado por médicos y proveedores de servicios como un procedimiento que reduce la posibilidad o severidad de sufrir demandas en su contra por casos de supuesta mala práctica.

Un tercer mecanismo, además de los códigos de ética y del consentimiento informado, que ayuda a controlar los efectos derivados de la asimetría de información entre pacientes y proveedores de servicios lo constituye *la intermediación* de un tercero que actúa en representación del paciente y que de alguna manera busca darle mayor poder de decisión.

Tradicionalmente este mecanismo de intermediación ha sido ejercido por las compañías de seguros de salud, entidades que en realidad no fueron creadas con esa finalidad. Estas nacieron con el fin de ofrecer un mecanismo más eficiente y equitativo de distribuir la financiación de los servicios de salud³⁹, en especial cuando el costo de la salud comenzó a subir dramáticamente, convirtiéndose en una amenaza para la estabilidad económica de hogares y empresas, algo que apenas comenzó a hacerse más evidente en la segunda mitad del siglo 20, concomitantemente con los grandes avances de la medicina.

A partir de ese momento, aparecen y proliferan los denominados *terceros pagadores*, que en un principio actuaban como simples intermediarios entre el paciente y el proveedor pagando los servicios y sin jugar un papel muy activo en el control de los costos. Este mecanismo se conoció con el nombre de pólizas o seguros de indemnización en salud que eran ofrecidos por las tradicionales compañías de seguros.

Más recientemente han aparecido compañías especializadas en seguros de salud que hoy se conocen como

39 Joseph E. Stiglitz, *Ob. cit.*, p. 33.

administradores del riesgo en salud, que además de actuar como pagadores de los servicios, intervienen en el proceso de prestación de los mismos y, en algunos casos, tratan de influir sobre algunos de los factores de riesgo en salud que podrían afectar a las personas, mediante diferentes acciones que apuntan a promover estilos de vida saludables. En la actualidad existen diversos tipos de estas empresas, que controlan desde el aseguramiento hasta la prestación de servicios, mediante diversos grados y modalidades de integración vertical, y que actúan de variadas formas y con diferente intensidad en la relación entre pacientes y oferentes de servicios de salud, razón por la cual hoy son en muchos países el blanco de críticas de médicos y proveedores, precisamente por que consideran que ejercen una supuesta intromisión indebida en la relación médico-paciente.

Por las frecuentes comparaciones que se hacen, vale la pena mencionar que el modelo de reforma dominicano es diferente del modelo clásico propuesto por Enthoven para los Estados Unidos de América⁴⁰ el cual buscaba fortalecer la capacidad del comprador de servicios organizado que él denominaba “sponsor”, para obligar a los aseguradores a competir por el precio y el contenido del producto. Por lo tanto, no sería adecuado catalogar el esquema dominicano como de “competencia gerenciada” (*managed competition* en inglés) y más bien debería llamarse de “mercado regulado”.

No obstante los mecanismos de control descritos, el médico/proveedor mantiene una posición dominante sobre las decisiones que podrían afectar a su paciente, que finalmente pueden conducir a efectos nocivos sobre su salud e integridad, como también sobre el costo que se paga por los servicios y que finalmente alguien debe asumir.

Además, el efecto sobre el costo de los servicios que recibe el paciente, podría verse agravado por dos circunstancias adicionales. La primera, cuando el médico es el propieta-

40 Alain Enthoven, “The history and principles of managed competition”, *Health Affairs Supplement*, 1993, Disponible en: http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/12/suppl_1/24

rio de los servicios complementarios que recibe el paciente, más allá de lo que es su simple trabajo; y la segunda, cuando en la atención del paciente se utilizan determinadas tecnologías biomédicas, en especial aquellas denominadas de punta o de carácter experimental, las cuales muchas veces no ofrecen un adecuado balance entre su costo, la eficiencia con que operan y la eficacia en sus resultados. Los economistas denominan estas tecnologías no costo efectivas/eficientes porque el valor del resultado obtenido es inferior al costo de la tecnología utilizada⁴¹.

No obstante ciertas tecnologías son consideradas no costo-efectivas, la mayoría de las veces son utilizadas bajo el argumento de ofrecer mayor seguridad a pacientes o proveedores, o apelando al sentimiento de esperanza que naturalmente embarga a los pacientes que buscan alguna solución a sus problemas, sin que necesariamente esto signifique que se está engañando al paciente.

La situación anterior concuerda las más de las veces con la posición del común de la sociedad frente a la enfermedad, el sufrimiento humano y la amenaza de muerte, donde nadie quiere ahorrar cuando se trata de la salud y la vida, nadie acepta de buena manera envejecer y menos morirse aún los que creen en que la otra vida es mejor que ésta, justificaciones que nutren la natural esperanza humana y que hacen más difícil controlar la utilización de tecnologías que se sabe producirán muy pocos o a veces ningún resultado. Vale la pena mencionar que con estos argumentos se financia en buena medida la desenfrenada y lucrativa carrera de la tecnología biomédica.

Precisamente del dilema consistente en el uso adecuado o abuso de la tecnología biomédica, surge lo que hoy se conoce como la *medicina basada en la evidencia*⁴² y su ins-

41 Kenneth Warner y Luce Bryan, *Análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia en la atención de la salud: principios, práctica y potencialidades*, México: Fondo de Cultura Económica, marzo de 1995. Disponible en: <http://bases.bireme.br>

42 Wikipedia, Medicina basada en la evidencia, consultado el 20 de agosto de 2007. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_basada_en_la_evidencia

trumento, los protocolos de atención, que no son más que la sistematización de experiencias en cuanto a procesos y resultados que buscan mejorar la calidad de los servicios, reducir las posibilidades de errores médicos y finalmente aunque no menos importante, hacer un uso más racional de los habitualmente escasos recursos de que se dispone.

Desafortunadamente los razonamientos que inducen a personas y sociedades a consumir servicios de salud sin ningún límite, sobrepasan las barreras de la racionalidad económica, en especial la natural limitación presupuestal de hogares y gobiernos, y llevan a que los precios se conviertan en un enemigo de la equidad y en una prioridad controlarlos.

En muchos países del mundo, los efectos de no controlar los precios en salud han llevado a que los costos de la salud crezcan anualmente a un ritmo mayor al que la economía puede hacerlo, produciendo una mayor escasez y, por lo tanto, una mayor exclusión social y concentración de la riqueza. De nuevo, el caso de los Estados Unidos de América es de los más palpables, donde además del enorme y creciente número de personas (estimadas en unas 47 millones en 2007) que carecen por completo de protección financiera contra la enfermedad, los costos de la salud crecen anualmente al doble de los costos generales generando un creciente problema de financiación para hogares y gobiernos⁴³.

5.2 Otros fallos en el mercado de salud

Un segundo fallo del mercado de salud radica en que este no es competitivo, esto es sus principales actores no están lo suficientemente dispuestos a competir entre sí, precisamente por las ventajas que les concede las imperfecciones de este mercado.

Es así como existen diversas formas mediante las cuales, por ejemplo los médicos, colocan barreras que dificultan el

43 NCHC, National Coalition on Health Care. Health Insurance Cost. Facts on the cost of Health Care. Disponible en: <http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>

acceso de nuevos competidores a sus mercados, tales como el control que ejercen sobre la formación de los especialistas así como el establecimiento de severos requisitos para ejercer la profesión o para revalidar las licencias de trabajo, especialmente para los emigrantes. En los Estados Unidos de América, ésta situación es palpable, además de ser común en muchos países de la región, incluida la República Dominicana.

De otro lado, los hospitales sacan ventaja de su condición de ser en la práctica monopolios naturales en la entrega de los servicios⁴⁴, elevan artificialmente los precios y producen servicios en cantidades por debajo de lo que podrían hacerlo si estuvieran en un mercado competitivo, características propias de cualquier monopolio. Igualmente segmentan los mercados utilizando productos y calidades diferentes, con los que igualmente segmentan los mercados de pacientes según su capacidad de pago.⁴⁵

Otro factor que facilita a los hospitales comportarse como monopolios es la existencia de barreras de entrada estructurales propias del mercado de la salud y que dificultan que otros competidores puedan participar. Es el caso de la mayoría de los hospitales que operan en ciertas regiones donde por el tamaño del mercado y por los altos costos que ello implicaría, no tendría sentido montar otro hospital.⁴⁶

Otra de las imperfecciones del mercado de la salud radica en que el producto que se ofrece es altamente complejo y que fácilmente puede diferenciarse, hasta el punto de afirmarse que hay tantos productos como pacientes, lo que dificulta el proceso de comparación propio de cualquier proceso de compra y venta de servicios, situación que a su

44 William Hsiao, ¿What should macroeconomists know about health care policy? A primer. International Monetary Fund, Working Paper, 2000, p. 63.

45 Véanse los siguientes documentos: Joseph E. Stiglitz, *Ob. cit.* p. 35 y CIB, Corporación para Investigaciones Biológicas, "Economía y salud pública", *Fundamentos de Salud Pública Tomo I Salud Pública*, Editado por Jorge Humberto Blanco R. - José María Maya M. Edición N° 2, Medellín, 2005, pp. 144-165.

46 Joseph E. Stiglitz, *Ob. cit.* p. 39.

vez facilita la manipulación de los precios por parte del oferente.

Por su estrecha relación con la vida, la muerte y la integridad de las personas, el producto que se ofrece en salud contiene unas características sociológicas que lo ubican como un servicio público que debe estar dentro de las prioridades y responsabilidades directas de casi cualquier Estado, dándole por lo tanto una connotación de “bien meritorio” más de carácter social que económico, definiciones que debilitan muchas veces los incentivos que tendrían los individuos de pagar un seguro de salud al notar que el Estado siempre terminará protegiéndolo así no se asegure⁴⁷.

5.3 Como se hace operativo el concepto comprador-vendedor en la República Dominicana

La forma como la República Dominicana hace operativo el concepto comprador-proveedor de servicios de salud tiene lugar de manera diferente en cada uno de los tres regímenes de afiliación al sistema. Básicamente, el modelo de reforma propuesto busca controlar los efectos adversos o indeseables que genera un mercado imperfecto de carácter monopólico, mediante la utilización de varios tipos de herramientas diferentes, entre las más importantes se encuentran las siguientes:

- La relativa libre elección que puede ejercer el usuario/paciente tanto de la aseguradora como del prestador de servicios de su preferencia;
- La libre competencia en el aseguramiento y en la provisión de servicios, permitiendo que las empresas encargadas de estas dos funciones compitan entre ellas y entre si mismas;
- La obligatoriedad de todos los ciudadanos de afi-

⁴⁷ R. Castaño-Yepes, “La característica de bien meritorio que tiene la salud”. Medicina, ética y reformas a la salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica, *Salud Pública de México* Vol. 41, N° 5, 1999.

liarse al sistema, así como de pagar un impuesto con el que se financia parte de este;

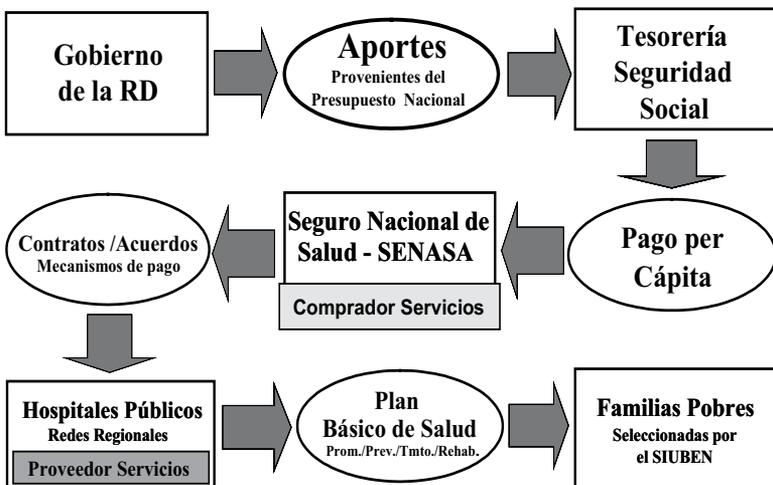
- La estandarización y regulación del producto o paquete de beneficios que se ofrece, así como también de su precio promedio o pago per capita promedio que se reconoce a las aseguradoras por cada afiliado inscrito;
- La prohibición para que aseguradores y proveedores de servicios discriminen durante la afiliación o atención a los pacientes basados en cualquier motivo.

En el Régimen Subsidiado la reforma plantea un esquema de un solo comprador y de hecho un solo vendedor, ambas entidades de origen público, conformándose lo que podría denominarse un *seudo mercado de competencia interna* (gráfico 14).

Esto quiere decir que solo existirá un solo comprador de servicios, en este caso el SENASA quien obligatoriamen-

Gráfico 14

Cómo opera el esquema comprador-proveedor de servicios en el Régimen Subsidiado en la República Dominicana



te deberá comprarle servicios a la Secretaría de Estado de Salud (SESPAS), representada en los hospitales públicos, quienes aparentemente competirían entre sí por los afiliados, pero que en la realidad esto no sucederá, o lo será de una manera muy limitada por las razones que se explican más adelante.

Por eso, y basados en las anteriores apreciaciones sería mejor decir que más que comprador de servicios, el SENASA actuará como un organismo *pagador* de los hospitales, donde la principal herramienta de relación entre ambos, la constituiría el *contrato o acuerdo de gestión* y el *mecanismo de pago* que se utilice para ello.

De otro lado, aunque en teoría debería existir competencia entre los hospitales públicos, en realidad esta se dará de manera muy limitada en razón de su ubicación geográfica que dificulta al usuario asistir a varias instituciones entre otras cosas, por el costo del transporte y del tiempo que debería utilizar también en razón del tipo de servicios que ofrece cada una de ellas, los cuales se diferencian según los niveles de complejidad definidos en la red de servicios; esto significa que los hospitales no competirán entre sí ya que prestan servicios diferentes.

Lo anterior quiere decir que los usuarios carecerán por completo de libertad de elección del asegurador por estar obligados por ley a permanecer en el asegurador público SENASA, y poseerán una muy restringida libertad de elección del proveedor de servicios, porque igualmente deberán estar inscritos y asistir al proveedor más cercano a su lugar de residencia o trabajo.

No obstante, el no definir claramente un mercado en el cual actúen libremente compradores y vendedores no significa que no habría resultados benéficos de esta relación, que se traduzcan en más y mejores servicios. El solo hecho de separar claramente en instituciones autónomas e independientes las funciones de compra y venta de servicios, y el hecho de comenzar a financiar los presupuestos de los hospitales públicos sobre la base de subsidios a la deman-

da y venta de servicios, se esperaría que generen mayores posibilidades de transparencia y rendición de cuentas y que redunden en mejor acceso, eficiencia y calidad de los servicios.

En el lado opuesto de las estrategias de reforma se encuentra el régimen contributivo, el cual puede catalogarse como un mercado más abierto a la competencia entre compradores y vendedores. Podrán existir múltiples compradores (aseguradores) a los cuales el usuario puede afiliarse libremente según su elección, sin desconocer que aquí también hay asimetría de información y posible coerción en la decisión de la libre afiliación, en especial por parte del empleador, quien de hecho realiza las dos terceras partes del pago y por ello podría hacer uso de su posición de autoridad sobre los trabajadores a su cargo.

De la misma forma existiría un mercado abierto y competitivo para la provisión de los servicios, lo que en realidad tampoco es del todo cierto. En primer término porque el comprador no está obligado a contratar a todos los proveedores existentes, razón por la cual organizará la red de prestación que ajustará en su tamaño y ubicación según condiciones tales como el volumen de servicios requeridos y la ubicación de sus afiliados, situaciones que en cierta medida tiende a restringir la competencia y a limitar la posibilidad de elección de los pacientes.

Además la ley de reforma establece que los pacientes deberán hacer uso de una puerta de entrada (gatekeeper)⁴⁸ al momento de solicitar servicios de salud, generalmente manejada por un médico general, para que luego pueda ser referido a otros servicios. El hecho anterior limita aún más las posibilidades de libre elección del paciente y a su vez dificulta la libre competencia entre prestadores.

No obstante, esta es una medida que busca, por un lado, darle mayor calidad al servicio al ofrecerle al pa-

48 Gail Carlson, "What is a gatekeeper?" Managed Care Info Tips. University of Missouri Extensión. Disponible en: <http://missourifamilies.org/infosheets/health/gatekeeper.pdf>

ciente una orientación adecuada en cuanto al servicio al que debe recurrir por su natural desconocimiento en materia de diagnóstico de enfermedades, como sucede en la gran mayoría de servicios de salud de los países desarrollados y, de otro lado, persigue darle racionalidad al uso de recursos escasos y costosos, como son los especialistas médicos⁴⁹.

En un lugar intermedio entre las dos estrategias anteriores, se encuentra el régimen contributivo de los servidores públicos, quienes por ley deberán estar afiliados al SENASA, pero podrán elegir libremente entre proveedores públicos y privados que hayan sido incluidos en la red de prestadores de este asegurador. De esta manera no habrá competencia en el aseguramiento pero supuestamente habrá en la prestación, algo que por las razones expuestas para el caso anterior del régimen contributivo, tampoco es tan amplia.

6. ANÁLISIS CRÍTICO DEL ESQUEMA COMPRADOR-VENDEDOR DE SERVICIOS DE SALUD SENASA-SESPAS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

6.1 Por qué es importante focalizar el análisis en este esquema público-público

No obstante la reforma dominicana pretende crear un esquema comprador-vendedor de servicios de salud que se aplica a todos los sectores (público y privado) y regímenes de afiliación, el análisis que se realiza a continuación se concentra en el Régimen Subsidiado que maneja el sector público, en el cual este esquema era prácticamente inexistente. Por esta razón se espera que sea allí donde se vayan a

49 J. Escarce y otros, "Medical Care Expenditures Under Gatekeeper and Point-of-Service Arrangements". *Health Serv. Res.*, diciembre de 2001, Vol. 36, N° 6, pp. 1037-1057. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1089277>

producir los mayores cambios y donde además se vayan a generar los mayores resultados de la reforma en cuanto a la mejoría de las condiciones de protección financiera, acceso, equidad y calidad en los servicios para la población más pobre y vulnerable que representa alrededor del 70% de la población.

En cambio, analizar el esquema comprador-vendedor de servicios en el tradicional sector de los seguros sociales (IDSS) y del sector privado asegurador, tendría otras connotaciones porque en realidad este es un esquema que ya existía y que lo hace diferente quizás el establecimiento de regulaciones que tratarían de hacer más transparente y equilibrado el funcionamiento de este segmento del mercado.

Hechas las aclaraciones anteriores, en principio valdría la pena enfocarse un poco en las razones por las cuales entidades y organismos de cooperación⁵⁰ recomiendan que es necesario introducir profundas reformas en las instituciones públicas para hacerlas más eficientes, eficaces y transparentes en su gestión, como única vía para mejorar sus resultados, para luego enfocar la disertación en la descripción de lo que ha sucedido en la República Dominicana en este aspecto específico.

Para empezar, no es extraño escuchar que el Estado es ineficiente en la utilización de los recursos que se le asignan y que produce servicios de baja calidad. Frente a esta afirmación surgen interrogantes como ¿cuál debería ser entonces su papel en la producción de servicios de salud? ¿Con qué nivel de eficiencia y calidad producen estas instituciones? ¿Cuáles son las razones que explican este comportamiento? ¿Cuál es el mejor camino que debe seguirse para afrontar estas situaciones?

De estos interrogantes surge el dilema de si es mejor que el Estado produzca los servicios que le corresponden según su función social, o si por el contrario debería más bien com-

50 Banco Mundial, World Development Report 1993: Investing in Health. Disponible en: <http://www-wds.worldbank.org/>

prárselos al sector privado, bajo el supuesto de que probablemente podría hacerlo mejor y más barato⁵¹.

Pero como ya se advirtió al principio de este documento, en materia de reformas a los sistemas de salud, no existen respuestas únicas que den lugar a modelos que se puedan aplicar y replicar de manera uniforme. Las alternativas de solución deben construirse buscando un adecuado balance entre los elementos técnicos, políticos y económicos que son inherentes a cada país y a cada situación en particular.

Al tratar de entender las razones por las cuales algunos consideran que las instituciones públicas tienen un comportamiento y un desempeño diferente al compararlas con sus similares privadas, se describen en la literatura algunas de las principales circunstancias y características que supuestamente hacen diferente lo público de lo privado, algunas de las cuales se detallan a continuación⁵².

Es así como por ejemplo en las instituciones públicas, su control recae sobre figuras políticas que generalmente están más interesadas en utilizarlas para mantener o aumentar su poder que en el desempeño de las mismas, mientras que en sus homólogas privadas, el control recae sobre sus propietarios quienes están más preocupados en obtener rentabilidad sobre el capital invertido.

Así mismo, en el sector público los funcionarios en muchos casos están protegidos por las normas del servicio civil, lo que los hace más renuentes a adoptar medidas para estimular el desempeño, mientras que es el caso contrario en las organizaciones privadas, estos permanecen en sus cargos de acuerdo al desempeño observado, lo que de al-

51 Alexander S. Precker, "Make or Buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 78, N° 6, 2000, pp. 779-790. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v78n6/v78n6a10.pdf>

52 R. Paul Shaw, "New Trends in Public Sector Management in Health: Applications in Developed and Developing Countries", *World Bank Institute*, Washington, abril de 1999. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/WBI/Resources/wbi37146.pdf>

guna manera se constituye en un poderoso incentivo para hacer bien las cosas.

Bajo estos mismos planteamientos, se describe cómo los ingresos de las entidades públicas provienen de fuentes fiscales y se asignan en función de los costos, más que de las ventas de sus servicios y de la decisión de las personas por adquirirlos, como sucede con sus similares del sector privado. Usualmente las organizaciones públicas actúan como monopolios y los usuarios no tienen otra opción que aceptar los servicios que ofrecen, lo que no ocurre en el sector privado, donde los usuarios generalmente tienen la opción de elegir.

Aunque las razones que explican lo que sucede en el sector público aparentemente son claras y evidentes, las soluciones no son tan sencillas como decir que privatizarlas es el mejor camino. Tampoco lo es pensar que las prácticas derivadas de la racionalidad económica resolverán por sí solas las falencias. Crear mercados o cuasi-mercados en escenarios de monopolios naturales, como es la situación en la que operan muchos hospitales públicos⁵³, aunque es una solución teóricamente posible, no resulta ser siempre la mejor opción disponible.

Esto no significa que las estrategias de mercado no tengan valor en la solución de los problemas del sector público, sin descartar que en algunos casos no tiene sentido aplicarlas, pero sí quizás que éstas deben ser utilizadas teniendo en cuenta una perspectiva más real de lo que puede ser su alcance, el tiempo y el esfuerzo requerido para lograrlo. Esto permitiría determinar con mucha mayor exactitud en qué grado y velocidad, las estructuras existentes son capaces de asimilar y sostener las medidas propuestas, que las lleven en el futuro a un mejor desempeño de sus funciones.

Pero, ¿en qué hecho radica la importancia de mejorar la gestión de las instituciones públicas de provisión de servicios? Estas entidades en los países en vía de desarrollo consumen una gran proporción del gasto en salud, las que

53 William Hsiao, *Ob. cit.* p. 38.

como ya se ha mencionado operan como monopolios públicos ineficientes, en esquemas que privilegian el gasto en la oferta de servicios, en vez de poner mayor énfasis en la producción de servicios sobre la base de su demanda⁵⁴. Y es precisamente en una mejor utilización de los recursos públicos existentes donde radican actualmente las posibilidades de muchos países, de mejorar las coberturas y el acceso a los servicios de salud para las comunidades más desprotegidas, dadas las limitadas posibilidades para aumentar como se quisiera los montos que se destinan al sector en razón de las limitaciones fiscales.

Es por eso que los procesos de mejoramiento en la gestión de las instituciones públicas de provisión de servicios adquieren crucial importancia en las reformas sectoriales. Estos han recibido diferentes nombres, agrupados genéricamente bajo el término “corporatización” ó “empresarialización”, que en esencia pretende identificar y adaptar en el sector público prácticas empresariales del sector privado que lo lleven a mejorar sus resultados⁵⁵.

Pero adoptar en las instituciones públicas este tipo de prácticas empresariales requiere una serie de condiciones sin las cuales sería difícil lograrlo. Un elemento fundamental lo constituye la autonomía en la toma de decisiones técnicas, administrativas y financieras⁵⁶, que es quizás el punto donde más conflicto generan las reformas en razón de las implicaciones de redistribución de poder que ello acarrea, y que amenaza las tradicionales burocracias centralistas. El otro elemento fundamental lo constituye una real rendición de cuentas de los funcionarios que laboran en la institución, en donde la eficiencia en la utilización de los recursos, la

54 Veronica Walford, Health Sector Reform. Improving Hospital Efficiency. Health System Resource Center. Institute for Health Sector Development Limited, Londres 1998. Disponible en: http://www.dfidhealthrc.org/publications/health_service_delivery/HospEff.PDF

55 *Ibíd.*

56 Mukesh Chawla y otros, Improving Hospital Performance through Policies to Increase Hospital Autonomy: Implementation Guidelines, Data for Decision Making Working Paper, Cambridge, 1996. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/ihsppublications/pdf/No-32-1.PDF>

calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios, debería convertirse en la clave de su remuneración y permanencia en el cargo.

En el caso concreto de la reforma dominicana, la esencia del funcionamiento del esquema *comprador-vendedor* de servicios de salud en los Regímenes Contributivo-Subsidiado (de subsidios parciales al sector informal de la economía) y Subsidiado (de subsidios totales a los hogares más pobres identificados como tales por la encuesta SIUBEN) recae sobre dos instituciones públicas. La primera de ellas el Seguro Nacional de Salud (SENASA) quien hará las veces de *comprador único* en representación de los afiliados a ambos regímenes; y de otro lado la SESPAS, representada por los hospitales públicos distribuidos en el país en nueve (9) regiones, la cual hará las veces de *vendedor único* de servicios.

Habría que decir que esta es una *relación forzosa* debido a que los usuarios elegibles por el SIUBEN solo pueden afiliarse al SENASA y solo pueden ser atendidos en los hospitales públicos, para lo cual estas entidades deberán ser contratadas obligatoriamente por el SENASA. Esta situación restringe severamente las opciones de elección del comprador/consumidor (casi completamente, pero no del todo porque el usuario tendría una opción limitada y relativa de elegir entre varios proveedores públicos), limitando de alguna manera los posibles incentivos hacia la eficiencia y la calidad que pudiesen derivarse de un esquema de competencia más abierto.

No obstante esta reducción en eficiencia y calidad, producto de la no competencia, podría verse compensada con las supuestas ganancias que se darían mediante la reducción de los costos de transacción inherentes al proceso de compra-venta de servicios, que pueden ser significativos en un mercado altamente imperfecto como lo es el de salud.

Pero a pesar de la existencia de circunstancias que limitan los incentivos bajo los cuales actuarían compradores y vendedores en un mercado más abierto y competitivo, no significa que los proveedores públicos de servicios no ten-

drían ninguna motivación para ofrecer más y mejores servicios a sus usuarios. La reforma plantea la eliminación gradual de los presupuestos históricos para dar paso al pago por servicios prestados y al pago de incentivos al desempeño del personal de las instituciones, basados en el tipo, cantidad y calidad de servicios ofrecidos a sus usuarios. Este mecanismo de entrega de recursos, basado en la atención al usuario, generaría una especie de competencia al interior de las instituciones públicas, y aún entre ellas, en un esfuerzo por acceder a mayores presupuestos o al menos para tratar de conservar los que ya tienen.

Es por esta razón que hemos denominado este esquema comprador-vendedor como un seudo *mercado de competencia interna*. Seudo, porque en realidad no es un mercado típico como lo describe la teoría económica clásica⁵⁷, e *interno* porque la supuesta competencia solo se da al interior del sector público y no entre este último y el sector privado.

6.2 Organización, funciones y desarrollo institucional del SENASA: avances y desafíos

El Seguro Nacional de Salud (SENASA) es una de las nuevas entidades públicas que se crean por efecto de la reforma de 2001, la cual tiene como función esencial administrar el riesgo en salud de las personas afiliadas a los regímenes que son subsidiados total o parcialmente por el Estado, además de hacer lo mismo con los empleados del sector público.

Esta entidad comenzó operaciones a mediados del año 2003 para lo cual fue necesario conformar y poner en marcha su Consejo Directivo (COSENASA)⁵⁸, integrado por representantes de diversos actores del nuevo sistema de seguridad social, entre los cuales se incluyen representantes de los afiliados.

57 Joseph E. Stiglitz, *Ob. cit.* p. 39.

58 República Dominicana, Seguro Nacional de Salud (SENASA), Consejo Nacional del Seguro Nacional de Salud (COSENASA), consultada el 19 de junio de 2007. Disponible en: <http://www.arssenasa.gov.do/senasa.asp#cosenasa>

Posterior a la puesta en funcionamiento del SENASA como entidad pública autónoma, el Gobierno aplicó a nivel nacional la encuesta de hogares denominada Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN). La cual permitió identificar a las personas más pobres que serían beneficiarias de los subsidios que el Estado destinaría en programas de educación, alimentación, servicios públicos y salud, bajo el programa denominado Programa Solidaridad de la Presidencia de la República⁵⁹.

Como resultado de esta encuesta se identificaron alrededor de 1,8 millones de personas distribuidas en dos categorías, siendo la primera de ellas definida como la de las personas más pobres o de primera prioridad, abarcando alrededor de un 1,2 millones de potenciales afiliados al Régimen Subsidiado en Salud⁶⁰, meta que se alcanzaría mediante un proceso de afiliación gradual hasta cubrir las nueve (9) regiones en que se encuentra dividido el país.

En la actualidad el Régimen Subsidiado ha comenzado a funcionar en las nueve (9) regiones del país y cuenta en la actualidad (octubre de 2007) con cerca de un millón (1,000,000) de afiliados⁶¹, por los cuales recibe de la Tesorería de la Seguridad Social –TSS- un pago mensual por afiliado de aproximadamente \$6 dólares, que le significan ingresos mensuales cercanos a los \$6 millones de dólares.

Cabe mencionar que la Tesorería de la Seguridad Social de la República Dominicana (TSS), operada por un consorcio bancario privado UNIPAGO⁶², posee en la actualidad una base de datos nacional de todos los afiliados al sistema

59 República Dominicana, GCPS-RD, Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de la República Dominicana, *Ob. cit.* p.25.

60 República Dominicana, Secretariado Técnico de la Presidencia (STP), *Priorización del Gasto Social y Focalización de la Pobreza 2005*, Serie Protección Social N° 4, Santo Domingo, 2005. Disponible en: http://www.stp.gov.do/publicaciones/PDF/Focalizacion_pobreza.pdf

61 República Dominicana, Seguro Nacional de Salud (SENASA), *Cartera de afiliados*, consultada el 19 de junio de 2007. Disponible en: <http://www.arssenasa.gov.do/reolucioncartera.asp>

62 República Dominicana, Tesorería de la Seguridad Social de la República Dominicana (TSS), Santo Domingo, octubre 2007. Disponible en: <http://www.tss.gov.do/index.htm>

de seguridad social en los programas de pensiones, riesgos laborales, Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado (el Régimen Contributivo-Subsidiado aún no ha iniciado), que le permite controlar mensualmente la condición de afiliación antes de realizar los pagos al SENASA y así impedir fugas de subsidios hacia el régimen subsidiado o pagos por duplicaciones al interior del Régimen Contributivo. Esta base de datos se soporta en la base de datos del censo electoral que posee la Junta Central Electoral de la RD, con alrededor de seis (6) millones de registros de ciudadanos dominicanos, los cuales incluyen una fotografía de cada persona.

La estructura organizativa del SENASA está dividida en torno a dos funciones básicas: la de afiliación y gestión del riesgo, y la de contratación y organización de la provisión de servicios, gráfico 15, que se lleva a cabo mediante oficinas ubicadas en la capital y en las provincias donde ha comenzado a operar el Régimen Subsidiado en salud (nueve en la actualidad).

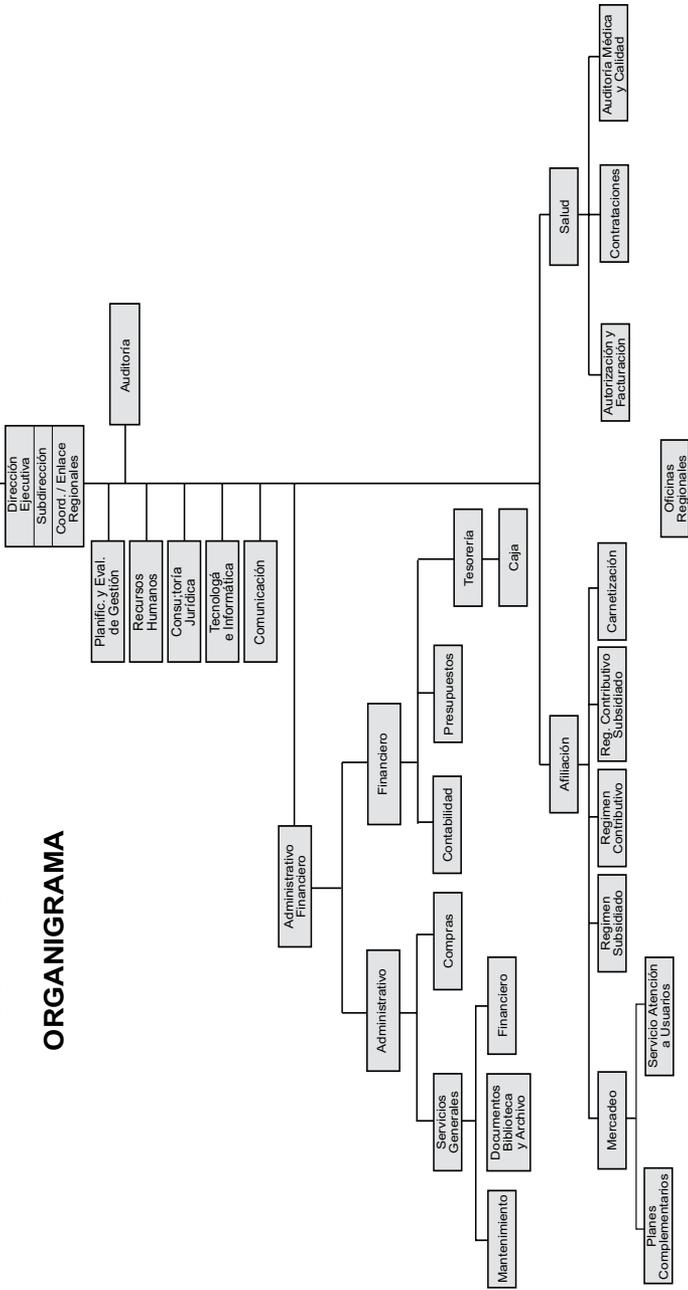
El proceso de afiliación se realiza mediante la utilización de las bases de datos que aporta la encuesta SIUBEN, las cuales son sometidas a revisión en cuanto a su consistencia y veracidad por la TSS utilizando los mecanismos como son diferentes cruces con las bases de datos del censo electoral, SIUBEN, pensiones, riesgos laborales, Régimen Contributivo y Subsidiado; posterior a lo cual el nuevo usuario recibe un carné de seguridad social con un número único asignado por la TSS que lo acredita como afiliado al SENASA (o a cualquier Administradora de Riesgos en Salud (ARS) según sea el caso).

Además del carné, el nuevo afiliado recibe un Manual del Usuario en donde se le indican sus derechos y deberes, la red de proveedores a la que puede acudir así como los procedimientos básicos que debe observar para obtener los servicios o solicitar ayuda en caso necesario. Para este último fin el SENASA puso en funcionamiento un centro de llamadas que opera las 24 horas del día y todos los días del año.

Gráfico 15

SeNaSa
ORGANIGRAMA

CoSeNaSa



Fuente: www.arsenasa.gov.do

Esta área también se encarga de la gestión del riesgo, que consiste básicamente en recolectar información sobre demanda y utilización de servicios por parte de la población afiliada, que es contrastada con los análisis de costos. Cabe mencionar que en la actualidad, hospitales públicos de cuatro (4) regiones del país adelantan ejercicios sobre contabilidad de costos que manejarán la información necesaria para realizar análisis de riesgo y de las perspectivas de viabilidad financiera de la entidad y del mismo sistema.

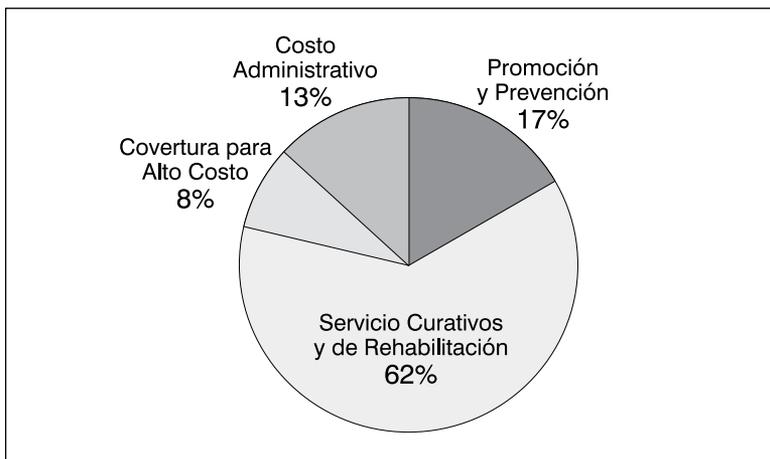
La segunda función básica definida en la estructura del SENASA, es la encargada de la contratación, organización y control de la provisión de servicios. Y cuenta con tres (3) subdivisiones funcionales: la de autorización y facturación de servicios, la de contrataciones y la de auditoria de servicios.

Para poner en marcha estas tareas fue necesario que el SENASA desarrollara un manual de procedimientos, el cual incluye un listado detallado de todos los servicios que deberá garantizar a sus afiliados según lo establecido por el Plan Básico. Este listado incorpora el precio y la forma de pago, la cual podrá realizarse mediante distintas modalidades tales como pago individual por servicios prestados; pagos únicos por paquetes de servicios tales como la atención del parto, consulta ambulatoria o servicios quirúrgicos; hasta pagos per capita para grupos de actividades especiales tales como servicios de promoción y prevención. Cabe mencionar que el Plan Básico de salud aprobado es bastante amplio e incluye desde actividades de promoción y prevención como la vacunación, entrega de medicamentos, hasta servicios de alta complejidad y costo como los trasplantes renales (gráfico 16 y cuadro 14).⁶³

Estos servicios son ofrecidos en su gran mayoría por los proveedores públicos y en mucha menor proporción por proveedores privados que solo son contratados cuando la

63 República Dominicana, SISALRIL. *Plan Básico de Salud*. Santo Domingo, octubre de 2007. Disponible en: <http://www.sisalril.gov.do/PlanBasicodeSalud.aspx>

Gráfico 16
Estructura de costos del Plan Básico de Salud
de la República Dominicana, 2007



Fuente: Estimativos del autor según información de la SISALRIL, 2007.

Cuadro 14
Ejemplos de servicios incluidos en el Plan Básico
de Salud de la República Dominicana, 2007

Promoción y Prevención	Curación y Rehabilitación	Cobertura para Alto Costo
Control Prenatal	Atención ambulatoria	Diálisis y trasplante renal
Vacunación	Medicamentos ambulatorios	Tratamiento de cáncer
Planificación familiar	Atención de emergencias	Unidad de Cuidados Intensivos
Consejería VIH/SIDA	Hospitalización	Cirugía de corazón
Control de Diabetes	Cirugía general y especializada	Reemplazo de cadera
Control de cáncer de cuello uterino	Suministro de prótesis	

Fuente: www.sisalril.gov.do

red pública carece del servicio requerido. Para lo cual fue necesario desarrollar una amplia variedad de modalidades de contratación que se ajustan a las condiciones del servicio, al tipo de proveedor y de alguna manera a las condiciones del mercado.

Estos contratos de prestación de servicios entre el SENASA y los distintos proveedores incluyen en su esencia una definición precisa de la población a atender, un catálogo de servicios a ofrecer, unas condiciones de acceso y calidad que se deben observar. Las cuales serán utilizadas posteriormente en los procesos de auditoría, y en un valor a pagar que incluye una porción que podrá ser utilizada como incentivo al personal, de acuerdo a los parámetros de desempeño y calidad acordados. Igualmente esto ha requerido que, con el apoyo del SENASA, los hospitales públicos hayan comenzado a desarrollar un conjunto de procedimientos y herramientas técnicas e informáticas estandarizadas para la atención de los pacientes y la facturación de los servicios.

El principal desafío que afronta esta institución lo constituye sin duda el superar la fuerte amenaza que se cierne sobre ella, consistente en ser capturada por los intereses políticos y muchas veces por la corrupción que viene de la mano de ellos, y que terminarían haciéndola ineficiente y llevándola a una pérdida de credibilidad y legitimidad social, como ocurre hoy con el IDSS y muchas otras entidades públicas. Fenómeno que aunque cierto y de alguna manera inevitable, no justifica el hecho de que sea mejor no optar por este tipo de soluciones con una entidad pública como protagonista.

Quizás la parte más importante del reto que afronta el SENASA radica en el fortalecimiento de su autonomía y de los organismos propios para su gobierno, vigilancia y control, siendo el principal el Consejo Directivo. Quizás no se logre lo perfecto, pero si llevar la ineficiencia y corrupción a niveles social y económicamente tolerables y soportables.

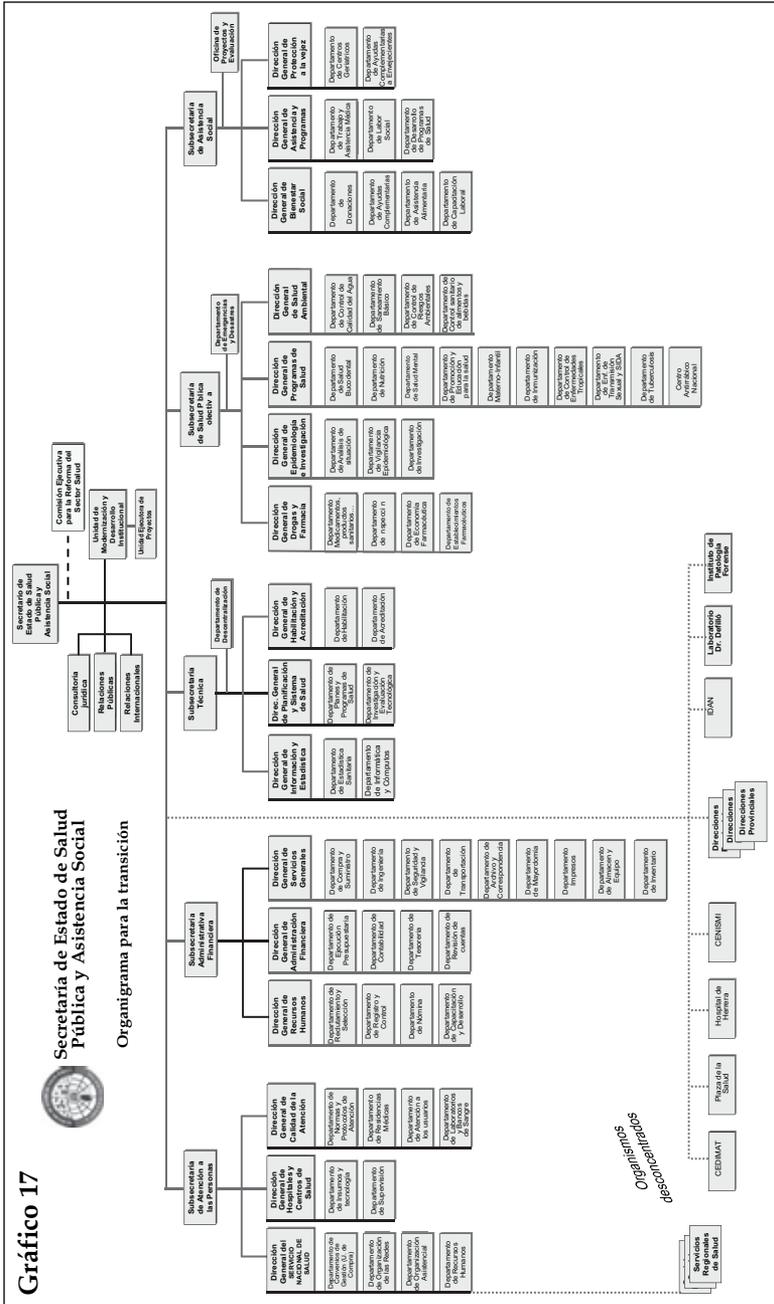
6.3 Organización y funciones de la SESPAS; avances y desafíos

La SESPAS, representada en los hospitales y centros de atención públicos será la encargada de actuar como la vendedora de los servicios que recibirán los afiliados al SENASA.

