

Diputados defienden acción de la DIDA y dicen citarán a ADARS

Comisión Seguridad Social dice intimación es una "acción de presión"

Nacionales

Multan con 2 millones de pesos ARS negó cobertura a paciente renal

Especialistas

Conflicto entre otorrinos y las ARS afecta afiliados

COSTO DE CONSULTA CON ESPECIALISTA RONDA LOS 2,000 PESOS



Fundación Juan Bosch

Médicos enfrentarán a ARS en calle tribunales



¿Seguros de salud o Negocio seguro?

Análisis del modelo de financiamiento y mercantilización de la salud bajo el régimen de seguros en República Dominicana

Diálogo Libre

24 JUL 2017, 12:00 AM

"No debemos permitir que el sistema quede atrapado entre intereses particulares"

El titular de la Sisalri dijo que en el Régimen Contributivo la Atención Primaria no se ha desarrollado por problemas de recursos económicos

LISANIA BATISTA

FARMACIAS | 27 JUN 2017, 12:00 AM | LISANIA BATISTA

El gran negocio de los medicamentos enfrenta sectores con Ministerio Salud

Salud Pública busca bajar precios y combatir ventas ilegales, en tanto que las farmacias de quebrarían y reiteran que las ARS no pueden vender medicamentos.

El Día

ATENCIÓN

| El Conep insta aprobar ya Ley de Partidos | DNCD decomisa 345 paq

Nacionales

Tribunal conocerá demanda contra ARS por negar cobertura a paciente renal fallecida

Diario Libre

Miércoles, 15 Noviembre 2017, Actualizado a las 05:00 AM

TEMAS > Equipos JCE | Diálogo Venezuela | Huelga de médicos | Meteorología | Caso Odebrecht

Grupo Universal informa volumen de ventas consolidadas en 2016 ascendió a RD\$16,749.6 millones

ECONOMÍA | 30 MAR 2017, 8:51 AM | DIARIO LIBRE

Médicos harán vigilia este miércoles en la sede del Consejo de la Seguridad Social

HUELGA MÉDICOS | 03 JUL 2017, 11:25 AM | LISANIA BATISTA

denuncian rechazo al aumento de los honorarios médicos

La dirección ejecutiva del Colegio Médico Dominicano (CMD) y las Sociedades Médicas Especializadas harán una protesta este miércoles en el local que funciona el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) en reclamo de que el Plan Básico de Salud (PBS) y de aumento de los honorarios médicos.

Denuncian los médicos especialistas que tienen más de 10 años cobrando RD\$100,000 por consulta por consulta a los afiliados del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y ratificamos para este miércoles que las ARS, quienes han violado la Ley 87-01 de la Seguridad Social y las tarifas de los profesionales de la salud deben ser modificadas en una nota de prensa.

Además, el CMD que esos honorarios están congelados, a un grupo de médicos que se quejan de que no reciben su dinero.

Fragment of a website showing search bars, navigation menus, and social media icons.



¿Seguros de salud o Negocio seguro?

*Análisis del modelo de financiamiento
y mercantilización de la salud bajo el régimen
de seguros en República Dominicana*

AUTORES:

Msc. Matías Bosch Carcuro

Cientista social

Msc. Airon Fernández Gil

Economista

© Fundación Juan Bosch
© Colección “Ser justos es lo primero”

© Fundación Juan Bosch, Inc., 2017
Primera edición: Santo Domingo
Fundación Juan Bosch
Paseo de los Locutores No. 43
Ensanche Evaristo Morales,
Santo Domingo, República Dominicana
Teléfono: 809 472 1920
www.juanbosch.org