Es quizás aquí donde los cambios se darán con mayor profundidad e intensidad por ser la entidad sobre la cual reposaba buena parte de la estructura organizativa y funcional del viejo modelo de salud. En el gráfico 17 se presenta su organigrama actual.

Esta institución deberá ser sometida a una reestructuración y a un proceso de reingeniería de gran alcance que le permita asumir el rol de liderazgo y autoridad en materia sanitaria, en especial en lo relativo al manejo de los tradicionales programas de salud pública, calidad en los servicios y vigilancia y control de endemias y epidemias, aspectos que para poder ser manejados adecuadamente requieren del fortalecimiento de las estructuras desconcentradas que posee actualmente, denominadas Direcciones Provinciales de Salud (DPS), mediante las cuales pueda adquirir agilidad y eficiencia en las respuestas que se requieren en el nuevo sistema. Algunas de las funciones de vigilancia y control, en especial aquellas derivadas de la organización y financiamiento de los servicios de salud tal y como están descritas en la nueva Ley de Seguridad y que hoy ejerce la SESPAS pasarán a ser responsabilidad de la Superintendencia de Salud y Riesgos laborales y del Consejo Nacional de Seguridad Social. Las acciones de vigilancia y control sobre aspectos tales como el control de riesgos ambientales, del ejercicio profesional, la habilitación de PSS, de calidad en los servicios, de cumplimiento de normas técnicas frente a programas de salud, vigilancia farmacéutica, entre otras seguirán siendo una responsabilidad de la SESPAS.

De otro lado, la SESPAS deberá prepararse para que de manera gradual vaya dejando de ejercer su papel directo en



la gestión de la prestación de servicios, considerando que hacia el futuro dejará de recibir los recursos que se utilizaban en este fin, para dar paso a una estructura horizontal y descentralizada que se irá organizando en todo el país bajo el nombre de Servicios Regionales de Salud.

Como ya se mencionó previamente, la financiación de los servicios de atención a las personas estará en el futuro a cargo de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y del SENASA, no obstante lo cual debe reconocerse que habrá un período de transición durante el cual la SESPAS, deberá seguir financiando directamente la oferta de servicios para la población no afiliada al sistema.

No obstante, a pesar del tiempo transcurrido y de los recursos invertidos, es muy poco lo que la SESPAS ha avanzado en su reestructuración, en buena medida por la enorme resistencia al cambio que significa ceder la mayor parte del poder político y burocrático que tradicionalmente ha significado el control sobre los hospitales públicos. Además existe un temor en cierta forma justificado, de que un desmantelamiento de la SESPAS, sin que se cuente con estructuras que puedan asumir adecuadamente las funciones que se separan o descentralizan, podría producir efectos negativos sobre el funcionamiento de los tradicionales programas de salud pública, que lleguen a afectar la salud de la población.

Por el motivo anterior, las nuevas entidades regionales de provisión de servicios tampoco han avanzado al ritmo que se esperaría, a pesar de lo cual ya han comenzado a ser conformadas en las regiones del país donde ha comenzado el Régimen Subsidiado, con avances muy dispares entre ellas, proceso que se ha visto influenciado por el tipo y la modalidad de apoyo ofrecido por entidades y organismos de cooperación.

Quizás el lugar donde más se ha avanzado en el proceso de conformación y puesta en marcha de las redes regionales de servicios en la forma como la reforma prevé, ha sido en la Región Este, integrada por 14 hospitales públicos en la que habitan alrededor de 1 millón de personas de las cuales

hay ya unas 125 mil afiliadas al Régimen Subsidiado. Esta región ha recibido desde el año 2000 el apoyo de la USAID mediante el Proyecto REDSALUD. Las experiencias diseñadas allí se utilizan como modelos para ser aplicados en las demás regiones del país.

El proceso de transformación de los hospitales públicos de la Región Este, se inició con la creación de las Oficinas de Atención al Usuario (OAU), un concepto completamente nuevo en el sector público hospitalario, alrededor de las cuales se comenzó a desarrollar lo que se conoce hoy como la cultura de atención al usuario bajo la cual debería operar el nuevo modelo de reforma. Esta cultura parte del supuesto que el motor principal del funcionamiento hospitalario son sus usuarios, hecho que se fundamenta en que los recursos llegarían a la institución en función de la demanda de servicios y concomitantemente en la facturación de ellos como fuente de financiación de los presupuestos.

Estas oficinas de atención al usuario actúan como la puerta de entrada al proceso de atención hospitalaria, que da lugar al desarrollo de subprocesos básicos asociados, tales como la identificación del usuario, la verificación de sus derechos, la asignación del servicio, la prestación del servicio, el registro de la atención y finalmente, la facturación y cobro del servicio prestado. Este desarrollo se dio en los 14 hospitales, el cual incluyó desde la sistematización y estandarización de los procesos, hasta su automatización.

Igualmente, el sistema de atención al usuario incluyó el desarrollo paralelo de áreas y procesos de soporte tales como el análisis del portafolio de servicios, el costeo de los servicios y elaboración de presupuestos basados en la producción de servicios, así como también la implantación de técnicas de bioseguridad, manejo de desechos hospitalarios, manejo de expedientes clínicos y manejo de insumos y suministros hospitalarios.

Paralelo a todo este proceso se dio concomitantemente el proceso de capacitación y formación del recurso humano de estas instituciones, mediante la puesta en marcha de

un postgrado en gerencia de servicios de salud dirigido al nivel directivo (del cual 130 egresados en la actualidad) y un sinnúmero de cursos cortos destinados a desarrollar habilidades y destrezas específicas para las nuevas áreas de interés descritas.

Como parte también del apoyo requerido para que los hospitales puedan ir adquiriendo autonomía gradual, se desarrolló el proceso de conformación, capacitación y puesta en funcionamiento de los consejos de administración de los 14 hospitales.

El principal reto que enfrenta la descentralización y posterior corporatización de los hospitales públicos del país, es el de superar la resistencia al cambio de autoridades y burocracias centralistas que se resisten a perder poder, bajo el argumento de que este es un paso inicial hacia la privatización de los servicios⁶⁴. Igualmente, la debilidad y el atraso institucional en materia de gestión y la inexistencia de mecanismos de gobierno tales como los consejos de administración, auguran que este será un largo y difícil proceso del cual no sería de esperar que produzca resultados notorios en el corto plazo.

6.4 Ventajas y desventajas del esquema desde la perspectiva de la eficiencia social y la equidad

Al analizar en su conjunto las ventajas que traería el modelo de reforma al sistema de salud dominicano así como también el avance alcanzado hasta la fecha (octubre de 2007) hay sólidas evidencias que hacen pensar que las fallas sistémicas que afectan al actual modelo de salud⁶⁵ serán mejoradas de manera importante, permitiendo avances significativos en materia de equidad en la financiación y acceso a los servicios, así como también en el mejoramiento en la gestión de los recursos, la capacidad de respuesta y la calidad en los servicios que ofrecen los hospitales públicos.

64 Antonio Ugalde y Nuria Homedes, *Ob. cit.* p. 32.

65 Gerard La Forgia y otros, *Ob. cit.* p. 14.

Es de esperarse que en la medida en que avance el proceso de afiliación a los Regímenes Subsidiado y Contributivo, y en la medida que los hospitales públicos sean más propensos y capaces de responder al reclamo por más y mejores servicios, se deberá hacer evidente el efecto redistributivo sobre el ingreso de los hogares más pobres, que ayude a aliviar su situación de pobreza.

Una de las principales desventajas de este tipo de modelos, en los cuales se descentralizan varias funciones y el acceso a los servicios de salud pasa a estar regido por la dinámica que impone la compraventa de servicios, radica en que en el primer caso se fragmenta la autoridad central que puede dar lugar a la pérdida de control por parte de los ministerios de salud sobre la operación de los tradicionales programas de salud pública que pueden llegar a afectar sus resultados; y en el segundo caso a que se segmente el mercado de usuarios y se restrinja el acceso a poblaciones que no representan ingresos directos para la institución, como sucede en la República Dominicana con los emigrantes ilegales y aún con los mismos nacionales indocumentados.

Estos son problemas claramente descritos que deben ser abordados con la seriedad del caso, lo que no obstante no son argumentos suficientes como para invalidar los nuevos incentivos que se quieren impulsar con la reforma.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El proceso de reforma iniciado, al que se llega después de un largo y tortuoso camino de discusión y consenso, es sin duda una enorme oportunidad sin precedentes en la historia del país, para cambiar de manera significativa un sistema de salud que ha demostrado su obsolescencia para resolver los problemas de salud de la población, y que cada vez más es un dolor de cabeza de hogares y gobiernos.

Podría decirse que existían evidentes e incontrovertibles argumentos que justificaban emprender un proceso de

reforma amplio y profundo al sistema de salud imperante en la República Dominicana antes de la aprobación de la Ley 87-01. Sin duda alguna, la inequidad en el acceso a los servicios y en su financiación, resaltan como los principales problemas a resolver, y que no son más que el reflejo de una sociedad desigual, en donde muchos hogares tienen que sacrificar sus posibilidades de progreso social y económico por tener que asumir gastos de salud contra los cuales no estaban protegidos.

Además debe preocupar la ineficiencia en el manejo de los recursos que posee el sector en general, en especial aquellos que el Estado destina a la atención de los más pobres, factor que ayuda a entender los también graves problemas de calidad y eficacia en las acciones del sector. No menos importante es la gran cantidad de proveedores privados de salud que han proliferado de una manera desorganizada, la cual se financia primordialmente del enorme gasto de bolsillo que hacen los hogares dominicanos, así como también de los presupuestos oficiales y de entidades de cooperación extranjera, sector que en buena medida surge como una alternativa de solución frente a las deficiencias del sector público, pero que paradójicamente crece y se perpetúa por ese mismo motivo, acentuando el círculo vicioso de la inequidad en el acceso y el financiamiento a los servicios de salud.

La dimensión y complejidad de los problemas, al igual que de las soluciones que se requieren, no serán un proceso fácil ni de corto aliento, en donde seguramente habrá que apelar a la creatividad y la paciencia que siempre han caracterizado a este país.

Pero quizás la primera y más importante conclusión de este proceso es ver como la discusión teórica de tipo técnico, se ve ampliamente superada en la práctica por el juego de los intereses sectoriales y por la dificultad de un gobierno para hacer primar el interés de las mayorías desprotegidas de un seguro de salud. Estos aspectos permiten concluir que cada proceso es único y que no existen modelos teóricos

perfectos ni dogmas inamovibles cuando se trata de resolver problemas específicos en contextos tan disímiles.

Otros aspectos pendientes deberán ser analizados con mayor profundidad, muchos de los cuales hacen pensar que la sola reforma de salud es insuficiente por sí misma para avanzar integralmente en la solución de los problemas que enfrenta la población, y que desde ya sugieren otras reformas en otros diferentes sectores del Estado. Entre otros se destacan por ejemplo, la barrera de acceso que se genera por efecto de los aspectos legales que determinan la ciudadanía o residencia dominicana y que afectan hoy a cerca del 30% de los dominicanos y quién sabe a cuántos residentes extranjeros, pero especialmente haitianos que residen y laboran en el país. Temas como, por ejemplo, la actualización permanente de los contenidos del Plan Básico de Salud, del pago per capita, seguirán siendo cruciales dado el alto nivel de conflicto que su discusión ha generado hasta ahora.

Así mismo requerirá especial atención el diseño y puesta en práctica del Régimen Contributivo-Subsidiado, destinado a brindar protección financiera contra la enfermedad a los trabajadores independientes y del sector informal de la economía que hoy representan cerca de la mitad de la fuerza laboral del país. La dispersión e inestabilidad de este sector exigirán grandes dosis de creatividad y flexibilidad si se quieren lograr resultados de alto impacto social. Estas soluciones no dan espera, no solo por sus implicaciones sociales y económicas, si no por sus efectos colaterales indeseables sobre los Regímenes Subsidiado y Contributivo.

Finalmente, la descentralización es un tema altamente complejo pero no menos importante. En buena medida el diseño de la reforma de salud se fundamenta en este mecanismo, el cual por sí solo en salud no operará adecuadamente si no se avanza por igual en la descentralización del Estado. Entidades descentralizadas en sus aspectos financieros y organizacionales, no funcionarán adecuadamente si el manejo y control político siguen siendo centralizados.

BIBLIOGRAFÍA

CEPAL. *La Protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. Trigésimo tercer período de sesiones, Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo de 2006. Disponible en: <http://www.eclac.org/>

OPS, Agencia Sueca de Cooperación. *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Serie N° 1, Extensión de la Protección Social, Washington 2003. Disponible en: http://www.comra.health.org.ar/medicoshoy/abril04/04_ops.htm

República Dominicana. SESPAS. *Organigrama 2007*. Santo Domingo, 2007. Disponible en: http://www.sespas.gov.do/informes/informes_busqueda.asp?Buscar=organigrama&Submit2=buscar

República Dominicana. SET. *Ley General de Salud o Ley 42-01 del año 2001*.

_____. *Reglamento del Plan Básico de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social Res. 51-06*, octubre de 2002 <http://www.sisalril.gov.do>

Stiglitz, J. "El Seguro" en *Economía*. Barcelona: Editorial Ariel, mayo de 1994, pp. 175-180.

_____. “Los límites de la empresa” en *Economía*. Barcelona: Editorial Ariel, mayo de 1994. pp. 633-636.

_____. “Monopolios y competencia imperfecta” en *Economía*. Barcelona: Editorial Ariel, mayo de 1994. pp. 439-468.

_____. “Riesgo moral” en *Economía*. Barcelona: Editorial Ariel. Primera reimpresión, mayo de 1994. p. 180.

WHO. *World Health Statistics 2006*. Geneva WHO, SUIZA, 2006. Disponible en: <http://www.who.int/statistics>

Comentario a los dos trabajos anteriores:
“Hacia un nuevo Sistema Nacional de Salud.
¿Por qué es necesaria una reforma del sector
salud?” y “El Seguro Familiar de Salud
en República Dominicana: una reforma
impostergable”,

*Rosa María Suárez, Asistente Técnica de la Secretaría de
Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)*

Celebro los trabajos de dos maestros que de manera muy rigurosa han entregado documentos muy valiosos y los invito a una lectura más detallada, porque permite recrear involucrados en el proceso de reforma en salud e instalación y que, el día a día, dificulta visualizarlo. Esta oportunidad de reflexión y análisis que nos brinda la academia es un valor importante y creo, además, que fue uno de los elementos que más nos faltó al momento de adoptar un tipo de reforma en la República Dominicana. Sentimos que esta reforma contó con poca reacción de los profesionales locales. Invito una vez más a que espacios como este puedan consolidar una masa crítica de profesionales externos a lo que puede ser una gestión gubernamental, una gestión política partidaria de turno, que tenga una visión de más largo plazo y, que pueda realmente convidarnos a analizar y cuestionar los temas coyunturales y los temas de largo plazo de la sociedad dominicana.

Con ese preámbulo y sin grandes pretensiones, puesto que soy una servidora pública de 26 años en el sector salud, y es lo que me permite, en el día de hoy, hacer algunos comentarios. Lo único que quisiera es ponerle algunas tildes a lo que se ha señalado aquí. Hemos reflexionado mucho en estos días y en el año 2006 en este mismo escenario, acerca de si reformamos o no la ley, qué hacíamos con la ley, si la mandamos al Congreso, si es muy compleja, si plantea cambios muy profundos. Y nos vimos convidados en aquel momento a la necesidad de preguntarnos ¿qué hacemos?, ¿empezamos con lo que tenemos o mandamos este instrumento de nuevo al ámbito legislativo para hacer las modificaciones que se habían planteado? Una de las primeras decisiones que se tomó fue trabajar en dos planos: introducir los cambios que nos permite el ámbito administrativo y gerencial de esta ley y, al mismo tiempo, comenzar a identificar los aspectos que requieren una modificación más profunda en algunos casos de carácter legislativo. Es decir, la reforma de la reforma como un elemento importante de lo que planteó Pedro Luis Castellanos.

Pero vamos a discutir aquí, ahora, en el ámbito de lo que hemos estado haciendo de cuáles aspectos podemos sentirnos contentos. Tanto Pedro Luis Castellanos como Luis Morales han destacado en sus trabajos elementos importantes, el más importante de ellos es el tema de la equidad. Creo que realmente ambos trabajos nos señalan con bastante amplitud e indicadores muy concretos el problema de la inequidad, no solo ya del modelo sanitario, asistencialista, paternalista y fuera del ámbito de derecho, sino también del modelo económico del país y que ambos modelos han sido colocados como modelos agotados. Es un elemento importante resaltar el esfuerzo que se ha colocado en términos de recursos y en términos de la pasión de los equipos de trabajo en el sector salud. El estudio de la Secretaría de Planificación, Economía y Desarrollo muestra el impacto que produce el inicio del Seguro Familiar de Salud, al emplear el coeficiente de Gini, vemos que la sociedad domini-

cana mejora en términos de su equidad con el solo hecho de haber introducido el Seguro Familiar de Salud. El Seguro Familiar de Salud tiene un impacto importante en la forma de redistribución de los recursos. Si queremos resaltar algo como un valor agregado del esfuerzo que estamos haciendo está referido al impacto que tiene sobre la equidad.

Otro elemento positivo es el incremento en la financiación desde la perspectiva de lo público. La disponibilidad de una mayor financiación en el sector público está muy vinculada al millón de personas afiliadas en el Régimen Subsidiado de salud. Es muy probable que no hubiéramos logrado captar recursos del presupuesto de la nación por el esquema tradicional de financiación de los servicios de salud y que este nuevo modelo permite acceder a un mayor financiamiento público.

Un tercer elemento positivo es la regulación de un mercado privado. Gran parte del debate que se dio aquí en los años '90 y a principios del 2001 era sobre la privatización de los servicios de salud. Una de las grandes limitaciones del modelo en la República Dominicana, a diferencia de otros países, ha sido que estamos emigrando de un sistema privado a un sistema regulado por lo público, lo cual ha sido una de las grandes limitaciones en la implementación del sistema. Teníamos un mercado totalmente desregulado donde existían grandes exclusiones, exclusiones por edad y de otros tipos, o sea un mercado sanitario donde las aseguradoras privadas no eran intervenidas en el ámbito público porque se manejaban en un régimen contractual privado. Ahora entran a una lógica distinta, a una lógica pública y, como bien se plantean los dos trabajos, lo que significa haber pasado la salud a ese mercado regulado, a ese mercado intervenido. El mercado se define de diferentes maneras en estos documentos, confiere la necesidad de que el Estado pueda ser fuerte en términos de la regulación y poder librarse de los elementos que se han señalado aquí como los elementos más perversos de esta situación que sería la captura de las instituciones reguladoras.

Un cuarto elemento positivo de este tipo de reforma consiste en un mecanismo de priorización en salud que se exprese en un plan básico de servicios de salud amplio y único. Se planteó repetidamente que tuviéramos un Plan Básico de Salud para el Régimen Subsidiado distinto al del Régimen Contributivo. Fueron muchas las voces que dijeron que eso era aceptable en términos de sociedad, sin embargo estamos apostando a la existencia de un plan básico de salud único, amplio, que deje poco margen para los planes complementarios y que los planes complementarios solo existan en tanto puedan ofertar algún nivel de confort para aquellos que puedan pagarlo, pero que no sea un mecanismo de exclusión y segmentación de la población.

Otro elemento importante es la figura y función de defensoría que no se expresaba mucho en el ámbito público ni privado, o sea la existencia de una institución de defensa ciudadana. Creo que es una limitación que se haya colocado la defensoría solo en la institucionalidad, una institucionalidad que tiene todavía un débil presupuesto y escasos instrumentos de defensoría pero, de hecho, si entramos en un mercado plural de participación requerimos también una amplia regulación y un mecanismo claro de defensoría.

Pienso que es un reto del sistema trascender lo institucional en la defensoría y ampliarse, como se planteó en el día de hoy, a mecanismos más efectivos de cogestión y de coparticipación. Este es un elemento de fondo, que debe plantearse para la agenda que hay que discutir en términos de las reformas estructurales, algunas de carácter legislativo. Es lo que se ha planteado sobre la mesa con el tema del veto, el veto que se le concedió solo a los sectores empresariales, sindicales y de gobierno, lo cual no permitió al modelo dar el salto de un sistema de seguros profesional a un sistema de seguridad social, o sea un sistema de seguridad social no se maneja en el ámbito del tripartidismo. Un sistema de seguridad social se maneja en el ámbito de la ciudadanía y, por lo tanto, las personas que participan en la direccionalidad de ese sistema salen ya del ámbito laboral y pasan a un

ámbito de sociedad, entonces los representantes en esas instancias tienen roles y pesos específicos diferenciados. Eso es un elemento que en estos trabajos se ha planteado y que hay que colocar la tilde de que es necesario cambiar. Lo que ha hecho pesada la implementación del sistema está muy vinculado al sistema de dirección de este nuevo modelo, el Consejo Nacional de la Seguridad Social y su mecanismo de implementación.

Otro elemento importante es el rol de rectoría del sistema sanitario. Pienso que está también vinculado a la concepción que no logramos superar, si nos damos cuenta que quien preside el sistema de seguridad social, es el Secretario de Estado de Trabajo, no es el Secretario de Estado de Salud y que simple y sencillamente es porque no dimos el salto hacia un sistema de seguridad social, sino que nos quedamos en un ámbito de sistema de seguros sociales. Ahí hay una dificultad de rectoría, de autoridad sanitaria, de direccionalidad, del accionar público en salud. Se expresó mucho lo que fue la discusión de esta ley en el Congreso, yo pienso que Salud fue lamentablemente la cenicienta en la discusión, primó más el tema de las pensiones y toda la reforma al régimen previsional. El régimen de salud lamentablemente fue el menos debatido, lo cual se expresa realmente en lo que han sido consecuentemente los instrumentos que hemos ido desarrollando.

Esta es una reforma de carácter estructural y, por tanto, las consideraciones que hemos hecho son de esa naturaleza. Sin embargo me gustaría también resaltar algunos elementos importantes que tienen que ver con lo instrumental. No tenemos un sistema de información fuerte que nos permita sentarnos en un espacio de negociación entre lo público y lo privado, no solamente por la debilidad institucional de lo estatal para poder defender el bien común, como señalan estos autores en su documento, sino también porque no tenemos la información que pueda realmente clarificar, direccionar y colocar. Por ejemplo, en las discusiones sobre frecuencia y costo de los servicios de salud, se evidenciaba

que tuvimos que utilizar recursos de estadísticas internacionales y hacer malabares para poder llegar a un plan básico de salud que tuviera una frecuencia y un costo específico. Ahí hay un gran reto, para fundamentar realmente la rectoría, necesariamente tendremos que mejorar todo lo que tiene que ver con el sistema de información de país.

Hay una gran cenicienta en la reforma: se trata de un modelo que hizo mucho énfasis en lo que fue la reestructuración del sistema asistencial en los servicios de salud. Por lo tanto, se ha dejado rezagado el tema de los programas de salud colectiva, lo cual es otro reto que debemos afrontar, cómo podemos realmente desdibujar esa ruptura de lo colectivo con lo que es individual y cómo desdibujándola podemos establecer claramente donde está la competencia de uno y otro para que no se nos caigan ahora la cobertura sanitaria de los principales programas de salud colectiva y desde lo privado, desde lo asistencial, nosotros podamos también emigrar hacia un modelo menos asistencialista y más preventivo, más promocional. Esto, por supuesto, va a requerir incidir en las modificaciones curriculares de la formación de los recursos humanos en salud, aquí se puso el ejemplo a la enfermera, pero así se puede poner de ejemplo el médico familiar o el médico generalista o el médico de base.

Los recursos en salud del país son altamente especializados y eso lo hemos visto en la discusión. La resistencia se ha expresado al fortalecimiento de un primer nivel de atención de alta complejidad, de alta capacidad de respuesta pero que no descansa necesariamente en la alta especialidad, que pueda contar con las especialidades básicas, que pueda resolver los problemas sanitarios del país. Pienso que ahí hay un reto importante. Ambos documentos están señalándonos que una vez más el país tiene que apostar a realmente fortalecer ese primer nivel de atención y ahí hay grandes discusiones en términos de su capacidad de respuesta y de lo que es el acceso a redes complementarias, como redes de laboratorio, redes de traslado de pacientes. Hoy se plantea

la necesidad de contratación, dentro de la propia red, de algún tipo de servicio especializado, como es el caso del mantenimiento, o sea, tenemos que revisualizar el tema que tiene que ver con el nivel primario de atención, porque sino el país no va a tener capacidad realmente de financiar un sistema sanitario que descansa en la alta especialidad. Y un elemento que ya quisiera también señalarlo, que es por supuesto el tema que tiene que ver con las redes públicas y el rol que debe jugar una provisión pública de calidad.

Aunque Luis Morales señala que el 70% de ese mercado solo está relegado para el régimen contributivo, estamos entrando en una lógica de competencia y en una lógica de participación más plural en la provisión de los servicios, es ahí donde se requiere no solo la regulación que emana de reglamentos y leyes en un país donde no se respeta ni se cumplen las leyes ni los reglamentos, sino en la provisión pública de calidad que sea capaz de contener los costos en el sistema sanitario dominicano. Entonces, pienso igual que los autores que han apostado a fortalecer y organizar mejor la provisión pública y a visualizar modalidades como pudieran ser el fortalecimiento de la municipalidad para el futuro. En el mismo sentido, hay un decreto que instituye una comisión que es mandataria para crear las redes públicas, hay un trabajo realizado, yo creo que podemos apostar a que realmente el país avance hacia la consolidación de un sistema sanitario donde haya una fuerte provisión que pueda realmente contener los costos del sistema sanitario.

III.

NUEVO ROL DE LOS ESTABLECIMIENTOS
DE SALUD: REFLEXIONES SOBRE LAS
REDES DE SERVICIOS PÚBLICOS DE
SALUD

Rosa María Suárez

1. CAMBIO DE PARADIGMA EN EL SISTEMA DE SALUD, REFORMA DEL MODELO DE ATENCIÓN Y COMPETENCIA PÚBLICA – PRIVADA EN BASE A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

1.1 Sistema de salud y situación de salud en República Dominicana

La economía de la República Dominicana ha tenido un importante crecimiento en los últimos 50 años, en algunos períodos el más alto del continente, y cuyo PIB per cápita ha dejado de corresponder al estrato de países con menor nivel de desarrollo. Esta información contrasta con los resultados obtenidos en el desempeño de los principales indicadores de los sectores sociales, ha sido el segundo país que peor

aprovechó esta oportunidad para mejorar la calidad de vida y al Índice de Desarrollo Humano (IDH) y expresa la limitada capacidad redistributiva de nuestra economía, el 20% más rico de la población se apropia del 56% de los ingresos nacionales, mientras que el 20% más pobre apenas alcanza al 4% del mismo, para un coeficiente de Gini de 0.52.

La limitada disponibilidad de recursos públicos, la duplicidad de instituciones con los mismos fines y la baja calidad del gasto, sumadas a la alta demanda de servicios por la elevada cobertura del sistema y a un modelo de atención centrado en los hospitales, se traduce en una permanente situación crítica en estos centros hospitalarios que impacta considerablemente su capacidad operativa y la imagen pública del sistema, estimulando la opinión negativa en la población que tiende a opacar los éxitos del sistema.

Entre las principales explicaciones de este rezaño en el desarrollo social se han señalado las debilidades en el desarrollo institucional de las redes de protección social de la población,

entre ellas los sistemas de salud y de educación, lo que se traduce en deficiencias en la calidad de los servicios y en la

capacidad de concentrar las intervenciones en los problemas y poblaciones más prioritarias, lo que se expresa en la existencia de crecientes inequidades y exclusión social en términos de calidad e impacto sobre la calidad de vida.

Aunado a la calidad de la atención se encuentra la baja inversión pública en salud en la actualidad es de aproximadamente 1.6% del PIB, trae como consecuencia *un elevado gasto de bolsillo de las familias* que se estima superior al 50% del gasto total en salud. A mayor pobreza, mayor gasto relativo en salud. Adicionalmente prevalecen importantes *limitaciones en la calidad de dicho gasto*, en la estructura del mismo y en los mecanismos de asignación. La baja productividad del gasto guarda relación con el bajo desarrollo de las funciones de planificación, asignación poco vinculada con las metas del sistema y de sus órganos, elevados gastos contingentes y corrupción, personal supernumerario y mal distribuido, escaso financiamiento de las intervenciones de promoción, prevención y control y necesidad de mayor transparencia y participación.

Se asume que las políticas públicas de salud y educación constituyen una necesidad indispensable para redefinir el modelo económico en función de producir más capital humano y reducir las inequidades sociales. La situación de salud es por tanto una expresión y al mismo tiempo un componente esencial de la calidad de vida de los diferentes sectores de la población.

El sector salud en la República Dominicana se caracteriza por una alta complejidad de instituciones, organizaciones, actores e intereses no siempre convergentes. Esta diversidad no ha logrado constituirse en un verdadero sistema¹ en el cual los diversos componentes, como subsistemas, interactúen armónicamente en forma sinérgica, para lograr el uso más eficiente de los recursos y para alcanzar mejores

1 Conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamientos, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales.

resultados de impacto sobre la situación de salud de las poblaciones.

El marco legal del sistema de salud lo integran un conjunto de leyes, reglamentos, normas y disposiciones administrativas provenientes de distintas instancias e instituciones estatales. Las dos herramientas fundamentales son: la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (Ley 87-01).

La ley 42-01² es un código sanitario que rige el ámbito del Sistema Nacional de Salud, define la forma general de organización de los servicios sanitarios del país y establece la reorganización de la SESPAS y el fortalecimiento de su rol rector. Establece el cumplimiento de ciertos estándares de calidad, regula las estructuras de los establecimientos de salud.

La ley 87-01³ establece el nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social, describe los diferentes regímenes de financiamiento, las prestaciones a entregarse y los aspectos financieros del sistema. Ambas leyes modifican roles y crean un conjunto de instituciones e instancias que tienen como mandato operativizar el sistema. Además, introducen la especialización institucional y con ella una clara separación de las funciones de provisión, financiamiento y rectoría.

El nuevo marco jurídico ordena la universalización de un sistema de aseguramiento en el que toda la población del país se encuentre cubierta, inscrita por regímenes de financiación en función a la modalidad de inserción en el proceso productivo, es decir, el trabajador asalariado se encuentra en el Régimen Contributivo, el trabajador informal se afilia en el Régimen Contributivo-Subsidiado y aquel grupo de población que no tiene capacidad de contribuir por no tener ingresos o por ser estos inferiores al salario mínimo se inserta a través del Régimen Subsidiado a cargo del Estado.

2 Fundamentalmente rige el ámbito clínico y sanitario de la producción de la salud.

3 Regula el financiamiento y aseguramiento del sector de seguridad social vinculado a la salud.

De este marco legal que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) surgen nuevas instituciones y organismos de participación de los actores del sistema, sobre los cuales se sustenta el nuevo Sistema Nacional de Salud. Entre estas instituciones se encuentran la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), el Seguro Nacional de Salud (SENASA) y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), las cuales iniciaron sus labores a partir del año 2002. Igualmente, como órganos colegiados, el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) con una Gerencia de la Seguridad Social (GSS) y el Consejo Nacional de Salud (CNS).

Así mismo, el marco legal ordena la reestructuración de las instituciones existentes como requisito para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. La Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS), a fin de fortalecer sus funciones como entidad rectora del sistema, inicia el proceso de transición hacia la separación de funciones, la desconcentración y la descentralización. A este mandato obedece la transformación de sus expresiones centrales y territoriales: en el nivel central se evidencia un reordenamiento de las funciones de las principales subsecretarías (Atención a las Personas, Salud Colectiva y Técnica) y en los niveles territoriales se despliegan esfuerzos para dotar a las Direcciones Provinciales de Salud (representantes locales de la rectoría y la salud colectiva) y a las Direcciones Regionales de Salud (responsables de la organización y gestión de las Redes de servicios de salud) de las capacidades y recursos que les permitan cumplir a cabalidad sus respectivos roles.

Por mandato legal el Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) dejó de ser la institución responsable de la dirección, regulación y financiamiento de la Seguridad Social y se transformó en una entidad administradora de riesgos de salud y laborales y en proveedora de servicios de salud.

Aún cuando este nuevo modelo es bastante complejo en su organización y gestión tiene ventajas significativas si se

compara con el sistema que se intenta suplantar, entre las más importantes se destacan:

- Incremento en el financiamiento público en salud y su consecuente impacto en el gasto de bolsillo de las familias;
- Mayor protección de la población frente a la eventualidad de la enfermedad;
- Un mismo nivel de cobertura de servicios para toda la población, dado el establecimiento de un Plan Básico de Servicios de Salud, uniforme para todos los subsistemas;
- Inclusión de un enfoque preventivo en los servicios de salud tanto públicos como privados;
- La inclusión de las medicinas ambulatorias en el Plan Básico para todo el mundo;
- Optimización del servicio público de salud con la conformación de la Red Única de Servicios Públicos de Salud;
- Mayor regulación de la prestación privada y del aseguramiento privado, fundamentalmente por el fortalecimiento del rol recto de la SESPAS y por la creación de la SISALRIL; y
- Mejoría en el Sistema de Información de Salud de país, con la estandarización de los principales instrumentos del sistema.

Características del modelo a reformar:

- *Énfasis en la atención hospitalaria*
- *Curativo-individual*
- *Escasa capacidad resolutoria sobre todo en el nivel primario (Con frecuencia es un medico pasante sin experiencia), concentrándose los centros de mayor capacidad en los polos de mayor desarrollo*
- *Alta rotación del personal y débil supervisión de su trabajo*
- *Limitada regulación y normatización de las atenciones*
- *Dispersión organizacional*
- *Baja efectividad, productividad y calidad*
- *Altos costos*
- *Durante mucho tiempo "la cajita" de PROMESE ha sido la misma para establecimientos de igual denominación, independientemente de su productividad y demanda (escasa planificación)*
- *La indefinición de jornadas laborales y el incumplimiento de horarios perpetua la mala calidad*

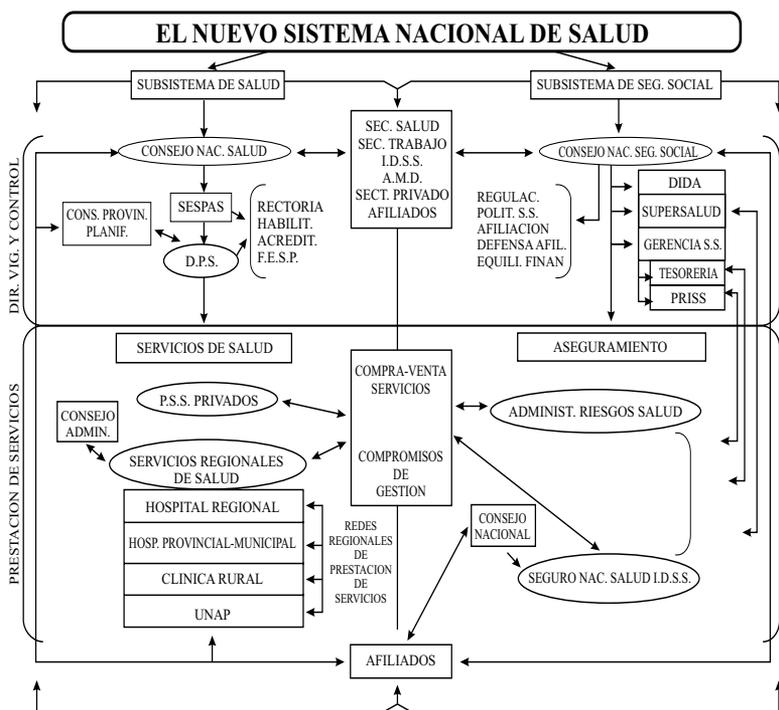
El mayor desafío para el sector lo constituye el lograr la *cobertura universal de aseguramiento público*, el cual pasa por una clara redefinición del financiamiento en salud su suficiencia, eficiencia, calidad y equidad; por la organización del sistema de atención en salud y su capacidad de resolución, la adscripción territorial o en base a fuentes de financiamiento de la población; mayor posibilidad de elección entre prestadores, integración entre las acciones colectivas a cargo de los programas de salud con las intervenciones individuales de los servicios; modificación de la visión hospitalocéntrica a una redescéntrica; una dependencia a la especialización de la atención *versus* esquemas más sencillos de solución de problemas con una fuerte base de medicina familiar y comunitaria; mayor democratización y participación en los organismos de dirección de la población organizada y de los usuarios internos y externos del sistema, entre otros importantes aspectos.

Nos movemos en salud en una realidad dual conformada por un tránsito hacia un nuevo modelo institucional-normativo que establecen las leyes actuales del sector antes descritas, las cuales mandan a:

- Separar funciones de provisión, financiación, regulación, aseguramiento y de rectoría,
- Aumentar las coberturas de atención y financiamiento individual mediante la seguridad social,
- Modificar el enfoque curativo e incrementar el financiamiento público para garantizar las acciones y programas de interés colectivo dirigidos a identificar los procesos determinantes de la salud y atacar las causas antes que manejar los daños,
- Complementar los esfuerzos en salud entre las entidades públicas y privadas con o sin fines de lucro en un todo armonizado y competitivo,
- Definir e implementar un plan de servicios básicos de salud como mecanismo de priorización e interrelación,
- Fortalecer los instrumentos de rectoría como la habilitación y certificación- recertificación de entidades y proveedores individuales, marcar la direccionalidad en la

formación de los recursos humanos con las habilidades y conocimientos que el sistema requiere, registro y análisis de las Cuentas Nacionales en Salud que faciliten la modulación del financiamiento, el diseño e implementación de un Plan de Salud con horizonte temporal mas allá que el de los tiempos políticos que permita ir cumpliendo con metas de país entre otras importantes intervenciones.

Gráfico 1



El incremento en el financiamiento a las redes públicas de prestación de Servicios de Salud mediante el Sistema de Seguridad Social en el Régimen Subsidiado ha repercutido en una mejoría de la infraestructura, en el equipamiento y en los niveles motivacionales del personal que labora en los mismos, los cuales se benefician de un sistema incipiente y poco regulado de incentivos en función a su productividad y cumplimiento de metas.

Gráfico 2
Inversión total en el sector salud en millones de RD\$
(2004-2007)

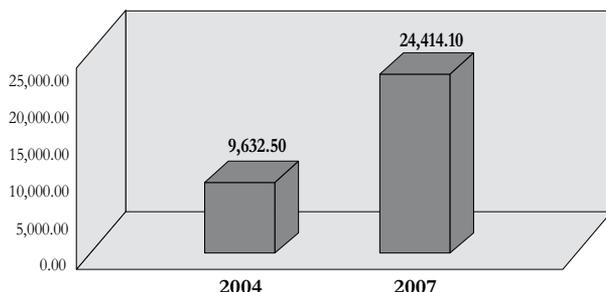
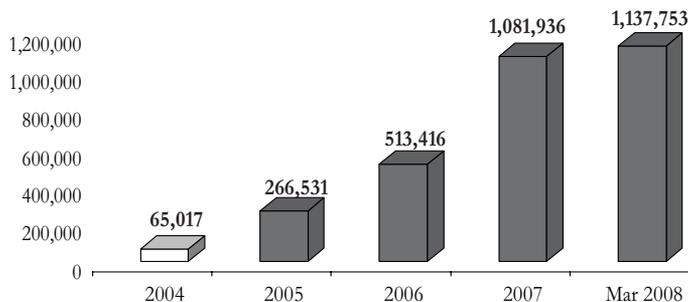


Gráfico 3
Población pobre afiliada al Seguro Familiar de Salud
(2004-2008)



Pero mientras se desarrollan los instrumentos y metodologías que consoliden este modelo legal coexiste una realidad institucional diferente, las funciones de rectoría junto a las de provisión de servicios de salud, demandas urgentes de establecimientos de salud con disímil desarrollo institucional y con fuentes distintas y entrecruzadas de financiación.

Ante esta realidad institucional dual también se exhiben indicadores sanitarios donde coexisten enfermedades propias de países subdesarrollados como transmisibles, prevenibles y controlables, como la malaria, la tuberculosis, tétanos, sarampión, las diarreas y las enfermedades respira-

torias agudas con enfermedades típicas del desarrollo como las enfermedades cardiovasculares, las violencias, los accidentes, trastornos de salud mental, cáncer, diabetes, entre otras.

El país ha mejorado significativamente la cobertura del sistema de salud y actualmente el 99.2% de las embarazadas recibe atención prenatal por médicos (65% por especialistas), el 93.5% con 4 o más visitas, y el 82.3% comenzó en el primer trimestre de embarazo. El 95.3% de los partos ocurren en establecimientos de atención médica (70.8% públicos y 24.5% privados) y solo el 4.6% ocurre en otros lugares. Pocos países de nuestro continente pueden exhibir estos niveles de cobertura de los servicios de salud. Sin embargo, la tasa de mortalidad materna se ha mantenido como una de las más altas del continente, entre 124 y 178 por cien mil nacidos vivos, dependiendo del método de estimación. La mortalidad infantil se estima en 29.4 siendo este descenso inferior al logrado por otros países, se ha estimado que por lo menos el 80% de nuestras muertes maternas e infantiles son evitables, evidenciando serios problemas de calidad en los servicios a los cuales se tiene acceso.

Como expresión de la agenda estratégica del conjunto del sector salud del país y como base para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud en los próximos diez años se ha formulado y publicado un Plan Decenal de Salud, de amplia consulta a nivel nacional, que expresa un compromiso, nacional con las prioridades, los objetivos y los proyectos estratégicos consensuados con las diferentes fuerzas sociales de la nación, a partir de una visión de largo plazo sobre la situación de salud y del sistema de salud.

1.2 Nuevo paradigma en salud

El Sistema Nacional de Salud y el Sistema Dominicano de Seguridad Social instituye un conjunto de instituciones o le dota de nuevos roles a las instituciones existentes dejando un saldo de nuevas competencias que se evidencian en el

cuadro de base pero que crean muchas dificultades de operación debido a múltiples factores de los que cabe destacar:

- La existencia de organismos colegiados integrados por instituciones con intereses⁴ en los temas abordados, algunas de las cuales tienen poder de veto⁵;
- Estos organismos tienen funciones estratégicas del sector y terminan inmiscuyéndose en las decisiones gerenciales⁶ de las entidades donde participan;
- Organismos deliberativos y de debates terminan teniendo funciones vinculantes lo que obstaculiza la ejecución de los programas;
- Existe personal proveniente de instituciones reguladas en organismos de supervisión del sistema;
- No hay claro deslinde de competencias lo que en ocasiones crea problemas de ejecución. La debilidad de la rectoría de la SESPAS se ha traducido en conflictos de competencia entre diferentes órganos de los sistemas.