CONTENIDO

Presentación	7
I. PONIENDO COORDENADAS AL DEBATE	9
1. Del Derecho al hecho, hay mucho trecho	9
2. Breve historia del paradigma neoliberal	11
3. Salud y otros “derechos” subordinados a las pugnas del capital	14
4. Un ejemplo neoliberal sencillo: financiar la Educación según Milton Friedman	17
5. Los seguros de salud como pilar de las reformas neoliberales en América Latina	19
6. El montaje del modelo en República Dominicana	23
7. Con el aseguramiento no iremos a ninguna parte	27
II. EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD EN REPÚBLICA DOMINICANA (2007-2016): LA CONSTRUCCIÓN DE UN GRAN NEGOCIO	30
1. Composición del financiamiento a la salud	30
2. Monto dispersado y número de afiliados de las ARS, según régimen de financiamiento: Salud segregada y segmentada según el empleo y el bolsillo	33
3. Ingresos en salud, número de afiliados, gastos generales y administrativos y beneficios de las ARS: Una fábrica de millonarios	34
3.1. Ingresos en salud y número de afiliados	34
3.2. Nivel de concentración de mercado de las ARS privadas	36
3.3. Ingresos en salud, gastos generales y administrativos y beneficio neto de las ARS	37
3.4. Beneficios y rentabilidad de las ARS privadas y públicas	40
4. Montos pagados por las ARS a los prestadores de servicios de salud privados y públicos	41
III. CONCLUSIONES	44
IV. REFLEXIÓN FINAL HACIA UN VERDADERO SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
1. Textos académicos y entrevistas	49
2. Documentos oficiales	50
3. Estadísticas oficiales	50



ÍNDICE DE CUADROS, TABLAS Y GRÁFICOS

CUADRO 1. Elementos claves de las propuestas de reformas de la salud del Banco Mundial en 1993 y 2011	23
CUADRO 2. Índice de concentración Herfindahl-Hirschman (IHH)* de las ARS del sector privado	36
GRÁFICO 1. Evolución del gasto en salud, según fuente de financiamiento, 2008-2015 (En porcentaje del gasto corriente en salud)	30
GRÁFICO 2. Gasto del Gobierno central en salud, gasto por aseguramiento (subsidiado, obligatorio, voluntario y de ONG's) y gasto de bolsillo, 2008 y 2015 (En porcentaje del gasto corriente en salud)	31
GRÁFICO 3. Evolución del financiamiento a la salud del Gobierno central vs. los Regímenes Contributivo y Subsidiado del SFS, 2008-2015 (En millones de RD\$)	32
GRÁFICO 4. Gasto directo en salud del Gobierno central*, gasto en salud a través de las ARS** y gasto directo de los hogares, 2008-2015, (En porcentaje del PIB)	32
GRÁFICO 5. Evolución del monto dispersado por afiliado promedio anual del Régimen Contributivo* vs. Régimen Subsidiado, 2007-2016 (Valores en RD\$)	33
GRÁFICO 6. Evolución del número de afiliados del Régimen Contributivo* vs. Régimen Subsidiado, 2007-2016	34
GRÁFICO 7. Ingresos en salud por afiliado de las ARS del Régimen Contributivo privadas vs. públicas, 2008-2016, (Valores en RD\$)	34
GRÁFICO 8. Evolución del número de afiliados de las ARS del Régimen Contributivo privadas vs. públicas, 2008-2016	35
GRÁFICO 9. Ingresos en salud de las ARS del Régimen Contributivo privadas vs. públicas, 2008-2016, (Valores en Millones de RD\$)	35
GRÁFICO 10. Participación de mercado* de las ARS privadas 2012 y 2016 (En porcentaje del ingreso total)	37

GRÁFICO 11. Ingresos en salud, gastos generales y administrativos más beneficio neto de las ARS del Régimen Contributivo, según privadas y públicas, total acumulado 2007-2016, (Valores en Millones de RD\$)	38
GRÁFICO 12. Ingresos en salud, gastos generales y administrativos más beneficios netos de las ARS del Régimen Contributivo, según privadas y públicas, 2008-2016, (Valores en Millones de RD\$)	38
Gráfico 13. Gastos generales y administrativos más beneficios netos de las ARS privadas y públicas del Régimen Contributivo, 2008-2016 (En Millones de RD\$)	38
GRÁFICO 14. Gastos generales y administrativos de las ARS privadas y públicas del Régimen Contributivo del SFS, 2008-2016 (En Millones de RD\$)	39
GRÁFICO 15. Beneficio neto de las ARS privadas y públicas del Régimen Contributivo, 2008-2016 (En Millones de RD\$)	39
GRÁFICO 16. Beneficios o pérdidas ARS públicas y privadas, septiembre 2007 -diciembre 2016 (Valores en Millones de RD\$)	40
GRÁFICO 17. Rentabilidad* de las ARS privadas y públicas, septiembre 2017 -diciembre 2016 (En Porcentaje)	41
GRÁFICO 18. Montos pagados por las ARS del Régimen Contributivo, según tipo de prestador del servicio de salud, 2010-2016	42
GRÁFICO 19. Montos pagados por las ARS del Régimen Subsidiado, según tipo de prestador del servicio de salud, 2010-2016	42



*En memoria de la señora
Tomasina De la Cruz,
fallecida en 2016 por la negación
de su derecho a la atención de salud
por parte de la ARS a la que estaba afiliada,
y con ella, a todos los dominicanos y dominicanas
que han sufrido y sufren los efectos de
un sistema de salud en el cual las ganancias
del capital tienen primacía sobre
los seres humanos, la solidaridad y la vida.*



PRESENTACIÓN

Numerosas noticias, difundidas semanalmente, nos informan de los graves problemas de salud que aquejan a la población dominicana. Alta mortalidad materno-infantil, negación de atenciones en su totalidad o parcialmente, falta de equipos y materiales esenciales, epidemias que causan muertes evitables, crisis de los hospitales, penosas condiciones laborales de médicos y enfermeros(as), son solo algunos de los males que dan cuenta de un sistema de salud funcionando mal.

Al mismo tiempo, se nos dice que no hay recursos disponibles o que son difíciles de encontrar para emprender las mejoras y los cambios que se requieren. Los recursos —se insiste— son escasos y, aunque las leyes digan otra cosa, no alcanzan para todo y la salud es una víctima de esta realidad.

Sin embargo, vemos crecer y florecer una industria poderosa de aseguradoras de riesgos de salud (ARS) y de servicios privados que, de acuerdo con el sistema implantado desde 2001, prometen ser la solución a todos los problemas. En consecuencia, la población ha quedado dividida en dos segmentos: uno que puede pagar y otro que no, del cual debe encargarse el Estado. Lo público —se nos ha dicho— funciona mal y contamina la administración, a lo sumo está para proteger al desvalido y a quienes “no tienen”, mientras lo privado ofrece libertad, seguridad y confiabilidad.

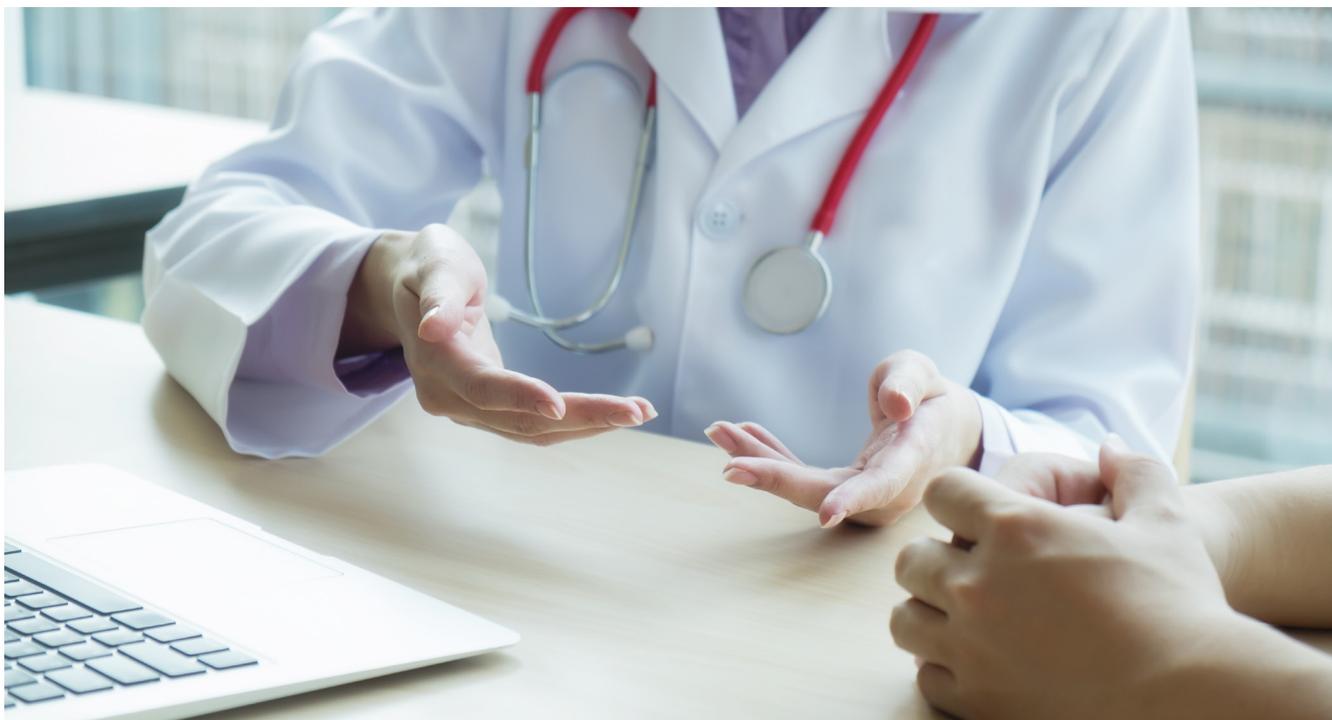
Se ha llegado al extremo de que los trabajadores y empleadores pagan, además de los impuestos generales, impuestos para la seguridad social, y mientras las atenciones que reciben son precarias y cuando la enfermedad ya ha aparecido, las ARS y los centros privados de atención exhiben fabulosos ingresos y ganancias. Entonces, ¿cómo que no hay recursos?