La Ley de Seguridad Social establece el *Seguro Familiar de Salud*, que es un instrumento de protección social en el campo de la salud, crea tres regímenes de financiamiento, a saber:

1. *Un Régimen Subsidiado*, que protegerá a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado Dominicano;
2. *Un Régimen Contributivo*⁷, que comprenderá a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los

4 Se contrapone al interés general de la población.

5 Fortalecer la autoridad pública contribuye a la armonización de los intereses particulares.

6 Designan personal, compran etc...

7 El Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud, apenas cubre hoy el 22% de la población y probablemente no superará el 30% de ella cuando alcance su máximo desarrollo, debido fundamentalmente a que el 56% de la población económicamente activa está en la economía informal, alrededor del 15% de la población económicamente activa del sector formal está desocupada.

- empleadores, financiado por los trabajadores y empleadores, incluyendo al Estado como empleador;
3. *Un Régimen Contributivo-Subsidiado*, que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador;

Mientras que el Sistema Nacional de Salud se articula en tres subsistemas: el de Atención a las Personas, el de Salud Colectiva y el de Rectoría:

1. El subsistema de *Salud Colectiva* es responsabilidad de la SESPAS y lo constituye un conjunto de intervenciones de promoción de salud y de prevención y control de enfermedades y problemas sanitarios, que se implementan a través de estrategias dirigidas a la colectividad y no a individuos aislados.
2. El Subsistema de *Rectoría* cuya función básica es la de conducción estratégica del sector, la formulación de las políticas y planes estratégicos de salud, así como su monitoreo y evaluación, habilitación y regulación de los prestadores de servicios de salud, privadas o mixtas, ejercicio del liderazgo y autoridad sanitaria y la vigilancia y evaluación de la situación de salud.
3. El Subsistema de *Atención a las Personas*⁸ la conforman los servicios asistenciales de salud que se pres-

Propone que el sistema público de salud asuma la separación de las funciones de rectoría, financiación, aseguramiento y provisión; la desconcentración de los servicios de salud colectiva en redes programáticas y la descentralización a través de la conformación de una Red, que articule el conjunto de instituciones prestadoras de servicios públicos de salud.

8 Está llamada a independizarse de la SESPAS, por mandato legal.

tan directamente a individuos y que se organizan por niveles de atención en el ámbito clínico y por áreas de gestión. Hay un primer nivel de atención que entrega servicios sin internamiento y de baja complejidad, articulados con los niveles especializados, que incluyen servicios de consultas especializadas, internamientos y servicios diagnósticos, en el cuarto nivel aparece la docencia y la investigación responsabilidad compartida con las universidades. Las emergencias se atienden en toda la estructura de la red de servicios en función del nivel de gravedad. Existen otros servicios complementarios como centros diagnósticos (laboratorio nacional, laboratorio de referencia animal, etc...) o terapéuticos (centro de rehabilitación, de quimioterapia, etc...), servicios de emergencias que se ocupan del traslado de los pacientes, entre otros.

Los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) de servicios de salud privados existen como establecimientos independientes mientras que los públicos de la SESPAS⁹ se organizan en red bajo los llamados Servicios Regionales de Salud (SRS). Los SRS están en vía de constituirse en entidades públicas autónomas, con personería jurídica propia y están llamados a integrarse a los establecimientos del IDSS y otros que reciben fondos del Estado para optimizar los recursos públicos y complementarse.

El desarrollo del sistema público de salud tiene una importancia estratégica para lograr la protección universal de la población a través del Sistema Dominicano de Seguridad Social e impactar favorablemente los indicadores de salud del país.

El Sistema Dominicano de Seguridad Social plantea que la entrega de servicios de salud debe hacerse a través de las

9 Los servicios de salud públicos se han financiado con presupuesto estatal de carácter histórico es decir sin vinculación con la producción, se consideran gratuitos pero en los últimos años se han introducido modalidades de recuperación de costos (cuotas de recuperación).

PSS vinculadas a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) a través de contratos para proveer los servicios del Plan Básico de Salud (PBS) y de cualquier otro plan de carácter complementario.

El fundamento de interrelación entre los diferentes elementos del sistema se basa en la competencia por la calidad.

Este paradigma expresa una forma de financiación prepagada como porcentaje del salario, lo cual beneficia al que menos gana, quien recibe aportes solidarios del que más gana, además tiene como ventaja el que se realiza en un momento en que el usuario está sano con capacidades plenas para producir recursos y no cuando está enfermo. Tiene como limitación la estabilidad del empleo. Actualmente existe un mercado informal de un 53% y de rápido crecimiento, ya que de cada 10 nuevos empleos 8 son del sector informal, esta característica dificulta la recaudación de los fondos ya que no existe un empleador con capacidad de retención y los aportes quedan sujetos al ciudadano.

Gráfico 4
Ventajas y limitaciones de la Seguridad Social



Aparece la figura del contrato en los planes públicos de salud el cual tradicionalmente se había estado financiando mediante presupuestos históricos sin vinculación a la producción de servicios, en algunos momentos los hospitales estuvieron hasta 11 meses de huelga médica y continuaron recibiendo la misma subvención, siendo este un mecanismo perverso de financiación.

En términos de contingencias cubiertas, supera el viejo esquema de seguros sociales, incluyen seguros de orfandad y viudez, asignaciones familiares, seguro de salud cuando se cesa en sus funciones por un mes, un seguro de riesgos laborales y no sólo de accidentes de laborales, incluye programas preventivos en salud superando el enfoque curativo a la enfermedad.

Reconoce una pluralidad de proveedores públicos, privados y mixtos, individuales (médicos, enfermeras, laboratoristas, etc.) y colectivos (clínicas, hospitales, centros diagnósticos, etc.), en una red de servicios que el usuario puede elegir entre una mayor disponibilidad de opciones.

Lo más importante es la competencia por la calidad percibida por los usuarios los cuales pueden moverse de ARS por año y de PSS en función del trato y capacidad que el afiliado le asigna a cada proveedor y por la calidad y la cantidad de prestadoras contratadas. Esto tiene una dificultad referida a que el usuario se mueva por confort y no por la calidad técnica de los proveedores y de las aseguradoras donde el marketing y la publicidad juegan un papel importante.

Lo que facilita la corrección de las imperfecciones del mercado sanitario es la existencia de los organismos de regulación y defensoría, los que están llamados a informar y mediar sobre injusticia que puedan acontecer.

El Sistema Dominicano de Seguridad Social modificó roles y competencias institucionales así como las formas y mecanismos de relacionarse entre ellas.

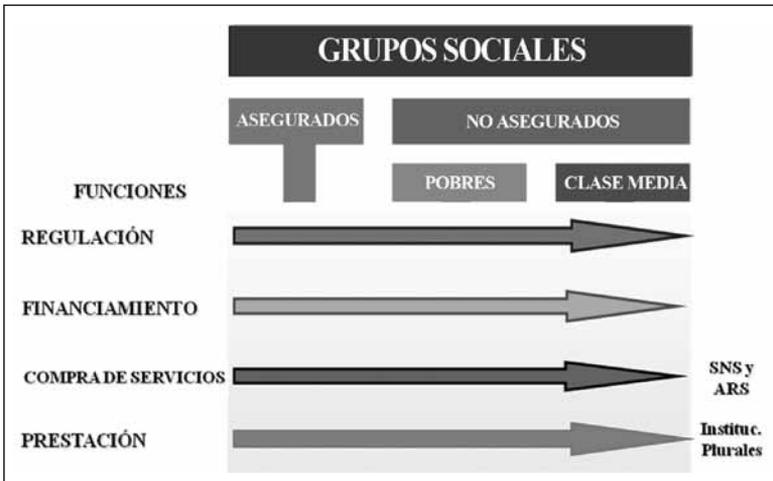
La separación de funciones asume competencias diferenciadas por instituciones lo que facilita que algunas no sean juez y parte y tengan mayor calidad en sus decisio-

nes. Evita que quien regule no provea y quien asegure no provea servicios (integración vertical) lo cual esta prohibido por ley. Además facilita la especialización en la materia que se administra.

Gráfico 5
Grupos sociales, asegurados – no asegurados



Gráfico 6
Grupos sociales, nueva forma de relación



Cuadro1. Nuevas instituciones

FUNCIONES DE INSTITUCIONES	PRINCIPALES FUNCIONES	ESTATUS
Consejo Nacional de Salud (CNS)	Aprobar las políticas y líneas generales del funcionamiento del sector. Esta integrado por las instituciones del sector, encabezada por la SESPAS	Pública
Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS)	Aprueba las políticas y normativas del sistema de seguridad social. Es presidida por el Secretario de Estado de Trabajo	Pública
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)	Rectoría de todo el sistema, y servicios de salud colectiva	Pública
Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS)	Administradora de Riesgo de Salud.	Mixta
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)	Administradora de Riesgo laborales Supervisar y regular el funcionamiento de las Administradoras de Riesgo de Salud y las de Riesgos laborales	Pública
Seguro Nacional de Salud (SENASA)	Administradora de riesgos de salud. Es la responsable de dar cobertura de seguro a la población de los regímenes subsidiado y contributivo-subsidiado, a los trabajadores del sector público, así como a las personas del régimen contributivo que la elijan.	Pública
Administradores de Riesgos de salud (ARS)	Dar cobertura de seguro de salud a la población del régimen contributivo. Contratar a los PSS	Mixta
Proveedores de Servicios de Salud (PSS)	Dar servicios de salud a la población.	Mixta
Programa de Medicamentos Esenciales PROMESE	Abastece de medicamentos e insumos a los hospitales públicos y las farmacias pública ("Farmacias del pueblo")	Pública
Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS)	Coordina los esfuerzos nacionales para la reforma del sector.	Pública
Direcciones Provinciales y de salud (DPS)	Son la expresión provincial de la SESPAS. Ejercen los roles de rectoría y son las responsables de los servicios de salud colectiva a nivel provincial	Pública
Direcciones Regionales de Salud (DRS)	Son las responsables de dirigir la labor de las Redes Regionales de Servicios de Salud. En ese sentido son las responsables de brindar servicios de salud a las personas de forma individual. Son una expresión descentrada de la SESPAS, pero la ley establece que deben separarse de esta y convertirse en instituciones autónomas descentralizadas con personería jurídica propia	Pública
Dirección y Defensa del Afiliado (DIDA)	Es la responsable de defender los derechos de los afiliados ante los demás actores del sistema. Debe brindar información y educación a los afiliados sobre sus derechos y deberes, así como sobre el funcionamiento del sistema.	Pública

Se fundamenta en los siguientes principios¹⁰:

Cuadro 2
Principios para el financiamiento

Financiamiento Fundamentalmente público (incluye la seguridad social)					
Universalidad Salud para todos		Equidad Acceso geográfico y financiero		Solidaridad Aportes según capacidad de pago	
Asignación y Provisión Gestión autónoma y pluralidad de proveedores					
Calidad Eficacia e impacto	Eficiencia Productividad	Realización Personal de salud	Integralidad Promoción, prevención y curación	Participación Libre elección periódica	Calidez Eficacia e impacto

2. CONFORMACIÓN DE LAS REDES DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

2.1 Importancia y características que deberá poseer las redes de servicios

Significado

La decisión de la conformación de la red de servicios públicos de salud permite estar en consonancia con el marco jurídico vigente (Ver en el Anexo 1 las disposiciones jurídicas correspondientes), asumir el liderazgo político en la conducción y priorización de las acciones en salud, expresar el interés de las autoridades en preservar y fortalecer lo público en un marco de derecho a la seguridad social y a la salud de la población. En fin permite pasar del discurso a la acción.

¹⁰ Que se comportan como pares opuestos pues compiten con el financiamiento disponible.

Definición de la red de servicios públicos de salud

Se propone la conformación de una *Red Única de Servicios Públicos* que integre los establecimientos prestadores de servicios de salud de la SESPAS e IDSS. En éste marco, el Sistema Nacional de Salud se visualiza como una red de redes; redes de servicios públicos de atención a las personas, redes privadas de atención, redes programáticas de salud colectiva, redes complementarias de laboratorios y bancos de sangre, red de traslado de pacientes, entre otras, todo bajo una fuerte regulación pública que para los fines del aseguramiento y financiamiento se ejerce a través del Consejo Nacional de la Seguridad Social y, para los fines de provisión de los servicios de salud y la producción social de la salud, se ejerce a través de la SESPAS.

Definición de la RED

- ✧ *Es la expresión orgánica de la política nacional de provisión de servicios públicos de salud, conformada por "nodos" de provisión y "nodos" de gestión.*
- ✧ *Con carácter integral, organizada por niveles de complejidad y alcance territorial; orientada a la satisfacción del usuario y vinculada entre sí mediante normas, acuerdos y compromisos de gestión.*

Organización

La estructura a desarrollar es una red pública, única, de gestión descentralizada, de dirección colegiada, organizada por niveles de atención, integral en los servicios, racional en el manejo de los recursos, que opera sobre metas y compromisos de acuerdo a las políticas y prioridades nacionales de salud que promueva la participación a través de instancias y mecanismos de co-gestión.

La instancia de articulación de la red está constituida por un *Consejo de Directores* como estamento máximo de coordinación, formulación de políticas y planificación, opera con un equipo técnico mínimo altamente especializado, que tendrá como función en una primera etapa el acompañamiento de las redes autónomas en su proceso de conforma-

ción y en un segundo momento armonizar los procesos, herramientas e instrumentos de gestión conjunta.

Patrón de red¹¹ y población meta

- La identificación de los niveles de responsabilidad o “nodos” de la red asistencial.
- Un sistema único de relaciones entre ambos niveles o “hilos conductores” de la red, (sistema de referencia y retorno).
- Una batería de criterios de circulación por la red.
- La delimitación de funciones básicas según utilidad: función de soporte y función de atención o “finalidad” de la red.
- Un cuadro de mando diferenciado por cada función y nivel o “inteligencia” de la red.
- Un sistema de relaciones con otras redes.

La red está llamada a prestar una cobertura completa e integral de atención en salud a la población adscrita al Régimen Subsidiado y al resto de la población que lo requiera siempre y cuando no atente contra la prestación del grupo subsidiado.

Servicios regionales de salud vs redes autónomas de prestación de servicios públicos de salud

La división territorial actual del sistema sanitario en el país está integrada por nueve regiones de salud por lo que el planteamiento inicial para establecer las redes regionales ha sido el transformar las regiones sanitarias actuales. Es bueno valorar un conjunto de consideraciones básicas para poder redefinir la conformación de las redes.

Dentro de las principales consideraciones para la conformación de las Redes Públicas de Servicios de Salud se encuentran:

11 República Dominicana, SESPAS, Reglamento de la Ley 42-01, vol. 1 y p. 162, Art. 37, párrafo II; Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud, Disposición 00024, 05 de octubre de 2005.

- Facilidades de acceso geográfico
- Disponibilidad de recursos humanos, de infraestructura y de equipamiento
- Optimización de la distribución de los recursos
- Cercanía de los equipos de dirección y supervisión

Capacidad de resolución que deberá tener cada red

- Capacidad instalada suficiente para garantizar la entrega de las atenciones del Plan Básico de Salud contratado.
- Un sistema de referencia eficiente que garantice la continuidad de la atención.
- Servicio de atención de emergencias las 24 hrs.
- Un sistema farmacéutico de calidad, oportuno y de bajo costo
- Un Sistema de información en Salud.
- Un sistema de supervisión, monitoreo de la productividad y del acceso.
- Un sistema contable/financiero, transparente

Definición y capacidad de resolución de los distintos niveles de atención de servicios de salud

Primer Nivel: Las estructuras de servicios integrales que tienen que garantizar la atención sin internamiento

Capacidad de resolución

- Consulta no especializada sin internamiento, equivalente a la consulta general
- Consulta especializada de baja complejidad, sin internamiento
- Emergencias de baja complejidad, incluidos procedimientos leves de cirugía menor
- Procedimientos diagnósticos de laboratorio e imágenes de baja complejidad
- Procedimientos e intervenciones menores programables y no especializados

- Farmacia ambulatoria
- Programas de salud colectiva y preventiva, de rehabilitación social y de servicios domiciliarios
- Procedimientos diagnósticos menores para prescribir transporte y/o referencia
- Información y educación al usuario

Tipos de establecimientos

Se incluye en este nivel, el servicio integral que prestan las Unidades de Atención Primaria (UNAP), las clínicas rurales, los dispensarios y consultorios, cuyo conjunto se denomina Servicios y Establecimientos de Salud del *Primer Nivel de Atención*

Segundo Nivel: es el conjunto de servicios que incluye atención especializada, *con* o *sin* régimen de internamiento, que comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de urgencias 24 horas, de rehabilitación y cuidados intensivos de baja a mediana complejidad.

Las actividades de este nivel permiten completar la atención a los usuarios para quienes ha mediado una interconsulta o referimiento del Primer Nivel de Atención, así como la promoción de la salud, educación sanitaria y la prevención de la enfermedad, según lo estipulado en sus contratos y convenios de gestión.

Capacidad de resolución

- Especializada de baja complejidad sin internamiento;
- Especializada de baja complejidad con internamiento (régimen de hospitalización médica general, quirúrgica, obstétrica y pediátrica);
- Odontología básica y reparadora;
- De emergencias/urgencias de baja a mediana complejidad, incluidos procedimientos de mediana complejidad quirúrgica;
- Procedimientos e intervenciones especializadas de baja a mediana complejidad programables, incluyendo la ci-

rugía ambulatoria programada y/o referida (cirugía general, pediátrica, ginecología-obstetricia, traumatología, anestesia y reanimación). Criterios de Hospital de día;

- Farmacia hospitalaria;
- Procedimientos diagnósticos de baja a mediana complejidad;
- Información al usuario;

Tercer Nivel: es el conjunto de acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica que representa el último nivel de referencia de la red y con el que se garantiza la óptima capacidad de resolución a través de equipos profesionales altamente especializados y sub-especializados que respondan puntualmente a las necesidades de los niveles I y II.

Capacidad de resolución

- Atención especializada de mediana a alta complejidad con internamiento y seguimiento de los procesos;
- Atención de emergencias de mediana-alta complejidad, incluidos procedimientos de mediana-alta complejidad con asistencia especializada;
- Procedimientos e intervenciones especializados mediana-alta complejidad programados;
- Farmacia hospitalaria;
- Procedimientos diagnósticos y pruebas funcionales de mediana a alta complejidad;
- Información al usuario;

Tipos de establecimientos

Los establecimientos típicos son los hospitales regionales y nacionales generales o especializados que sirven de referencia regional o nacional al sistema de redes.

Cuarto Nivel: Referencia Nacional. Se desempeñan en la provisión como centros altamente especializados, docentes

y de referencia nacional, de complejidad superior o especializada que comprende los establecimientos de salud que proveen básicamente servicios de especialidad de forma exclusiva o que son de referencia nacional como hospitales generales con niveles de alta complejidad o multidisciplinarios, así como centros de diagnóstico.

Capacidad de resolución

- Asesorar, supervisar y evaluar técnica y científicamente a los niveles I y II;
- Crear e implementar programas docente-asistenciales de acuerdo a las necesidades de la red nacional;
- Integrar la coordinación de salud con otras instituciones públicas o privadas para situaciones de salud que por su complejidad requieren la intervención de alta tecnología;
- Generar, estimular y apoyar investigaciones biomédicas que favorezcan la optimización de la prestación de los servicios de salud;

2.2 Homologación de los establecimientos de salud del IDSS- SESPAS

Existen cerca de 1,400 establecimientos con unas 12,057 camas en total, lo que representa 1.2 camas por cada 1,000 habitantes. Cálculos previos del 2002 estimaron la existencia de 9 médicos por cada 10,000 habitantes en el país. El promedio de camas y médicos es adecuado, aunque no están bien distribuidos en el país y la mayoría está concentrada en los principales centros urbanos. El número de enfermeras es bajo y buena parte no se encuentra debidamente calificada para su desempeño.

Las diferentes asociaciones profesionales del país reportan las siguientes informaciones sobre el número de profesionales: 18,450 médicos (20 por 10,000 habitantes), 3,603 enfermeras (3.9 por 10,000 habitantes), 2,946 bionalista

(3.2 por 10,000hab.), 8,320 odontólogos (9 odontólogos por 10,000 habitantes), 3,940 farmacéuticos (4.3 por 10,000 hab.) y 15,511 auxiliares/técnicas de enfermería (15 por 10,000). En las dos últimas décadas se ha registrado un aumento significativo de los recursos humanos en salud en todas las categorías, excepto en las enfermeras profesionales y en los técnicos de salud.

La información sobre la distribución geográfica de los recursos humanos en el país sólo esta disponible para el subsector público (2002) y se observa una variación desde 5.6 médico por 10,000 habitantes en la provincia de Azua a 38.5 por 10,000 en el Distrito Nacional.

Cuadro 3
Homologación de los establecimientos
de salud del IDSS-SESPAS

	IDSS (111 Establecimientos)	SESPAS (1084 Establecimientos)	
Primer Nivel	Consultorios, Policlinicas	Dispensarios, Centros de Primer Nivel, UNAPS, Subcentros/ Centros Sanitarios	1195
	IDSS (8 Establecimientos)	SESPAS (125 Establecimientos)	
Segundo Nivel	Hospitales Generales, Hospitales Provinciales/ Municipales	Hospitales Municipales y de Areas	133
	IDSS (5 Establecimientos)	SESPAS (18 Establecimientos)	
Tercer Nivel	Hospitales Provinciales, Nacionales y de Referencia Nacional	Hospitales Regionales y Nacionales de Referencia	
Tercer Nivel Complejo	Hospitales de Refencia Nacional Especializados	Hospitales Nacionales de Referencia Especializados: Traumatología, Ginecología-Obstetricia, Perinatología, Pediatría, Oncología, Cardiovascular y Multidisciplinarios de Nivel Complejo	23

La matrícula en el área de salud ha aumentado significativamente, en sólo dos años el número de estudiantes creció de 30,360 (2003) a 40,479 (2005), y con respecto al sexo, el 78% en el 2003 y 76% en el 2005 son estudiantes femeninas. Es una constante que la carrera de medicina es la que concentra el mayor número de estudiantes, 24,186 en el 2005. Un total de 18 universidades en el país imparten una o más carreras del área de la salud, en el nivel profesional se dispone de: nueve (9) escuelas de medicina; once (11) de enfermería; seis (6) de bioanálisis; once (11) de odontología y cuatro (4) de farmacia.

En los últimos años está creciendo lentamente la oferta de formación en salud familiar y, por tanto, el número de médicos de familia, pero todavía es insuficiente para el modelo de atención aprobado en el sistema de seguridad social, el sistema no los está absorbiendo y cuando lo hace, en su mayoría, no están colocados en los lugares adecuados. El censo de empleados públicos del año 1997 reportó que el 27% de la fuerza laboral estaba en el sector salud. En el 1999 SESPAS concentraba el 64.6%, de estos el 39% se encontraba en la capital. El IDSS, 25%, privados, 8.3%, FFAA, 0.8% y las ONG 1.0%.

3. RUTA CRÍTICA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LAS REDES DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

3.1 Áreas de reformas y ajustes

- Legales
- Organizacionales
- Recursos Humanos
- Servicios
- Gestión Administrativa
- Financiamiento
- Infraestructura Física
- Tecnología
- Equipamiento
- Vinculaciones y Contrataciones

3.2 Procesos a desarrollar

De esta ruta se resaltan como aspectos más relevantes las actividades a realizar para la integración del recurso humano y para la unificación de la provisión de los servicios. En el caso de los recursos humanos el tema de la carrera sanitaria, el nuevo contrato, el sistema de incentivos, la utilización de los especialistas básicos en el primer nivel, la garantías en las prestaciones de largo plazo, un sistema de gestión de hr. De manera descentralizada son los aspectos que suscitan mayor interés tanto para el servicio como para los profesionales de la salud.

Con relación a la provisión de servicios los esfuerzos deberán estar concentrados en:

- Determinación y caracterización de usuarios por región de salud intervenida
- Realización del inventario de los establecimientos de salud por municipio
- Realización del inventario y dimensionamiento de los recursos humanos, materiales y tecnológicos de los establecimientos de salud de las regiones seleccionadas
- Identificación del estatus para habilitación de los centros a intervenir.
- Determinación de facilidades de acceso a los diferentes establecimientos de salud, según la cobertura por región y municipios beneficiados
- Determinación la cartera y costeo de servicios por región y centro de salud
- Identificación y categorización de los niveles de competencia de los SRS en el esquema de organización de la RedSal
- Conformación del mapa de los SRS por región y sus establecimientos gestionados
- Diseño del Modelo de Provisión de Servicios de Salud por Niveles de Atención vinculados y complementados

- Diseño del Modelo de Región de Salud para la RedSal.
- Creación de un sistema de gestión de atención al usuario
- Implementación y socialización de los Protocolos de Atención de los Servicios de Salud
- Implantación de un sistema de gestión de la calidad de la provisión y de aplicación de las normas de los servicios

4. RETOS Y DESAFÍOS DE LAS REDES DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

4.1 ¿Cuál es el rol de las redes de servicios públicos en el financiamiento en salud?

Es un *mecanismo de contención de costo* en un modelo plural de participación pública - privada donde desde el Consejo Nacional de Seguridad Social, organismo máximo de dirección colegiada, hasta el nivel más bajo del modelo recibe la influencia del sector privado de la salud, cuya lógica es diferente de la lógica pública, en donde esta última está llamada a el sentido del bien común (equidad) sobre los criterios de rentabilidad y eficiencia del sector privado. En el momento en que los servidores privados hagan lucha común contra los intereses de los afiliados la opción del servicio público está llamada a realizar el contrapeso.

Los servicios otorgados en la red pública deben servir de *referencia para el cálculo de los costos* de los mismos ya que su lógica de rentabilidad, no va al bolsillo de inversionistas, sino que la misma sirve para ofrecer servicios de mayor calidad o para aumentar las coberturas poblacionales o de servicios, así mismo sirve de referencia para, junto a las estadísticas oficiales del sector, poder *estimar las frecuencias de uso y demandas esperadas*, información necesaria para la indexación del costo del Plan Básico de Salud y el cálculo de los honorarios y tarifas profesionales.

El rol de las redes de servicios públicos también supone la *reducción al mínimo posible de las tantas exclusiones y limi-*

taciones en el acceso a los servicios para poblaciones definidas como prioritarias.

Así mismo las redes públicas están llamadas a *optimizar el uso de los fondos públicos de salud* evitando la duplicidad de ofertas de servicios a una misma población en un mismo ámbito territorial entre proveedores que implica dispendio de esfuerzos y de recursos. Hoy en día es común observar, por ejemplo, establecimientos de salud de igual nivel de complejidad pertenecientes al IDSS y a SESPAS colocados a menos de 2 metros unos de otros con muy bajo nivel de desempeño (con un porcentaje de ocupación inferior al 20%), con un mismo personal contratado, ya que probablemente es el único disponible en la zona, prestando servicios parciales en términos de cumplimientos de horarios y de dedicación a las labores institucionales (pasar visita a pacientes hospitalizados, docencia, etc).

Estas redes de servicios públicos deben continuar siendo el *lugar ideal para la capacitación del recurso* en salud de común acuerdo con las instituciones formadoras pero contrario a lo que acontece en el día de hoy siempre con un profesional a cargo para la supervisión y la docencia. También se debe establecer que la atención en salud no puede estar a cargo de personal en formación. También deben preservar su *vocación social*, aquel lugar donde lo más importante es la salud de las personas y no su capacidad de pago.

4.2. Estatus laboral del personal de salud en las redes de servicios públicos de salud y su vinculación con la carrera sanitaria

Tanto la Ley 14-91 como la recién aprobada ley sobre la función pública indican que el personal de los servicios de salud se regirá con una *carrera especializada para el sector*, sólo los servidores públicos de las áreas administrativas y financieras de la institución han sido incorporados al proceso de Carrera Administrativa que lidera la ONAP actual Secretaría de Estado de la Función Pública. En tal sentido

la Secretaría de Estado de Salud Pública y la ONAP, con el apoyo de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), la Comunidad Europea a través del programa PROSISA y del Banco Mundial a través del PARSS- I han estado trabajando en el diseño de una propuesta de Carrera Sanitaria, visualizándola en el marco del desarrollo de las redes regionales de servicios públicos de salud, siendo esta última el principal empleador de los recursos humanos en salud.

Hoy en día se encuentra desdibujado el contrato del servidor público en salud especialmente del recurso médico, la realidad expresa acuerdos laborales con gran flexibilidad o incumplimiento de horarios de trabajo:

- Plazas otorgadas para el interior del país prestando servicios en la capital o en las grandes ciudades, encontrándose localidades sin la disponibilidad del recurso aun teniendo las plazas;
- Horarios de tres días a la semana o de un día a la semana según los casos de personal que vive en la ciudad de Santo Domingo y viaja al interior para cumplir con estos tipos de acuerdos privilegiados, dejando a los establecimientos sin el personal requerido los 7 días a la semana o en los horarios demandados por la población;
- En algunos de los establecimientos se dispone de un tipo de personal que para prestar su servicio requiere de otro recurso humano o tecnológico que no se encuentra disponible, como es el caso de ginecobstetras sin anesestiólogos o sin maquinas de anestesia, en estos lugares no se pueden realizar cesáreas por lo que el servicio es incompleto y hay que derivar, resultando subutilizado el recurso disponible y creando la dificultad al usuario.
- Sistema de incentivos de aplicación arbitraria y, en algunos casos, a la persona y no al puesto, moviéndose con el recurso cuando es cambiado de posición.
- Ausencia de una escala salarial unificada y acordada dejando espacio para el privilegio y las distorsiones desmotivantes.

- No están claramente definidas las categorías de cargos encontrándose un sin número de designaciones de personal con distintas denominaciones para las mismas funciones, esto dificulta, entre otras, establecer escalas salariales a un mismo tipo de recurso encontrándose importantes distorsiones salariales para un mismo grupo ocupacional sin ningún tipo de explicación o grupos ocupacionales de menor jerarquía con salarios superiores a los de sus superiores.
- Contrataciones públicas al mismo personal en el mismo horario.
- Ausencia de evaluación del desempeño, no vinculación de los incentivos a la productividad, abusos de usos de instrumentos como la huelga médica.

Todas las modificaciones realizadas a las leyes que sustentan la forma de contratación del recurso médico han sido muy discutidas y de escasos avances en esta materia, debido fundamentalmente a las presiones del gremio médico, el cual no ha permitido eliminar la ley 60-97 que establece el concurso médico y la inamovilidad del mismo. Los argumentos que sustentaron el establecimiento de esta regulación se basaron en la estabilidad laboral del recurso humano protegiéndolo de las influencias partidarias que se expresan en cada cambio de gobierno. Sin embargo, la realidad ha demostrado que con la excusa de esta inamovilidad el personal que no cumple sus funciones es protegido por el gremio médico y no puede ser removido de sus funciones, creando grandes dificultades de exigencia en el cumplimiento de parte de los supervisores que, además, son médicos y no se atreven a tomar medidas para que luego su igual pueda tomar represalias en otro momento.

En escasos establecimientos de salud se ha avanzado en modalidades de evaluación de desempeño o de evidencias de la productividad del recurso médico la mayoría no utiliza estos indicadores en las estrategias de gestión.

La mayoría del recurso humano en salud ha sido remunerado a través de un salario, que como ya hemos indicado posee distorsiones importantes, sin vinculación alguna al esfuerzo realizado por este recurso, como expresión de las conquistas laborales los gremios exhiben aumentos diferenciados en su personal agremiado dependiendo de los años de servicios o el lugar de designación, para el caso de los médicos también existe incentivos por guardia presencial. Dadas las dificultades en la información y en el sistema de administración del recurso humano estos incentivos no siempre son aplicados a los que les corresponden. Aumentos salariales recientes, año 2005, que han sido pactados como sistemas de incentivos por la imposibilidad de evaluación de los mismos se han convertido en aumentos salariales tradicionales no vinculados a productividad o cumplimientos de metas como fueron pactados.

En agosto de 2004 se dicta un reglamento de recursos humanos para el sector como expresión legal, estructurada y sistemática de un modelo de relaciones laborales coherente y viable, que armonice la gestión de los recursos humanos en salud, le ha faltado para impactar positivamente mayor coherencia entre los distintos estamentos que participan en la designación del personal y un mayor rigor técnico y tecnológico.

Existen importantes vacíos en la nueva normativa que puede generar problemas en su implantación, como son:

- El libro primero resulta de aplicación “a instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Servicios de Salud”, lo que dificulta su aplicación en el IDSS, ISSFAPOL, municipios, universidades, entidades de naturaleza privada. La SESPAS podrá regular los aspectos operativos de sus propios recursos humanos o de las redes públicas, pero en ningún caso tiene competencia para gestionar los recursos humanos de las demás instituciones;
- El Reglamento se apoya en una estructura organizativa que aún no ha sido creada (los Servicios Regionales de

- Salud, fundamentalmente), y no prevé cuál será el régimen jurídico aplicable hasta la creación de esa estructura organizativa, generando un importante vacío de poder y una notable inseguridad jurídica en la gestión;
- Las competencias y facultades se atribuyen a órganos que tienen un ámbito de decisión que no coincide con el ámbito de efectividad de las competencias o facultades que se le atribuyen; las competencias o facultades se atribuyen a órganos indefinidos, lo que acrecienta sustancialmente la inseguridad jurídica;
 - Muchas competencias y facultades se atribuyen exclusivamente a SESPAS sin prever que en un futuro no muy lejano, el sistema funcionará en un escenario descentralizado y desconcentrado;
 - Se suceden las atribuciones de competencias a los Directores de los Servicios Regionales de Salud, cuando aun no se han creado estos Servicios
 - La creación de un nuevo ámbito de regulación de las relaciones laborales en el Sistema Nacional de Salud exige rigor terminológico para reforzar el modelo diseñado. En el Reglamento se confunden con demasiada frecuencia los conceptos de “puesto de trabajo”, “profesional”, “trabajo”, “categoría profesional”, “cargo”, “cargo de confianza”, “escalafón”, “grupo funcional”, “grupo ocupacional”, “plaza.
 - Se establecen excepciones que rompen la unidad de la regulación pretendida y suponen una discriminación a favor del personal médico en el que se exceptúan para¹²: o Artículo 7, se dice que los médicos de IDSS se regulan por la Ley 6097, y que el Consejo Directivo de IDSS podrá acordar, por Resolución, la inclusión de este colectivo en el Reglamento 732-04.
 - Artículo 12, párrafo. establece los criterios básicos que regirá la selección de personal. En el párrafo de

12 La única ventaja real de la Ley 6097 está en el régimen disciplinario, pues la apelación queda en manos del Colegio Médico Dominicano (antes AMD), el Reglamento 732-04 establece unas mayores garantías para el personal del SNS.

este artículo parece exceptuar de estos criterios al personal médico, manteniendo la selección de este colectivo por la Ley 6097.

- Artículo 16, párrafo V. La composición de la comisión de valoración para la selección de personal y los criterios que deben seguir, serán diferentes para el personal médico.
- Artículo 20, párrafo. Los requisitos para la selección de jefaturas serán diferentes en el caso del personal médico.
- Artículo 53, párrafo II. Las causas de terminación de la relación laboral son diferentes para el personal médico, respecto al resto del personal.
- Artículo 55, párrafo. Las causas de terminación de un nombramiento para jefatura son diferentes en el caso de personal médico, que en los demás supuestos.
- Artículo 61, párrafo. El régimen disciplinario del personal médico es diferente del resto del personal.

En el marco del financiamiento actual, vía la seguridad social, se ha destinado un porcentaje para el pago de incentivos al personal que cumpla con determinados criterios, dicho sistema ha enfrentado dificultades en su implementación, lo que ha generado inconformidad en el personal y escaso impacto aun no valorado en los niveles motivacionales del personal, debido entre otros factores a: la existencia de cuatro modelos de incentivos diferentes en cada región; ausencia de un sistema de indicadores objetivos validados por cada uno de los gremios del sector salud; se fundamenta en la productividad individual; subjetividad en los evaluadores; y discrecionalidad en las autoridades.

Actualmente el personal que labora en la SESPAS y en el IDSS está siendo financiado por el presupuesto general de la nación debido entre otros factores, al subsidio que el gobierno central sigue transfiriendo al IDSS. De este personal en la actualidad existen más de 1,200 médicos que laboran

en ambas instituciones, en ocasiones en el mismo horario, produciendo escaso impacto en el resultado sanitario, en la eficiencia de los servicios, en la satisfacción de los usuarios y en los propios profesionales del sector que requieren esfuerzos en desplazamientos (combustibles y tiempo).

El manejo de los recursos humanos en las redes de servicios públicos requerirá, entonces:

- Un empleo único en el sector público
- Un nuevo contrato laboral con redefinición de horarios
- Salario base y porcentaje variable en función del cumplimiento de metas, desempeño, productividad, etc.
- Establecimiento de un sistema de incentivos con claros indicadores por nivel de atención y participación en las actividades, enfocados en el equipo
- Una escala salarial para cada categoría profesional y en función de la ubicación del establecimiento de salud
- Uso de herramientas gerenciales de planificación y control
- Fortalecimiento del capital humano en temas de gerencia de servicios
- La rendición de cuentas y los compromisos de gestión

4.3 ¿Cómo evitar la redcentralización en los nuevos servicios regionales?

Uno de los riesgos más relevantes que se corren a la hora de descentralizar los servicios de salud es replicar los errores del órgano centralizado multiplicados por el número de servicios regionales creados, es decir, errores gerenciales respecto a temas tan relevantes como la selección, contratación y remoción del personal, el caudillismo / amiguismo, la corrupción en la adquisición de los bienes y servicios, hacerse de la vista gorda a la hora de la toma de decisiones sobre incumplimientos, entre otros.

Un mecanismo claramente establecido para evitar la redcentralización lo constituye la creación de mecanismos participativos y transparentes de co-gestión de servicios donde

la rendición de cuentas sea un norte y donde los procedimientos estén claramente establecidos.

4.4 Criterios a considerar para la constitución de un servicio regional

El decreto No. 1137-03 que instauro los Servicios Regionales de Salud parte del criterio de que los mismos deberán ser el resultado de la transformación de las actuales regiones sanitarias de salud, bajo el entendido de que las mismas son las que manejan los servicios de provisión de salud. Esta concepción tiene la dificultad de reorganizar un personal que labora en la actualidad con una lógica asistencial y pública (de nadie) supernumeraria, donde predomina una cultura organizacional del desorden y la falta de control, esta herencia también trae un número determinado de regiones, nueve, no necesariamente en la lógica que imponen los servicios en la actualidad.

Los criterios más socorridos son la cercanía a la población o territorialidad, capacidad de resolución por niveles, dimensionamientos y disponibilidad de recursos de infraestructura, de equipos y humanos, división político administrativa del Estado, entre otros.

4.5 ¿Cómo dotar de mayor autonomía en la gestión de los establecimientos de salud sin desconectarse con la red de servicios de su área de influencia?

Para los ciudadanos, los políticos y los profesionales del sector salud en general, la función fundamental de preservar la salud y la vida es difícil de contextualizar como área de “industria de servicios”. Sin embargo, la necesidad de profesionalizar la gestión de los hospitales ha puesto en la escena a otras racionalidades y disciplinas que han creado un “choque cultural” con la concepción de la organización hospitalaria que tenían o tienen sus protagonistas tradicionales.

Las tradicionales dicotomías: clínicos y gestores, técnicos y políticos, han provocado que los hospitales no hayan creado una cultura de empresa ni una visión corporativa. Los clínicos suelen estar convencidos que son ellos “quienes lo saben y pueden todo” respecto a la definición del quehacer y la organización del hospital¹³. Piensan que la actividad

El Hospital de hoy implica:

Una definición de lo que se produce, en qué condiciones de eficiencia y eficacia, y cuál es su impacto social (rentabilidad social) en la salud y bienestar. Para esto se hace necesario que el hospital capte las señales de políticas públicas y objetivos sociales sanitarios para determinar la estructura de servicios desde las “necesidades” de salud y bienestar de las personas y no desde las presiones de los agentes de la oferta (intereses de grupos profesionales médicos, industria de la salud, etcétera).

La relación costo-efectividad de los medios de producción, decisión sobre cómo se produce. La gestión clínica requiere de una protocolización de actividades y procesos clínicos basada en la construcción de evidencias, para determinar la tecnología que se incorpora, la utilización de procedimientos o la definición de perfiles de idoneidad del recurso humano; controlando las presiones de la industria y de los factores de producción tecnológica.

hospitalaria se fundamenta en dos únicos criterios: conservar el respeto y confianza de los pacientes, y mantener la habilidad de curar y disminuir el sufrimiento. Lo primero no es asunto de los gestores (relación médico-paciente), y lo segundo implica solamente la capacidad (libertad) profesional. Nada más absurdo y lejano de la realidad.

Hoy se reconocen dos grandes áreas de negocios en la empresa de servicios públicos llamado hospital, una de carácter clínico cuya misión es recuperar la salud y otra de carácter administrativo – financiero que se fundamenta en la hotelería y que puede ser gestionada como se gestiona un hotel. La existencia del hospital se justifica y legitima, en la medida en que da cumpli-

miento efectivo de objetivos determinados en las políticas públicas de salud de un país y que produce los servicios que

13 La legislación establece que sólo un médico puede dirigir un establecimiento de salud, independientemente si tiene o no conocimientos gerenciales.

necesita y demanda la sociedad¹⁴, independientemente de la naturaleza jurídica del establecimiento (público- privado o mixto); para lo cual la sociedad entrega recursos y de ellos espera recibir utilidad social.

El clínico firma un cheque cuando hace una prescripción diagnóstica o terapéutica; el gestor interviene en la calidad de la atención cuando facilita o niega recursos para realizarla. Por tanto, en la consecución de la calidad como expresión de productividad social, nos referimos al concepto de convergencia de la eficacia clínica con la eficiencia administrativa; y al rol de la gerencia institucional como integradora de las racionalidades política (equidad), clínica (eficacia) y administrativa (eficiencia) que rigen la institucionalización y supervivencia del hospital en una sociedad.

Las exigencias de los procesos de modernización y reforma introducen en la gerencia hospitalaria la dimensión de la eficiencia de la gestión, en complemento de la eficacia clínica y como requisito de la política de equidad. Esto obliga a los gestores a comprender y actuar en el contexto de especificidad de la atención de salud, y a los clínicos a adquirir nuevas actitudes y capacidades que los habiliten para ejercer las decisiones clínicas en un nuevo marco de gerencia institucional: la productividad social, que marca el actual paradigma de virtud en la gerencia sanitaria; *consiste en maximizar la eficacia de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costos sociales y financieros posibles.*

El hospital, como empresa social, debe ser capaz de aportar a la equidad en salud, al dar respuestas flexibles a necesidades de salud señaladas mediante políticas nacionales y territoriales y asociadas a mecanismos de incentivos al desarrollo de acciones concordantes con aquellas necesidades. Un hospital inserto en *sistemas articulados en red de servicios*, donde se administre y comparta adecuadamente el

14 El cambio en el comportamiento de los consumidores: de pacientes a ciudadanos-clientes y la crisis de credibilidad de los servicios públicos hospitalarios, han obligado al hospital a reconocer y responder con calidad (eficacia, eficiencia y calidez en el trato) a las necesidades y demandas que se generan en su entorno para recuperar la confianza social.

riesgo tanto sanitario como financiero, se optimice en forma clara la utilización de los recursos, se maximice la capacidad de resolución de los problemas, a la vez que logra una mayor calidad percibida por las personas y un mejor uso de los recursos desde el punto de vista de la eficiencia.