Increíblemente, mientras en 2016 el presupuesto público ejecutado en salud fue de 55.617 millones de pesos, correspondientes a tan solo 1.7% del PIB, se estima que ya en 2015 el gasto corriente total en salud del país ascendió a 176.680 millones de pesos, un 5.8% del PIB, es decir más de 3 veces por encima del presupuesto gubernamental directo. ¿A dónde se está yendo todo ese dinero? ¿Cómo convive tanto gasto con un sistema de salud en tan precarias condiciones?

En el presente estudio, se darán argumentos teóricos, conceptuales y estadísticos que demuestran que todo lo anterior está estrechamente entrelazado: que en República Dominicana se instauró un modelo de salud y protección social basado en el aseguramiento, esencialmente neoliberal, que sistemáticamente desfinancia al sector público y lo relega a un papel residual y caritativo, con recursos cada vez más bajos y desiguales que lo ponen al borde del colapso, mientras se engorda una gigantesca industria privada de finanzas y servicios. La salud, que según la Constitución es un derecho fundamental, se privatiza y convierte en un negocio más, regido por la regla de la oferta y la demanda; una mercancía a la cual se accede según se tenga empleo e ingresos individuales suficientes. Toda lógica de solidaridad y de contrato social queda prácticamente destruida.

Hay que decirlo con toda claridad: Este tipo de regímenes ha sido un fracaso social en todos los países donde ha sido impuesto. La mayoría de nuestra población y de los profesionales de la salud que están en el aparato público cada vez tendrán menos derechos y menos dignidad, mientras el aseguramiento sea la lógica de financiamiento. Los profesionales serán forzados a migrar a la industria privada; la gente se verá obligada cada vez más a comprar y a pagar, o a recibir como beneficencia lo que en realidad le corresponde como ciudadanos.

En base al análisis de la teoría y de los datos, proponemos al país un debate serio, que salga de los límites del modelo impuesto y enfrente la necesidad de una transformación profunda, encaminada al rescate del derecho fundamental a la salud y a la protección social, y a convertir el Estado y lo público en instancias con más transparencia y confiabilidad; pero también defendiendo su centralidad, dada su naturaleza democrática, garante de los derechos de todos. Para ello, se necesita fortaleza y capacidad, y convertir la salud en un sistema integral, que es mucho más que comprar un medicamento o curarse de una enfermedad específica.



I. PONIENDO COORDENADAS AL DEBATE

1. Del Derecho al hecho, hay mucho trecho

Según la Constitución dominicana, tanto la seguridad social como la salud son derechos sociales fundamentales. A saber:

Artículo 60.- Derecho a la seguridad social. Toda persona tiene derecho a la seguridad social. El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y la vejez.