Se requiere contar desde el Estado con políticas explícitas, competencias de rectoría y regulación; capacidad de diseñar e implementar sistemas de asignación de recursos que produzcan incentivos adecuados en términos de la efectividad sanitaria; capacidad de evaluar y controlar el desempeño tanto de los sistemas como de los establecimientos; desarrollo de mecanismos que transparenten la gestión hospitalaria con relación a su red, sus usuarios y su comunidad, entre otros aspectos esenciales.

4.5.1 Instrumentos de gestión útiles en áreas del establecimiento

- Planificación estratégica: P. estratégico, P. director y P. viabilidad
- Dirección estratégica: DPO y Descentralización
- Modelos de gestión empresarial: Consorcios, Sociedades y Fundaciones
- Modelos de relación interinstitucional: Fusiones y Sistema Multi hospitalarios.
- Sistemas de información basados en el producto: Sistema de clasificación de pacientes y Costes por proceso
- Externalización: Compra de servicios
- Marketing: Factura sombra y Análisis de satisfacción.
- Planificación de personal: Cargas de trabajo e Incentivos, formación.
- Centralización de servicios: Centrales de compras, Acreditación de proveedores y Negociación precompra
- Microgestión de servicios: Gestión por case-mix y Descentralización
- Separación de funciones: Compra de servicios
- Orientación al usuario: Campañas y Plan de confort

4.6 Ámbito de participación de los organismos colegiados en los distintos niveles de la red. Respeten adecuación a los niveles de gestión y a los estratégicos

La participación es considerada en la definición del modelo como un tema de vital importancia para el desarrollo de las redes de servicios públicos de salud, como mecanismo de rendición de cuentas y transparencia que debe cumplir todo organismo público y en la construcción de ciudadanía en el ámbito de la salud. Por lo que el modelo incorpora distintos espacios de participación en los niveles regionales, de área, zonales, de establecimientos y de servicios¹⁵.

La experiencia en la cogestión de servicios públicos en el país se valora la participación de los distintos estamentos organizados de la sociedad y que sean representativos de los diferentes intereses y del interés colectivo de la comunidad. Entonces la cogestión deberá cumplir con ciertos elementos que la hagan efectiva y que evite desvirtuar sus aportes: ser estratégico y no sustituir las decisiones gerenciales; no ser vinculante sino deliberativo y consultivo; orientarse al seguimiento de los resultados y de la satisfacción de los usuarios de los servicios; participar en todas las etapas del proyecto y no sólo en su ejecución (evitar visión utilitaria de los individuos); tramitar las quejas y las necesidades de la población adscrita y discutir las con el personal; conocer y valorar los acuerdos de servicios; generar oportunidades para la solución de problemas detectados en los servicios; y participar en la planificación y evaluación.

En definitiva se busca hacer efectiva la participación sin evadir la responsabilidad inalienable del Estado como garante de la salud de toda la población y evitando ser capturado por algún grupo de intereses.

15 Sustentados en el artículo 67 de la Ley 87-01 y en los artículos 14 y 15 del reglamento de redes.

4.7 Financiamiento y prestaciones que no están incluidas en el Plan Básico de Servicios de Salud

En este debate es importante resaltar que, aún cuando cambie la forma de financiar los servicios públicos de salud a través de un per cápita en el marco del sistema de seguridad social y aunque éste alcance la cobertura universal, la existencia de un Plan Básico de Servicios de Salud (PBS) plantea la posibilidad de la existencia de un conjunto de prestaciones que queden fuera del mismo y que el Estado tendrá la obligación de brindarlas.

El objetivo primordial del sistema será que el PBS sea lo suficientemente amplio para que no exista la necesidad de que las ARS oferten planes complementarios para coberturas de salud y que el Estado no tenga que financiar coberturas de prestación de servicios excluidos. Así la competencia entre aseguradoras estará fundamentada en la calidad de las prestaciones y en el confort que las diferencie. Sin embargo, se reconoce que las necesidades de salud son ilimitadas y que por el contrario, los recursos son limitados por lo que siempre existirá la necesidad de financiar prestaciones no cubiertas.

Para cubrir las mismas será necesario cuantificarlas y presupuestarlas en el marco de las redes públicas para que sean brindadas a la población, siempre en forma separada de las prestaciones de salud colectivas y de los servicios de rectoría del sistema.

Un elemento primordial para llegar a este objetivo será el de redefinir los roles institucionales y los mecanismos del sistema para evidenciar quienes no cumplan con sus funciones, dentro de esto se requerirá redefinir la función del veto.

4.8 El primer nivel de atención: ¿sustentabilidad del sistema?

El primer nivel de atención está establecido en el Artículo 152 de la Ley 87-01: “como puerta de entrada a la

red de servicios, con atención profesional básica a la población a su cargo, dotado de adecuada capacidad resolutive y centrado en la prevención, en el fomento de la salud, en acciones de vigilancia y en el seguimiento de pacientes especiales, que cubra las emergencias y la atención domiciliaria". Esta medida de diseño se plantea como una forma de contención de costos para la sostenibilidad financiera del mismo, al buscar abaratar los costos a través de servicios en el nivel primario.

Constituye una modalidad de abordaje de los problemas de salud, que hace un gran énfasis en las actividades preventivas y promocionales. Sin embargo, su correcta implementación conlleva un replanteamiento de la forma como tradicionalmente se ha concebido el primer nivel de atención en nuestro país, pensado y operado como una instancia de bajo nivel profesional y técnico y de escasa capacidad resolutive. De adoptarse este mandato de la Ley implicará una transformación que deberá iniciarse en los centros de estudios y formación de profesionales de la salud para extenderse a la lógica y a los espacios donde se producen la atención y los servicios.

El establecimiento de puerta de entrada ha generado muchas dificultades y problemas con los profesionales de salud, sobre todo con los especialistas, y con los dueños de establecimientos médicos privados los cuales se financian fundamentalmente con los servicios diagnósticos de imágenes y de laboratorios que prescriben los profesionales de la salud de las clínicas y que verían mermados si los servicios de primer nivel se sacan de estas.

El modelo de provisión de servicios de salud "Cerrado o Abierto" y dentro de este el primer nivel de atención, su significado en el sistema privado lucrativo de atención médica, sus costos y su impacto en la viabilidad financiera del régimen contributivo del seguro familiar de salud, los mecanismos de transferencia de recursos y sus implicaciones (per cápita o pago por actos), la cartera de servicios que deberá prestar y el tipo y cantidad de recursos humanos con que

deberá dotársele, son otras dimensiones del debate suscitado.

El significado del primer nivel de atención en el sistema público de salud ha sido menos debatido y, en consecuencia, se ha reflexionado y trabajado menos sobre sus implicaciones técnicas y financieras, en el contexto señalado de universalización de derechos y de aseguramiento.

En el modelo público la adscripción se realiza en base territorial de residencia de las personas, sin embargo, el Sistema de Seguridad Social ha definido una financiación en función de cómo las personas se insertan en el proceso productivo. Para un óptimo abordaje de la salud debería considerarse la adscripción territorial y desarrollar mecanismos de recuperación de fondos utilizados según nivel de financiamiento.

Para lograr estos propósitos de desarrollar un sistema público de salud efectivo, basado en derechos y aseguramiento universal, está la superación de la concentración de la atención en los establecimientos hospitalarios y superar el modelo de atención actual en el primer nivel de atención, para elevar su capacidad de resolución y de producir satisfacción en la población, ya que observamos una contradicción entre el discurso que promete que alrededor del 80% de la demanda de atenciones de salud pueden y deben ser resueltas en el primer nivel de atención y el discurso que nos plantea que el primer nivel de atención debe caracterizarse por personal de baja calificación y recursos limitados de diagnóstico y tratamiento.

La estrategia de Atención Primaria mejora el acceso de la población a los servicios de salud, reduce el gasto de bolsillo de los más pobres, disminuye la hospitalización, las emergencias y la atención especializada. Contribuye a la satisfacción de los usuarios, mejora rápidamente los indicadores de salud e integra fácilmente a las poblaciones.

Al nuevo modelo de atención a las personas le toca desarrollar formas organizativas y de funcionamiento que tiendan a proveer servicios de una manera más racional e

integral, tomando como punto de partida al individuo en su entorno familiar y comunitario, por tanto, los servicios de salud no pueden ser concebidos como el ámbito generador de la salud sino como el espacio principal para promover las condiciones generales de las personas y prevenir afecciones específicas por medio de evitar riesgos y daños a su integridad biológica, detectar y tratar tempranamente los daños a la salud y prevenir la discapacidad y la muerte. Implica construir un nuevo saber y una nueva práctica en salud. El primer nivel de atención no es igual a un médico general y ese nivel puede incluir tantas especialidades como se determine (ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía).

De asumirse la instalación y los compromisos del Primer Nivel de Atención, las principales implicaciones serían:

1. *Cambiar el modelo de atención*, tradicionalmente definido desde la perspectiva de aumento de la cobertura, por un modelo de atención basado en un compromiso con la calidad y la mayor capacidad de resolución que el país pueda soportar. Implica superar la concepción asistencialista, cuyas relaciones entre la población y los prestadores no se ha basado en derechos sino en la condición de menesterosos e indigentes, y ha prevalecido el financiamiento según presupuestos históricos, no vinculados a la producción de resultados de impacto ni a la producción. En el nuevo escenario, las relaciones pasan a estar basadas en derechos y el financiamiento de los establecimientos y servicios estarán cada vez más vinculados a la producción y a los resultados logrados.
2. *Repensar las formas de financiamiento para el primer nivel de atención*. La experiencia parece mostrar que en un contexto de aseguramiento universal, cuando el primer nivel de atención se financia exclusivamente por el pago de prestaciones, los resultados de impacto sobre todo en problemas prioritarios de salud pública tiende a ser afectado porque los prestadores se sienten más comprometidos con las atenciones in-

dividuales que les representan mayores beneficios, que con la protección de la población con intervenciones de promoción, prevención y control a nivel colectivo. Para asegurar el impacto de salud pública parece necesario un cierto grado de financiamiento por capitación ligado a resultados de impacto sobre la situación de salud de las poblaciones. Sin embargo, la experiencia también parecería mostrar que cuando en este tipo de contextos de aseguramiento universal, el financiamiento del primer nivel es exclusivamente por capitación, no se desarrollan suficientes estímulos para mejorar la productividad y para fortalecer la retención del personal calificado, el cual tiende a migrar hacia otras poblaciones y espacios de trabajo. Necesitamos, por lo tanto, si el contexto habrá de mantenerse, encontrar alguna forma de financiamiento del primer nivel que estimule las intervenciones de salud pública, al mismo tiempo que estimule la productividad y calidad de los servicios.

3. *La articulación entre las redes programáticas de salud colectiva y las redes de atención a las personas en el primer nivel de atención*, considerando que en el actual marco legal y reglamentario se establece que los servicios de atención a las personas deben ser descentralizados y administrativamente autónomos de la SESPAS. En la práctica estamos encontrando muchas dificultades para avanzar en estos procesos de articulación y los más sacrificados parecerían ser los programas de promoción y prevención. Necesitamos encontrar una cierta visión del primer nivel de atención que nos permita reforzar su carácter integral y hacerlo menos dependiente de la racionalidad de la atención clínica hospitalaria.
4. *Municipalización del primer nivel de atención*, se podrían crear condiciones para una mejor articulación entre la salud pública y la atención restaurativa a

nivel local. Permitiría además asumir una base poblacional para cada sistema primario municipal y local. Sin embargo, esto presupone repensar el papel de las municipalidades y su eventual articulación en el sistema público de salud, bajo la rectoría de la SESPAS, conjuntamente con asegurar los mecanismos de financiamiento adecuados.

5. *Perfil de los recursos humanos necesarios*, para elevar la capacidad de resolución en el primer nivel del sistema público, se apuesta a los especialistas en medicina familiar y comunitaria, sobre una base poblacional predeterminada, es decir, un médico y su equipo por un número de familias, como ha sido establecido en varios otros países con buenos resultados, sobre todo cuando se complementa con redes de apoyo con otras especialidades y mayores medios. Sin embargo, si asumimos este modelo, la necesidad de este tipo de personal, en un contexto de universalización, supera con mucho la disponibilidad de los mismos en el país. Necesitaríamos por tanto aplicar estrategias innovadoras de formación y capacitación aceleradas, y probablemente algunas estrategias de transición que nos permitan ir perfilando otros especialistas y atraer más y mejores candidatos para la medicina familiar y comunitaria. Probablemente necesitaremos además redefinir los perfiles de formación y de trabajo de estos especialistas y las formas de contratación y de gestión de su carrera profesional en el sistema público de salud, para asegurar su mayor estabilidad y desarrollo progresivo.
6. *Redefinir la disponibilidad de recursos diagnósticos y de atención en el primer nivel*, particularmente relevante en nuestro caso es la accesibilidad a medicamentos básicos. Nos plantea desafíos en cuanto a la necesidad de repensar el cuadro básico, desde esta perspectiva de calidad y capacidad resolutoria en el primer nivel, pero sobre todo nos plantea la

necesidad de desarrollar estrategias institucionales que garanticen la disponibilidad y accesibilidad de estos medicamentos en forma continua y con calidad, costos y precios razonables. Probablemente esto significará un reforzamiento de las estrategias de desarrollo institucional de PROMESE/CAL, y de sus formas de articulación con el sistema público de salud. Una consideración similar debe ser hecha sobre los medios diagnósticos y de atención, laboratorios, imágenes, bancos de sangre y otros, vinculados a la capacidad de resolución y de satisfacción de la población en el primer nivel. Probablemente necesitamos repensar las estrategias organizativas y de desarrollo, asumiendo forma de redes, que nos permitan dentro de costos razonables asegurar la disponibilidad y accesibilidad a estos medios en el primer nivel de atención.

7. *Participación y apoderamiento de la población*, todos estos desafíos implican cambios estructurales de fondo en el sistema de salud, pero es muy difícil lograr cambios de fondo si no se generan nuevos espacios de poder en el seno del mismo, en los cuales la población organizada pueda no solo demandar sus derechos, sino participar activamente en la gestión y sobre todo en el monitoreo y en la fiscalización del desempeño del sistema. Esto, que es relevante para todo el sistema público de salud, lo es mucho más para el primer nivel de atención. Sin una población más apoderada de sus derechos y con más espacios de participación en el sistema de salud, será muy difícil superar las dificultades que emergen de los grandes intereses que se expresan a la hora de tomar decisiones sobre el sistema de salud y el de seguridad social. Necesitamos encontrar las estrategias que nos conduzcan a fortalecer este apoderamiento social y al mismo tiempo desarrollar espacios de participación real, sin afectar la producción y pro-

ductividad de los establecimientos, servicios y programas.

Necesitamos fortalecer las organizaciones sociales, la conciencia y las capacidades ciudadanas sobre sus derechos a la salud y seguridad social, así como a participar. *Es decir necesitamos fortalecer la calidad de nuestra ciudadanía.*

4.9 El IDSS en este nuevo contexto de red de servicios públicos

La ley 87-01 redefine el rol del IDSS con un mandato expreso a crear áreas separadas para gestionar los servicios de administración de riesgos de la salud¹⁶, la proveedora de servicios¹⁷, la administradora de riesgos laborales¹⁸ (monopólica en el mercado) y las estancias infantiles¹⁹.

El IDSS es dirigido por un Consejo Directivo²⁰ establecido por ley que está integrado por representantes laborales, empresariales y gubernamentales. El mismo se reserva todas las decisiones de importancia, incluyendo las compras de más de RD\$100,000, así como todo lo relativo al personal (reclutamiento, promoción, sanción, destitución y concesión de jubilaciones).

4.9.1 La viabilidad del IDSS dependerá:

- Su capacidad para incorporar a los dependientes de los afiliados

16 Parece ser financieramente auto sostenible, y cuya viabilidad dependerá mucho de la calidad de los servicios que ofrezca la PSS.

17 Con graves problemas gerenciales y financieros.

18 En la actualidad es la única área que opera con cierta autonomía, probablemente debido a que es la que goza de fondos separados. Posee ingresos superiores a sus gastos probablemente por la falta de demanda de servicios de parte de los trabajadores.

19 Con existencia poco más que formal, pero a la cual la Ley le asigna una fuerte responsabilidad social.

20 El nivel gerencial tiene limitadas libertades para manejar al personal y adquirir los bienes y los servicios necesarios para el buen funcionamiento de sus organismos.

- Transformación de su Consejo Directivo en una junta de dirección de carácter estratégico y no operativo
- El desprendimiento de su PSS para integrar las Redes públicas
- Mejorar los mecanismos de servicios de la ARL para brindar mayor cobertura
- Identificar fuentes de financiación de las estancias infantiles
- Crear paquetes competitivos de su ARS

BIBLIOGRAFÍA

CESDEM, SESPAS, CERSS. *Encuesta Demográfica y de Salud: ENDESA 2002*. Santo Domingo, 2003.

García, Maritza. *Avances, obstáculos y desafíos de la reforma del sistema de protección social en salud en República Dominicana*, junio de 2006.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Situación de salud de las américas. Indicadores básicos 2005*.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre el Desarrollo Humano 1990-2004*.

Severino, Fulgencio. *Sistema Dominicano de Seguridad Social. Rostro de la anhelada protección social. Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud PROSISA*. Santo Domingo, julio de 2005.

República Dominicana. SESPAS/PROSISA. *Una Reforma para estar en Salud*. Santo Domingo, 2004.

_____. *Servicios regionales de salud*. Santo Domingo, 2004.

República Dominicana. Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN). *Estrategia para la reducción de la po-*

breza en la República Dominicana 2004-2015. Santo Domingo, 2003.

_____. SESPAS. *Ley No. 42-01. Ley General de Salud. Santo Domingo, 2001.*

_____. SESPAS. *Análisis de situación de salud de la República Dominicana 2003. Santo Domingo, 2003.*

_____. SESPAS-CERSS-CEGES. *Plan Decenal de Salud 2008-2015.*

_____. SET. *Ley No. 87-01 sobre Sistema Dominicano de Seguridad Social. Santo Domingo, 2001.*

Tobar, Federico. *Consultoría internacional para la definición de metodología y procedimientos para la planificación de las necesidades de medicamentos en los servicios regionales de salud. Junio 2007.*

Vilaça Mendes, Eugênio/Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais. *Un modelo de las redes de atención en salud, mayo de 2007.*

Anexo 1

Dispositivos legales que amparan la decisión

Artículo 11 de la Ley No. 42-01

El Sistema Nacional de Salud se regirá por los siguientes principios y objetivos: a) Universalidad, b) Solidaridad, c) Equidad, d) Eficiencia, e) Eficacia, f) Integralidad y g) Cooperación.

Artículo 12 literales a) de la Ley No. 42-01

Promover y desarrollar las estrategias de descentralización y desconcentración con los propósitos de acercarse de forma creciente a individuos, familias y comunidades.

Artículo 12 literal c) de la Ley No.42-01

Promover gradualmente la Separación de Funciones de regulación, Provisión de servicios, financiamiento y supervisión.

Artículo 167 literal d) y e) ley 87-01

Con el propósito de fortalecer la red pública de salud y de lograr niveles adecuados de calidad, satisfacción, oportunidad, eficiencia y productividad, durante el período de transición, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) deberán realizar las siguientes reformas:

- Separación de la responsabilidad de regulación, dirección y supervisión de las funciones de administración del riesgo y provisión de los servicios de salud;
- Implantación de modalidades de asignación de las partidas para el “cuidado de la salud de las personas” de acuerdo a la cobertura real y al logro de metas institucionales definidas en los compromisos de gestión de las unidades de Salud.

Decreto No. 635-03

Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud

Decreto No. 1137-0

Reglamento de Provisión de las Redes de los Servicios Públicos de Salud

Decreto No. 738-03

Reglamento sobre los Regímenes de Contratación de la SESPAS para la Provisión de los Servicios de Salud Pública

Artículo 12 Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud

Todo Servicio Regional de Salud debe ser habilitado por la SESPAS como PSS pública, en el contexto del Sistema Dominicano de Seguridad Social

Artículo 48 Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud. Y artículo 160 de la ley 87-01

Plantea la creación de Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) como estructuras autónomas (una vez cumplan los requisitos establecidos en las leyes y reglamentos) descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica

Decreto No. 635-03 Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud

Los Servicios Regionales de Salud, deben estar conformados por *tres niveles asistenciales* expresamente definidos, y un sistema de referencia y contrarreferencia, que integrará los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada

Artículo 49 Decreto No. 635-03 Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud

Instaura la figura del *Servicio Nacional de Salud*, como una instancia de alcance nacional con carácter transitorio, para la coordinación, cooperación y solidaridad, así como intercambio, socialización y sistematización de experiencias, de interés y funcionamiento público,

Artículo 8 del Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud

La gestión de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud será desarrollada por los órganos centrales de la SESPAS y por sus expresiones territoriales desconcentradas, de nivel regional, provincial y municipal, según se exprese su desarrollo institucional y de acuerdo a lo prescrito en los artículos 11, 12, 13 y 14 de la Ley General de Salud

Artículo 5 del Decreto No. 1137-03

La finalidad de la organización de la provisión de servicios de salud en Redes Públicas es permitir la articulación y vinculación de sus componentes para potencializar los recursos de que disponen para satisfacer las necesidades de las poblaciones adscritas

Artículo 21 del Decreto No. 1137-03

La dirección de cada Red pública de servicios de salud de atención a las personas definirá Convenios o

Contratos de Gestión con los Establecimientos de salud con Servicios Especializados, sobre la base de ir organizando la prestación de servicios individuales de salud especializados en función de criterios de accesibilidad, producción y adecuación de los recursos

Artículo 55 del Decreto No. 1137-03

En el caso de que el SRS requiera complementar su oferta, el orden de prioridad para la contratación de otros proveedores será el que sigue: a) con otra proveedora regional pública, b) con organizaciones no gubernamentales con fondos públicos, c) con organizaciones no gubernamentales, d) con organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, e) con el sector privado existente en su territorio y, f) por ultimo con los proveedores privados fuera de la región.

Artículo 54 del Decreto No. 1137-03

La oferta de los SRS debe estar dirigida a suplir la demanda del SENASA a través de convenios de gestión respectivos. En el caso de que exista una oferta superior a la demanda contratada por el SENASA, el SRS podrá realizar convenios con otras ARS públicas y privadas o con otros proveedores públicos y privados.

IV.

FINANCIACIÓN PÚBLICA DEL SECTOR
SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN
SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA:
ANTES Y DESPUÉS DE LA REFORMA

Jeffrey Lizardo

1. INTRODUCCIÓN

Independientemente del modelo de atención a la salud que analicemos, la financiación es un elemento crítico para garantizar más y mejores resultados en salud. Esta puede ser de origen público o privado, pero el peso relativo de uno o del otro va a determinar qué tan solidario, equitativo y sostenible en el tiempo sea dicho sistema de salud¹. En este sentido, la financiación pública es importante porque garantiza el acceso universal de calidad y oportuna, impulsa la protección social en salud y ayuda a enfrentar las crecientes necesidades y presión de costos del sector salud. Sobre este último aspecto, las transiciones demográficas y epidemiológicas que viven nuestros países apuntan hacia un incremento del gasto de salud².

La profundización de la protección social en salud en la República Dominicana es un reto de gran envergadura. Implica enfrentar el alto gasto de bolsillo de los hogares y crear las bases para la protección financiera de los mismos, en particular ante eventos catastróficos. La reforma de la ley general de salud y la que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social del año 2001, buscan impulsar la protección social en salud como garantía de derecho ciudadano.

Es en este marco en donde se inscribe el presente trabajo. El objetivo central es analizar el financiamiento público del sector salud y la seguridad social en salud en la República Dominicana antes y después de la reforma, así como los desafíos y propuestas de políticas de corto y mediano plazo. Analizar el financiamiento público a la salud en el país implica tomar en cuenta el gasto público en seguridad social en salud. A este respecto, a lo largo de este trabajo se toma en cuenta tanto el gasto en la función salud, así como el gasto en la función seguridad social, exceptuando

1 CEPAL. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile: CEPAL, 2006.

2 Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. *Informe sobre la pobreza en la República Dominicana: logrando un crecimiento económico que beneficie a los pobres*. Washington, 2006.

de este último el gasto relacionado a las pensiones y riesgos laborales.

El trabajo inicia con una caracterización del financiamiento del gasto nacional de salud, vinculando el alto gasto de bolsillo de los hogares dominicanos al bajo financiamiento público en salud, así como a la baja cobertura de seguros de salud en el país. Continúa con un análisis del impacto de la reformas de salud y seguridad social en la manera de cómo se origina y asigna el financiamiento público hacia el sector, destacando los nuevos flujos financieros en el sistema nacional de salud. A seguidas se realiza un análisis sobre qué ha cambiado en el financiamiento comparando la situación antes y después de la reforma.

Para ello se toman como períodos de comparación los años 2002 y 2007-2008. Finalizando el trabajo se destacan tres grandes desafíos y algunas propuestas de políticas en los siguientes ámbitos: aumento del financiamiento público hacia el sector, mejoramiento del manejo de riesgo en la seguridad social en salud, y, por último, el análisis del mecanismo de pago como opción para mejorar la eficiencia y efectividad del gasto público en salud y seguridad social en salud en la República Dominicana.

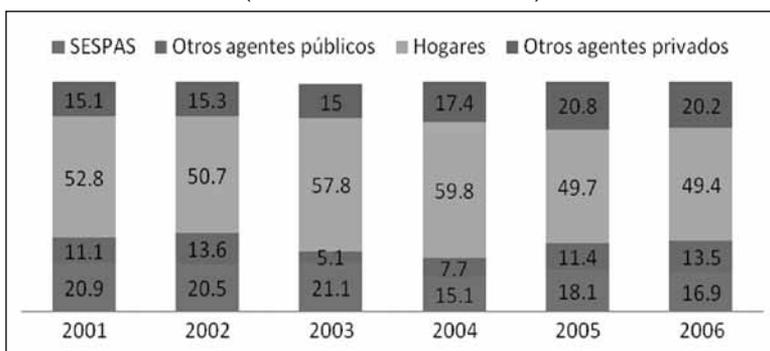
2. EL FINANCIAMIENTO DEL GASTO NACIONAL EN SALUD

El gasto nacional en salud se ha estimado en 6.7% del PIB en promedio para el período 2001-2006³. El mismo descansa principalmente en las fuentes privadas (71% promedio para el período) en comparación con las fuentes públicas (29% promedio). Indudablemente que el bajo financiamiento público en salud disminuye el impacto redistributivo en salud, seguridad social y protección financiera de los hogares. Siendo el gasto de bolsillo de los hogares el mecanis-

3 República Dominicana, SESPAS, *Plan Decenal de Salud 2006-2015. Un acuerdo nacional por la excelencia en salud*. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.

mo más inequitativo de financiamiento en el sector salud, es el que tiene mayor participación en el país. Tal como se observa en el gráfico 1, para el año 2006, el 49.4% del gasto nacional en salud fue aportado por los hogares, seguido de 20.2% por SESPAS, el 16.9% por otros agentes privados y 13.5% por otros agentes públicos. Adicionalmente, con la crisis económica de los años 2003-2004, los hogares fueron los menos protegidos y los que tuvieron que asumir la carga ante la disminución del financiamiento público y el de otros agentes privados. En esos dos años, el gasto nacional de salud fue financiado en casi un 60% por los hogares.

Gráfico 1
Gasto Nacional en Salud 2001-2006
(Distribución Porcentual)



Fuente: SESPAS. *Plan Decenal de Salud en base a proyecciones realizadas por la Fundación Plenitud*. 2008.

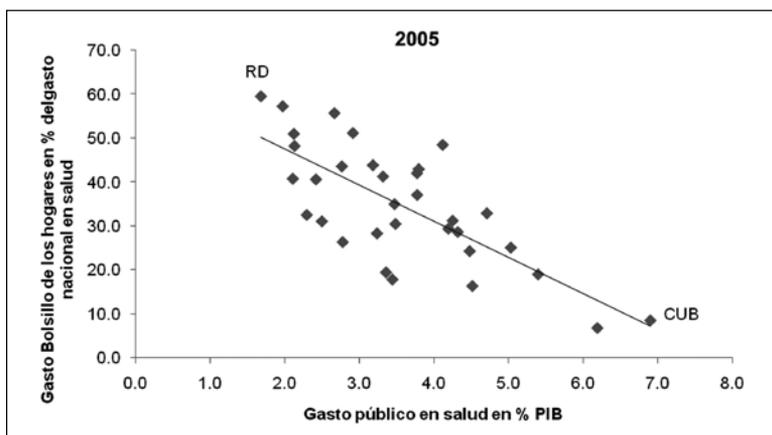
Estimaciones realizadas sobre la regresividad del gasto de bolsillo evidencian el hecho de que el quintil más pobre gasta mucho más que los quintiles menos pobres. Para el año 2002, se estimó que un hogar perteneciente al quintil más pobre destinó 106% de su ingreso mensual en consultas ambulatorias y hospitalizaciones frente al 2% que destinaron los hogares del quintil más rico⁴.

4 Bitrán y Asociados. *Línea de base de indicadores de impacto de REDSALUD II-República Dominicana*. Santo Domingo, 2006.

Las últimas comparaciones internacionales sobre el gasto de bolsillo de los hogares y el gasto público en salud ubican a la República Dominicana en el peor lugar en toda América Latina y el Caribe. Estas dos variables están muy correlacionadas. Existe una clara tendencia de que aquellos países que gastan poco en salud, son los que descansan mayormente en el financiamiento de los hogares como la República Dominicana. En el gráfico 2 se observa que en el otro extremo está Cuba como el país que más gasta en salud y uno de los de menor gasto de bolsillo de los hogares.

Gráfico 2

América Latina y el Caribe: Gasto público en salud y gasto de bolsillo de los hogares en % del gasto nacional en salud, 2005



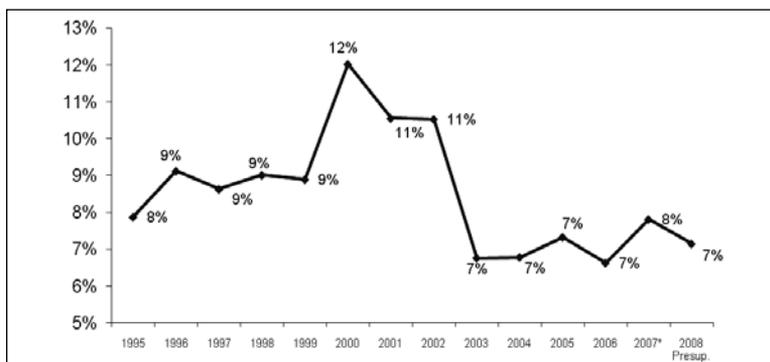
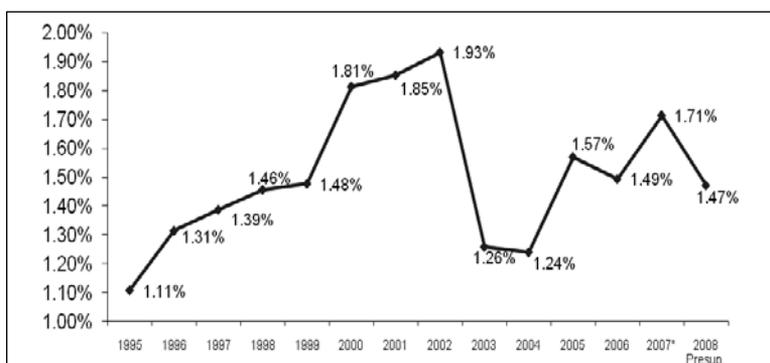
Fuente: WHO, 2008

Dos razones principales explican el alto gasto de los bolsillos de los hogares: el bajo financiamiento público en salud y la reducida cobertura de aseguramiento en la población en el país.

El financiamiento público en salud se refleja en las características de la oferta de salud pública en el país (infraestructura, recursos humanos, equipamiento e insumos). Los gráficos 3 y 4 muestran el comportamiento del gasto público en la función salud (excluyendo seguridad social) para el

período 1995-2008. Además de ser un gasto muy bajo para los estándares internacionales, es muy volátil e inestable. Refleja una prioridad decreciente en el gasto total, lo que podría explicarse parcialmente por el cambio en la asignación de recursos en el sector a través del gasto en seguridad social en salud. Más adelante se demostrará que ese no es el hecho. La reducción del gasto social en salud desde el 2000 es un producto de los cambios en la prioridad del gasto total, en particular, a partir de la crisis económica de los años 2003 y 2004, la cual comprometió fiscalmente al Gobierno Central para los próximos años.

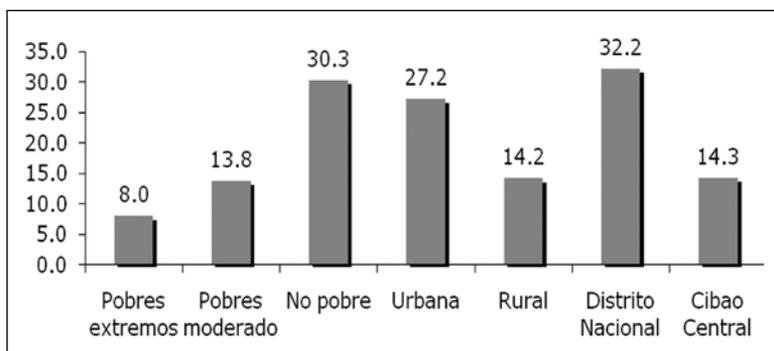
Gráficos 3 y 4
Gasto público en la función salud como % del PIB
y % del gasto total (1995-2008*)



*El dato 2008 es presupuestado
Fuente: DIGEPRES.

El aseguramiento de la población también ha sido tradicionalmente bajo en el país. Situándose en 22.5% de la población total en el 2004, año en la que prácticamente no se había iniciado el seguro familiar de salud tal como lo establecía la ley 87-0. La ausencia de protección ante las enfermedades afectaba a los más pobres, evidenciándose grandes disparidades territoriales y ocupacionales. Los seguros corporativos beneficiaban a los trabajadores en el sector formal y en muchos casos solo a sus titulares. Por ejemplo, para ese mismo año, mientras el 25.3% de la población de 15 a 64 años tenía seguro de salud, sólo el 18.0% y 19.4% de la población de 0 a 14 años y 65 años y más respectivamente, estaba protegida por un seguro de salud.

Gráfico 5
% población asegurada según nivel de pobreza,
zona de residencia y regiones, 2004



Fuente: SEEPyD, *Ob Cit*

3. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD Y EL FINANCIAMIENTO EN SALUD

Las recientes reformas de la ley general de salud (42-01) y de seguridad social (87-01) introducen cambios significativos en el tema del financiamiento (origen y distribución) del gasto nacional en salud. Se pueden identificar tres cambios fundamentales:

- a) Establecimiento del aseguramiento universal en salud como obligatorio con un paquete único de servicios de salud para toda la población en base a garantías de derecho y financiado por recursos públicos y cotizaciones de las empresas y trabajadores.
- b) Reordenamiento, organización y racionalización en la asignación de recursos en el sector salud con dos características fundamentales: centralización en el recaudo y la dispersión de recursos y nuevas formas de asignar recursos en el sector (capitación).
- c) Separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios.

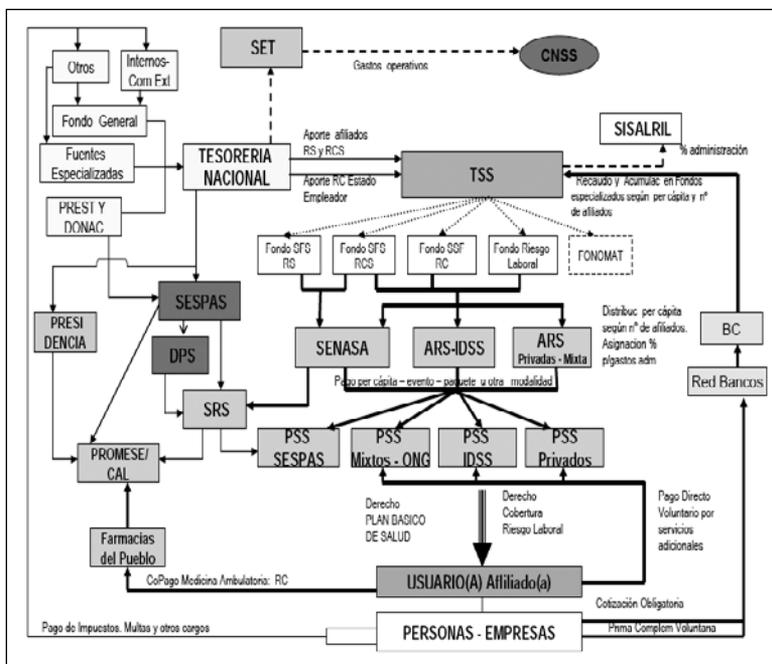
La reforma establece que para el 2011 toda la población dominicana estará afiliada al seguro familiar de salud por lo que la población se divide en tres grupos según de su capacidad contributiva. La población sin capacidad contributiva será financiada por el Estado, la población ocupada asalariada y sus dependientes por las cotizaciones de las empresas y trabajadores; y la población ocupada sin empleador y sus dependientes serán financiadas por sus cotizaciones así como un subsidio parcial del Estado. El seguro familiar de salud ofertará un paquete estándar de servicios llamado Plan Básico de Salud y que tendrá un costo por persona anual. En este modelo de aseguramiento con la participación de Administradoras de Riesgos de Salud públicas y privadas, cada administradora recibirá el monto del cápita por cada afiliado. Con este monto tendrá que asegurarle el Plan Básico de Salud.

Este nuevo mecanismo de asignación de recursos implica un reordenamiento del financiamiento en el sector tal como se expresa en el gráfico 6⁵. La Tesorería de la Seguridad Social recibe los diferentes fondos que los agrupa

5 Maritza García. *Avances, obstáculos y desafíos de la reforma del sistema de protección social en salud en República Dominicana. Función financiamiento*. Informe preparado para el Banco Mundial y la CERSS. Santo Domingo, 2006.

por régimen y los dispersa a las diferentes administradoras de riesgo de salud.

Gráfico 6
Sistema de protección social en salud: Relaciones financieras.
Visión de largo plazo



Fuente: Maritza García, *Avances, obstáculos y desafíos de la reforma del sistema de protección social en salud en República Dominicana. Función financiamiento*. Informe preparado para el Banco Mundial y la CERSS. Santo Domingo, República Dominicana. 2006.

La función de aseguramiento en el sector no es la única. Serán fundamentales las funciones de rectoría y prestación de servicios de salud colectiva a cargo de la SESPAS. Para ello el Estado transferirá los recursos directamente a la Secretaría.

Los cambios sustanciales en el financiamiento público hacia el sector salud se pueden resumir en los siguientes aspectos:

- a) Para la provisión de servicios de salud el Estado deberá asignar un monto per cápita fijo por la población potencial sin capacidad contributiva a ser cubierta. Estos recursos van a la Tesorería de la Seguridad Social quien los distribuye a la Administradora Pública, el Seguro Nacional de Salud (SENASA).
- b) Lo anterior implica que el financiamiento a los servicios de atención a la persona por la vía de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) tendrán que reducirse paulatinamente hasta que se alcance el aseguramiento universal de la población que demanda servicios de salud públicos.
- c) Del mismo modo, deberán reducirse las transferencias a otras instituciones que ofrecen servicios de salud (por ejemplo las transferencias a los patronatos).
- d) Las administradoras de riesgos de salud, en este caso, la pública, comprara los servicios de salud para sus afiliados a los establecimientos públicos. Es de esta manera que los hospitales y otros establecimientos públicos recibirán el grueso de recursos para su operación. Nuevos mecanismos de compra y contratación de servicios automáticamente se activan con esta nueva modalidad.
- e) El Estado asume algunos costos adicionales como el de la burocracia de la nueva seguridad social y como empleador, la cotización de los empleados públicos.
- f) El financiamiento a la SESPAS deberá enfocarse en los servicios de rectoría, proyectos especiales y los programas de salud colectiva. Deberían eliminarse los programas de asistencia social.
- g) La Central de Apoyo Logístico para la compra de medicamentos y suministros médicos PROMESE-CAL deberá ser fortalecida por los nuevos mecanismos de compra en el sector, tema que será abordado más adelante.

4. EL FINANCIAMIENTO PÚBLICO EN SALUD: ANTES Y DESPUÉS DE LA REFORMA

Con la entrada en vigencia de las leyes general de salud y la que crea el nuevo sistema dominicano de seguridad social en mayo de 2001 se introducen cambios importantes en la asignación de recursos en el sector, tal como ha sido detallado en la sección anterior. Una manera de medir esos cambios esperados a los 7 años de la reforma es comparar el gasto en la función salud y en seguridad social en salud antes y después de la reforma.

El cuadro 1 presenta la estructura del gasto presupuestado para los años 2002 y 2008. Se evidencian algunos cambios positivos, pero en sentido general, los avances son limitados. Entre los cambios de cara a la implementación de la reforma se cuentan:

- a) Disminución del peso relativo de la función salud de 90% a 80%, incrementándose el peso de la función seguridad social en salud. Tal como lo prevé la ley, con el nuevo mecanismo de capitación, esta última función deberá tener un mayor peso en la medida de que se expanda la afiliación de la población sin capacidad contributiva.
- b) Aumento del financiamiento hacia la Salud Colectiva de 3% a 9%. Este dato podría estar distorsionado porque en el presupuesto del 2008 se incluye en salud colectiva las transferencias a COPRESIDA.
- c) Disminución del peso relativo de las transferencias ubicadas en el renglón otros en la función salud. Se refiere a las transferencias a ONGs y Patronatos. Como cambian los mecanismos de compra de servicios de salud en el sector, las transferencias directas a estas instituciones deben disminuir.
- d) Dentro de la función de seguridad social en salud, aumento del gasto en afiliación de la población pobre al seguro familiar de salud, representando el

10% del total. Este aspecto se abordará con mayores detalles más adelante.

Sin embargo, resulta contraproducente que:

- a) Las actividades centrales de SESPAS que incluye la rectoría del sistema nacional de salud baje su participación en el gasto total en las funciones de salud y seguridad social en salud, al pasar de 29% a 9%.
- b) Según lo presupuestado, las actividades de atención a las personas de SESPAS haya aumentado su participación de 34% en el 2002 a 46% en el 2008. Tal como se ha explicado, se esperaba que esta participación disminuyera paulatinamente con el aumento de la población afiliada al seguro familiar de salud.
- c) Se mantenga la participación porcentual de las transferencias al IDSS cuando ya para el 2008 se esperaba que se completara su reestructuración interna tal como lo establece la ley 87-01 en el artículo 168.