Artículo 61.- Derecho a la salud. Toda persona tiene derecho a la salud integral. En consecuencia:

1. El Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso al agua potable, el mejoramiento de la alimentación, de los servicios sanitarios, las condiciones higiénicas, el saneamiento ambiental, así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran;
2. El Estado garantizará, mediante legislaciones y políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos y, en consecuencia, prestará su protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables; combatirá los vicios sociales con las medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y las organizaciones internacionales.

Llama poderosamente la atención que en la propia Constitución que establece la seguridad social y la salud integral como derechos universales, estos solo sean garantizados por el Estado de manera gratuita “a quienes lo requieran” y a la “población de menores ingresos”. Asimismo, por alguna “extraña” razón, estos derechos aparecen en la Constitución mucho después de los artículos 50 y 51, que se refieren a la libertad de empresa y el derecho a la propiedad, y hasta del artículo 52 sobre la propiedad intelectual y el 53 sobre derechos del consumidor.

¿Quedó estampada en la Constitución de 2010 la declaración de unos derechos y de su relativa garantía, pero a su vez su delimitación según un modelo económico y social dado como natural e inquebrantable? ¿Están supeditados los derechos a las necesidades del capital en la Ley Fundamental? ¿Quedó signado que aquello que es planteado como derecho fundamental sea en la práctica operado como mercancía de provecho individual y lucro privado?

Preguntas similares surgen al observar la Ley 87-01 que se presume instauró un sistema dominicano de seguridad social. Algunos de sus principios son los siguientes:

- Universalidad: El SDSS deberá proteger a todos los dominicanos y a los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica;

- Integralidad: Todas las personas, sin distinción, tendrán derecho a una protección suficiente que les garantice el disfrute de la vida y el ejercicio adecuado de sus facultades y de su capacidad productiva;
- Solidaridad: Basada en una contribución según el nivel de ingreso y en el acceso a los servicios de salud y riesgos laborales, sin tomar en cuenta el aporte individual realizado; de igual forma, cimentada en el derecho a una pensión mínima garantizada por el Estado en las condiciones establecidas por la presente ley.
- Sin embargo, en la misma lista de principios se introducen otros, evidentemente antagónicos o contradictorios:
- Gradualidad: La Seguridad Social se desarrolla en forma progresiva y constante con el objeto de amparar a toda la población, mediante la prestación de servicios de calidad, oportunos y satisfactorios;
- Libre elección: Los afiliados tendrán derecho a seleccionar a cualquier administrador y proveedor de servicios acreditado, así como a cambiarlo cuando lo consideren conveniente, de acuerdo a las condiciones establecidas en la presente ley;
- Pluralidad: Los servicios podrán ser ofertados por Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) y por Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), públicas, privadas o mixtas, bajo la rectoría del Estado y de acuerdo a los principios de la Seguridad Social y a la presente ley;
- Equilibrio financiero: Basado en la correspondencia entre las prestaciones garantizadas y el monto del financiamiento, a fin de asegurar la sostenibilidad del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

¿Por qué la gradualidad ha de ser un principio cuando se trata del derecho fundamental a la salud y cuando en los mismos principios se incluyen la universalidad, integralidad y solidaridad? ¿Cuál está por encima, los primeros tres o el equilibrio financiero? ¿Equilibrio financiero de quién? Si la “libre elección” rige la salud como un mercado ¿dónde queda la solidaridad y la redistribución entre niveles de ingreso? ¿Cuándo se dice “solidaridad”, será apenas una referencia a la caridad con palabras más esperanzadoras?

¿Cómo es posible que se instaure en el Plan Decenal de Salud que en 2015 se requeriría un 5% del PIB para la salud, mientras que el sistema está diseñado para que empresas privadas, en igualdad de condiciones, sean las que capten y manejen recursos que desde ya son escasos, y a las cuales la población debe obligatoriamente afiliarse y cotizar por sus servicios? ¿De dónde va a emanar ese 5% del PIB?

Como veremos a continuación, las contradicciones que se observan en la Constitución y en la Ley del Sistema de Seguridad Social no son casuales. Manifiestan una ambigüedad entre los objetivos socialmente plausibles y la lógica del modelo implantado, que obedece a las necesidades de acumulación y reproducción del capital, y no a las necesidades y el derecho de las personas a la salud, el bienestar y la vida.

Mostraremos cómo en República Dominicana existe una fabulosa maquinaria de financiamiento de la salud, que genera recursos por encima del 5% del PIB que establece el Plan Decenal de Salud y, por supuesto, del 4% del PIB para 2020, establecido por la Ley de Estrategia Nacional de Desarrollo.

Ese financiamiento está montado sobre las espaldas de trabajadores y empleadores, quienes a través de impuestos regulares y del impuesto a la seguridad social, junto al gasto de bolsillo, están subsidiando una fabulosa industria de ganancias financieras y de proveedores privados, en lugar

de solventar la salud como derecho universal, digna y de calidad. Un negocio y un mercado que no tienen nada que ver con la libre competencia ni con la libre elección, menos con la manera en que se debe administrar un Derecho Fundamental, tan fundamental (valga la redundancia), como es la salud. Incluso, se viola abiertamente la ley al operar el Seguro Nacional de Salud (SENASA) como financista de la industria privada.

Un modelo que tiene historia, intereses, ganadores y perdedores y, por supuesto, que no protege la salud, porque su ganancia está en la enfermedad y en que los ciudadanos la pasemos mal y el capital gane más y muy bien.

2. Breve historia del paradigma neoliberal

Detrás del modelo de salud impuesto en República Dominicana y muchos países de América Latina, existe un largo proceso de acontecimientos. No es un hecho casual ni aislado.

Entre el 26 y el 30 de octubre de 1938 —hace ya 80 años—, se reunió en París un selecto grupo de intelectuales, a propósito de la publicación del libro de Walter Lippman, “The Good Society”. En dicho encuentro se congregaron Ludwig von Mises y Friedrich Hayek, de la llamada escuela austriaca, junto a otras figuras como Wilhelm Röpke, Jacques Reuff, Louis Baudin y Alexander Rüstow. Esta actividad se conoce históricamente como el “Coloquio Lippmann”.

El objetivo de la reunión era establecer las bases para un nuevo liberalismo. Así, la voz “neo” se le agregó y nació el llamado neoliberalismo, con cuatro principios básicos:

1. El nuevo liberalismo admite que solo el mecanismo de los precios, funcionando en mercados libres, permite la óptima utilización de los medios de producción y trazar el camino para la satisfacción máxima de los deseos humanos.
2. Al Estado incumbe la responsabilidad de determinar el régimen jurídico que sirva de marco al libre desarrollo económico así concebido.
3. Otros fines sociales pueden ser sustituidos por los objetivos económicos enunciados más arriba.
4. Una parte de la renta nacional puede ser sustraída del consumo para fines generales (como impuestos, siempre al consumo, nunca a la ganancia), pero con la condición de que la transferencia se haga a “plena luz” (transparencia total) y sea “conscientemente consentida”.

Un segundo encuentro neoliberal ocurrió en Mont-Pèlerin, Suiza. Allí también acudieron Hayek y otros destacados intelectuales afines: Walter Eucken, Milton Friedman, Bertrand de Jouvenel, Frank Knight, Ludwig von Mises, Karl Popper, Lionel Robbins y Wilhelm Röpke. En 1947, la Sociedad Mont-Pèlerin albergó a 258 miembros fundadores, de los cuales 101 eran estadounidenses, 28 alemanes y 29 ingleses, entre otros. La preocupación por el destino del liberalismo, la supuesta decadencia de la moral y el derecho, y la falta de confianza en la propiedad privada y la economía de mercado, en un contexto en que la Unión Soviética había sido el factor determinante de la derrota nazi en la II Guerra Mundial, eran las motivaciones de esta reunión, que terminó en la fundación de la referida sociedad.

De acuerdo con Omar Guerrero (2009), el neoliberalismo, sin embargo, se mantuvo como un ejercicio intelectual hasta que fue asumido como doctrina y alcanzó la primacía planetaria cuando en Chile comenzó la ola privatizadora de la dictadura cívico-militar dirigida por Pinochet, y en Inglaterra Margaret Thatcher tomó control de la primera magistratura. Hay que añadir que poco tiempo

después, en 1980, Ronald Reagan ganaría las elecciones de Estados Unidos, volviéndose, junto a Thatcher y Pinochet, paladín del neoliberalismo y de la derrota del campo socialista.