El gráfico 7 muestra de manera sistematizada la distribución programática de SESPAS para el período 2004-2008, evidenciándose lo que se mencionó anteriormente: a ocho años de la aprobación de la reforma, la estructura programática de SESPAS no ha cambiado. El peso dentro de la SESPAS de los programas de salud colectiva disminuye en comparación con los años 2004-2005. Esto se puede explicar porque este programa se protegió financieramente como condición de un préstamo de apoyo presupuestario con el Banco Interamericano de Desarrollo. Las actividades centrales y de rectoría mantienen su participación en la institución, al igual que la asistencia social. Mientras, el peso de los programas de atención a la salud de las personas se mantiene, representando casi las tres cuartas partes del presupuesto de SESPAS. En el cuadro 2 se observa que las transferencias a los hospitales se han incrementado en términos reales, aún cuando la afiliación al seguro familiar de salud en el Régimen Subsidiado se incrementa. En el período 2004-2008

Cuadro 1
Distribución del gasto en la función salud
y de seguridad social en salud. 2002 y presupuestado 2008

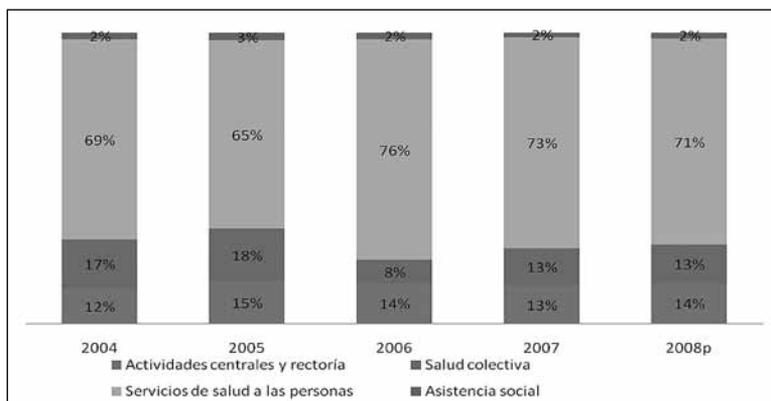
PARTIDAS	2002			2008 presupuestado		
	RD\$ millo- nes	En % PIB	Dist. %	RD\$ millo- nes	En % PIB	Dist. %
SESPAS Actividad Central	2,528	0.63%	29%	2,243	0.17%	9%
SESPAS Atención a las personas	2,908	0.72%	34%	11,460	0.85%	46%
SESPAS Salud Colectiva	241	0.06%	3%	2,169	0.16%	9%
SESPAS Asistencia Social	256	0.06%	3%	340	0.03%	1%
Transferencias IDSS	379	0.09%	4%	945	0.07%	4%
PROMESE-CAL	367	0.09%	4%	1,378	0.10%	6%
Otros	1,098	0.27%	13%	1,326	0.10%	5%
TOTAL Función SALUD	7,777	1.93%	90%	19,861	1.47%	80%
SFS Régimen Subsidiado	40	0.01%	0%	2,404	0.18%	10%
Aportes Estado como Empleador*	800	0.20%	9%	2,122	0.16%	9%
Burocracia Seguridad Social Salud	31	0.01%	0%	510	0.04%	2%
TOTAL Función SEG. SOCIAL SALUD	871	0.22%	10%	5,036	0.37%	20%
TOTAL SALUD Y SS EN SALUD	8,648	2.15%	100%	24,897	1.84%	100%

*Estimaciones del autor a partir información DIGEPRES.

Fuente: DIGEPRES.

las transferencias a los hospitales (fondos reponibles) se han incrementado en un 77% en términos reales mientras la cobertura de la población afiliada en el Régimen Subsidiado pasó de 0.7% de la población total del país en el año 2004 a 15.8% en el 2008.

Gráfico 7
Distribución programática del gasto de SESPAS
(2004-2007 y 2008pres)



Fuente: Elaborado con datos de DIGEPRES

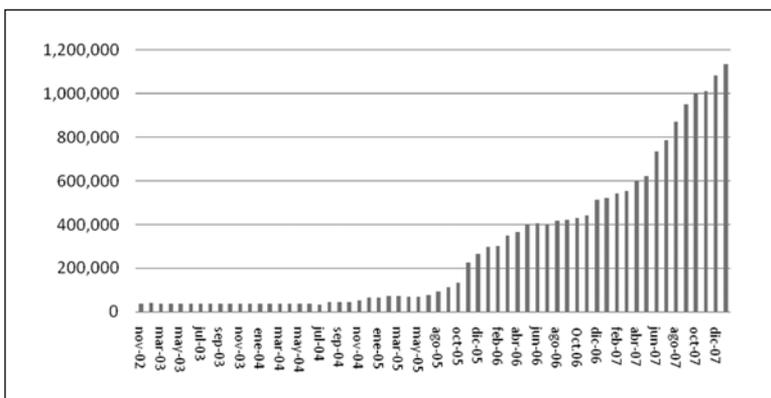
Cuadro 2
Monto asignado a los hospitales (fondo reponible) y
población afiliada al SRS-RC

Años	Fondo reponible hospitales (En RD\$)	Fondo reponible hospitales (En RD\$ constantes de 2007)	Población afiliada SFS-RS en % de la población total
2004	766,567,066.32	911,934,047.70	0.7%
2005	968,420,445.00	1,105,748,448.61	2.9%
2006	1,114,473,407.50	1,182,946,099.94	5.6%
2007	1,531,250,000.00	1,531,250,000.00	11.6%
2008 pres	1,714,584,000.00	1,617,532,075.47	15.8%

Fuente: SESPAS

Un elemento de importancia en el financiamiento público hacia el sector salud es la afiliación de la población subsidiada al seguro familiar de salud. Después de dos años estancados, la afiliación cobra fuerza, en particular a partir del segundo semestre del año 2005. Los datos ya evidencian un fuerte impulso del aumento de cobertura de la población total del país con seguro de salud de un 21% en el año 2002 a un 27% en 2007⁶. Este aumento se atribuye particularmente a la afiliación en el Régimen Subsidiado de la Seguridad Social. El gráfico 8 muestra que los mecanismos de focalización para la identificación de la población afiliada al Seguro Familiar de Salud en el Régimen Subsidiado están funcionando. El 79% de la población afiliada al SENASA pertenecen al 40% de la población más pobre del país.

Gráfico 8
Afiliación SFS en el régimen subsidiado
(Biv, 2002- mayo 2008)

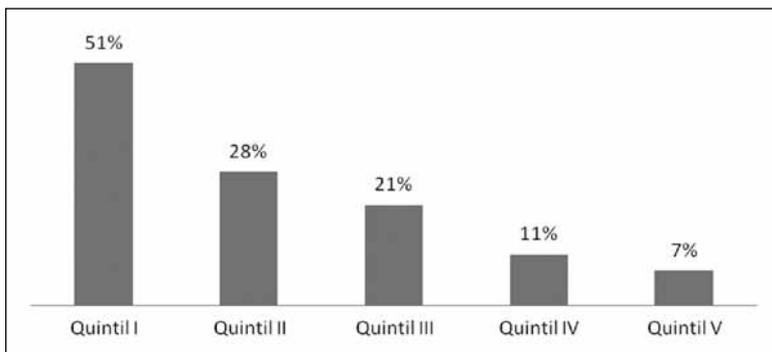


Fuente: Tesorería de la Seguridad Social y Endesa 2007.

La afiliación de la población pobre al Régimen Subsidiado mejora el gasto público en salud. El gráfico 10 muestra la evolución del gasto en salud como porcentaje del PIB con y sin seguro familiar de salud. Con el tiempo esta

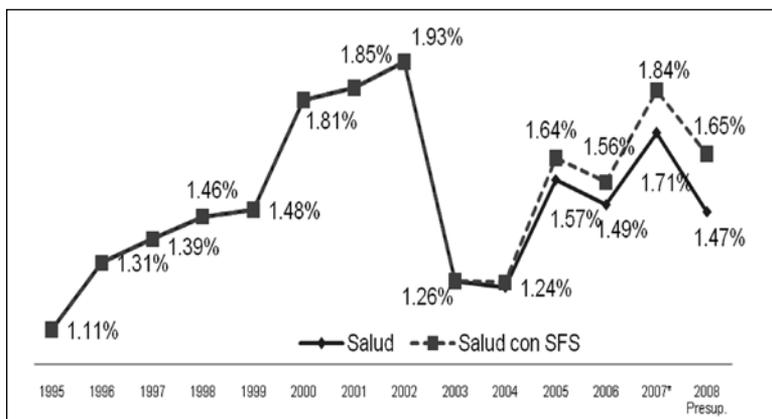
6 CESDEM, *Ob. cit.*

Gráfico 9
Población afiliada al SENASA por quintiles de ingreso, 2007



brecha seguirá incrementándose. En el año 2003 se presupuestó 60.6 millones de pesos para el Régimen Subsidiado de la Seguridad Social, monto que alcanza 2,403.7 millones de pesos en el 2008. Esta suma ha permitido el ensayo de nuevos mecanismos de compra en el sector (relación SENASA-Servicios Regionales de Salud), transfiriendo recursos a los establecimientos de salud.

Gráfico 10
Gasto en salud como porcentaje del PIB



Fuente: DIGEPRES.

5. LOS DESAFÍOS EN EL CORTO Y MEDIANO PLAZO

En términos de financiamiento público del sector salud y la seguridad social en salud para los próximos años se pueden identificar tres grandes retos: a) la canalización de más recursos hacia el sector mediante múltiples mecanismos y fuentes, garantizando una mayor cobertura y sostenibilidad de las reformas en curso; b) hacer más equitativo, solidario y eficiente el manejo de riesgo en un contexto en el que el modelo de aseguramiento genera incentivos para la exclusión y mayor gasto de salud por parte de los usuarios; y c) profundizar las reformas en la gestión de los servicios de salud, con énfasis en un modelo de compra más eficiente y menos fragmentado.

5.1 Más financiamiento hacia el sector salud: cotizaciones versus financiamiento público

El flujo de recursos públicos crecientes y estables hacia el sector salud y la seguridad social en salud representa un desafío trascendental para países como la República Dominicana que se ha caracterizado con un bajo nivel de financiamiento público en comparación con los estándares internacionales y para el nivel de ingreso per cápita del país⁷. Esta no es una tarea fácil. Recientes evaluaciones de las reformas del sector salud en América Latina apuntan a dicha dificultad, por lo que los sistemas de salud dependen cada vez más de las cotizaciones obligatorias o voluntarias de empleadores y trabajadores⁸.

Como trasfondo de este reto está la discusión sobre la fuente de financiamiento hacia el sector: público Vs. cotiza-

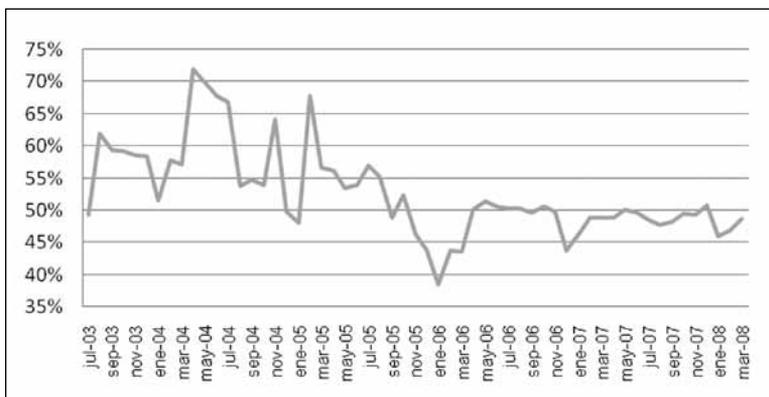
7 PNUD. *Informe Nacional de Desarrollo Humano. República Dominicana 2005*. Santo Domingo: PNUD, 2005.

8 Sonia Fleury. "¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia". En Carlos Gerardo Molina y José Núñez del Arco (Editores). *Servicios de Salud en América Latina y Asia*. Banco Interamericano de Desarrollo. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Washington, 2003.

ciones. Evidentemente que las fuentes privadas, en particular, el gasto de bolsillo de los propios hogares representa una fuente totalmente inequitativa, por lo que no se considera en la discusión. El financiamiento público a través de los ingresos corrientes de los gobiernos tiene sus limitaciones tomando en cuenta las crecientes demandas ciudadanas y déficits en otras áreas que deben ser asumidas por el Estado. Aunque la salud es un derecho fundamental la ciudadanía y está garantizado usualmente en las leyes y constituciones de los países, la canalización de recursos públicos no necesariamente es una prioridad en las políticas públicas. Por su parte, las cotizaciones en un modelo de aseguramiento como el dominicano tienen sus limitaciones en el mismo mercado de trabajo. La cotización puede descansar en las empresas, en los trabajadores o en ambos. La capacidad contributiva de la población va a estar determinada por las características de inserción en el mercado laboral y usualmente son los trabajadores asalariados y aquellos informales con ingresos estables y por encima de la mediana nacional los que tienen mayores oportunidades de cotizar.

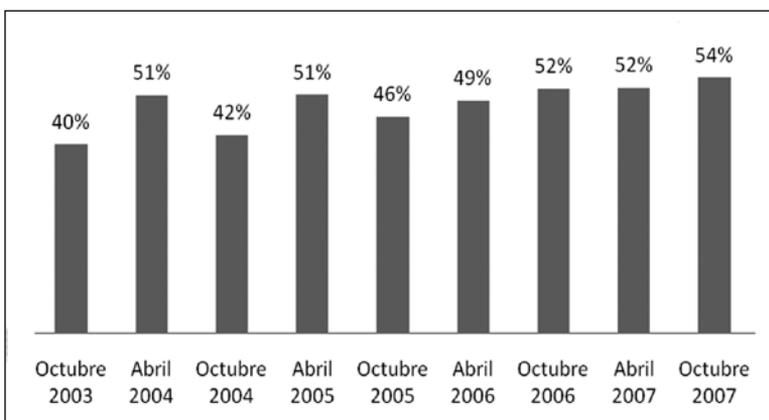
Los gráficos 11 y 12 presentan el hecho de que las cotizaciones pueden llegar a un techo difícil de superar en términos de números de cotizantes, quedando como opción el aumento del porcentaje de las cotizaciones en relación al salario del afiliado, así como la evolución de la masa salarial de los cotizantes. Respecto al número de cotizantes, desde que inició el recaudo para pensiones en julio de 2003, la densidad de cotizantes, es decir, el total de cotizantes como porcentaje del total de afiliados ha tenido una tendencia hacia la baja. El techo más alto se alcanzó hacia el primer semestre de 2004 y desde el 2006 se ha mantenido en alrededor de 50% (ver gráfico 11). Por su lado, en el período 2003-2007, el total de cotizantes como porcentaje del número de trabajadores en el sector formal se ha ubicado en alrededor de 50%, es decir, que solo la mitad de la población asalariada en el sector formal está cotizando activamente a la seguridad social.

Gráfico 11
Densidad de cotizaciones a la seguridad social
(Jul 2003-Mar 2008)



Fuente: SIPEN

Gráfico 12
Cotizante a la seguridad social como porcentaje del número de
trabajadores en el sector formal (Octubre 2003-Octubre 2007)



Fuente: SIPEN y Banco Central de la RD

La reforma de la seguridad social en el país ha establecido como techo de cotización el 21.3% del salario total, correspondiendo al empleador el 72% (15.39% en total y 7.09% para salud) y al trabajador el restante 28% (5.91% en

total y 3.04% para salud) (Leyes 87-01 y 188-07). Las posibilidades de incrementar el porcentaje de cotización sólo serán posibles en el mediano plazo a cargo del trabajador ya que los empleadores argumentan que las cotizaciones a la seguridad social representan un significativo costo laboral para los mismos. Pero, este aumento estará supeditado al comportamiento de los ingresos reales de la población cotizante. De hecho, los empleadores se sienten penalizados con la entrada en vigencia de la seguridad social y el mantenimiento de los derechos de cesantía de los trabajadores. La misma ley 87-01 en su artículo 50, párrafo III manda a buscar una solución al respecto al considerar la posibilidad de crear un seguro de desempleo. Por otro lado, el contexto internacional de altos precios del petróleo, así como de los alimentos y el desaceleramiento del crecimiento en las principales economías del mundo también representarán barreras para un aumento sostenido de los ingresos de la población cotizante a la seguridad social en el próximo quinquenio.

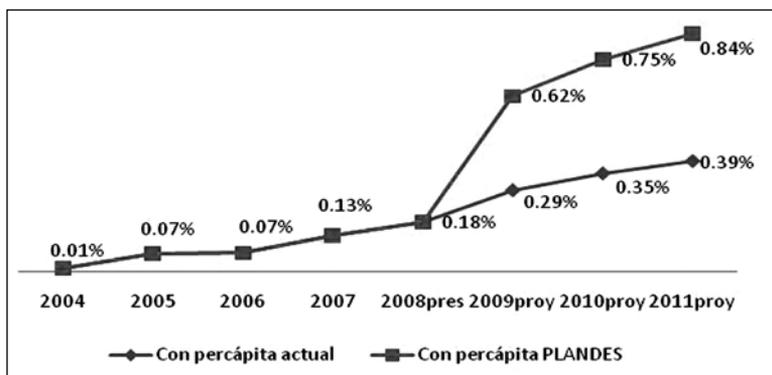
En otros países de la región se ha incluido el subsidio cruzado desde el Régimen Contributivo (aquel donde están afiliadas las personas con capacidad contributiva) y el Subsidiado (donde están los pobres subsidiados por el Estado). Tomando en cuenta los argumentos anteriores, las posibilidades de este tipo de subsidio para incrementar el monto de recursos hacia el Régimen Subsidiado tienen pocas perspectivas.

Las opciones de aumento del financiamiento hacia el sector salud y la seguridad social en salud en el corto y mediano plazo a través del financiamiento público son variadas. Las posibilidades son múltiples y no excluyentes. La primera, la universalización de la afiliación al seguro familiar de salud en el Régimen Subsidiado. Segundo, la reasignación de recursos retomando la prioridad de la salud en el gasto público total. Tercero, el aumento de la eficiencia del sector con la profundización de la reforma. Cuarto, traspaso de competencias hacia los ayuntamientos. Y quinto, el au-

mento de la presión tributaria, así como, la especificación de nuevos impuestos con destinos específicos.

Alcanzar el universo de la población sin capacidad contributiva, en particular, la población pobre implicará el aumento del gasto en afiliación al seguro familiar de salud como % del PIB ubicándose entre 0.39% a 0.84% para el 2011 de acuerdo la meta de alcanzar 3.4 millones de personas pobres. El monto inferior de 0.39% del PIB representa un aumento de 0.21% del PIB y supone que el per cápita actual por afiliado anual se mantendrá en 2,176 pesos en términos reales para el período. El monto superior de 0.84% del PIB constituye un aumento de 0.64% del PIB asumiendo un per cápita mayor para el Régimen Subsidiado para el período 2008-2011 asumido por el Plan Decenal de Salud⁹.

Gráfico 13
Gasto en afiliación al seguro familiar de salud en porcentaje PIB



Fuente: SESPAS (2008)

Por su parte, la reasignación de recursos dentro del presupuesto nacional a favor del sector salud y la seguridad social en salud reflejará la prioridad del sector en las políticas públicas para los próximos años. En el presupuesto del 2008 se le asignó al sector salud más la seguridad social en

9 SESPAS, *Ob. cit.*

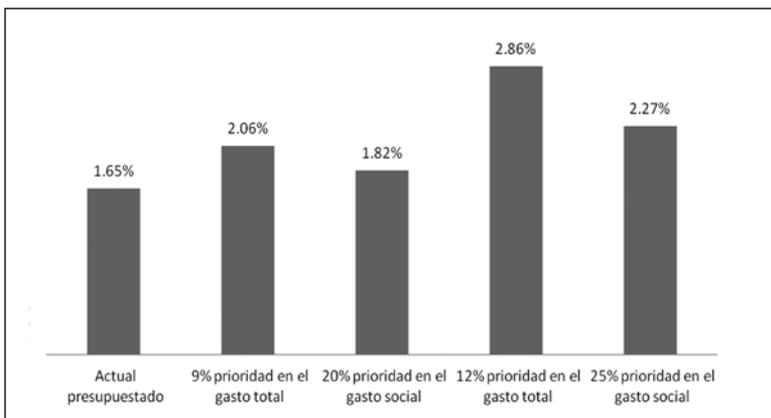
salud el 1.65% del PIB, representando el 7% del presupuesto total del Gobierno Central. Si al sector salud y a la seguridad social en salud se le diera mayor prioridad dentro del presupuesto nacional y la partida destinada a la inversión social, los recursos hacia el sector fueran más abundantes. En efecto, el gráfico 14 presenta varios escenarios. En el año 2000, a salud se le destinó el 25% del gasto social total, si se estableciera ese porcentaje, los recursos hacia el sector alcanzarán 2.27% del PIB, un incremento de 0.62% del PIB. Si la prioridad fuera tan solo 20%, el incremento fuera de 0.17%. Del mismo modo, en el 2000, se destinó el 12% del gasto total a salud. Darle esa misma prioridad en el presupuesto de 2008 representaría un incremento de recursos hacia el sector de 1.21% del PIB. Si la prioridad fuera de 9% del presupuesto, el incremento fuera de 0.41% del PIB.

El logro de los niveles expuestos en los diferentes escenarios dependerá de: a) el nivel de flexibilización del presupuesto nacional tomando en cuenta la creciente inflexibilidad del mismo por las transferencias asignadas por ley¹⁰, el servicio de la deuda y las transferencias al Banco Central para cubrir el déficit cuasi-fiscal¹¹; y b) la reducción de los subsidios energéticos que representan el 9% del presupuesto de 2008. El primer elemento requerirá una reforma institucional del Estado de gran envergadura, aspecto que puede ser impulsada por la reforma constitucional y la presentación de la Estrategia Nacional de Desarrollo al Congreso de la República. El segundo, implicará una focalización de los subsidios tomando en cuenta el creciente aumento de los precios internacionales del petróleo.

10 Rodrigo Jaque. *Inflexibilidad en la formulación presupuestaria provocada por leyes que especializan ingresos o los asignan*. En Secretaría de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD) y Unidad Asesora de Análisis Económico y Social. Aportes al debate de las políticas económicas y sociales: Textos de discusión 2005-2007. Santo Domingo, 2007.

11 Jeffrey Lizardo. *El gasto social en la República Dominicana 1995-2005: tendencias y desafíos*. En Secretaría de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD) y Unidad Asesora de Análisis Económico y Social. Aportes al debate de las políticas económicas y sociales: Textos de discusión 2005-2007. Santo Domingo, 2007.

Gráfico 14
Gasto en salud más afiliación al SFS-RS
bajo diferentes escenarios- Presupuesto 2008
(En porcentaje PIB)

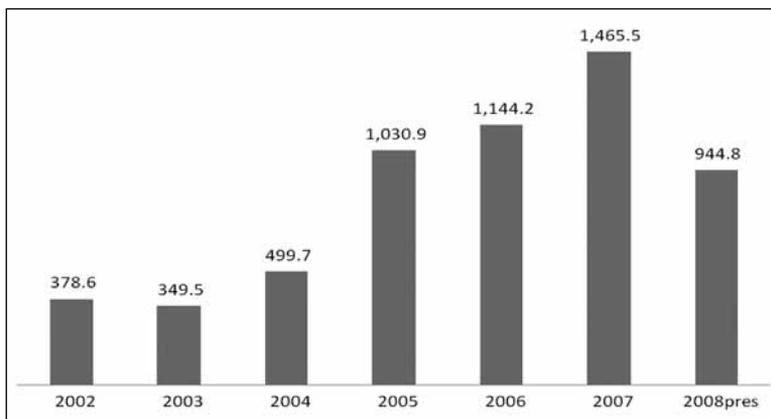


Fuente: Elaborado por el autor con datos de DIGEPRES

Lograr una mayor eficiencia del aparato público es uno de los retos pendientes por muchos años de la sociedad dominicana. Dentro del sector salud, la profundización de la reforma representa una oportunidad que será discutida más adelante, en particular con los nuevos mecanismos de compra en el sector. Sin embargo, es importante mencionar una fuente de ineficiencia en el sector y se refiere a las transferencias al IDSS. La institución tiene siete años de transferencias continuas de recursos sin que haya avanzado en su proceso de reestructuración.

Con la entrada en vigencia del Seguro Familiar de Salud en el Régimen Contributivo, el IDSS está recibiendo recursos por su población afiliada (trabajadores titulares y dependientes) de la misma manera que operan otras ARS. Esta situación no justifica el mantenimiento del subsidio por lo que constituye una importante fuente de ineficiencia que debería eliminarse y transferirse esos recursos para aumentar la cobertura de la población pobre al seguro familiar de salud.

Gráfico 15
 Transferencias al Instituto Dominicano
 de Seguros Sociales (IDSS) (2002-2007 y 2008 pres).
 En millones RDS



Fuente: DIGEPRES

La reciente reforma de la ley municipal (ley 176-2007) provee una oportunidad para agenciar mayores recursos al sector salud y seguridad social en salud. En particular, asumiendo la coordinación y la gestión, así como financiación de los servicios de atención primaria en salud (artículo 19, párrafo I, literal c). Esta competencia delegada deberá ser negociada con la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social para definir los ámbitos de acción y el proceso de transferencia de competencias. Por ley, los ayuntamientos deben recibir el 10% de los ingresos corrientes con destinos al fondo general¹². Aunque este porcentaje se ha quedado rezagado en los últimos años, en el presupuesto de 2008 representa el 1.1% del PIB. El involucramiento del gobierno municipal en el ámbito de la atención primaria de la salud, conjuntamente con la participación de las propias comunidades y el apoyo del Gobierno Central representa una oportunidad para mejorar los servicios de salud, así como canalizar más recursos hacia el sector.

¹² Rodrigo Jaque, *Ob. cit.*

Por último, otra opción para más recursos públicos hacia salud y seguridad social en salud representa el aumento de los ingresos corrientes del gobierno, en particular, de los ingresos tributarios. En el presente contexto y luego de varias reformas fiscales en el último quinquenio las opciones son: a) aumento de la eficiencia tributaria; y b) la eliminación de exenciones y ampliación de base impositiva. Por lo tanto, existe una limitada posibilidad de elevar las tasas impositivas. Es importante señalar en esta parte que la ley 87-01 contempla en el artículo 20, fuentes con destinos específicos para la seguridad social. Leyes posteriores han cambiado esos destinos por lo que los recursos restantes no son tan abundantes, exceptuando el caso de la Lotería Nacional que bien podría iniciar en un primer año las transferencias hacia la Seguridad Social de 200-300 millones de pesos anuales, cifra que podría duplicarse.

Los recursos externos y las donaciones todavía constituyen importantes fuentes de financiamiento en el sector salud, en particular para los programas de salud colectiva. Falta mejorar la captura de información relativa al monto y destino de las donaciones hacia el sector.

El copago es otra fuente importante de recursos frescos para el sector salud, aunque tiende a ser muy inequitativa. Los establecimientos de salud públicos han estado cobrando copago en los servicios de salud que entregan a la población. Aunque estos recursos deben transparentarse, poco se sabe sobre el comportamiento de los mismos, así como de su uso. La ley 87-01 no admite copagos en el plan básico de salud para el Régimen Subsidiado lo que le asegura a la población cubierta todos los servicios incluidos en el mismo.

2.2 Manejo de riesgos: más equitativo, solidario y eficiente

La sostenibilidad del nuevo sistema dominicano de seguridad social, en particular, en lo que respecta al sector salud, va a depender del grado de coherencia y fortalecimiento

to del sistema para el manejo de riesgo. Tres aspectos son relevantes en esta parte: a) evitar la fragmentación del seguro familiar de salud, b) eliminar el Régimen Contributivo-Subsidiado, y c) expandir y fortalecer los programas de salud colectiva.

El modelo de aseguramiento funciona en la medida de que los recursos de la población afiliada van a un fondo común para financiar aquellos que demanden los servicios, en particular, los curativos. Entre más personas entran a ese pool, más sostenible es el manejo de riesgo en esa población. La fragmentación del seguro familiar de salud rompe con esta posibilidad. Primero porque la ley 87-01 divide los recursos para los diferentes Regímenes (Subsidiado y Contributivo). En un modelo de manejo de riesgo más coherente debería romperse con esta fragmentación, es decir, que teniendo en cuenta que el paquete de servicios de salud que se le entrega a la población afiliada es el mismo, y con el mismo costo, los recursos deben ir al mismo pool. Y segundo, debería romperse con la tendencia de fragmentar la seguridad social en el país. Ya el sistema judicial tiene su propia seguridad social, lo mismo que la Junta Central Electoral. Todos los ayuntamientos no se han integrado a la fecha, violando la ley y desprotegiendo a sus trabajadores.

La eliminación del Régimen Contributivo-Subsidiado es un tema sensible, pero que debe abordarse. Las razones que justifican dicha eliminación son las siguientes:

- a) Las distorsiones que genera en el mercado laboral en el sentido de propiciar la informalización del mismo. En el país, existe una tendencia hacia la terciarización del trabajo en el mercado laboral, es decir, empresas subcontratando servicios y, por otro lado, la entrada en vigencia de la seguridad social ha implicado un aumento de los costos laborales de las empresas, tal como se ha explicado anteriormente. En este sentido el Régimen Contributivo-Subsidiado representa un incentivo para evadir el contributivo.

- b) las dificultades para crear un mecanismo eficiente para hacer que los trabajadores informales coticen de manera regular y sistemática. Las experiencias exitosas en el contexto dominicano son limitadas.
- c) debilidad institucional en el sistema y captura por ciertos sectores (como ejemplo el caso del sector transporte, que utilicen la cotización como chantaje para no hacer huelgas).

En la medida en que el sistema nacional de salud sea capaz de generar los suficientes incentivos para evitar que las personas se enfermen, la seguridad social en salud será más sostenible en el tiempo. Esto pasa por la expansión y fortalecimiento de los programas de salud colectiva a cargo de la SESPAS, así como la atención primaria de salud en el ámbito público y privado. La direccionalidad financiera del sistema deberá priorizar la salud colectiva como la atención primaria en salud.

Cuadro 3

Eliminación del Régimen Contributivo-Subsidiado

La República Dominicana es quizás el único país de la región que tiene tres regímenes de afiliación a la seguridad social al incorporar uno adicional, el Contributivo-Subsidiado. Tradicionalmente los países tienen dos regímenes, el Contributivo y el Subsidiado. El objetivo del Contributivo-Subsidiado es incorporar a la creciente población ocupada en el sector informal de la economía. El mismo define un incentivo variable de acuerdo a los ingresos del trabajador o trabajadora. Este incentivo es el subsidio que le corresponderá completar al Estado a la hora de definir el monto de las cotizaciones del afiliado informal.

Tal como se ha señalado, la introducción de este nuevo régimen introduce una distorsión en el mercado laboral y actúa como desincentivo al trabajo formal en la medida que premia la informalidad.

En vista de la heterogeneidad del sector informal y como alternativa para no dejar sin protección social en salud a muchos trabajadores informales sin capacidad contributiva, se propone aumentar el piso mínimo para incorporar a la población afiliada. De esta manera, el Estado podría hacerse cargo de una población aún mayor a través del Régimen Subsidiado. Este porcentaje podría llegar entre el 40% al 50% de la población en el país.

Es importante tomar en cuenta que la informalidad puede ser una decisión personal, más que un resultado de la imposibilidad del mercado de trabajo formal de absorber la oferta laboral (SEEPyD, BCRD y Banco Mundial, 2007). Del mismo modo, en la pirámide de ingresos ocupacionales del país, los cuenta propia profesionales y los patronos informales están ubicados en la parte más alta, mientras los cuenta propia no profesionales y los asalariados informales están en la base (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, 2006). Esto nos da una idea del nivel de heterogeneidad del sector por lo que ampliando la base del Subsidiado y generando incentivos en el contributivo se puede ser más exitoso en la incorporación de los informales, sin deteriorar la base del régimen contributivo.

Los incentivos para la incorporación de los trabajadores informales con capacidad contributiva y sus dependientes a la seguridad social en salud en el régimen contributivo, pueden ser variados. Los mismos van desde incentivos fiscales hasta beneficios marginales que se les otorgue a los trabajadores informales, generando externalidades positivas en la economía: una base fiscal más amplia.

Fuente: Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. *Informe sobre la pobreza en la República Dominicana: logrando un crecimiento económico que beneficie a los pobres*. Washington, D.C., Estados Unidos. 2006. y SEEPyD, Banco Central de la República Dominicana y Banco Mundial. *La informalidad en el mercado laboral urbano en la República Dominicana*. Santo Domingo, 2007.

5.3 Compra de servicios para una gestión más eficiente

Mejorar la eficiencia en la gestión del sector salud es una condición necesaria para aumentar la efectividad del financiamiento público en salud y seguridad social en salud. En este aspecto, queremos enfatizar la necesidad de profundizar algunas medidas relacionadas al ámbito financiero para mejorar la eficiencia del sector.

Lo primero es que en el caso dominicano se requiere de un modelo de compra de servicios más eficiente y menos fragmentado. Con el cambio en la asignación de recursos en el sector salud, desde el financiamiento de la oferta al financiamiento de la demanda, los prestadores de servicios de salud les facturan a las ARS por los servicios prestados a sus afiliados, según los mecanismos negociados con ellas (ya sea mediante capitación de los servicios al afiliado o el reembolso). Para alinear el sistema público de salud con estos cambios, las transferencias a los hospitales deben capitarse y no entregar montos fijos de acuerdo a los presupuestos históricos de dichos establecimientos. Esto debe mantenerse en tanto la población que demanda servicios de salud públicos no tenga cobertura de seguro familiar de salud. De esta manera, los establecimientos públicos de salud se verán obligados a realizar las transformaciones necesarias para adecuar sus sistemas de gestión administrativa y financiera. Hay que precisar que cambiar el mecanismo de asignación de recursos a los hospitales obligará, además, a transparentar el costo del plan básico de salud para el Régimen Subsidiado definido en la actualidad en 2,176 pesos en contraste con el costo del Plan de Servicios de Salud (PDSS) en el contributivo de 7,440 pesos anuales. Se asume que gran parte de la diferencia de costos de los planes para el Subsidiado y el Contributivo están ocultos por el aporte de la SESPAS en pagos de infraestructura, salarios de los médicos, insumos, entre otros.

Un segundo elemento es comenzar a utilizar más intensamente en el sector los convenios de gestión como ins-

trumento para atar los recursos financieros a resultados e impactos en el sector. Las recientes reformas en el ámbito de la administración financiera del Estado ofrecen una gran oportunidad para avanzar en la presupuestación por resultados.

Relacionado al mecanismo de compra, están los medicamentos. Actualmente, los medicamentos absorben gran parte del presupuesto del sector salud. Fortalecer PROMESE-CAL es un imperativo pues abre las puertas a la reducción sistemática de los precios de los medicamentos e insumos médicos y quirúrgicos, así como la garantía de calidad de los mismos. Esto implica mayor coordinación y planificación entre las instancias compradoras y la proveedora (PROMESE-CAL).

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. *Informe sobre la pobreza en la República Dominicana: logrando un crecimiento económico que beneficie a los pobres*. Washington, D.C., Estados Unidos. 2006.
- Bitrán y Asociados. *Línea de base de indicadores de impacto de REDSALUD II-República Dominicana*. Santo Domingo, 2006.
- CESDEM. *Encuesta Demográfica y de Salud 2007*. Santo Domingo, 2007.
- CEPAL. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. CEPAL: Santiago de Chile, 2006.
- Fleury, Sonia. “¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia”. En Carlos Gerardo Molina y José Núñez del Arco (Editores). *Servicios de Salud en América Latina y Asia*. Banco Interamericano de Desarrollo. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Washington, 2003.
- García, Maritza. *Avances, obstáculos y desafíos de la reforma del sistema de protección social en salud en República Dominicana. Función financiamiento*. Informe preparado para el Banco Mundial y la Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud. Santo Domingo, República Dominicana, 2006.

Gottret, Pablo y George Schieber. *Health Financing Revisited. A Practitioner's Guide. The World Bank*. Washington, 2006.

Jaque, Rodrigo. "Inflexibilidad en la formulación presupuestaria provocada por leyes que especializan ingresos o los asignan". En Secretaría de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD) y Unidad Asesora de Análisis Económico y Social. *Aportes al Debate de las Políticas Económicas y Sociales: Textos de discusión 2005-2007*. Santo Domingo, 2007.

Lizardo, Jeffrey. "El gasto social en la República Dominicana 1995-2005: tendencias y desafíos". En Secretaría de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD) y Unidad Asesora de Análisis Económico y Social. *Aportes al Debate de las Políticas Económicas y Sociales: Textos de discusión 2005-2007*. Santo Domingo, 2005.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe Nacional de Desarrollo Humano. República Dominicana 2005*. Santo Domingo, 2005.

República Dominicana. Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD). *Boletín Perspectivas Sociales*. Santo Domingo, 2007.

_____. Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo, Banco Central de la República Dominicana y Banco Mundial. *La informalidad en el mercado laboral urbano en la República Dominicana*. Santo Domingo, 2007.

_____. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). *Plan Decenal de Salud 2006-2015. Un acuerdo nacional por la excelencia en salud*. Santo Domingo, 2008.

WHO. *World Health Statistics 2008*. Geneva, Suiza, 2008.

Anexo

América Latina y el Caribe: Gasto público en salud y gasto de bolsillo de los hogares como % del gasto nacional en salud, 2005

Países	Gasto público en salud	Gasto bolsillo de los hogares como porcentaje del gasto nacional en salud
Antigua y Barbados	3.2	28.4
Argentina	4.5	24.3
Bahamas	3.4	19.5
Barbados	4.3	28.7
Belice	2.8	43.6
Bolivia	4.3	31.3
Brasil	3.5	30.5
Chile	2.8	26.4
Colombia	6.2	6.9
Costa Rica	5.4	19.1
Cuba	6.9	8.6
Dominica	4.2	29.4
Ecuador	2.1	51.0
El Salvador	3.8	42.0
Grenada	4.7	32.9
Guatemala	2.0	57.3
Guyana	4.5	16.4
Haití	3.2	43.9
Honduras	3.8	43.0
Jamaica	2.3	32.6
México	2.9	51.2
Nicaragua	4.1	48.5
Panamá	5.0	25.1
Paraguay	2.7	55.7
Perú	2.1	40.8
República Dominicana	1.7	59.5
San Cristóbal y Nieves	3.5	35.0
San Vicente y las Granadinas	3.8	37.1
Santa Lucía	3.3	41.3
Surinam	2.5	31.1
Trinidad y Tobago	2.4	40.7
Uruguay	3.4	17.9
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	2.1	48.2
Región de las Américas	5.9	16.3
Países de ingresos medios bajos	2.2	46.8
Países de ingresos medios altos	3.5	30.2

Fuente: WHO, World Health Statistics 2008. Geneva, Suiza. 2008.

Comentario a los dos trabajos anteriores:
“Nuevo rol de los establecimientos de salud:
reflexiones sobre las redes de servicios
públicos de salud” y “Financiación de la
Seguridad Social y del Sector Salud”

*Gustavo Rojas Lara, Coordinador Ejecutivo de la Comisión
Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS)*

Ante todo gracias al Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales (CUEPS) y a la Fundación Friedrich Ebert. Yo creo que la parte más fácil es la mía, es decir, al comentar, los trabajos de Rosa María Suárez y Jeffrey Lizardo, el comentario es muy sencillo: estoy 100% de acuerdo con todo lo que ellos han expresado. Con excepción del tema que Jeffrey Lizardo tocó desde su posición personal de que sea eliminado el Régimen Contributivo-Subsidiado.

Creo que nosotros por muchos años hemos cambiado el rol de los actores y de las reformas, a veces nos confundimos, y creemos que la reforma es un fin en sí misma y no es un fin en sí misma, ni es un objetivo, es un instrumento para producir cambios. Nosotros por cuarenta o cincuenta años fuimos construyendo uno de los sistemas de salud más inequitativos, más caros, más ineficientes, menos solidarios de América Latina siempre nos destacamos por estar en los últimos lugares: en los últimos lugares en la inversión, en la calidad, de los costos de los medicamentos, del gasto

de bolsillo. En las estadísticas de la inversión mundial, la República Dominicana porcentualmente está por debajo de Haití y Sierra Leona. Entonces yo no creo que debiera uno vanagloriarse de tener un sistema que siempre está catalogado entre los tres últimos.

A veces nos metemos en un tema donde la agenda es puesta por los intereses de los actores, que ahí entonces si tenemos problemas porque estamos siendo reactivos a una agenda que es por los intereses de los actores en un sector muy complicado. En los trabajos de todos ustedes, nos damos cuenta que la diversidad de los actores y de los intereses entrecruzados conllevan a que la gobernabilidad, a veces nos confundimos gobernabilidad-gobernanza, y tenemos una gobernabilidad que está secuestrada por las luchas y los intereses de los actores individuales de cada uno de los que participan. El sector privado piensa en su sector privado, el gobierno, o los gobiernos, piensan en una agenda reactiva puesta para resolver el día a día, los sectores de los trabajadores en función de sacar mejores condiciones muchas veces de ellas justas y requeridas pero en desmedro de ver el proceso en general.

Entonces creo como que nos olvidamos de algo, una ley que con marcadas debilidades tiene sus virtudes, creó actores nuevos pero que también debemos de entender que existen múltiples modelos que si nos vamos y forzamos todos los actores, el sistema nacional de salud requiere personas, trabajadores de la salud, establecimientos, autoridad y quien fiarse. En esa gobernabilidad secuestrada y cuestionada por las luchas de intereses obviamos en que esas tensiones que son normales. Porque lo que pasa aquí, ocurre en todas partes del mundo, pero tienen un fin y nos olvidamos de un proverbio que dice: nada es más poderoso que cuando a una idea le llega su tiempo. El sistema de salud de República Dominicana le llegó su tiempo de transformarse a algo más eficiente, más solidario, más equitativo y eso se lleva a los actores de cualquier índole que no funcionen en función de insertarse y de crear. Esos son mis

conceptos, puedo estar equivocado o no, pero muy probablemente que esté equivocado, pero nosotros no podemos seguir destacándonos por la inversión en salud más baja de América Latina, por el costo más alto de América Latina con un sistema que hace cinco años que eso era lo que había. Un 5% con una seguridad social, “en un Instituto de Seguridad Social” que llegó a ser lo que es ineficiencia por la irresponsabilidad colectiva de los gobiernos, de los trabajadores, de los empresarios, de los trabajadores de la salud, de nosotros mismos, de todo el mundo; un 15 % recibiendo seguros médicos privados, que no por ser privados son de buena calidad, caros muchos de ellos y con un costo mayor y un 3%, 4% asegurados en un sistema de seguridad de fuerzas armadas, por ende teníamos una cobertura de un 22% de seguros y un 77% de una población que no tenía de nada y va a los hospitales públicos de SESPAS que fueron muy bien descritos por nosotros.

Los seguros privados son los de más alto gastos de bolsillo: 54% del gasto de bolsillo y el que tiene un seguro privado sale de su bolsillo también. Entonces son sistemas que yo creo que la Ley consiguió autoridad y legitimidad a los actores, pero en función de que lo hagamos funcionar bien, no en función de los roles ni de los intereses de los grupos políticos, los grupos empresariales o grupos laborales, esa situación no puede seguir así por mucho tiempo.

Lo que Jeffrey Lizardo citó muy rápido, de que todos los gobiernos en este país han invertido muy poco, situación que considero viene desde 1986. Cuando América Latina invierte un promedio de un 3.4% del PIB, República Dominicana invierte un 1.1% hasta el 1995 y luego llega hasta 1.93% que no era ni la mitad de lo que invierte América Latina. Cuando el Estado invierte poco en salud, pero el costo de la salud es demasiado caro por cada uno de los actores, como decía Rosa María Suárez, también la calidad de lo que se brinda es muy cuestionable porque la mayor transparencia que dice Rosa María Suárez señala como un logro que el 95.3% de los partos son en instituciones y el 99.2% atendi-

dos por profesionales, sin embargo, somos uno de los países de América Latina con mayor mortalidad infantil y mayor mortalidad materna y el 66% de la mortalidad infantil del primer año es en los primeros 28 días. Entonces mientras más nos atienden en los hospitales y profesionales, más se nos mueren, lo cual habla de calidad, calidad de gestión, calidad en los recursos, calidad en la inversión.