Dice Guerrero:

“...el neoliberalismo pasó a la ofensiva cuando una serie de cambios en el mundo fueron favoreciendo su acogida en una diversidad de países. Fue entonces que emergió un concepto que, derivado directamente del tema del intervencionismo, anunció una reforma del Estado como cambio en la estrategia económica planetaria. El neoliberalismo enfocó la reforma en la problematización del “tamaño” del Estado. A lo largo de la década de 1980, el tema del “tamaño” del Estado se convirtió en un tópico central de estudio y debate en los asuntos públicos. Su abordaje, que hacía coincidentes situaciones que estaban ocurriendo en muchos países, fue concebido como un suceso universal. La reforma del Estado buscó las causas de la crisis estatal en su pasado inmediato. Los males que le aquejaban fueron identificados con la corrupción burocrática, la organización estatal corporativa, el formalismo del trabajo gubernamental y su “enorme tamaño”. La pugna más virulenta se encaminó contra el “sector paraestatal”, entonces integrado principalmente por un gran conjunto de empresas públicas dedicadas a la producción de bienes y provisión de servicios. La identidad de los males del Estado con su “magnitud” sentó bases en el pensamiento profesado por catedráticos de economía con orientación en las escuelas austriaca y de Chicago, así como en los círculos empresariales privados y los ámbitos financieros de los gobiernos. De su encuentro surgió una conceptualización cosificada del Estado que orientó su examen con base en parámetros contables y numéricos, toda vez que el “peso” del Estado se calculó con base en estados financieros. Una de las conclusiones resultantes fue la respuesta, obviamente afirmativa, acerca de que era evidente el gran “tamaño” del Estado”.

Agrega el citado autor:

“El resultado visible, bajo la óptica neoliberal, fue resumido del siguiente modo: por principio, el Estado había demostrado que padece una incapacidad congénita para resolver los problemas de la reproducción del capital, de modo que su papel en la vida económica no debió trascender su función estimulante de la acumulación primitiva [...]. Su sobreactuación sólo produjo un conjunto de organismos de la administración pública cuyo carácter fue la intrusión en la vida privada. Por consiguiente, el Estado debía restringirse a procurar las condiciones básicas para el desenvolvimiento de la vocación y el destino de los productores particulares. Asimismo, la expansión indebida del Estado en la salud, seguridad social, protección del trabajo, y en general, en el bienestar social, hizo más visible su efecto negativo por generar la sobre-saturación de exigencias provenientes de las clases y grupos beneficiados, provocando una sensible distorsión en la operación del mercado...”

[...] En fin, la “des-estatización” de las relaciones naturales reclamó la reorganización de las tareas productivas y comerciales, para que volvieran a sus auténticos propietarios: los individuos, que como usufructuarios del primer y único de los derechos personales: la propiedad, harían más productiva y feliz a la sociedad.

[...] Ese sentimiento de posesión automáticamente haría eficientes a las empresas descuidadas por los burócratas, de modo que, si este principio se aplicaba a los asuntos del Estado, muy pronto los servicios públicos incrementarían sus capacidades; pero si estos servicios fueran concesionados a empresarios privados, los saldos positivos se elevarían al cien por ciento. En suma: siendo el Estado inherentemente mal administrador, no sólo de la sociedad, sino de una economía que arrebató a los particulares, qué mejor que su gobierno —“un mal necesario”— se redujera a una mínima expresión”.

En la nueva etapa del capitalismo que comienza en los años setenta y ochenta, la administración pública va dejando de estar en manos de los aparatos de gobierno y se contrae en favor del beneficio de la empresa privada, en un proceso llamado *exprivatización*¹. No obstante, la administración estatal sigue ocupando un papel clave en los centros de control de la vida social. Durante los ochenta, sus expertos e ideólogos la llamaban *era de la privatización* (Guerrero, s/f).