Este país no tiene la madurez ni la capacidad para discutir lo que pasó aquí en el 2003-2004, la crisis bancaria metió este país a los problemas sociales, educativos y económicos lo metió otra vez al año 1990 y la inversión en salud y educación se retrotrajo a los ridículos índices de los años 90s, obviamente como dice Jeffrey Lizardo es muy arrítmico y también es cuestionable cómo la inversión en salud vuelve y cae. Cuando pase el problema partidista, porque esa crisis del 2003-2004 es por problemas partidistas y no se debe ver así, porque todos nos volvimos más pobres, se tendrá que ver en función de un análisis más de lo que fue y ha representado esta situación.

La ley confirió los roles a diferentes instituciones. Yo creo que todos debemos funcionar en función de que todos queremos que el sistema funcione, no que funcione el sector de las ARS, estoy hablando en función del gobierno que tiene que invertir más, estoy hablando de los trabajadores de salud que tenemos que irnos por un sistema de contratación y de gestión nuevo. El no enfrentar las crisis sociales hace que la República Dominicana viva en las condiciones como se vivía en el Siglo XIII en la Época Medieval, un castillo, un pozo, una doncella y un caballero que protegía. El que más tiene que perder es el que más tiene, asimismo pasa en el proceso del sector salud. Creo que estamos abocados a un diálogo y respetando el rol de cada uno de los actores, porque hay que respetarlo. Creo que nosotros nos abocamos a un sistema de seguridad social, que quizás no era el que muchos querían, que quizás tiene sus debilidades y sus virtudes, pero es el que tenemos ahora, que tenemos que hacer que funcione en condiciones de mejor garantía para la

sociedad, porque si no la factura se nos pasa a todos, ya que esta sociedad no puede seguir teniendo un sistema de salud ineficiente, caro, poco solidario, este país no aguanta eso.

A los 10,000 habitantes que viven en Batoruco, provincia de Barahona, no hay ni ARS, ni partidos políticos, ni sectores empresariales, ni sector médico, ni sector laboral, y que cuando la mamá de un niño se pone mala es la respuesta que el sistema le da. En lo que respecta la salud en un municipio, una unidad de atención primaria, no necesariamente la infraestructura, sino basado en lo que decía Rosa María Suárez que es la calidad. Es decir, sin médicos, sin enfermeras, sin una capacidad resolutive, sin contrato de gestión que funciones, sin una capacidad de interactuar con una red de proveedores, también se vuelve muy ineficiente. Y creo que debemos como nación, como sistema, como Estado priorizar la atención primaria en salud, que es lo que va a permitir articular un sistema nacional de salud. Ningún país del mundo le puede caer atrás a la enfermedad.

Estados Unidos es el país que más invierte del mundo en salud. Los mejores hospitales de salud están en Estados Unidos y tiene uno de los peores sistemas de salud: 35 millones de personas de una población de 300 millones de personas no tiene seguro médico, no tiene como acceder a un sistema de salud. Creo que con lo que tenemos podemos ir construyendo algo mejor, siempre y cuando todos, tanto los políticos, los empresarios, los trabajadores de la salud, los trabajadores del sector laboral, funcionen en base de un bien en común.

Relatoría del Foro
FINANCIACIÓN DEL SECTOR SALUD Y NUEVOS
ROLES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Relatoría sobre el “Nuevo rol de los establecimientos públicos de salud”

Rosa María Suárez

La primera ponencia correspondió a la Licenciada Rosa María Suárez quien abordó los siguientes temas: a) la situación nacional del Sector Salud, b) el modelo de prestación de servicios de salud de la República Dominicana, c) la reforma del sector salud y d) la propuesta de red única de provisión de servicios públicos de salud.

a) La situación del sector salud de la República Dominicana

La RD ha realizado un importante esfuerzo de inversión en infraestructura de salud que ha permitido alcanzar una elevada cobertura de accesibilidad al sistema, tanto territorial como socialmente. Cerca del 95% de los embarazos tienen tres o más controles prenatales por médicos y más de 2/3 de ellos comenzaron en el primer trimestre. El 98% de los partos son institucionales y atendidos por médicos, 63% de ellos por especialistas y según la ENDESA¹³, casi el 90% de las personas que

13 CESDEM, *Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2002.*

sintieron necesidad de atención médica la consiguieron en las próximas 24 horas y alrededor del 60% de ellas en establecimientos públicos.

No obstante, existe una gran insatisfacción en la población por la calidad de la atención y una baja efectividad del sistema para impactar algunos de los indicadores de salud más relevantes. Las inequidades sociales en la atención de salud se expresan más en términos de la calidad de atención, en la capacidad de resolución y en el nivel de satisfacción de la población, que la accesibilidad a los establecimientos.

Una de las causas de estas deficiencias de calidad es el bajo gasto público en salud, lo que se agravó considerablemente en los años 2003 y 2004 por la crisis económica. Importantes limitaciones prevalecen en la calidad del gasto, en la estructura del mismo y en los mecanismos de asignación. Además, la baja productividad del gasto guarda relación con: bajo desarrollo de las funciones de planificación; asignación poco vinculada con las metas del sistema y de sus órganos; elevados gastos contingentes; escaso financiamiento de las intervenciones de promoción, prevención y control y necesidad de mayor transparencia.

El gasto público en salud es aproximadamente del 1.6% del PIB. La consecuencia es un elevado gasto de bolsillo de las familias que se estima superior al 50% del gasto total en salud. A mayor pobreza, mayor gasto relativo en salud.

La limitada disponibilidad de recursos públicos, la duplicidad de instituciones con los mismos fines y la baja calidad del gasto, sumadas a la alta demanda de servicios por la elevada cobertura del sistema y a un modelo de atención centrado en los hospitales, se traduce en

una permanente situación crítica en estos centros hospitalarios que impacta considerablemente su capacidad operativa y la imagen pública del sistema, estimulando la opinión negativa en la población que tiende a opacar los éxitos del sistema en otros campos.

Para superar estas situaciones de inequidad social, el país adoptó en el año 2001, después de casi 10 años de debates, un nuevo cuerpo legal para la reforma sanitaria y de la seguridad social: las leyes 42-01 o Ley General de Salud y la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

Este marco legal parte del compromiso del Estado y la sociedad de lograr para el 2011 la cobertura de toda la población en un Seguro Familiar de Salud. Propone un sistema de salud organizado por niveles de atención integral, plural y participativo y que el sistema público asuma la separación de las funciones de rectoría, financiación, aseguramiento y provisión. Además, plantea la desconcentración de los servicios de salud colectiva en redes programáticas y la descentralización a través de la conformación de una red que articule el conjunto de instituciones prestadoras de servicios públicos de salud.

La cobertura total del sistema de Seguridad Social para el 2011 no está totalmente garantizada. El Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud, apenas cubre hoy el 22% de la población y probablemente no superará el 30% de ella cuando alcance su máximo desarrollo, debido fundamentalmente a que el 56% de la población económicamente activa está en la economía informal. Así mismo, alrededor del 15% de la población económicamente activa del sector formal está desocupada.

Los servicios de salud

La disponibilidad de camas por mil habitantes, es inferior a 23 de los 34 países de América Latina y el Caribe de los cuales se dispone información. Sin embargo, es posible que si se incluyeran las camas privadas disponibles, el país se colocaría en una posición intermedia. La cantidad y tipo de establecimientos públicos, así como el número de camas por habitantes se presentan en el cuadro siguiente.

ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS POR INSTITUCIONES				
ESTABLE- CIMIENTOS	SESPAS	1227	INTERNA- MIENTOS	133
	IDSS	124		23
	FAA	5		2
TOTAL DE CAMAS	12,057		TASA CAMAS/HABIT.	1.2/1000

El 75.6% de la población dispone de centros de salud a menos de 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.

En términos de recursos humanos en salud, para el año 2004 había 1 médico(a) por cada 743 personas, y se reportó 1.1 bioanalista, 0.4 farmacéuticos(as), 1.3 enfermeros(as), 11.5 auxiliares en enfermería, 0.06 veterinarios, 0.3 administradores, 1.1 supervisores y promotores(as), 15.4 personal administrativo y 2.7 técnicos(as), por cada 10,000 habitantes, incorporados al sector salud.

Prácticamente en todos los municipios del país hay establecimientos de salud con recursos humanos. Sin embargo su distribución no guarda relación con los perfiles de salud y de demanda de las poblaciones. La relación de habitantes por médico(a) nos ubica, para ese mismo año, por debajo de 13 de los 34 países informantes, es decir en un nivel intermedio.

Nuestros indicadores de productividad y calidad se mantienen por debajo de las expectativas sanitarias de la región para países de nuestra clasificación, lo que habla de un problema de calidad estrechamente relacionado con recursos humanos, equipamiento y gestión clínica deficientes.

A pesar de que la atención prenatal y del parto son óptimas (más del 85% y del 95% respectivamente) las tasas de mortalidad infantil rondan el 30 por mil y la materna el 68 por 100 mil entre 2002-2004.

b) El modelo de prestación de servicios de salud

La prestación de servicios de salud es la parte más sensible para la población y se ha caracterizado por las condiciones siguientes: a) énfasis en la atención hospitalaria; b) primacía de un modelo curativo- individual; c) escasa capacidad resolutoria sobre todo en el nivel primario (con frecuencia es un médico pasante sin experiencia), concentrándose los centros de mayor capacidad en los polos de mayor desarrollo; d) alta rotación del personal y débil supervisión de su trabajo; e) limitada regulación y normatización de las atenciones; f) dispersión organizacional; g) baja efectividad, productividad y calidad; h) altos costos; i) asignación de medicamentos sin tomar en cuenta la productividad de los establecimientos; y j) la indefinición de jornadas laborales y el incumplimiento de horarios de trabajo.

c) La reforma del sector salud

El sistema dominicano de salud empezó a ser seriamente cuestionado en la década del 80 y los primeros diagnósticos y análisis se realizaron en los 90's. A finales de esa década se iniciaron las acciones de reforma que se han profundizado a partir del 2001, con la aprobación de nuevo marco legal del sistema. Estas acciones buscan:

- El fortalecimiento del rol rector del Estado, a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).
- La priorización de la salud básica, mediante el establecimiento de un plan básico del servicio de salud, Único.
- La descentralización de la oferta de servicio, dotando de autonomía en la gestión a las redes de servicios públicos.
- El aumento del financiamiento estatal.
- La focalización del financiamiento público.
- Separación de las funciones del sistema de salud.
- La creación de nuevas formas de financiamiento, subsidio a la demanda, uso de incentivos por productividad y cumplimiento de metas.

d) La red única de provisión de servicios públicos de salud

La propuesta de conformación de la red única de provisión de servicios públicos de salud contempla la integración de los establecimientos de prestación de servicios de la SESPAS y del IDSS.

Se visualiza como una red de redes; redes de servicios públicos de atención a las personas, redes privadas de atención, redes programáticas de salud colectiva, redes

complementarias de laboratorios y bancos de sangre, red de traslado de pacientes, entre otras, todo bajo una fuerte regulación pública que para los fines del aseguramiento y financiamiento se ejerce a través del Consejo Nacional de la Seguridad Social y, para los fines de provisión de los servicios de salud y la producción social de la salud, se ejerce a través de la SESPAS.

La red será de gestión descentralizada, de dirección colegiada, organizada por niveles de atención, integral en los servicios, racional en el manejo de los recursos, que operaría sobre metas y compromisos de acuerdo a las políticas y prioridades nacionales de salud que promueva la participación a través de instancias y mecanismos de cogestión.

La instancia de articulación de la red estaría constituida por un Consejo de Directores como estamento máximo de coordinación, formulación de políticas y planificación, con un equipo técnico mínimo altamente especializado, que tendrá como función en una primera etapa el acompañamiento de las redes autónomas en su proceso de conformación y en un segundo momento armonizar los procesos, herramientas e instrumentos de gestión conjunta.

La red está llamada a prestar una cobertura completa e integral de atención en salud a la población adscrita al Régimen Subsidiado y al resto de la población que lo requiera. Debe crear las bases para una potencial integración de otras instituciones del sector que reciben financiamiento público. Sus características principales están consignadas: pública, única, integral, autónoma, también con sentido de racionalidad en el manejo de recursos, participativa y con mecanismos de cogestión, hacía énfasis en la prevención, aspira al costo-efectividad y busca la estandarización de la gestión.

Está concebida para funcionar con varios niveles de atención:

Primer Nivel: Las estructuras de servicios integrales que tienen que garantizar la atención sin internamiento. Se incluye en este nivel, el servicio integral que prestan las Unidades de Atención Primaria (UNAP), las clínicas rurales, los dispensarios y consultorios, cuyo conjunto se denomina Servicios y Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención.

Segundo Nivel: es el conjunto de servicios que incluye atención especializada, con o sin régimen de internamiento, que comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de urgencias 24 horas, de rehabilitación y cuidados intensivos de baja a mediana complejidad.

Las actividades de este nivel permiten completar la atención a los usuarios para quienes ha mediado una interconsulta o referimiento del Primer Nivel de Atención, así como la promoción de la salud, educación sanitaria y la prevención de la enfermedad, según lo estipulado en sus contratos y convenios de gestión.

Tercer Nivel Referencia Nacional: Dada la composición de la red presente en nuestro país, que cuenta con hospitales que se desempeñan en la provisión como centros altamente especializados, docentes y de referencia nacional, se ha incorporado un supranivel III, de complejidad superior o especializada que comprende los establecimientos de salud que proveen básicamente servicios de especialidad de forma exclusiva o que son de referencia nacional como hospitales generales con niveles de alta complejidad o multidisciplinarios, así como centros de diagnóstico.

Dentro de las funciones de este nivel se incluyen las de asesorar, supervisar y evaluar técnica y científicamente a los niveles I y II, crear e implementar programas docente-asistenciales de acuerdo a las necesidades de la red nacional, integrar la coordinación de salud con otras instituciones públicas o privadas para situaciones de salud que por su complejidad requieren la intervención de alta tecnología, generar, estimular y apoyar investigaciones biomédicas que favorezcan la optimización de la prestación de los servicios de salud.

Relatoría sobre “Financiación de la seguridad social y del sector salud: la contribución fiscal”

Jeffrey Lizardo

Relatoría de la segunda ponencia estuvo a cargo del economista Jeffrey Lizardo y versó sobre la financiación del Sector Salud y de la Seguridad Social. El licenciado Lizardo abordó los temas siguientes.

a) Importancia de la inversión en salud

La inversión en salud es una forma de garantizar un acceso universal de calidad y oportuno por parte de la población a los servicios de salud. Es un requisito básico en la constitución de un verdadero sistema de protección social que permita la reducción del gasto de bolsillo de los hogares, que es un determinante clave de la equidad y la solidaridad de una sociedad.

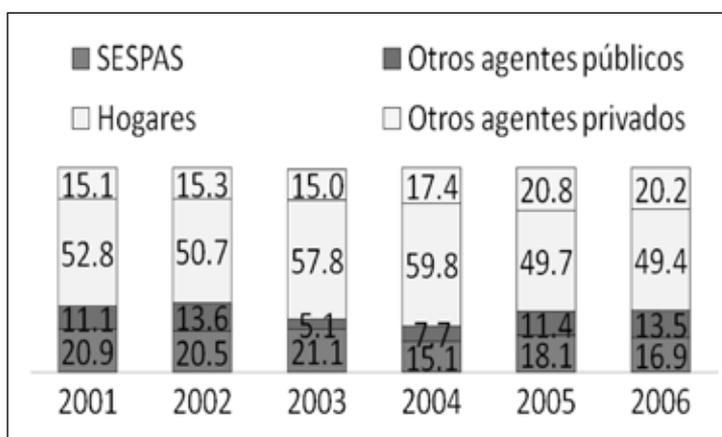
Los cambios recientes en la estructura demográfica nacional y su impacto en los próximos años, así como las variaciones en la morbilidad y mortalidad producidas por la transición epidemiológica que ha ocurrido en años recientes crean nuevas necesidades y generan una gran presión sobre el Sector Salud. Según el Banco

Mundial en los próximos 20 años, los cambios en el tamaño y estructura de la población incrementarán el gasto en cuidados de la salud en 47% en AL y el Caribe. La inversión en salud es un determinante clave en la obtención de más y mejores resultados de salud.

b) La estructura del gasto del financiamiento en salud

Como se aprecia en el gráfico siguiente el gasto nacional en salud del país recae fundamentalmente en los hogares que son responsables del 49.4% en el 2006.

**Gasto nacional en salud 2001-2006
(Distribución porcentual)**



En segundo lugar están otros agentes privados que suman un 20.2%, lo que significa que el aporte total del sector privado es de 69.6% convirtiéndose en el principal agente financiero del sistema. La SESPAS (16.9%) y otros agentes públicos (13.5%) totalizan 30.4%.

En el sistema de salud dominicano es muy alto el financiamiento privado, particularmente el gasto de bolsillo de los hogares, lo que evidencia un sistema de salud

muy inequitativo. La República Dominicana es uno de los países con mayor gasto de bolsillo en la región. Mientras mayor sea la participación pública en el financiamiento del sistema de salud mayor será el impacto redistributivo en la población.

Según la encuesta ENDESA 2002¹⁴ las personas más pobres gastan una mayor parte de sus ingresos en salud que las personas de mayor ingreso en la sociedad. El quintil más bajo gasta en consultas y en internamiento un porcentaje mucho mayor de su ingreso per cápita que el quintil más alto.

**Gasto promedio de las personas por consultas e internamiento en los últimos 30 días.
Año 2002**

Quintiles de Población	Ingreso per Cápita	Gastos RD\$	
		Consulta	Internamiento
I-2% más pobre	666.7	357.0	2,412.0
II	1,200.00	432.0	2,501.0
III	1,963.3	521.0	3,035.0
IV	3,361.4	592.0	4,720.0
V-20% más rico	Mayor 3,361.4	786.0	5,152.0

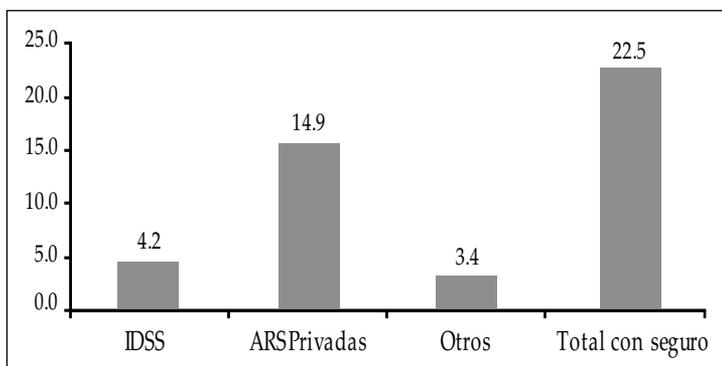
Fuente: Edesa 2002

c) Aseguramiento de la población

El nivel de aseguramiento de la población ha sido tradicionalmente bajo. En el 2004 sólo el 22.5% de la población tenía seguro de salud.

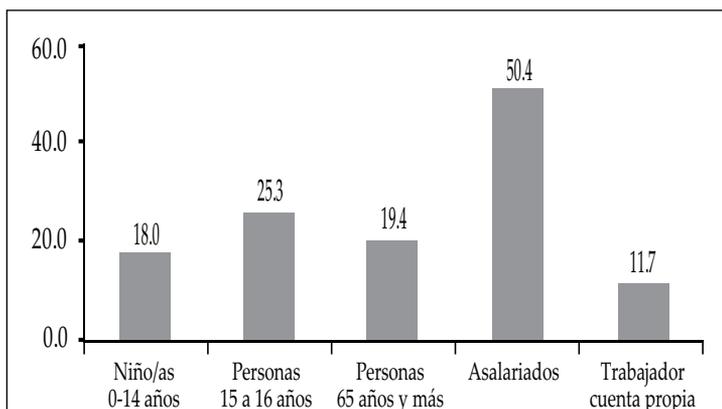
14 CESDEM, *Ob. cit.*

Porcentaje de población asegurada en salud (2004)



Con tremendas brechas por grupo de edad y categoría ocupacional. Como puede observarse en el gráfico sólo el 18% de los niños y niñas menores de 14 años tenía seguro y el 19.4% de los mayores de 65 años.

Porcentaje población asegurada según grupos de edad y categoría ocupacional, 2004



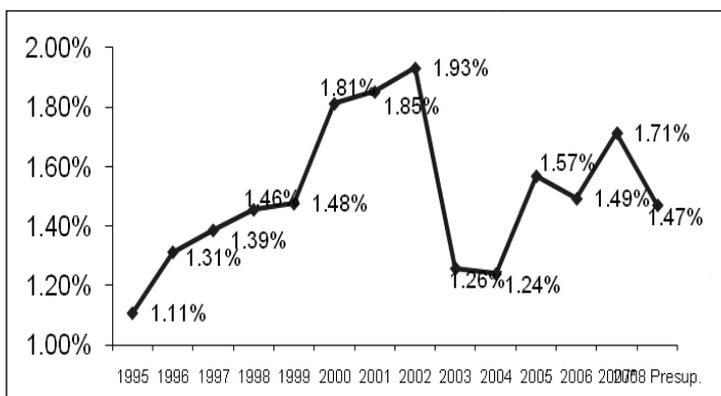
También en la ENDESA se determinó que inclusive en aquellas personas aseguradas era bastante significativo el gasto de bolsillo.

d) La inversión pública en salud

Tradicionalmente la inversión social en salud (gasto público en salud) del país como porcentaje del PIB es uno de los más bajos de la región. Es decir, el gasto en salud está ubicado en un 43% por debajo del promedio de la región y en un 41% por debajo del valor esperado dado el PIB por habitante.

Para el nivel de ingreso per cápita del país, el valor esperado del gasto en salud debería situarse en 3.2% del PIB y hoy día se ubica en poco menos del 2% del PIB¹⁵. Además debajo, el gasto público en salud ha sido muy inestable en los últimos años, tal y como se muestra en la gráfica siguiente.

Gasto en salud como % del PBI



e) Nueva seguridad social y financiamiento

El nuevo Sistema de Seguridad Social establece el aseguramiento en salud como universal y obligatorio. Además, define un paquete único de servicios de salud para toda la población en base a garantías de derecho.

15 PNUD, *Informe Nacional de Desarrollo Humano*, 2005. Santo Domingo: PNUD, 2005.

El sistema se financiará con recursos fiscales (Subsidiado y parcialmente Contributivo-Subsidiado) y con cotizaciones de empresas y trabajadores (Contributivo y parcialmente Contributivo-Subsidiado).

El nuevo sistema reordena, organiza, racionaliza la asignación de recursos en el sector salud. Centraliza el recaudo y define una nueva forma de asignación de recursos en el sector: la capitación.

f) Los desafíos del financiamiento del sistema

- **Obtener más recursos hacia el sector salud.** Para reducir la inequidad del sistema de salud es imprescindible que se incremente el financiamiento público del sistema. Con esto se reduciría la onerosa carga de bolsillo.
- **Hacer más equitativo, solidario y eficiente el manejo de riesgo.** En la configuración actual del sistema de salud no hay solidaridad entre regímenes de financiamiento lo que cuestiona la solidaridad del sistema.
- **Un modelo de compra de servicios más eficiente y menos fragmentado.** Hay que seguir incrementando el uso de contratos y convenios por resultados, así como continuar fomentando la constitución de redes de servicios de salud.

En el corto y mediano plazo no existen posibilidades de subsidios cruzados del contributivo al subsidiado. El mercado laboral no resiste una elevación de costos, mucho menos en el contexto complejo que se perfila para los años próximos. Alternativas posibles de mejorar el financiamiento del sector son mediante el aumento de la eficiencia productiva y la eliminación de exenciones y ampliación de base impositiva. También, se debe incrementar el rol de los ayuntamientos en lo concerniente

a la atención primaria, el establecimiento de copago, la captación de recursos externos y donaciones y una mayor participación de la sociedad civil.

Para mejorar el manejo de riesgo se debe evitar la fragmentación permitiendo que todos entren al Seguro Familiar de Salud. Otra opción es eliminar el Régimen Contributivo-Subsidiado y con esto los incentivos perversos. Además se puede expandir y fortalecer los programas salud colectiva (más recursos presupuestarios).

También es importante la implementación de un solo mecanismo de compra con menos dispersión y produciendo economías de escala. Además, se debe fortalecer el trabajo del PROMESE/CAL y acelerar la reducción de la partida presupuestaria de atención a la salud de las personas y canalizar los recursos que llegan a la red a través del SENASA, lo que implica la aceleración de la separación de funciones en el sector.

1) Comentarios al trabajo de Rosa María Suárez y Jeffrey Lizardo de Gustavo Rojas Lara

Los comentarios a las ponencias fueron responsabilidad del Dr. Gustavo Rojas Lara, quien manifestó su conformidad con todo lo expresado. Además resaltó los aspectos siguientes:

El país por muchos años ha cambiado el rol de los actores y de la reforma. Hay una gran confusión al entender la reforma como un fin en sí mismo y no como un medio.

El país ha construido en los últimos 50 años uno de los sistemas más caros, más inequitativos y menos solidarios de América Latina. Las estadísticas en que aparece la República Dominicana nos sitúan en los últimos lugares en la inversión, en la calidad, de los costos y del

gasto del bolsillo. Cuando se considera la inversión per cápita RD está por debajo de Haití y Sierra Leona.

El país está siendo reactivo a una agenda que es puesta por los intereses de los actores, en un sector muy complicado que en la diversidad de actores e intereses conlleva que la gobernabilidad esté secuestrada por los intereses de los actores. Cada quien tratando de sacar provecho para su sector y el gobierno centrado en las respuestas del día a día.

La Ley de Seguridad Social tiene sus debilidades pero también sus virtudes. La Ley contempla la existencia de todas las instituciones y actores. Las tensiones son normales y pasan en todas las partes del mundo, pero al sistema de salud le llegó su tiempo y eso se llevará a todos los actores que no se adapten a las nuevas condiciones. Hace poco nuestra cobertura de seguro era de un 22%, teniendo inclusive a los seguros privados con los más altos gastos de bolsillo. La ley confirió autoridad y legitimidad a los autores pero para que construyeran un sistema funcional que reconozca la existencia de todos y no sólo de un grupo. Debemos de contribuir a que el sistema funcione y hay que tener presente que quienes más tienen son los que más tienen que perder.

Todos los gobiernos han invertido poco en salud. Cuando América Latina tiene una inversión pública de 3 y 4% la RD invertía 1.5%. Pero también la calidad es muy baja, reflejada en nuestras altas tasas de mortalidad materna infantil. La crisis del 2003 redujo la inversión pública en salud a las proporciones de los 90's.

2) Participación del público

El Dr. Suero

La RD tiene un per cápita de más de US\$8,000 dólares, que es una cifra considerable. Yo apuesto a la reforma de

salud. Nosotros trabajamos con el Dr. Guido Miranda en el diseño de la reforma. La reforma no ha arrancado pero tendrá que hacerlo.

La Ley de SS y la de Salud no son modificables. La eliminación del Régimen Subsidiado tiene que demostrarse con su inviabilidad en la práctica.

Lo que no puede distorsionarse es la reforma a través del financiamiento a instituciones públicas como el Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS).

Dr. Luis Roa

Es preocupante que el financiamiento de nuestro país esté por debajo de Haití y Sierra Leona. La pregunta es, con este conflicto de intereses: ¿Quién le va a poner el cascabel al gato?

Alejandro Moliné

Ha sido un gran absurdo la existencia de dos redes públicas paralelas con niveles de ocupación muy bajos. Se debe considerar también la eficiencia del establecimiento individual. También, hay que considerar la convivencia del establecimiento individual y de la red, donde el funcionamiento en red conlleva mejoras de economías de escala y como establecimiento autónomo acerca de los servicios y las decisiones a las necesidades de la población.

Un tema a aclarar es lo del costo del per cápita del Régimen Subsidiado que en realidad no es de \$2,176 pesos, sino que hay que añadir los gastos adicionales de la SESPAS para los servicios a la población subsidiada. Otro es el costo real del Plan Básico ya que por las informaciones del SENASA es posible que esté habiendo un gran excedente administrativo en el manejo del riesgo del Régimen Contributivo.

En relación a la eliminación de Régimen Contributivo-Subsidiado hay que considerar las dificultades que se han tenido países más institucionalizados que el nuestro, que no han logrado operacionalizarlo adecuadamente. Además, los gastos administrativos y de recaudación pueden hacer financieramente inviable el régimen pero esto debe demostrarse en la práctica.

Lilian Rodríguez

Considera que el Seguro Social debería mantenerse, no como ha existido hasta ahora, sino como debería funcionar.

Ramonina Brea

Recordó que en el país los gastos de bolsillo para la salud han sido muy elevados en relación a América Latina y, además, la eficacia del sector salud y calidad de servicios de salud son deficientes, todo lo cual incide en el nivel de vida de la población dominicana. Habría que investigar y monitorear si esos gastos de bolsillo para la salud disminuyen con la reforma de salud en curso.

Cuestionó si es posible reducir los costos en salud en los años siguientes y qué va a hacer la SESPAS para reducir los costos superfluos como los de alimentación de los hospitales que benefician a visitantes que no son pacientes ni enfermeras. Consideró que debería empezar a sustentarse cualquier propuesta de modificación de la Ley de Seguridad Social.

3) Respuestas

Dra. Rosa María Suárez

Todos debemos colocar el cascabel al gato. Todos somos corresponsables del sistema. La propuesta de red

única tiene riesgos de generar una nueva burocracia. La función de la corporación es sólo estimular la creación de las redes de servicios de salud. El tema de la autonomía versus red, debe clarificarse ya que en el país se confunde autonomía con transferencia de recursos. Si el sistema no mejora la capacidad de los establecimientos de salud no habrá eficiencia sistémica pero hay que considerar la importancia de la complementariedad que produce la red. El IDSS ya no puede verse como la Caja Costarricense y debe transformarse para poder subsistir o no contaremos con la institución dentro de poco.

Jeffrey Lizardo

La Ley 87-01 ha sido modificada varias veces y otras nuevas leyes también. Las dos leyes respondieron como un traje a la medida de todo el mundo que pidió algo durante la formulación. Las evaluaciones que se han hecho a nivel internacional demuestran que es difícil la puesta en vigencia del Régimen Contributivo- Subsidiado. Hay que enfrentar el tema ya que este régimen lo que puede hacer es deteriorar el Régimen Subsidiado. Los nuevos mecanismos de asignación de recursos van a incidir en la eficiencia pero se ha hecho muy poco al respecto. El IDSS será en dos años una Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y los responsables son las mismas personas que están ahí. La prestadora se irá a la Red Única y la ARS desaparecerá. El objetivo de la reforma es reducir el gasto de bolsillo pero hay serias dudas de que esto esté sucediendo.

Gustavo Rojas Lara

Nadie mandó a acabar al IDSS y se le dieron muchas oportunidades, sin embargo la institución no ha respondido. El IDSS no tiene muchos defensores. El IDSS pudiese estar recibiendo más dinero que el SENASA.

4) Decisiones a tomar

- a) **Incrementar el financiamiento público del sector salud.** La inversión nacional en salud como porcentaje del PIB (superior a un 6%) es similar a la de países de nuestra condición en la región. Sin embargo, la mayor carga de este financiamiento recae en el sector privado, principalmente en el gasto de bolsillo de los hogares. Para tener un sistema de salud más equitativo es imprescindible la reducción del gasto de los hogares a través de un incremento de la inversión pública en el sistema, por lo que resulta imprescindible la evaluación de posibles fuentes y medios de financiamiento, legales y viables, de donde se pudiesen obtener los fondos que incrementarían los recursos que el Estado pone en el sector.

Ventajas

- El aumento del financiamiento público permitiría incrementar la cantidad de afiliados subsidiados del sistema, lo que tendría un impacto en la situación económica de la población más vulnerable del país. Además, se dispondría de fondos para implementar el sistema Contributivo-Subsidiado, que conlleva una cuota significativa de recursos por parte del Estado quien funge como empleador. Igualmente, contribuiría a completar la afiliación a la seguridad social de toda la población empleada en las instituciones del Estado (contributivos públicos).
- Un mayor financiamiento público posibilitaría el mejoramiento de las infraestructuras y las condiciones de los servicios públicos de salud del país. Además, permitiría una mayor disponibilidad de recursos para la adquisición de medicamentos a través del PROMESE/ CAL, lo que

beneficiaría el suministro de a los sectores de bajos ingresos a través de los establecimientos públicos y de las farmacias del pueblo.

Desventaja

- De incrementarse el gasto público en salud sin realizar modificaciones en la gestión de los recursos se estarían aumentando los recursos que llegan al sistema pero sería muy bajo el impacto marginal de los mismos en la cantidad y calidad de los servicios prestados. Incrementar los recursos sin una reforma interna de la gestión sólo aumentaría los niveles de ineficiencia del sector.

b) Implementar un piloto del Régimen Subsidiado.

Es importante ponderar la factibilidad técnica y financiera de la implementación de este régimen de financiamiento que conlleva retos administrativos y financieros para su puesta en marcha.

Ventaja

- El piloto del Régimen Contributivo-Subsidiado arrojaría resultados valiosos y significativos para la evaluación de este régimen de financiamiento. Sería importante que cualquier conclusión a que se arribe parta de una experiencia concreta y no sólo de una confrontación de ideas y posiciones.

Desventaja

- El Régimen Contributivo-Subsidiado está concebido para beneficiar a los sectores informales de la sociedad, que son muy disímiles en cuanto a organización, operación y formas de generación de ingreso. De realizarse un piloto con un sector

o unos pocos sectores arrojaría resultados que podrían ser sesgados y que deberían ponderarse adecuadamente teniendo mucho cuidado con la universalización de los mismos.

- c) **Evaluar públicamente las alternativas del IDSS.** Es conveniente analizar de forma abierta y sincera las posibilidades de desarrollo y evolución del IDSS de cara a la definición de estrategias que minimicen los costos sociales de las mismas.

Ventaja

- El Gobierno, las personas y grupos vinculados tendrían una idea más clara de las alternativas de evolución y desarrollo de la institución, lo que podría aportar elementos racionales a las decisiones que se adopten.

Desventaja

- La presión de los grupos de interés pertenecientes y vinculados a la institución podrían deformar la reflexión y legitimar decisiones convenientes para esos grupos pero negativas para el país.

- d) **Acelerar la separación de funciones de la SESPAS y la implementación de los servicios regionales de salud.** Ambos procesos están en marcha en la institución pero no avanzan a la velocidad deseada. La descentralización de los servicios de atención a las personas significa un debilitamiento de algunos centros de poder tradicionales de la institución.

Ventajas

- La separación de funciones implica simplificación de las mismas y mayores posibilidades de

ejercicio eficiente de las competencias y responsabilidades. La verticalización y la complejización de funciones en nuestras instituciones de salud han sido tradicionalmente una causa importante de su desempeño ineficiente.

- La descentralización que conlleva la separación de funciones acerca las decisiones a los lugares donde se requieren y a los actores involucrados más directamente en las mismas, lo que puede implicar mayor rapidez en los procesos, menos burocratismo y posibilidades de una eficacia superior.

Desventaja

- Descentralizar recursos sin una adecuada capacitación de quienes los manejarían, sin una definición de normas claras y sin buena capacidad de supervisión puede generar corrupción, desorden y desperdicios.
- e) **Evaluar las visiones redecéntricas y hospitalocéntricas de los establecimientos de salud.** En medio de un proceso de constitución de servicios regionales y de mejora de la gestión de los establecimientos públicos de salud, es importante analizar las fortalezas y debilidades, las contradicciones y las complementariedades de las visiones de funcionamiento autónomo y en red de los centros de salud.

Ventaja

- La adecuada definición de un modelo de funcionamiento de las redes de servicios públicos de salud será determinante para la gestión de las mismas y para la calidad de los servicios que recibirá la población. Tanto la modalidad de red

como la de establecimiento autónomo tienen ventajas y desventajas y la definición de una adecuada mezcla de ambas opciones debe ser un objetivo importante del Estado, previo a la generalización de un modelo.

Desventaja

- La evaluación de las visiones redécéntricas y hospitalocéntricas podrían generar una detención indeseable del proceso de separación de funciones y de constitución de los servicios regionales de salud. Además, es importante señalar que cualquier reflexión en este sentido debe partir del reconocimiento del Reglamento de la Red de Provisión de Servicios de Salud.

Alejandro Moliné, Relator

V.

LA VIABILIDAD DEL RÉGIMEN
CONTRIBUTIVO-SUBSIDIADO EN EL
SEGURO FAMILIAR DE SALUD

Chanel Rosa Chupani

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo contiene un análisis sobre la viabilidad de implementación del Régimen Contributivo-Subsidiado (RCS) en el Seguro Familiar de Salud, tal y como se plantea en la ley 87/01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

El RCS tiene por objetivo garantizar la protección social (en este caso las prestaciones de salud), de aquella parte de la población que trabaja en la economía informal, la cual representa una parte importante dentro de la estructura laboral dominicana.

De acuerdo a *Panorama laboral*, la publicación que anualmente hace la OIT sobre las condiciones laborales en América Latina, para el año 2007, una de las características que aún persisten en la región es la alta desprotección social, no obstante los niveles de crecimiento de los últimos años. En promedio el 39,2 % de la población ocupada en la zona urbana carece de un seguro de salud o de pensiones, sin embargo cuando se analizan sectores como el servicio doméstico este porcentaje sube al 64.6%, y en el empleo no asalariado en sentido general el nivel de desprotección asciende al 78.1%.

Al parecer las diversas modalidades de reforma implementada en la última década, ni los recursos destinados han sido suficientes para proteger mínimamente a una parte importante de la población y aún más, cuando dicha protección se analiza en el sector informal los datos son dramáticos.

En la primera parte de este trabajo vemos los antecedentes y la contextualización legal que sustenta la implementación de este régimen, luego analizamos los potenciales grupos poblacionales que conforman su cobertura, así como las prestaciones a las cuales tienen derecho, incluyendo diferentes escenarios de proyección de afiliados, el mecanismo de aseguramiento y prestación de servicios que prevé la ley, así como el financiamiento del régimen, y su impacto en términos de costos fiscales.

Por otro lado, analizamos los principales inconvenientes que presenta la incorporación a la Seguridad Social de los sectores informales, tanto desde el punto de vista de la afiliación, recaudo, la selección de riesgos y la sostenibilidad financiera.

Finalmente, tratamos algunos aspectos relacionados con el impacto en término de cobertura de dicha incorporación, así como algunas conclusiones y recomendaciones que consideramos podrían viabilizar la implementación de este régimen dentro del Seguro Familiar de Salud.

Sin lugar a dudas, el inicio del RCS constituye uno de los principales desafíos del actual SDSS, ya que para lograr una ampliación efectiva de la cobertura, y disminuir el gasto de bolsillo de la población es fundamental la protección en materia de salud de los grupos de la economía informal.

2. ANTECEDENTES

En el mes de mayo del año 2001 fue aprobada y promulgada la Ley 87-01 mediante la cual se crea el Marco Legal que le da sustento a un nuevo modelo de Seguridad Social implicando importantes cambios no solo en la legislación vigente hasta ese momento, sino también a la regulación, financiamiento y prestación de los servicios.

En lo concerniente al Sector Salud, dicha ley plantea en términos de cobertura, una vocación de universalización para lo cual divide a la población en tres regímenes de afiliación y financiamiento: un Régimen Contributivo, para la población que tiene un trabajo formal, el Régimen Contributivo-Subsidiado, que comprende fundamentalmente a los trabajadores informales, con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo nacional y el Régimen Subsidiado que comprende a la población indigente, desempleados, discapacitados que no dependan de un afiliado al Régimen Contributivo, y a la población con ingresos inestables menor a un salario mínimo mensual.

Como se puede deducir, el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), establece una adscripción de la población a los diferentes regímenes no en función de su nivel de ingresos, sino de acuerdo a su vinculación al mercado laboral, por lo cual la población pobre, por ejemplo, podría estar incluida en cada uno de dicho regímenes.

Esto plantea una primera limitación para alcanzar el objetivo de la universalización de los servicios de salud en el sentido de que conceptualmente la Seguridad Social vinculada al financiamiento vía las cotizaciones sociales está diseñada para sociedades con una alta formalidad de su mercado laboral, lo cual facilita el objetivo de alcanzar la universalidad. Sin embargo, en el caso de nuestro país como en el resto de la región, se caracteriza por un mercado laboral con una alta tasa de informalidad (54% de la fuerza laboral en nuestro caso), lo cual como veremos más adelante dificulta su incorporación a la Seguridad Social.

De ahí que constituye un enorme desafío y un reto a la creatividad de las autoridades nacionales el diseño de modalidades de afiliación que permitan garantizar una efectiva protección a estos grupos sociales.

3. COBERTURA POBLACIONAL Y CATÁLOGO DE PRESTACIONES DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO - SUBSIDIADO

3.1 Potenciales beneficiarios del Régimen Contributivo-Subsidiado

La propia Ley 87-01 establece en su artículo 126 quienes son los potenciales beneficiarios del Régimen Contributivo-Subsidiado (RCS) en salud:

- Los profesionales y técnicos que trabajan en forma independiente y sus dependientes,
- Los trabajadores por cuenta propia, urbana y rural y sus dependientes,

- Los trabajadores a domicilio, y sus dependientes
- Los pensionados del RCS,

Sin embargo la propuesta de Reglamento del RCS desglosa la población establecida por la ley en los siguientes grupos y limitaciones de ingresos:

- Los profesionales liberales y/o independientes que realizan sus labores por cuenta propia y que perciben ingresos mensuales promedios, iguales, o superiores a un salario mínimo nacional.
- Los técnicos independientes que realizan labores por cuenta propia, cuyos ingresos mensuales promedios son iguales o superiores a un salario mínimo nacional.
- Los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedios, iguales o superiores a un salario mínimo nacional.
- Los trabajadores por cuenta propia con ingresos mensuales promedios son iguales o superiores a un salario mínimo nacional, que realizan actividades agrícolas o pecuarias auxiliados por operarios remunerados.
- Los trabajadores por cuenta propia con ingresos mensuales promedios son iguales o superiores a un salario mínimo nacional, que realizan actividades de la construcción auxiliados por operarios remunerados.

Esto en vista de que la referida ley en su artículo 7, letra c, limita los afiliados al RCS a aquellos profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional (RD\$5,820.00 al 30/07/2009 para los que prestan servicios en empresas industriales, comerciales o de servicios, cuyas instalaciones o existencias, o el conjunto de ambos elementos, igualen o excedan de la cifra de

dos millones de pesos dominicanos (RD\$2,000,000.00) y no alcancen la cifra de cuatro millones de pesos dominicanos (RD\$4,000,000.00).

En relación a los afiliados en calidad de dependientes el referido Reglamento establece los siguientes grupos:

- a) El o la cónyuge debidamente registrado/a a falta de este/a el o la compañero/a de vida con quien haya mantenido una vida marital durante los tres años anteriores a su inscripción, siempre que ambos no tengan impedimento legal para el matrimonio, y que dependa económicamente del afiliado titular.
- b) Los hijos e hijastros menores de 18 años, hasta 21 años si fueran estudiantes, o sin límites de edad si son discapacitados. Siempre que éstos sean dependientes económicamente del afiliado titular
- c) El padre y/o la madre del afiliado titular, siempre que dependan económicamente de éste, y siempre que no sean ellos mismos afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social. (ver Reglamento Régimen Contributivo-Subsidiado)

3.2 Proyección de la población beneficiaria

Existen diversas estimaciones sobre cual es el porcentaje de la población dominicana que estaría afiliada a este régimen:

- a) De acuerdo a un estudio encargado por el CNSS en el año 2001 al economista Isidoro Santana, la población potencialmente afiliada al RCS en 2, 990,220 personas,
- b) Posteriormente en el año 2003 el consultor Norberto Sanfrutos estimo en 2,914, 616 los potenciales afiliados al RCS,
- c) Más recientemente la Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo estimó en 3,

200,000. los beneficiarios del RCS, es decir, cerca del 34% de la población total del país,

Visto los datos anteriores podríamos concluir que el porcentaje de la población dominicana que estaría afiliada a este régimen estaría entre un 30 y 35%. Sin embargo esta cifra podría variar, aumentando dicha cantidad en caso de que la crisis internacional aumente (como se prevé) los niveles de empleo formal y expulse hacia la informalidad a más personas, lo cual, obviamente tendría su impacto en términos de costos fiscales para el Estado y del financiamiento para los afiliados.

3.3 Beneficios o catálogos de prestaciones

De acuerdo a lo establecido en el artículo 128 de dicha ley los beneficios a recibir son:

- Las prestaciones contenidas en el Plan Básico de Salud: es decir, actividades de prevención y promoción, atenciones ambulatorias, hospitalizaciones clínicas y quirúrgicas, hemoterapia, medicamentos, altos costos, etc.
- Los servicios de estancias infantiles, aunque la ley no especifica ni el financiamiento, ni las condiciones en las cuales se prestarían estas prestaciones.

En ese sentido, la ley garantiza un conjunto de prestaciones en salud (a excepción de los subsidios) similar a la del Régimen Contributivo, con lo cual se garantiza un importante nivel de equidad en el sistema.

3.4 Aseguramiento y prestación de servicios

La ley 87-01, establece que el Seguro Nacional de Salud (SENASA) es el organismo destinado a administrar los riesgos de salud de la población correspondiente al RCS. Esta situación es importante desde diversos puntos de vista: el

hecho de que la aseguradora sea una de carácter público, sin fines de lucro puede garantizar un Plan de Salud a un menor costo sin disminuir el paquete de prestaciones en referencia al Régimen Contributivo, y en segundo lugar, el hecho de que concentren en una sola ARS la población general permite una mayor distribución de los riesgos, lo cual posibilita en mayor medida la administración de los mismos y la viabilidad financiera.

Sin embargo, en relación a la prestación de los servicios la ley de establece la libertad de elección entre proveedores públicos, privados y mixtos.

4. FINANCIAMIENTO

La ley 87-01 indica en su artículo 146 que el costo per cápita del PBS se distribuirá entre el afiliado y el Estado dominicano, tomando en consideración la capacidad contributiva de los diversos segmentos de dichos afiliados, así como la disponibilidad de recursos del Estado Dominicano. Por su parte, la propuesta de Reglamento Contributivo-Subsidiado señala "El subsidio que otorgará el Estado Dominicano estará en relación inversa de la capacidad contributiva de los diversos segmentos de los trabajadores independientes y por cuenta propia, acorde con los principios de equidad y solidaridad social".

Más adelante dice "La capacidad contributiva de los beneficiarios titulares del Régimen Contributivo-Subsidiado será determinada como el ingreso promedio de una muestra representativa del grupo o sector laboral a ser incorporado. Una vez establecida esta capacidad contributiva la misma será utilizada indistintamente para todos los profesionales y técnicos independientes o los trabajadores por cuenta propia e informales del sector o grupo laboral o profesional a que corresponda".

Desconocemos si realmente el monto del subsidio que se plantea en dicho anteproyecto de reglamento obedece a un estudio financiero, sin embargo, en todo caso, dichos cál-

culos deben ser reevaluados debido, entre otras cosas, a los cambios que ha sufrido el modelo de prestación de servicios, al alto costo del Plan de Servicios de Salud (PDSS), y a los niveles acumulados de inflación desde el año 2003 a la fecha.

Si en la actualidad decidiéramos afiliar a toda la población del RCS y asumiéramos un universo de 3, 500,000 a un costo de RD\$620.00, significaría mensualmente un monto de RD\$ 2,700 millones, es decir RD\$26, mil 040 millones.

A esta cifra habría que agregarle los copagos que actualmente se pagan en el sistema, los límites en enfermedades de altos costos (incluye sala de cuidados intensivos), el 30% de co/pago que establece la ley para medicamentos ambulatorios, así como las exclusiones que presentan tanto el catálogo del PDSS y el catálogo de medicamentos, los cuales representarían un gasto de bolsillo para los afiliados.

El monto mensual del subsidio estatal por familia beneficiaria del Régimen Contributivo-Subsidiado, será igual al costo total del Seguro Familiar de Salud multiplicado por el porcentaje correspondiente al grupo o sector laboral al que pertenezca el beneficiario titular, de acuerdo a la siguiente escala porcentual:

Salario Mínimo Promedio (SMP)	Aporte del Afiliado	Aporte Estatal
Hasta tres (3) salarios mínimos promedios	40%	60%
De más de tres (3) hasta cinco (5) salarios mínimo promedio	50%	50%
De más de cinco (5) hasta siete (7) salarios mínimo promedio	60%	40%
De más de siete (7) hasta diez (10) salarios mínimo promedio	70%	30%
De más de diez (10) hasta quince (15) salarios mínimo promedio	80%	20%
Más de quince (15) salarios mínimo promedio	90%	10%

Es importante recordar que a estos costos que representa para el Estado habría que agregar los desembolsos para los afiliados al Régimen Subsidiado los cuales para el año 2008 totalizarán cerca de tres mil millones de pesos, para subsidiar los servicios de salud de menos de un tercio de la población potencialmente afiliable a este régimen.

Sin embargo, ese es uno de los aspectos fundamentales de la reforma, la disminución del gasto de bolsillo, ya que este es uno de los elementos que más afecta la capacidad financiera de las familias, de hecho, de acuerdo al Banco Mundial, la segunda causa de empobrecimiento en América Latina, luego de la pérdida del empleo, es la falta de un seguro de salud familiar, de ahí que se justifique el esfuerzo fiscal que deben hacer los Estados a los fines de garantizar un adecuado nivel de protección social a su población. En el caso de la Republica Dominicana, se justifica aun mas dicho esfuerzo en vista de que somos unos de los países de menos gasto publico en salud.

5. SEGURIDAD SOCIAL Y MICROEMPRESA

Las microempresas constituyen uno de los principales grupos que eventualmente integrarían el RCS por lo cual nos permitiremos citar algunos datos extraídos del estudio realizado por las especialistas Mariana Ortiz y Rita Mena para FONDOMICRO y que arroja importantes resultados que debemos tener en cuenta al momento de diseñar una estrategia de incorporación de esta población al Seguro Familiar de Salud. Si bien es cierto que una parte considerable de las pequeñas empresas se afiliarían al Régimen Contributivo, en el caso de las microempresas su afiliación sería fundamentalmente al RCS.

- a) Desde el año 2000 hasta el 2005 las micro y pequeñas empresas pasaron de 359,304 a 616,215
- b) Este sector genera 1,445,162 empleos lo cual representa el 36.2% de la PEA del país,

- c) El 78.5% de los dueños de pequeñas empresas acudió al médico en los tres meses antes de la encuesta y el 58.2% de los microempresarios. Este hecho podría estar implicando que la pobreza se constituye en un elemento que bloque el acceso a los servicios de salud.
- d) Para estos últimos los hospitales públicos fue su principal opción de atención sanitaria,
- e) En el caso de los microempresarios su gasto mensual en salud representa el 10% de su venta,
- f) Sólo un 20.7% de las microempresas tiene un seguro de salud para su dueño y sólo un 7.4% lo paga para sus empleados,
- g) El 80.5% de los microempresarios se mostró renuente a contratar un seguro de salud. El hecho de que en muchos casos los integrantes de este sector encuentran repuesta en los Hospitales Públicos pareciera ser la razón de su renuencia a contratar un seguro de salud.

En el caso de las microempresas se hace necesario crear los incentivos que permitan a ese sector su incorporación a la Seguridad social.

6. DIFICULTADES PARA LA INCORPORACIÓN DE LA POBLACIÓN INFORMAL A LA SEGURIDAD SOCIAL

Tal como hemos indicado los Sistemas de Seguridad Social en sus orígenes fueron pensados para población de trabajadores formales fundamentalmente, por lo que el cambio en la composición de los mercados laborales presenta una serie de inconvenientes que en muchos casos dificultan la ampliación de la cobertura sanitaria vía la población informal, entre estas dificultades mencionaremos las siguientes:

- Dificultad en los mecanismos de afiliación y recaudo pues en estos casos, contrario al sector informal, no hay quien retenga y pague los aportes, no hay una nómina sobre la cual descontar las cotizaciones sociales.
- Escasa disposición para afiliarse al sistema, no importa que la legislación lo haga obligatorio, la naturaleza misma de la informalidad lo hace casi voluntario. No existe evidencia de que la obligatoriedad mediante una legislación promueva una cultura de afiliación.
- Aumenta la posibilidad de selección adversa, ya que frecuentemente los potenciales afiliados solo se adscriben al sistema cuando sienten la necesidad de buscar servicios de salud y se desafilian una vez resuelven el mismo. Esto hace que aumenten los riesgos financieros o que se deban establecer largos periodos de carencias los cuales a su vez desincentivan la afiliación.
- La dificultad en la identificación de los afiliados, por los niveles de dispersión, falta de organización y movilidad geográfica, no sólo encarecen los costos de afiliación, sino que dichos factores impiden una adecuada eficiencia en dicho proceso.
- Posibilidades de corrupción y clientelismo en el establecimiento de los montos a subsidiar, como es común en los programas sociales que reciben subsidios focalizados y diferenciado en función de los ingresos de sus afiliados. Se requieren establecer mecanismos claros y transparentes que eviten este tipo de falencias.
- Dificultad en controlar la evasión, por las características propias del sector, la inestabilidad de sus ingresos, etc.
- Altos costos de transacción en la afiliación. Las dificultades propias en la afiliación, los niveles de dispersión de esta población, los cambios de lugar de trabajo, el hecho de que una parte importante este integrado por trabajadores por cuenta propia, chiriperos, etc., hace sumamente costoso la afiliación de esta población, lo cual también resta incentivos a las instituciones de aseguramiento.

- Para crear incentivos a la afiliación, los subsidios estatales deben ser muy altos. De acuerdo a un estudio de Ricardo Bitrán, para incorporar a esa población al aseguramiento, los niveles de subsidio público sólo funcionan si son elevados, “por ejemplo, cuando las primas de aseguramiento representan tan sólo el 1% del ingreso de las familias, la mayoría (57%) de los no asegurados adquiriría cobertura. Sin embargo, cuando las primas pasan a representar un 3% del ingreso, sólo un tercio se afiliaría”. Esto implica que la tendencia general es que mientras menor sea el subsidio estatal, mayores serán las posibilidades de evasión.
- Existe la creencia de que la afiliación a la seguridad social incrementa las posibilidades de pagar más impuestos. Muchos sectores de la población informal tienen la creencia de que a mediano o largo plazo la afiliación podría ser un mecanismo usado por el Estado para incorporarlo en el Sistema Tributario u obligarlo a pagar más impuestos. Esta percepción obviamente disminuye la tendencia a la afiliación, por lo que en muchos casos, la población prefiere asistir a los establecimientos públicos o costear los servicios mediante el pago directo.
- La posibilidad de incertidumbre financiera es más alta en este régimen debido, entre otras razones, a la tendencia de sólo inscribirse los enfermos, pago irregular e inestable de parte de la población afiliada, altas tasas de evasión, etc.

7. IMPACTO DE LA POBLACIÓN INFORMAL EN LA COBERTURA DE SALUD

No obstante, las dificultades en la afiliación y sostenibilidad financiera que presenta este régimen, es fundamental buscar alternativas de incorporación de la población informal en los programas de protección social si en verdad que-

remos lograr impacto en la cobertura poblacional de nuestro país.

De acuerdo a la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), en nuestra región, 7 de cada diez empleos que se generan en el área urbana son informales, de los cuales una parte importante tiene capacidad contributiva.

De acuerdo a un estudio realizado por la firma Bitrán y Asociados "en ningún caso la cobertura de afiliación de la población informal alcanza el 30% del total de la misma." Este porcentaje no varía significativamente por el hecho de que la legislación haga obligatoria la afiliación.

La creación de grupos, cooperativas, etc. para la afiliación ha demostrado internacionalmente no ser una opción que garantice la viabilidad financiera del modelo ya que, por lo general, son grupos muy pequeños por lo cual deben establecerse mecanismos de carencia de largo plazo que a su vez limitan el incentivo para la afiliación.

Sin embargo, es imposible impactar en términos de cobertura poblacional y situación de salud si no se logra captar a este grupo e incorporarlo a la seguridad social.

En nuestro caso, una incorporación masiva de nuestra población informal supondría elevar la cobertura de aseguramiento de cerca de un 34% donde se encuentra actualmente a más de un 72%, lo cual tendría un importante impacto en términos de protección financiera y social.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

No hay dudas que la implementación del RCS, es el principal reto que tiene el SDSS para alcanzar el anhelado principio de la universalidad, dado el peso cada vez creciente que tiene el sector informal en nuestra estructura laboral, es imposible alcanzar ni medianamente este objetivo sino es mediante la incorporación de esta parte de la población al sistema de seguridad social.

En ese sentido, y visto que no basta la obligatoriedad legal, se hace necesario, el diseño de opciones novedo-

sas que resulten atractivas para esta parte de la población.

Algunas alternativas que nos atrevemos a plantear a manera de recomendaciones son las siguientes:

Una de las opciones es aplicar la ley 87-01 tal como esta planteada en la actualidad, lo cual implicaría:

- a) enfrentar los problemas de afiliación antes mencionados, y que son consubstanciales con este tipo de regímenes,
- b) asegurar el subsidio de parte del Estado para aquellos grupos que no tienen capacidad para financiar íntegramente las prestaciones contempladas por la ley,
- c) disminuir la posibilidad de fraude y clientelismo en la asignación de los subsidios, lo cual es muy común en la focalización de los servicios sociales,
- d) se debería establecer de parte del CNSS un cronograma que indique la fecha de incorporación al SDSS de los grupos que integran informales y definir claramente los criterios de priorización para la incorporación de los mismos,

Una segunda opción planteada por algunos técnicos (Sanfruto, Lizardo Jeffrey), es la de eliminar el Régimen Contributivo-Subsidiado e incorporar esa población a uno de los dos regímenes restantes. Esta opción implicaría una reforma legal a la ley 87-01, e implicaría que el Estado dominicano asumiría el subsidio del 100% de la población asignada al Régimen Subsidiado.

Una tercera opción consistiría en el inicio de una prueba piloto con grupos focales. Por lo general este tipo de estrategia trae un alto riesgo financiero y limita fuertemente la posibilidad de lograr una ampliación rápida de cobertura.

Una modificación legal que implique un cambio en la fuente del financiamiento pasando de un sistema de cotizaciones sociales a ser financiado por impuestos generales:

mejoraría el gasto público en salud como proporción del PBI, cobertura universal, se requeriría identificar los recursos. Sin embargo, esta última posibilidad tiene una alta tasa de rechazo en grupos de intereses sobre todo en el sector empleador, que durante todo el proceso de reforma se opusieron a la misma.

Finalmente, está la posibilidad de crear un régimen de excepción para este sector, con un costo per cápita menor, priorizando prestaciones, limitando la posibilidad de libre elección a una red mucho más cerrada, teniendo en cuenta las prestaciones más costo/efectivas y las patologías que más afecten el perfil epidemiológico de esta población. Si bien es cierto, que esta posibilidad le daría más viabilidad financiera al sistema, quebraría la equidad del mismo e implicaría una modificación legal.

Lo cierto es, que hoy día los sistemas de seguridad social tienen en la cobertura de la población informal uno de sus principales desafíos dada la importancia de este sector.

La sola inclusión de este sector supondría colocar a nuestro país en uno de los de mayor cobertura en términos de aseguramiento en salud, más del 70% de la población, incrementaría substancialmente el gasto social, se constituiría en un factor fundamental en la protección financiera de amplios sectores y supondría una mejoría en los indicadores de salud.

En nuestro caso, cualquier alternativa que se escoja va a implicar un importante esfuerzo en términos financieros, una clara voluntad política que impulse las reformas y ajustes necesarios y una imaginación y creatividad importante que permita implantar las importantes decisiones que implica incrementar la cobertura en salud de esta parte vital de nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA

- Bennett Sara, Andrew Creese y Roland Monasch. "Esquemas de Seguros de Salud para personas que se encuentran fuera del sector del empleo formal de la economía", División de Análisis, Investigación y Evaluación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), WHO, Geneva, 1998.
- Bitrán y Asociados. *Lineamientos para implementar subsidios parciales en Colombia*, 2001.
- Gonzalo Morales, Luis. *El Sector Informal de la Economía y la Seguridad Social en Salud*, Panamá, 2002.
- República Dominicana. Secretaria de Estado de Trabajo. Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, 2001.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Informalidad y Seguridad Social en países de América Latina*. Lima, 2002.
- Ortiz Marina y Rita Mena. *Encuesta sobre Seguridad Social y Microempresas*. Fondomicro, 2007.
- Reglamento del Régimen Contributivo-Subsidiado, propuesta en discusión, Consejo Nacional de Seguridad Social.

Sanfruto, Norberto. *¿Cuánto cuesta el proceso de reforma en salud?* Escuela Andaluza de Salud Pública, 2007.

Santana, Isidoro. *Estudio sobre población objetivo de los Regímenes Subsidiado y Contributivo-Subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social.* Consejo Nacional de la Seguridad Social, 2003.

VI.

GARANTÍA Y PROTECCIÓN DE LOS
DERECHOS DE LOS AFILIADOS EN EL
SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD
SOCIAL (SDSS)

Bernardo Matías

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos cinco años, República Dominicana experimenta un proceso de reforma de salud y seguridad social que cada vez más se ha ido constituyendo en objeto de debate y agenda obligada en foros, seminarios, centros académicos y medios de comunicación. Esta es una tendencia que nos trasciende como país. Tiene dimensiones continentales porque abarca a la casi totalidad de los países de América Latina.

Pese a los avances logrados en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), las reformas del sector salud nos plantean problemas conceptuales, de organización y metodológicos que distan de estar resueltos y tienen implicaciones prácticas en la propia organización del sistema.

La reforma de salud y seguridad social es un tema que invita y provoca discusiones de actualidad para quienes están interesados en que el SDSS se fortalezca y cada vez esté más enfocado hacia las necesidades de la población. Por eso, el presente trabajo analiza de forma introductoria la garantía de derechos de los afiliados, desde la perspectiva de la protección en salud y seguridad social, identifica los rezagos y avances, las dualidades y conflictividades observables en el proceso de implementación del nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social. En el documento se examinan los diferentes enfoques o conceptos de salud y seguridad social que están en debate hoy y cómo estos enfoques impactan la organización de los sistemas y en los derechos de los afiliados.

Asimismo, se aborda la vinculación existente entre derechos de los afiliados y la protección social en salud, resaltando el rol del Estado como garante de los derechos de los ciudadanos y ciudadanas. Esta reflexión se hace teniendo a América Latina y los modelos de seguridad social como referente contextual. Esta plataforma conceptual está conectada con la realidad concreta del Sistema de Seguridad Social de la República Dominicana y los elementos inhibidores de

los derechos de los afiliados en el país, resaltando las debilidades institucionales del Estado como garante de derechos, la poca cultura sobre los derechos ciudadanos en el área de salud que tiene nuestra sociedad y los elementos intrínsecos al propio sistema de seguridad social y los efectos de exclusión.

2. ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO? ¿UN BIEN SOCIAL O UNA MERCANCÍA?

La producción bibliográfica sobre la reforma del sector y salud y los sistemas de seguridad social en América Latina es vasta. Esta ha dominado las agendas de gobiernos, foros, seminarios, junto con los temas del medio ambiente, educación, seguridad ciudadana y pobreza. Los enfoques de estos debates están muy marcados por formulaciones técnicas soslayándose los elementos ideológicos y los valores a los cuales responden las estrategias de cambios de los sistemas de salud y seguridad social en el Continente. En realidad estamos imbuidos por una tendencia de dimensión planetaria, donde lo tecnológico y los principios de mercado parecen dominarlo y permearlo todo.

En estos debates se han colocado sobre la mesa temas considerados relevantes, como la crisis en los costos del sector; el excesivo poder de los médicos como agentes determinantes en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; la poca capacidad reguladora del Estado; las profundas inequidades y exclusiones de los sistemas; la baja inversión en salud de los estados en detrimento del bolsillo o presupuesto familiar; la ineficiencia e ineficacia de los sistemas de salud. Sin embargo, pocas veces se ha puesto en debate *la garantía de los derechos de los afiliados en un sistema de seguridad social*.

Se ha asumido como presupuesto que estos derechos de por sí están garantizados en la organización del mismo sistema. Sin embargo, detrás de cualquier sistema existe la

presión de la cultura, las relaciones de poder, los intereses y los tejidos sociales de los pueblos.

La garantía de los derechos de las personas afiliadas en un sistema de salud y seguridad social está directamente vinculada con la perspectiva o el concepto que inspira un determinado modelo de salud. Las experiencias de reformas de salud en América Latina colocan los debates en tres grandes perspectivas.

Una primera es la de inspiración liberal donde se asume la salud como provisión de cuidados médicos individuales. Es el enfoque utilitarista radical que sustituye las necesidades de salud y de derechos por el de riesgo financiero.

En esta perspectiva la salud es una mercancía donde se aplican los conceptos de mercado y de utilidad formulados por la economía. Se sustituyen los valores de equidad, universalidad y solidaridad por los de individualidad, competencia, costo-utilidades. En este enfoque se subordinan los derechos de las personas afiliadas a la relación de costo-utilidad.

Un segundo enfoque es en el que concibe la salud como un derecho humano o un beneficio social. El sistema es asumido como un todo. Parte de las necesidades de la población y asume la reforma de manera multisectorial con el objetivo de superar las exclusiones. Tiene como valores fundamentales la solidaridad, la universalidad y la equidad. El derecho a la salud es consustancial a la protección social y por ende constituye el eje determinante para definir el modelo de atención, sus políticas, planes y coberturas. En definitiva, está conectado con el paradigma de desarrollo humano.

Una tercera visión es la que se ha ido imponiendo en las últimas dos décadas en América Latina, la cual se pretende armonizar los intereses individuales o particulares con los de carácter social-colectivo y público, pero a la vez aplicando a la salud, por analogía, los conceptos de mercado y de utilidad formulados por la economía. Se procura articular la producción social de la salud con la administración del riesgo financiero.

De esta concepción han surgido modelos mixtos de salud y seguridad social, los cuales han generado en la práctica una relación tensa y permanente entre la garantía de los derechos de las personas afiliadas, el interés de los grupos privados de acumular a costa de los derechos de la ciudadanía y la débil capacidad reguladora de los Estados.

En resumen, la tendencia en América Latina y el Caribe ha sido la coexistencia de estos enfoques, expresados en subsistemas (públicos y privados), a menudo sin adecuada regulación y sin una clara dirección.

3. LA GARANTÍA DE DERECHOS ESTÁ VINCULADA A LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

La garantía de los derechos en salud está estrechamente vinculada con los paradigmas de desarrollo humano, ciudadanía y protección social. Protección social en salud implica garantizar que la población tenga acceso a la protección y al cuidado de su salud mediante la asignación de recursos, ya sea como responsabilidad pública-estatal o compartida. La protección social pone en primer lugar a la ciudadanía no importa su condición de afiliación. Tal como nos plantean Hernán Rosenberg y Bernt Andersson, *“la protección social en salud pasa a ser entonces la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan obtener servicios de salud de una manera adecuada a través de alguno o algunos de los subsistemas de salud existentes en el país”*¹.

El concepto de protección social en salud no ha sido estático. Ha tenido variaciones en el tiempo. En algunos momentos ha tenido una base comunitaria, en otros estatista y en la actualidad se le concibe como una responsabilidad compartida entre el Estado y otros agentes sociales, procurando la asignación de recursos por diferentes vías para garantizar la salud a la ciudadanía.

1 Hernán Rosenberg y Bernt Andersson. “Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*: Washington, vol. 8 n. 1-2, julio-agosto, 2000.

Hoy cada vez más se ha énfasis en la garantía de la sociedad, a través del Estado, para que la ciudadanía y las colectividades alcancen respuestas a sus necesidades y derechos en salud mediante el acceso a servicios de salud con calidad, sin que ello esté mediado por la capacidad de pago.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que en América Latina y el Caribe hay más de 200 millones de personas que no tienen asegurada una cobertura regular por el sistema o el seguro de salud, de los cuales 100 millones aproximadamente no tienen acceso a ningún servicio de salud. Estas exclusiones obligan a una necesaria intervención del Estado. La exclusión y falta de acceso a servicios de salud es inaceptable desde el punto de vista ético, constitucional, del derecho y epidemiológico.

Es necesario enfatizar que a través del Estado los individuos y los grupos puedan alcanzar sus necesidades de salud a través de un acceso adecuado a los servicios de salud, independientemente de su capacidad de pago.

Por tanto, cualquiera que sea el sistema de aseguramiento el Estado tiene la obligación de garantizar los derechos en salud de la ciudadanía.

4. IMPACTO DE LAS EXCLUSIONES Y LA NEGACIÓN DE DERECHOS A LOS AFILIADOS

Un modelo de seguridad social concebido a partir de la inserción formal al mercado y el ingreso, en una sociedad de economía altamente informalizada, salarios deprimidos y tasa elevada de desempleo, trae por definición las exclusiones. En América Latina, los estudios arrojan que los modelos de seguridad social, concebidos a partir del ingreso y la relación con el mercado laboral y no por las condiciones sociales, han tenido efectos de exclusión alta. Múltiples estudios ubican estas exclusiones en aproximadamente un 40% de la población.

En nuestro país las personas excluidas de la seguridad social constituyen alrededor del 60%, aunque debe destacarse que en el período 2002-2007 la cobertura de afiliación se elevó de un 20% a un 40%, con tendencia a seguir aumentando.

Las experiencias latinoamericanas indican que en la cobertura de afiliación la curva descendente, crecimiento lento o de estancamiento empieza a manifestarse cuando alcanza el 60%. Estas exclusiones conducen a que la ciudadanía recurra al uso de los servicios privados en detrimento de su presupuesto familiar o de servicios públicos de salud de baja calidad con los riesgos que ello implica.

Cuando los derechos en salud de los afiliados en un sistema de seguridad social son violados o negados, los efectos tienden a ser devastadores en la sociedad, muy particularmente para los más pobres. Las implicaciones de estas exclusiones se reflejan en la población de esta manera:

La salud y el bienestar se ven afectados por falta de acceso. Las exclusiones de los servicios preventivos y curativos implican agravamiento de las enfermedades, incremento de los riesgos de muerte y las discapacidades.

Se incrementan *las inequidades y asimetrías*, con efectos directos en la economía y el presupuesto familiar, dado que la población se ve obligada a cubrir los costos de los servicios no recibidos por negación de derecho o a postergar el gasto para su salud, con la consecuente secuela de riesgos a enfermar o morir. Son inequidades éticamente inaceptables.

En un sistema de seguro, como el de la República Dominicana, la negación de derechos de los afiliados y sus consecuentes exclusiones puede afectar la eficiencia del sistema, todo lo contrario como suponen los agentes privados. En situaciones de exclusiones y negación

de derechos, las probabilidades de enfermar y de riesgos aumentan y por ende la ocurrencia de eventos de altos costos pueden incrementarse. Esto impacta tanto el gasto del bolsillo como el sistema de reparto en la administración del riesgo.



- Desregulación del sistema y baja capacidad de conducción y liderazgo de las instituciones rectoras para hacer cumplir el marco legal.
- La poca asignación pública de recursos para el gasto en salud incide directamente en la restricción de los planes de cobertura de la seguridad social y por ende en los derechos de los afiliados.
- No inclusión de atenciones básicas y de medicamentos que bajo el supuesto del equilibrio financiero del sistema no están en coherencia con el perfil epidemiológico del país.
- Carencia absoluta de recursos económicos en los quintiles más bajos de la población para responder a gastos que impliquen copago para el cuidado a la salud.
- Limitada red de servicios por parte de las administradoras de riesgos de salud. Esto se agudiza cuando las redes públicas operan de forma segmentada, no integral. En países, como Costa Rica, las redes públicas operan de forma integral y facilitan mayor cobertura de servicios. Mientras más segmentadas están las redes de un sistema de salud más incide en

las exclusiones y la falta de garantía de los derechos de los afiliados y mayores efectos regresivos tiene. Los grupos de menores ingresos usan el sistema público con menor calidad y los de mayor ingresos, estando asegurados, prefieren los servicios privados sin importar que tengan que pagar de sus bolsillos.

- La restricción geográfica de personas que estando aseguradas tienen que trasladarse a largas distancias para acceder a los servicios.
- Las disparidades culturales y las asimetrías en el acceso a las informaciones sobre los derechos que tienen como afiliado.
- El impacto negativo a la estabilidad financiera del sistema que pueden tener las enfermedades de altos costos, cuando se dificulta armonizar las medidas de contención de costos con garantía de derechos a los afiliados.

EL ESCENARIO LATINOAMERICANO

- Las Constituciones y leyes orgánicas de nuestros países reconocen la salud como un derecho de todos sus habitantes.
- Los que pueden pagar siguen utilizando los servicios privados.
- Los pobres utilizan los servicios públicos y comunitarios o quedan totalmente excluidos.
- La mayoría de los países de AL y El Caribe están desarrollando reformas de salud y seguridad social. Sin embargo, las estadísticas dicen que el número de personas excluidas de la protección social en salud es significativo.
- Que las violaciones de los derechos de la población afiliada son también significativas. Países como Colombia y Chile se han visto obligados a legislar

leyes complementarias que sirvan de contención a las prácticas de violación de los derechos de los afiliados llevadas a cabo tanto por los prestadores de salud como por los administradores de riesgos.

- Que en los últimos años en los países donde la reforma de salud y seguridad social se encuentra en la segunda y tercera generación, la cobertura de afiliación en lugar de aumentar ha disminuido o se ha estancado. Esto se vincula a los cambios negativos experimentados en la estructura de mercado. Esto ha implicado una disminución del número de cotizantes efectivos.
- En resumen, las caídas en los niveles de empleo en el sector formal, combinadas con la desregulación del mercado de trabajo y el aumento del desempleo contribuyeron al mayor debilitamiento de los sistemas de protección social (en los países donde estaban más consolidados) y han limitado la expansión en los demás.
- Esto último está llevando a un replanteamiento de si continuar con modelos de seguridad que tienen como base el ingreso y la vinculación con el mercado laboral o repensar el aseguramiento en función de la condición social.

5. ELEMENTOS INHIBIDORES DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS EN EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

En términos de visión objetivo, el nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social se fundamenta en un modelo de competencia regulada de los actores públicos y privados (sistema mixto regulado), en el cual la prestación de servicios se concibe de forma descentralizada. Se trata de un modelo donde coexisten estrategias de mercado y de atención primaria desde la perspectiva de lo público.

La lógica de mercado inserta en el modelo de seguridad social de nuestro país arrastra de por sí exclusiones. La maximización de las utilidades económicas por parte de los agentes privados que intervienen en el sistema (Administradoras de Riesgos de Salud y Prestadores Privados de Salud) es su objetivo fundamental. Este objetivo utilitarista de la economía se puede lograr ya sea disminuyendo las prestaciones a los afiliados o siendo más eficiente sin lesionar los derechos de sus afiliados o ambas cosas a la vez. Las ARS y las PSS prefieren incrementar sus ganancias a costa de los derechos de los afiliados. En ellas han predominado los valores del mercado: competencia, costo-efectividad, costo-utilidades, por encima de los valores de la universalidad, la solidaridad y la equidad, razón de ser de la seguridad social.

A esta lógica economicista de la salud se agrega que en un modelo de salud caracterizado por la competencia regulada se requiere de un Estado fuerte, con capacidad rectora y reguladora. No obstante, nuestro Estado está signado por profundas debilidades y anacronismos institucionales heredados históricamente. Un Estado débil, implica derechos ciudadanos poco garantizados y, por ende, poca garantía de los derechos de salud de los afiliados.

Si a las variables lógica de exclusión del mercado y débil rol rector del Estado, agregamos la existencia de una sociedad civil débil, fragmentada, confundida, desinformada y desmovilizada, la garantía de derechos de los afiliados se ve seriamente afectada.

En la actualidad experimentamos un estado de transición del modelo de seguridad social en la República Dominicana. Las transiciones tienden a ser experimentales, ambiguas, coexisten aciertos y desaciertos. En este estado de transición se han integrado figuras que tienen efectos inhibidores de los derechos de los afiliados. Una de estas figuras ha sido la instauración de los copagos, los cuales limitan el acceso de las personas de menores ingresos a determinadas prestaciones, especialmente las de altos costos y los servicios diagnósticos o imagenología. Las consecuencias de

los copagos es que se cubren a costas del bolsillo de la gente o se limita el acceso.

En términos de la atención ambulatoria, los afiliados tienen una cobertura ilimitada, según el Plan de Servicios de Salud (PDSS). Pero el copago, su desregulación y falta de control tiene un efecto de contención de la demanda y un aumento en el gasto del bolsillo de los afiliados, porque la mayoría de los médicos han establecido sus propias cuotas de copago.

Otra política que ha derivado en exclusión y violación de los derechos de los afiliados es la baja cobertura en las prestaciones en medicamentos. Un afiliado sólo tiene derecho a RD\$3,000.00 anuales de cobertura de medicamentos. Para el grupo de los crónicos diabéticos e hipertensos, por ejemplo, esto representa una insignificante cobertura y un efecto directo en sus bolsillos.

Pero con esta limitada cobertura también se producen violaciones de los derechos de las personas afiliadas por parte de las ARS. No todo afiliado conoce ni tiene acceso al listado de medicamentos, no existe capacidad reguladora en las instituciones rectoras y supervisoras del Estado para monitorear las negaciones de medicamentos por las ARS. Existen ARS que autorizan conforme a sus propios criterios e incluso se manejan con listados diferenciados y contradictorios.

Otro de los derechos que está siendo violado en el actual SDSS es el de la afiliación de los dependientes sin discriminación. Cuando existe una baja relación de dependencia es indicador de exclusiones del núcleo familiar, en especial de los menores. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) estableció una relación de dependencia de 1.4 por titular para el Régimen Contributivo. Hoy día la relación de dependencia es de 0.7. Estas estadísticas sólo significan grupos excluidos. El crecimiento de la cobertura de afiliación vía los dependientes no tiene impacto negativo en la sostenibilidad financiera del sistema porque la propia Ley 87-01 establece una reserva para la afiliación y cober-

tura de atención a la salud a los dependientes (esposa/o o compañera de vida e hijos de los titulares afiliados).

En el Plan de Servicios de Salud (PDSS) está establecido que inmediatamente una persona se afilia tiene derecho a 100% de cobertura de emergencias y las embarazadas a atenciones de preparto, parto y postparto. Para los casos de emergencias nos encontramos con prestadoras de servicios de salud que han separado las atenciones de emergencias de laboratorios y diagnósticos. La emergencia y la cobertura de todas atenciones que de ella se deriven, incluso laboratorio e imagenología. Sin embargo, estas PSS facturan a las ARS de forma separada, agregando el cobro de un copago a los afiliados por concepto de laboratorio y servicios diagnósticos.

De todos los derechos que tienen los afiliados del SDSS, después del acceso a servicios de salud con calidad, el más importante es el derecho a la información sobre el Sistema de Salud, especialmente el derecho a la información sobre el propio Sistema, a la información clínica, a la información epidemiológica y en su condición de paciente el derecho al consentimiento informado.

La mayoría de violaciones de los derechos a los afiliados en el actual SDSS persisten por varios factores, pero la falta de información, la debilidad institucional de las instituciones reguladoras del Estado y la baja cultura de defensa de sus derechos ciudadanos en la población han sido determinantes. El SDSS tiene los mecanismos de reclamos establecidos y las instancias para defender a los afiliados, pero estas instituciones son institucionalmente frágiles y pocas creativas para desarrollar estrategias de información a los afiliados.

El momento donde se pone a prueba en su máxima expresión este derecho a la información es en el derecho al consentimiento informado del paciente. Este derecho tiene como fundamento el principio de la autonomía de la voluntad de la persona.

El consentimiento informado es el derecho del paciente a no ser sometida o sometido a tratamiento médico o qui-

rúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento escrito o el de la persona responsable. Por tanto, un paciente tiene derecho a aceptar o no un tratamiento o procedimiento médico. Cuando el paciente no es capaz o esté inconsciente, y no exista persona responsable, el médico o un equipo asume la responsabilidad.

En nuestro país el consentimiento informado está claramente establecido como parte de la propia historia clínica del paciente. Donde más claramente está establecido por ley es para el tratamiento a pacientes con VIH-SIDA y procedimientos de trasplantes de órganos.

En la actualidad este es uno de los derechos que los afiliados de la seguridad social están necesitando más informaciones. De todos modos, siempre habrá una relación asimétrica entre el paciente y el médico, porque uno tiene el control de las informaciones del diagnóstico y el tratamiento, en el otro sólo se trata de decisiones mediatizadas por criterios éticos y de la voluntad. Pero esta relación de tensión entre ética y ciencia siempre deberá tener como elemento determinante la libertad.

6. EL ESPINOSO TEMA DEL DERECHO A LA LIBRE ELECCIÓN

De entrada asumimos que la Ley 87-01, sus reglamentos y resoluciones de la propia SISALRIL resultantes de acuerdos entre los diferentes actores del Sistema Dominicano de Seguridad Social establecen con claridad este tema. De lo que se trata es de aplicar la Ley o de hacer la modificación de lugar por la vía institucional establecida en la Constitución. En este tema se evidencia una vez más la cultura de pactos y consensos artificiales que posteriormente son violados, ignorados o cuestionados por los mismos pactantes. Son múltiples las actas, resoluciones y acuerdos donde los agentes públicos y privados han firmado para convenir fechas y procedimientos de traspaso de los empleados públicos al

Seguro Nacional de Salud. De manera definitiva la sociedad dominicana tiene que institucionalizarse.

Por otro lado, en materia de derecho no tiene sentido ni coherencia que las Administradoras de Riesgos de Salud estén reclamando unos derechos que no son suyos, sino de los ciudadanos o ciudadanas. Asimismo, no podemos segmentar los derechos ciudadanos. Si la libre elección se hace extensiva a los afiliados del Régimen Contributivo, también debería incluir a los del Régimen Subsidiado, porque tienen igual condición de ciudadanía. Es una manera institucional de establecer asimetrías entre los ciudadanos, formalizando una categorización social y de derechos. Cuando se establece una categorización de ciudadanía esto de por sí se traduce en exclusiones. Es el caso de la población pobre cuyo acceso está limitado al ámbito de lo público.

El principio de la libre elección tiene como base la propia ambigüedad e incoherencia del modelo aprobado, donde la frontera de lo público y lo privado se ve en ocasiones mediatizada por el mercado y, en otros casos, por mecanismos de protección social de naturaleza pública.

La frágil institucionalidad del país y la cultura del consenso simulado o artificial se reflejan en la discusión de este tema y los discursos de algunos actores involucrados.

La libre elección está subordinada al derecho a la salud, no lo inverso. La discusión de fondo es si el derecho a la salud está garantizado o no a la hora de elegir. Por eso, en un modelo de salud y seguridad social lo determinante es el impacto social que pueden tener determinadas políticas e intervenciones. En la libre elección lo más importante no es la vía de financiamiento (ARS), sino el acceso y la cobertura de servicios de salud.

La clave de la libre elección es la garantía de una red de prestadores de servicios de salud (PSS) que ofrezcan amplia cobertura en las prestaciones de emergencias, internamientos, consultas ambulatorias, medicamentos, laboratorios e imagenología. Una red de servicios organizada con criterios de integralidad y calidad de la atención.

En ese contexto, el Estado tiene que jugar un papel decisivo para garantizar los derechos en salud de los afiliados; instituir mecanismos de regulación indirecta y contención de las fallas del mercado. Los límites establecidos a los empleados públicos para elegir libremente su ARS es la vía más efectiva para controlar los excesos que pueden darse en el mercado.

7. LOS ALTOS COSTOS Y LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS. NO ES CUESTIÓN DE FINANCIAMIENTO

Las ARS privadas quieren lograr que se incremente el actual per cápita sobre la base de la necesidad de aumentar la cobertura económica de las enfermedades de alto costo y nivel de complejidad.

El Seguro Nacional de Salud (SENASA) ha demostrado que con el actual per cápita se pueden cubrir las prestaciones contempladas en el Plan de Servicios de Salud (PDSS), los altos costos e incluso algunas prestaciones no contempladas.

El Reglamento de las ARS ordena que para garantizar la cobertura de las atenciones de alto costo y nivel de complejidad, sin necesidad de establecer toques que promueven las exclusiones, éstas deben generar una reserva de cuidado a la salud con el per cápita recibido. El problema que la mayoría de estas ARS no están creando dicho fondo, afectando la cobertura real de los altos costos y el derecho a ser atendidos por los prestadores de servicios de salud sin que la rentabilidad y estabilidad financiera de los prestadores se vea amenazada.

8. UNA EXPERIENCIA DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS EN AMÉRICA LATINA

Los países de América Latina han experimentado y siguen experimentando violaciones serias a los derechos de

los afiliados, siendo persistentes aquellas vinculadas a los altos costos, negaciones recurrentes de servicios y cobertura de medicamentos. En la fase de inicio de los regímenes de seguridad social las violaciones son mayores, disminuyéndose en la medida que el sistema va madurando, se fortalecen las instituciones y los ciudadanos y ciudadanas toman más consciencia de sus derechos.

Una de las experiencias donde se han logrado disminuir las exclusiones y negaciones de derechos adquiridos por los afiliados es la chilena. Este ha sido uno de los cambios más importantes en la historia de la salud de Chile. Se trata del denominado popularmente Plan AUGE. Técnicamente definido como las Garantías Explícitas en Salud (GES)².

Se trata de un Sistema Integral de Salud que beneficia a todos los chilenos. Este Plan contempla la cobertura de todas las enfermedades, incluidas las más graves y de mayor costo, en sus diversas etapas. Los beneficios de protección en salud que ofrece el Plan AUGE son iguales para todo el mundo porque no discrimina por edad, sexo, condición económica, lugar de residencia o sistema de salud al que estén afiliadas las personas. Todas las prestaciones de Atención Primaria (menos las odontológicas), están cubiertas un 100%. Es un auténtico plan de universalidad, solidaridad y equidad en salud.

El punto de partida para establecer el AUGE fue la identificación de los 25 principales problemas de salud de los chilenos, arrojados por los perfiles epidemiológicos y las frecuencias de demandas en los servicios de salud. En ese sentido, el Plan AUGE asegura acceso sin exclusiones a la atención médica de todos los chilenos a estas 25 atenciones, con la meta de alcanzar las 56 principales patologías en el 2007. Cada una de estas patologías cuenta con su protocolo de atención y la definición de los costos, los topes de los copagos en relación a las tarifas de referencia, los tiempos

2 La Suprema Corte de Justicia de Colombia acaba de legislar estableciendo como obligatorio autorizar los servicios de salud a los afiliados, eliminando cualquier denegación de los mismos por parte de las ARS y las PSS.

máximos de espera, atención provisional de emergencias e internamiento fuera de la red de servicios de su administradora de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, Celia. "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90" en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18 no. 4, julio-agosto 2002.
- Infante, Alberto, Isabel de la Mata y Daniel López. "Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 8 no. 1-2, julio-agosto, 2000.
- Rosenberg, Hernán y Bernt Andersson. "Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 8 no. 1-2, julio-agosto, 2000.
- Ross, Anna Gabriela, José Luís Zeballos y Alberto Infante. "La calidad y la reforma del sector de la salud en América latina y el Caribe" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 8, n. 1-2, julio-agosto, 2000.

Comentario a los dos trabajos anteriores:
“La viabilidad del Régimen
Contributivo-Subsidiado en el Seguro
Familiar de Salud” y “Garantía y protección
de los derechos de los afiliados en el Sistema
Dominicano de Seguridad Social”

*Nélsida Marmolejos, Directora de la Dirección de
Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)*

Quiero situarme para hacer el análisis en el marco legal, no puedo hablar, obviamente porque no sería justo, de lo que me gustaría que hubiese sido el modelo. Lo que se trata es de ver lo que tenemos y qué podemos hacer con ello y ahí si puede salir una perspectiva diferente de qué cosas podrían solucionarse en ese contexto.

Partiendo del marco legal tengo algunas preocupaciones, igual que las de Chanel Rosa, en el sentido de un país con una desorganización marcada. Sin embargo, la ley de seguridad social, con todas sus imperfecciones, ha ido organizando un poco la sociedad dominicana, ha ido creando un poco de transparencia en el funcionamiento de muchos estamentos, desde el acta de nacimiento de la persona que no está recibiendo servicio porque no tiene una cédula, hasta los matrimonios, las declaraciones tardías, los pagos de impuestos de los empresarios con relación al impuesto sobre la renta, todo ese tipo de cosas las está regulando la seguridad social.

El empleador pasa su nómina de impuestos internos por la Tesorería de la Seguridad Social y solamente el año pasado cuando se hizo el acuerdo, fueron captadas más de 7,000 empresas que estaban evadiendo el impuesto sobre la renta. Entonces esa es una forma de ir organizando el país desde el punto de vista institucional. Pero eso no nos dice que superaremos de la noche a la mañana el estado caótico de las estadísticas y de la forma de trabajo que tenemos para garantizar un sistema que puede, en el caso del Régimen Contributivo-Subsidiado, aplicarse con todas las prerrogativas que establece nuestra ley. Porque hemos visto que aquellos regímenes como el Contributivo y el Contributivo-Subsidiado que tienen cierta formalidad en la definición del status del afiliado, o sea, un trabajador o trabajadora que esté en una nómina o un afiliado que es pobre de solemnidad, está tipificado totalmente. Y aún así hay tantas dificultades para garantizar que estas personas puedan ser enroladas de manera definitiva. Basta ver que en el Congreso cursa una ley de amnistía para todas las personas que han evadido el pago de la seguridad social que asciende a millones de pesos no solamente asciende a millones de pesos, sino que también tiene que ver con los millones de pesos que han aportado trabajadores que los perderían si se aprueba la amnistía³.

Entonces, aplicar un Régimen Contributivo-Subsidiado en una sociedad con una cultura de evasión se hace un poco cuesta arriba. Pero no es menos cierto que no podemos desmayar, porque precisamente, los retos que tiene todo políti-

3 Cuando se dispuso la publicación de este trabajo ya esta ley había sido aprobada. En efecto, la Ley 177-09 otorga amnistía a todos los empleadores públicos y privados que no habían entregado las cuotas. La pieza legislativa otorgó amnistía a las empresas con deudas correspondientes al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) por concepto del Régimen Contributivo, tanto del trabajador como del mismo empleador. Abarca desde el 2003, fecha de inicio del Régimen Contributivo, hasta junio de 2009. Aquellos empleadores que descontaban las cuotas a su empleomanía, pero no aportaban los pagos a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), deben proceder a aportar. Es decir que según la normativa jurídica, no perderían sus aportes, aunque habría que ver si la manera de ejecución no deja abierta esa posibilidad (Nota del Editor).

co, todo dirigente social en su país, es superar esas deficiencias y no podemos amilanarnos.

Uno de los principales aspectos que tenemos que enfocar es ver si tiene viabilidad el contenido conceptual del que hablaba Chanel Rosa, de que la ley amerita reforma. Creo que amerita hacer una adecuación para que el Régimen Contributivo-Subsidiado pueda ser un modelo que tome en cuenta los montos de cotizaciones diferentes a los que son los montos de cotizaciones de un Régimen Contributivo general. SENASA, por ejemplo, tiene un sistema de aporte diferente para el financiamiento de salud del que tiene el Régimen Contributivo, y aunque se podría alegar que esto se puede poner en un reglamento, las contribuciones formalmente tienen que estar establecidas en leyes y no en resoluciones. Por lo cual ameritaría hacer un trabajo, un estudio, que creo que ya se está haciendo.

De enero a julio, de la asistencia que la DIDA brinda a las personas afiliadas, por ejemplo, 11,720 de la economía informal, han demandado informaciones de cómo se afilian, dónde acuden, cómo pueden acceder a lo que se está haciendo. Es un dato muy revelador que nos dice a nosotros que hay un interés de esta población de sentirse protegida con un seguro. Ahora tenemos en la DIDA una presión de personas que quieren estar afiliadas al sistema, porque ya hay un efecto de demostración, ya la gente sabe que el Régimen Subsidiado está dando servicios, está cubriendo enfermedades y está proporcionando medicamentos, que está funcionando. Ese efecto de demostración ha impactado de forma tal que ahora todos los que son pobres de solemnidad quieren estar afiliados a la seguridad social, lo mismo que va a pasar cuando el sistema se siga fortaleciendo.

Esto tiene un efecto de demostración, para ver el vaso medio lleno, de la gente que ve que el pobre de solemnidad ya tiene el seguro, que el trabajador que es un pobre de menos solemnidad pero pobre también, ya tiene un seguro. Eso va a contribuir a facilitar que las personas quieran acceder al beneficio de la seguridad social en materia de salud.

Creo también que hay otra vía que nos da un indicador muy importante, por ejemplo, yo sé que ya aquí hay grupos cooperativos o mutualistas como decía Chanel Rosa, que están cotizando mensualmente más de 4 millones de pesos a la seguridad social con un régimen de contribución informal. Hemos conocido un plan piloto extraordinario en donde la gente de la economía informal es capaz de tener sus tres niveles de aseguramiento (salud, riesgo laboral y pensiones), porque la gente lo necesita y siente que es una protección. Porque, en última instancia, cuando el pobre está yendo al hospital tiene que pagar la cuota de recuperación, tiene que comprar los medicamentos, y a veces o en muchos casos no los hay. Y cuando la gente empieza a sumar y a restar, verá que está pagando más en un evento de salud de uno de sus dependientes que en una cuota que paguen de manera permanente.

Entonces, lo que se necesita en primer lugar, es un fortalecimiento de la confianza en el sistema; en segundo lugar, un mayor nivel de información al afiliado, a la población, a esos grupos vulnerables que son susceptibles de afiliación, un mayor apoyo a las iniciativas que se están haciendo en esos grupos mutualistas. También necesita un estudio de la ley para establecer la manera de crear un modelo específico que permita el acceso sin tantas trabas a esos grupos más vulnerables que están incorporados en la población económicamente activa. No es despreciable la idea, y concluyo esta parte con el expositor, de estudiar las dos formas de financiamiento, o sea, si hablamos del contributivo como contributivo y del subsidiado como subsidiado porque de una u otra forma aquellas personas que tienen un empleo o un subordinado en condición de dependiente es un contributivo. Ahora lo que se tiene que buscar es la forma para que éste contribuya en la medida de sus posibilidades, o sea cómo hacemos asequible el servicio a ese grupo de personas que están en la economía informal.

En términos personales, diría que no tenemos un sistema de seguridad social en salud en República Dominicana:

estamos reformando la privatización que había en salud para hacerla más regulada, más controlada, más viable y asumir además, algunos principios de la seguridad social como son los subsidios de lactancia, los subsidios de maternidad en las estancias infantiles que son figuras propias de la seguridad social. Entiendo que ya es un beneficio para una población que estaba totalmente desprotegida en manera de salud, de cuidado, de vigilancia. Aquí se le decía al empleador: tiene que pagar este año tanto por sus afiliados y en vez de darle tanto ahora le estamos dando menos. Había pues un comercio sin regulación en materia de salud, que la ley ha puesto algunas reglas, que no son perfectas, que tienen muchas deficiencias todavía y que la tendrán en la medida que la gente se resiste a ser regulada y a ser controlada. Cuando la misma sociedad sea conciente de su derecho y de que puede empujar para que esa regulación vaya siendo más eficiente, en esa misma medida vamos a ir mejorando el sistema privado de salud, no la seguridad social. Creo que la seguridad social como concepto filosófico, como concepto de estado de vida no existe en República Dominicana. No podemos pedir a la ley 87-01 que sea lo que hizo Otto Bismarck en Alemania, ni lo que están haciendo los suecos y los noruegos, los canadienses o los españoles, son sistemas diferentes; aquí el Estado se durmió y los grupos que trabajábamos y propendíamos a los derechos de la gente nos perdimos en nuestro momento y se instaló un sistema de salud que en vez de fortalecer la seguridad social, fortaleció los negocios particulares.

Un Estado irresponsable deterioró las condiciones de salud de los hospitales, y deterioró las condiciones de salud del seguro social y, unos grupos sindicales, de los que yo era la primera protagonista entre ellos, propendimos a los seguros médicos privados en vez de propender a que la seguridad social y el seguro social fuera un estandarte de mayor nivel de protección para aquella población que la ley siempre excluyó, que fueron los hijos y las esposas de los trabajadores y que no hubiese tope de exclusión para las afi-

liaciones. O sea, ese pecado original que aquí se cometió lo estamos pagando ahora; entonces no podemos pedir en una sociedad de imperfecciones en materia de salud que ahora hagamos borrón y cuenta nueva.

Creo, sin embargo, que nosotros estamos empujando y apuntando hacia una nueva realidad desde el punto de vista de salud y de derecho. Antes no teníamos una Superintendencia mala, deficiente, como sea, pero no la teníamos. No se podía pensar que nadie pudiera cuestionar la gestión de una aseguradora de riesgos de salud y ahora tenemos la posibilidad. Con todas las imperfecciones que tiene una Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA), que se está construyendo, que está haciendo pinitos en un país donde los derechos están en los anaqueles de los Congresos y de las bibliotecas, estamos construyendo una noción realmente de ciudadanía y de apoderamiento.

Debo de decir con mucho orgullo que cuando comparamos nuestras estadísticas de reclamaciones de afiliación en el último año con la defensoría del paciente de Madrid y de México que se refiere solamente a la asesoría en aspecto de pensiones y con la procuraduría del paciente de Puerto Rico, nosotros le sumamos todos los números de reclamaciones a esas tres y, en la República Dominicana, la DIDA tiene más reclamaciones hechas por individuos que esas tres instituciones, con una cultura de derecho y de reclamo mucho más elevada que la nuestra, y no es porque no haya violaciones, porque las violaciones en materia de salud son las mismas en todas partes del mundo. Considero que aquí estamos muy apoderados, porque, hablar de 27,000 reclamaciones en un año en materia de salud, pensiones y riesgos laborales, en un país como este, con un sistema que apenas tiene un año en servicios de salud desarrollándose, es una cifra muy alta.

Si tuviésemos la posibilidad de ampliar el radio de difusión, de información, de comunicación con el afiliado para que tenga noción de su derecho y cambie actitudes. Por ejemplo, tenemos al propio Pedro Luis Castellanos, quien

ejemplificó nuestra cultura: actuamos por reacción y por enfogonamiento, y no por una cultura de derecho. Dice que le exigieron indebidamente 500 pesos y él no puso una querrela, no se quejó, no ejerció sus derechos como ciudadano ante la DIDA. Se molestó, pero terminó pagándolo. Es la cultura que tenemos, de favores, de rabia y de emotividad, no una cultura de ciudadanía ni de derecho. Cuando no llegamos a acuerdos con las ARS, estamos firmando más de 60 comunicaciones diarias a la Superintendencia, de gente que llevan sus documentos, sus recibos de cobros indebidos, que le han cobrado diferencias. Estamos resolviendo vía telefónica, en línea con las ARS más de 95% de los cobros indebidos por hospitalización o pago de diferencia de gente secuestrada hemos mandado fiscales a sacar pacientes de clínicas, que los tienen secuestrados porque tienen que pagar 60, 70, 80 mil pesos y esas personas se han ido para su casa pagando 7, 8, 9 mil pesos.

Los seguros que teníamos eran seguros de coyuntura, ocasionales: un riesgo laboral, una pensión para una discapacidad si me pasa algo o para largo plazo cuando esté viejo. El seguro que nos pone a prueba a todos es el seguro familiar de salud, porque ese es el día a día, ese es el que nos demanda un dolor de muela, un dolor de cabeza, y es el que nos lleva a un lugar donde estamos indefensos a merced del prestador de servicios. Entonces creo efectivamente que ha sido muy bien enfocado el punto sobre el apoderamiento que plantea el expositor, el apoderamiento de la ciudadanía del derecho. Cuando esto suceda, las exclusiones irán disminuyendo, así el Plan de Servicios de Salud (PDSS) comenzó con 385,000 pesos para enfermedades catastróficas y a los 6 meses tenía 500,000 pesos, pero SENASA proporciona una cantidad mayor en la medida que se va presionando.

Porque todas las exclusiones que hay son una aberración, una violación al concepto de derecho de seguridad social, todas las exclusiones que tiene el plan de servicios de salud, son unas violaciones hasta a la misma ley 87-01. Y de eso todos estamos concientes, se consensuó, pero cuando

vienen los consensos, cuando los sectores mutuamente no tienen poder para imponerse por sí mismos, entonces tiene que venir el consenso, por eso este país vive de consenso en consenso. Y yo aquí me he hecho maestra en estos salones buscando consenso para avanzar y yo creo que no es malo, porque se cambiaron los papeles en los esquemas de antes que los consensos se buscaban de otra manera, por la fuerza, yo tengo más fuerza y yo me impongo. A mi me gustaba muchísimo ese método y yo se lo digo sinceramente, cuando a mi me imponían un salario mínimo que queríamos yo me sentía feliz, pero teníamos gente en la calle peleando, paralizábamos un país de manera organizada, pero ustedes saben que la capacidad contestataria de la población dominicana ha ido disminuyendo, la metodología de reclamación y reivindicación han cambiado y eso limita mucho la capacidad de los actores sociales tener los derechos que realmente debe de tener como ciudadano.

Relatoría del Foro
VIABILIDAD DEL SISTEMA
CONTRIBUTIVO-SUBSIDIADO Y LA PROTECCION
DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS
EN EL NUEVO SECTOR SALUD

1) Presentación

Fátima Lorenzo inició con la presentación del XVII Foro sobre Políticas Sociales y Bienestar en nombre de la Fundación Friedrich Ebert. Resaltó que tanto la Fundación Ebert como el CUEPS han hecho un esfuerzo, en los últimos 3 años para ir creando espacios de discusión sobre temas de políticas sociales. En el caso del tema de salud decidieron hacer un proceso donde se pudiera ir discutiendo diferentes aspectos que tenían que ver con la reforma al Sector Salud y su implementación.

2) Palabras de Introducción

La doctora Ramonina Brea, Directora del Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales, dio la bienvenida en nombre del CUEPS. Resaltó que los foros que ambas instituciones organizan van dirigidos a personas vinculadas e interesadas en el área de política social en el país. El CUEPS decidió abordar el Sector Salud por la cantidad de iniciativas que requieren de los aportes de la academia. Los trabajos que se han presentado, van a ser plasmados en un libro, el cual constituirá, sin dudas, en un documento de consulta.

El sector salud es uno de los de mayor complejidad ya que involucra intereses y saberes muy diversos, así como el derecho o el bien más preciado que es la vida. Es muy interesante lo que está ocurriendo en el país en el terreno de la salud. Inclusive en un foro anterior se planteó la inviabilidad del Régimen Contributivo-Subsidiado, así como sus efectos perversos, pero además un asunto importante es el tema del ejercicio de los derechos por parte de los usuarios del sistema y ambos temas van a ser tratados en el foro de hoy.

3) Relatoria sobre: "La viabilidad del Régimen Contributivo-Subsidiado en el sector salud: la afiliación del sector informal", expuesta por Chanel Rosa.

La primera ponencia correspondió al licenciado Chanel Rosa quien abordó el tema de la Viabilidad del Régimen Contributivo-Subsidiado (RCS) del Seguro Familiar de Salud.

4) Algunas premisas básicas

El licenciado Rosa destacó la importancia del tema del RCS en la coyuntura actual de implementación de la Seguridad Social. Además, señaló que la Ley 87-01 sobre Seguridad Social tiene una vocación de universalización de la cobertura de afiliación, lo que es uno de sus principios básicos y uno de sus objetivos. Para lograr este principio u objetivo, la ley divide la población en tres regímenes de afiliación y financiamiento.

El Sistema Dominicano de Seguridad Social establece una adscripción de la población a los diferentes regímenes, no en función de su nivel de ingresos, sino en función de su vinculación al mercado laboral.

La Seguridad Social vinculada al financiamiento vía las cotizaciones sociales es consustancial a sociedades con

una alta formalidad de su mercado laboral, lo cual facilita el objetivo de alcanzar la universalidad. Sin embargo, el mercado laboral dominicano presenta una alta tasa de empleo informal, un 54%, lo que se constituye en un gran dilema para la implementación de la Seguridad Social en el país. La ley trató de resolver esto haciendo obligatorio la afiliación al Sistema.

c) ¿Quiénes son los beneficiarios del Régimen Contributivo-Subsidiado?

El Art. 126 establece que son beneficiarios del RCS los siguientes grupos poblacionales:

- d) Los profesionales y técnicos que trabajan en forma independiente y sus dependientes.
- e) Los trabajadores por cuenta propia y sus dependientes.
- f) Los trabajadores a domicilio y sus dependientes.
- g) Los pensionados del RCS.

El artículo 7 de la Ley 87-01, literal c, establece que los afiliados al RCS son profesionales, técnicos independientes y trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional (RD\$5,820.00 en la actualidad).

c) Beneficios del RCS

De acuerdo a lo establecido en el artículo 128 de la Ley 87-01 los beneficios que deben recibir los afiliados Contributivos Subsidiados, son:

- b. Las prestaciones contenidas en el Plan Básico de Salud.
- c. Los servicios de estancias infantiles.

La ley 87-01 establece que el Seguro Nacional de Salud es la Administradora de Riesgos del RCS, pero le otorga

libertad de elección de los Prestadores de Servicios de Salud.

d) Financiamiento

El artículo 146 de la Ley 87-01 consigna que el Plan Básico de Salud (PBS) se distribuirá entre el afiliado y el Estado Dominicano, tomando en consideración la capacidad contributiva de los diversos segmentos de dichos afiliados, así como la disponibilidad de recursos del Estado Dominicano. El proceso de afiliación del RCS a la Seguridad Social depende de esos dos elementos mencionados.

Actualmente existen varias estimaciones sobre la magnitud y el porcentaje de la población dominicana que le correspondería estar afiliada al RCS:

- a) De acuerdo a un estudio encargado por el CNSS en el año 2001, el economista Isidoro Santana estimó la población potencialmente afiliada al RCS en el 30% de la población nacional (2,990,220)
- b) Posteriormente, en el año 2003, el consultor Norberto Sanfrutos la estimó en 2,914,616.
- c) Más recientemente la Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo la estimó en cerca del 33 % de la población nacional.

De los datos anteriores se puede concluir que el porcentaje de la población dominicana que estaría afiliada al RCS estaría entre el 30 y 33% del total general, es decir, cerca de 3 millones de dominicanas y dominicanos.

e) Seguridad Social y Microempresa

Un estudio del 2007 realizado por Marina Ortiz y Rita Mena para FONDOMICRO arroja importantes datos sobre el sector informal del país, específicamente el de micro y pequeñas empresas:

- a. Desde el año 2000 hasta el 2005 las micro y pequeñas empresas pasaron de 359,304 a 616,215.
- b. Este sector genera 1,445,162 empleos lo cual representa el 36.2% de la PEA del país.
- c. El 78.5% de los dueños de pequeñas empresas acudió al médico en los tres meses antes de la encuesta y el 58.2% de los microempresarios.
- d. Para estos últimos los hospitales públicos fueron su principal opción de atención sanitaria, lo que puede constituirse en una falta de estímulo para su integración al RCS.
- e. En el caso de los microempresarios su gasto mensual en salud representa el 10% de su venta.
- f. Solo un 20.7% de las microempresas tiene un seguro de salud para su dueño y solo un 7.4% lo paga para sus empleados.
- g. El 80.5% de los microempresarios se mostró reuente a contratar un seguro de salud y que más le importaba un seguro para incendios y otras cosas similares.

f) Informalidad y Seguridad Social

La informalidad es un gran tema en América Latina. Y por otra parte, como es bien sabido la desprotección al no disponer un seguro de salud es un serio problema que enfrentan las poblaciones de escasos ingresos. La República Dominicana estableció, mediante la ley 87-01, la universalidad y la obligatoriedad de la Seguridad Social en el país. En este sentido, algunas dificultades que se podrían confrontar con la población del sector informal, son:

- a. Las dificultades con mecanismos de afiliación y recaudo: no hay nómina, no hay quien retenga los aportes.
- b. La escasa disposición para afiliarse al sistema: aunque la ley lo establezca sigue siendo casi voluntario.

- c. Aumenta la posibilidad de selección adversa.
- d. Dificultad en la identificación de los afiliados.
- e. Posibilidades de corrupción y clientelismo en el establecimiento de los montos a subsidiar.
- f. Dificultad en controlar la evasión.
- g. Altos costos de transacción en la afiliación.
- h. Para crear incentivos a la afiliación los subsidios estatales deben ser muy altos.
- i. Existe la creencia de que su afiliación a la seguridad social incrementa las posibilidades de pagar mas impuestos.
- j. Cuestionable viabilidad financiera: se inscriben los enfermos, pago irregular e inestable.

g) La afiliación de los informales para la universalidad

Es fundamental buscar alternativas de incorporación de la población informal en los programas de protección social. De acuerdo a CEPAL, en América Latina 7 de cada 10 empleos que se generan en el área urbana son informales. Una proporción importante tiene capacidad contributiva y podría cotizar para la Seguridad Social.

De acuerdo a un estudio realizado por la firma Bitrán y Asociados⁴ “en ningún caso la cobertura de afiliación de la población informal alcanza el 30% del total de la misma”. Este porcentaje no varía significativamente por el hecho de que la legislación haga obligatoria la afiliación. Además, la creación de grupos para la afiliación, como cooperativas u otras formas de organización, no ha demostrado internacionalmente que es una opción que garantice la viabilidad financiera del modelo, ya que por lo general son grupos muy pequeños, por lo que deben establecerse mecanismos de carencia.

4 Bitrán y Asociados, *Lineamientos para implementar subsidios parciales en Colombia*, 2001.

En el caso dominicano el financiamiento de una familia de tres miembros representaría mensualmente más del 30% del salario mínimo actual, a lo que habría que agregar los gastos de exclusiones y los co/pagos. Hay que tener presente que en el Régimen Contributivo la cuota es un porcentaje del salario, mientras que en el RCS es el valor del per cápita.

h) Alternativas para el Régimen Contributivo-Subsidiado

A continuación se presentan algunas opciones para el Régimen Contributivo-Subsidiado:

- a) **Aplicar la ley 87-01 tal como está planteada en la actualidad.** Implica enfrentar los problemas de afiliación mencionados, asegurar el subsidio de parte del Estado y disminuir la posibilidad de fraude y clientelismo.
- b) **Eliminar el Régimen Contributivo-Subsidiado e incorporar esa población a uno de los dos regímenes restantes.** Supone una modificación legal. De realizarse, el Estado pasaría a financiar los servicios de salud de una parte importante de esa población que tiene capacidad contributiva.
- c) **Iniciar afiliación con grupos organizados.** Lo que facilita la afiliación y la recaudación pero significaría riesgos financieros de aseguramiento para el SENASA.
- d) **Modificación de la Ley de Seguridad Social que implique un cambio en la fuente del financiamiento pasando de un sistema de cotizaciones sociales a ser financiado por impuestos generales.** Podría mejorar el gasto público en salud como proporción del PBI, sería de cobertura universal, pero requeriría identificar los recursos.
- e) **Construir un modelo de aseguramiento, prestación, financiamiento y Plan de cobertura dis-**

tinto y exclusivo para este sector. Lo cual requeriría también de una modificación legal

i) Conclusiones

- a) La legislación nuestra expresa una contradicción entre el principio de universalidad y la adscripción laboral de sus afiliados.
 - b) La población potencialmente afiliable al Régimen Contributivo-Subsidiado representa cerca de un tercio de la población dominicana y va creciendo.
 - c) La afiliación de la población informal tiene altos costos de transacción y poca viabilidad financiera en las prestaciones.
 - d) Existen múltiples formas de incorporación de la población informal al SFS, sin embargo es probable que se requiera una modificación legal y mucha voluntad política.
- 4) Relatoria sobre: "Garantía y protección de los derechos de los afiliados en el nuevo sector salud: una mirada desde la ciudadanía usuaria", por Bernardo Matías**

a) El concepto de garantía y derecho en salud ¿Un bien social o una mercancía?

Una primera perspectiva, inspirada en una base liberal, asume la salud como la provisión de cuidados médicos individuales. Es el enfoque utilitarista radical que sustituye las necesidades de salud y de derechos por el de riesgo financiero. La base no es el derecho sino el riesgo financiero. En esta perspectiva la salud es una mercancía donde se aplican los conceptos de mercado y de utilidad formulados por la economía. En esta concepción se sustituyen los valores de equidad y solidaridad por los de individualidad, competencia y costo-utilidad.

Una segunda perspectiva considera la salud como un derecho humano o un beneficio social. En este enfoque el sistema es asumido como un todo. Parte de las necesidades de la población y se asume de manera multisectorial con el objetivo de superar las exclusiones. Tiene como valores fundamentales la solidaridad, la universalidad y la equidad.

Hay una tercera perspectiva, que es tal vez donde se encuentra el modelo dominicano. Esta pretende armonizar los intereses individuales o particulares con los de carácter social-colectivo y público, pero a la vez aplicando a la salud los conceptos de mercado y de utilidad formulados por la economía. Se trata de una visión mixta que integra los valores de la salud, como un bien social, con los de mercado. Ha sido la tendencia mayoritaria en América Latina y El Caribe. La misma se ha expresado a través de la coexistencia de los subsistemas público y privado, que a menudo han convivido sin adecuada regulación y sin una clara dirección. La dinámica ha sido, en la mayoría de los casos, de que los que puedan pagar sigan utilizando los servicios privados, los demás, que utilicen los servicios públicos y comunitarios o queden excluidos. Lo que pone en cuestionamiento el principio de la universalidad, la solidaridad y la equidad.

b) La garantía de derechos está vinculada a la protección social en salud

La garantía de los derechos en salud está estrechamente vinculada con los paradigmas o modelos de desarrollo humano, ciudadanía y protección social en salud. La protección social en salud desde la perspectiva del desarrollo humano implica garantizar que la población tenga acceso a la protección

y al cuidado de su salud mediante la asignación de recursos, ya sea como responsabilidad pública-estatal o compartida. La protección social tiene una vocación universalista y pone en primer lugar al ciudadano no importa su condición de afiliación. El derecho de los pacientes trasciende la calidad de afiliado. Como expresan Hernán Rosenberg y Bernt Andersson: “La protección social en salud pasa a ser entonces la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan obtener servicios de salud de una manera adecuada a través de alguno o algunos de los subsistemas de salud existentes en el país”⁵.

c) La garantía de derechos vinculada a la protección social en salud

Lo público es el énfasis de la protección social en salud teniendo como base los principios de equidad, universalidad y solidaridad. Desde esta perspectiva de protección social es que debemos pensar el tema de la *garantía de los derechos de los afiliadoS* en un régimen de seguridad social. Esta perspectiva está ausente en muchos de los debates que se están dando en el país, en lo que domina la perspectiva de mercado.

Las Constituciones y leyes orgánicas de nuestros países reconocen la salud como un derecho de todos sus habitantes. La mayoría de los países de AL y El Caribe están desarrollando reformas de salud y seguridad social. Sin embargo, las estadísticas dicen que el número de personas excluidas de la protección social en salud es significativo y que las violaciones de los derechos de la población afiliada son

5 Hernán Rosenberg y Bernt Andersson. “Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe”, *Revista Panamericana de Salud Pública*: Washington, vol. 8 n. 1-2, julio-agosto, 2000.

también significativas. Colombia y Chile se han visto obligados a legislar para evitar las violaciones a los derechos de los afiliados. En los últimos años en lugar de aumentar la cobertura de afiliación y aseguramiento en salud, ha habido una disminución. La cobertura de la seguridad social nunca fue significativa en la región y existe gran variación entre países. En el informe de la CEPAL⁶ del año 2000 se indica que los afiliados a la seguridad social en AL, disminuyeron del 67% (1990) al 62%. Incluso en los asalariados urbanos. Asimismo, ha habido una disminución en el número de cotizantes efectivos.

Las caídas en los niveles de empleo en el sector formal, combinadas con la desregulación del mercado de trabajo y el aumento del desempleo contribuyeron al mayor debilitamiento de los sistemas de protección social (en los países donde estaban más consolidados) y han limitado la expansión en los demás.

d) La garantía de las prestaciones básicas en los sistemas de salud y seguridad social

Se estima que en América Latina y el Caribe hay más de 200 millones de personas que no tienen asegurada la cobertura regular por el sistema/seguro de salud, de los cuales 100 millones aproximadamente no tienen acceso a ningún servicio de salud. En América Latina hemos tenido una ola de reforma del sector salud pero los problemas siguen presentes. En República Dominicana se ha tenido un aumento de la cobertura pero esto puede entrar en recesión o retroceso, más con la crisis económica actual.

Hay que poner el énfasis en la garantía de la sociedad, a través del Estado, de que los individuos y los

6 CEPAL, *Equidad, desarrollo y ciudadanía*, 2000.

grupos puedan alcanzar sus necesidades de salud a través de un acceso adecuado a los servicios de salud, independientemente de su capacidad de pago. La exclusión y falta de acceso a servicios de salud es inaceptable desde el punto de vista ético, constitucional, del derecho y epidemiológico. Por tanto, cualquiera que sea el sistema de aseguramiento el Estado tiene la obligación de garantizar los derechos en salud de los ciudadanos y ciudadanas.

e) Elementos inhibidores de los derechos de los afiliados

La instauración de los copagos actúa como inhibidor del acceso para las personas de menores recursos. La falta de accesibilidad o capacidad resolutoria de los servicios públicos conduce a priorizar lo privado, esto tiene efecto de exclusión en materia de derechos en salud. Ya de entrada comienzan a verse limitados los derechos de los afiliados. En muchas clínicas del país se está dando un copago desregulado. El copago tiene un efecto de inhibición del acceso para los sectores de menor ingreso, trae consigo violación de derechos y tiende a reforzar lo privado.

La baja cobertura de prestaciones en medicamentos deriva en exclusión para grupos poblacionales, en especial los de bajos ingresos y los crónicos. Continúan predominando los valores del mercado: competencia, costo-efectividad, costo-utilidades, por encima de los valores de la universalidad, la solidaridad y la equidad.

f) El modelo que escogió el país

En términos de visión objetiva, el nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social se fundamenta en

un modelo de competencia regulada de los actores públicos y privados en el cual la prestación de servicios se concibe de forma descentralizada. Se trata de un modelo donde coexisten estrategias de mercado con estrategias de atención primaria desde la perspectiva de lo público. Se asume la competencia regulada en un contexto de debilidades estructurales y anacronismos institucionales acumulados históricamente por el Estado Dominicano, que es débil y no garantiza adecuadamente los derechos de los afiliados. Un estado débil implica derechos ciudadanos poco garantizados. Pero si a esto le agregamos una sociedad civil débil, fragmentada, confundida, desinformada, desmovilizada nos damos cuenta que no hay una verdadera garantía de respeto al derecho de los afiliados.

g) Los derechos de los afiliados en el SDSS

El Sistema Dominicano de Seguridad Social debe permitir y propiciar la afiliación sin discriminación. La SISALRIL estableció una tasa de dependencia de 2.38 por titular para el Régimen Contributivo. Hoy día la tasa de dependencia es de 1.06 lo que genera un excedente de recursos que están siendo acumulados como ganancias de las ARS. La propia Ley establece una reserva financiera, para la afiliación y cobertura de atención a la salud a los dependientes (esposa o compañera de vida e hijos de los titulares afiliado).

Inmediatamente alguien se afilia tiene derecho a emergencias y partos. La negación de servicios de emergencias es recurrente y no hay una clara protección de las ARS y de las instituciones del sistema responsable de la regulación. Después de 30 días los afiliados de una ARS tiene derecho a recibir

todas las prestaciones contempladas en el Plan de Servicios de Salud (PDSS), pero este derecho se ve limitado cuando las ARS tienen una precaria red de prestadores.

Las ARS privadas quieren lograr el actual per cápita sobre la base del aumento de la cobertura económica de las enfermedades de alto costo y nivel de complejidad. Sin embargo, el SeNaSa ha demostrado que con el actual per cápita se pueden cubrir las prestaciones contempladas en el PDSS, los altos costos e incluso algunas prestaciones no contempladas. Así mismo, el Reglamento de las ARS ordena garantizar la cobertura de las atenciones de alto costo y nivel de complejidad, sin necesidad de establecer topes que promueven las exclusiones. Además, indica que las ARS deben generar una reserva de cuidado a la salud con el per cápita recibido, pero la mayoría de estas ARS no están creando dicho fondo.

h) El derecho a la libre elección

Tiene como base la propia ambigüedad e incoherencia del modelo aprobado, donde la frontera de lo público y lo privado se ve en ocasiones mediatizada por el mercado y en otros casos por mecanismos de protección social de naturaleza pública. La frágil institucionalidad del país y la cultura del consenso simulado o artificial se manifiestan en la discusión de este tema y en los discursos de algunos actores involucrados.

En un modelo de salud y seguridad social lo determinante es el impacto social que pueden tener las políticas y las intervenciones. Lo determinante en la libre elección no es la vía del financiamiento, la ARS, sino el acceso y la cobertura de servicios de salud.

La clave de la libre elección es la garantía de una red de prestadores de servicios de salud que ofrezcan amplia cobertura en todas las prestaciones contempladas. Es decir, el acceso a una red de servicios organizada con criterios de integralidad y calidad de la atención. La libre elección está subordinada al derecho a la salud, no a lo inverso. La discusión de fondo es si el derecho a la salud está garantizado o si no lo está.

5) Comentarios al trabajo de Chanel Rosa y Bernardo Matías de Nélsida Marmolejos

Ahora mismo de lo que se trata es de ver el sistema que tenemos y de ver qué se puede hacer en ese sentido. La Ley de Seguridad Social ha venido contribuyendo con la organización del país, la necesidad de poseer un acta de nacimiento, los matrimonios y los pagos de impuesto, todo esto lo está regulando la seguridad social. El empleador pasa su nómina por la Tesorería de la Seguridad Social y el año pasado se captaron más de 7,000 empresas que no estaban contribuyendo. Es decir que la Seguridad Social está aportando a la institucionalización del país. Pero eso no nos indica que vamos a superar el estado caótico de falta de estadística e información para aplicar el Régimen Contributivo-Subsidiado. A pesar de que los regímenes están tipificados no es fácil afiliarse en una sociedad con tantas deficiencias institucionales y con tanta evasión.

Uno de los aspectos que hay que revisar es si tiene viabilidad el contenido conceptual del RCS o si hay que modificar la Ley, que yo creo que hay que hacerlo. Un aspecto que nos habla positivamente de las posibilidades de la ley acerca de la asistencia que damos en la DIDA: 11,700 personas de la economía

informal fueron de enero a julio de este año a demandar información de cómo afiliarse, lo que muestra que esta población está interesada. Un segundo indicador es la presión que está poniendo una gran cantidad de personas del Régimen Subsidiado que quiere ser afiliada al Sistema, producto de las evidencias que la población ha tenido. Otro indicador importante son los grupos cooperativistas que cotizan más de \$4 millones mensuales actualmente, lo que implica que se están sintiendo satisfechos con lo que reciben.

Yo creo que se necesita un mayor nivel de confianza en el sistema, más información para los sectores que son susceptibles de afiliación, un mayor apoyo a las iniciativas de los grupos mutualistas y un estudio de un modelo que permita el acceso de estos grupos informales.

No tenemos un Sistema de Seguridad Social en República Dominicana sino que estamos regulando un sistema privado que existía con una población que estaba desprotegida. Había un comercio desregulado de salud. En el país se había instaurado un sistema que en vez de fortalecer la seguridad social, reforzaba los negocios privados. Sin embargo, en los últimos tiempos hemos avanzado. Hace unos años nadie podía pensar que se podía cuestionar la gestión de una ARS. Hoy en día, con todas las deficiencias de la DIDA, se está construyendo una noción de derecho y de ciudadanía. Las 227,000 reclamaciones de salud de la DIDA sobrepasan las de Madrid, las de México y las de Puerto Rico. Esa gente que está accediendo a la DIDA está haciendo cultura de sus derechos. La DIDA está firmando más de 60 reclamaciones diarias a la Superintendencia. Se les ha devuelto dinero a los pacientes y se han sacado con

fiscales personas que estaban secuestradas en clínicas porque no habían pagado.

6) Participación del Público

Fernando Rojas, antiguo Director de la OCT

El debate de la Reforma del Sector Salud se precipitó al principio de los noventa porque:

- a) El sistema tenía una captura política clientelar que era casi patológica.
- b) Tenía una captura gremial.

Mientras eso ocurría, nos convertíamos en un país con predominio del gasto privado y con esas bases se trató de cambiar la situación. Ahora tenemos un Estado que ha recaudado cerca de \$40,000 millones y hay la responsabilidad de utilizarlo bien. Si manejamos bien el dinero público estamos incidiendo para que los derechos de los usuarios puedan ser defendidos adecuadamente. Lo que se requiere ahora no es una declaración de principios sino el desarrollo de una estrategia que permita resolver las necesidades que tiene la población.

Bernardo Defilló, antiguo Director de la SISALRIL

En los dos expositores centrales hay un elemento común: la universalidad del sistema que fue adulterada. En nuestro medio no hay universalidad ni Seguridad Social. Hay inequidad dentro del sistema, ya que no se buscó universalizar el aseguramiento.

Algunos puntos importantes son:

- a) Readecuar la Seguridad Social a sus objetivos originales.
- b) Reformulación de los programas y estrategia. No podemos sustituir un Seguro Familiar de Salud por un Plan de Servicios de Salud.
- c) Ajustes económicos financieros frente a la crisis mundial.

- d) Fortalecimiento de los roles del estado de supervisión y control.
- e) Revisión y ajustes de las funciones de las ARS.
- f) Diseño y operación de las estrategias y gradualidades adecuadas.
- g) Asumir un liderazgo por parte del Estado.
- h) Reformar la Ley.

Luís Morales, Director de REDSALUD

Dos comentarios:

- a) La obligatoriedad de la Ley no se hizo para la afiliación sino para que los empresarios entren al sistema y paguen.
- b) Se debe diferenciar el derecho a la salud del derecho a ser atendido en la enfermedad. Se ha avanzado en el derecho a ser atendido pero no en el derecho a la salud.

Alejandro Moliné, Consultor independiente

Existen limitaciones de carácter financiero y operativo para la implementación del RCS, este es un aspecto muy importante para el desarrollo del Sistema de Seguridad Social dado el alto número de trabajadores y trabajadoras informales del país y por el hecho de que el tipo de Sistema que hemos aprobado requiere de una alta formalidad laboral, para garantizar un alto volumen de cotizaciones permanentes. Además, dada la configuración actual del sistema, no sólo en los países subdesarrollados sino también en los desarrollados, existe una gran tendencia hacia la multiplicación de los profesionales liberales y de las actividades productivas independientes. Además, se incrementa el número de personas que se conciben como empresas individuales. Esa característica, que va creciendo en la posmodernidad

y que se ve agravada por el aumento de la marginalidad que producirá la crisis financiera global, plantea profundos retos a la implementación de la Seguridad Social en el país.

7) Decisiones a Tomar

- a) **Mejorar la Regulación del Sistema.** Un requisito para el funcionamiento eficaz y eficiente de cualquier sistema de salud, independientemente de su naturaleza y de su composición pública/ privada, es la definición de reglas claras y la vigilancia y supervisión de estas reglas de forma estricta e imparcial, por parte de las instituciones reguladoras del Estado.

Ventajas

- Mayores niveles de justicia y equidad. Contribución al desarrollo de un sistema de derecho en el país.
- El resultado sería un sistema que produce mejores resultados de salud para sus ciudadanos.

Desventaja

- No se perciben desventajas, pero sí choque con grandes intereses económicos creados, que están habituados a las conveniencias de un funcionamiento desregulado.
- b) **Reformar la Ley.** La Ley 87-01 ha sido modificada varias veces, pero en ninguna de esas ocasiones se han realizado cambios sustanciales. Se requiere que las autoridades, junto con los actores del sector, inicien un proceso de reflexión y análisis sobre la Ley para identificar una serie de puntos claves que deben ser revisados y en algunos casos modificados.

Ventajas

- Los cambios y modificaciones pueden contribuir a mejorar y acelerar la implementación de la Ley.
- Con la experiencia acumulada en los últimos años se tienen identificados en forma clara los obstáculos y las distorsiones que han obstruido la aplicación de la Ley.

Desventaja

- Los grupos de intereses pueden incidir para que los cambios resultantes de la jornada sean más cosméticos que de fondo.
- c) **Incrementar la información, las garantías y los derechos de los afiliados del sistema.** Realizar esfuerzos de difusión que permitan reducir la asimetría de información del sistema y que también le muestren a los afiliados sus derechos y las formas de reclamación cuando los mismos sean violentados. Con acciones de esta naturaleza se va rompiendo con la visión asistencialista que concibe la salud como una dádiva.

Ventaja

- Con una integración activa y participativa de la población a las funciones y los roles que le confiere la Ley, se aporta en la construcción de un estado de derecho y en el desarrollo del sentido de ciudadanía, a la vez que se va mejorando el sistema al construirse en función de la provisión de servicios a sus principales beneficiarios: la población dominicana.

Desventaja

- Más que desventaja, un riesgo que podría acarrear es que la no adecuada satisfacción de las

demandas de los usuarios puede llegar a desacreditar los canales y las instancias de reclamaciones del sistema.

Alejandro Moliné, Relator

Serie Política Social y Bienestar

1. Oscar Amargós y otros. *La estructura impositiva y la limitada inversión en desarrollo humano*. PUCMM- CUEPS y Fundación Friedrich Ebert. 2007.
2. Carmen Julia Gómez Carrasco y otros. *Desde los márgenes de la sociedad: Remesas, subsidios y trabajo infantil*. PUCMM- CUEPS y Fundación Friedrich Ebert. 2006.
3. Clara Báez y otros. *Nuevas formas de gestión de políticas sociales y estrategias de desarrollo. Impacto socioeconómico del TLC y pobreza en tiempos de crisis*. PUCMM- CUEPS y Fundación Friedrich Ebert. 2005.
4. Vilma Arbaje y otros. PUCMM- CUEPS y Fundación Friedrich Ebert. 2005.
5. Douglas Hasbún y otros. *Desafíos del gasto social y la política de empleo*. PUCMM- CUEPS y Fundación Friedrich Ebert. 2004.
6. Guarocuya Félix y otros. *La desigualdad social y los retos financieros*. PUCMM- CUEPS y Fundación Friedrich Ebert. 2003.