A la corriente neoliberal se le va a inyectar un nuevo nutriente ideológico, desarrollado por la conocida Escuela de Chicago. Se trata del concepto de *public choice* o *elección pública*. James M. Buchanan, ganador ni más ni menos que del Premio Nobel en 1986 por sus postulados, fue un impulsor de la nueva corriente, que aseguraba su capacidad de extender los brazos de la economía neoclásica para entender lo que antes le estaba vedado: el comportamiento del Estado, los administradores públicos y los votantes. La política, desde su punto de vista, es un mercado, y el comportamiento político se puede estudiar como pura búsqueda del interés individual en base al análisis de costo-beneficio, y de esa misma forma debe ser regulado. Los funcionarios públicos son maximizadores de presupuesto, y buscan aumentar su poder e influencia. Las decisiones colectivas a menudo son irracionales, por encima del provecho individual, en tanto los individuos sí saben maximizar el bienestar. Más individualismo, más mercado privado y menos Estado, son medidas aconsejables.

Asimismo, las ideas de Romain Laufer y Alain Burlaud (1980) enfocan la dialéctica entre administrador y administrado considerando a este último como usuario, y en particular como cliente. La administración de lo público puede ofrecer o no; el ciudadano convertido en consumidor puede consumir o no, lo que genera una competencia intensa. Como dice Guerrero (2009), la administración pública descubre que tiene clientes y la empresa privada descubre que tiene público.

En esta etapa, numerosas empresas públicas, servicios y funciones del Estado pasan a manos de la empresa privada. Es cuando la mediación entre Estado y sociedad se da a través de entidades de interés privado, y es momento del auge de las “políticas públicas” a través de las cuales administración estatal y privados realizan transacciones de mutuo beneficio. La administración es “neutral” y “apolítica”, basada en la unidad entre Estado y sociedad, y, esta última, como campo de lo privado, queda reducida al ámbito del consumidor y de la empresa.

Gobiernos, empresas, grupos de presión, entre otros, toman las decisiones políticas, formulan la “política pública” —que tiene ese apellido para diferenciarse de las políticas corporativas, pero adquiere su misma naturaleza en tanto satisfacción de los grupos de interés o “accionistas”—, cada vez más favorecedora de la burguesía, mientras “eficientizan” la acción estatal en procesos y servicios que antes eran asumidos como fundamentales.

De la mano de la crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial también se convirtieron en factores decisivos para esta ola de achicamiento, reducción y privatización de las actividades estatales, ya que condicionaban a ello

¹ Privatizar toda actividad social, no interna, del Estado, comenzando por las empresas públicas.

los préstamos y las ayudas. A su vez, en 1989, el economista John Williamson formuló las diez medidas básicas del Consenso de Washington, un decálogo neoliberal que marcaría los años noventa.

En esos tiempos, de una segunda oleada neoliberal, Inglaterra va a ser el territorio del advenimiento de la llamada Nueva Gerencia Pública. Según explica Guerrero (2009):

“La voz “gerencia” (*management*) no tiene en la gerencia su fundamento, sino la más general noción de empresa mercantil, que es el modelo que propone como sustituto del esquema “burocrático” del Estado. Aquí tienen su origen las propuestas a favor de establecer mercados intra-gubernamentales y orientar al gobierno hacia el consumidor, no hacia el ciudadano; así como la introducción del “espíritu empresarial” en el gobierno, y el desarrollo de la competencia en la provisión de bienes y servicios públicos.

Aunque la Nueva Gerencia Pública ostenta como apellido el vocablo “público”, nada lo vincula a tal noción, pues sus propósitos y resultados se encaminan a la privatización del Estado. Emanada de los procesos de exprivatización de la década de los años de 1980, la Nueva Gerencia Pública personifica la endoprivatización de la gestión pública a través del establecimiento de mercados interiores y mecanismos de competitividad entre las oficinas gubernamentales, que aclaman la ganancia, el lucro y el individualismo egoísta, que ninguna relación tienen con el espíritu solidario de lo público. La Nueva Gerencia Pública es hija de la segunda generación neoliberal, cuya cuna son los procesos comerciales y los mercados financieros.

Del mismo modo como la empresa lucrativa atiende preferentemente al mercado para ser lucrativa, la administración pública sólo será eficiente proveyendo bienes y servicios cuando sea rentable. Es decir: para ser rentable debe orientarse al cliente; para orientarse al cliente debe evadirse de su nicho burocrático y situarse en el mercado. Debe, en suma, adoptar la Nueva Gerencia Pública como su mentor y así incorporarse a los progresos de la economía neoclásica globalizada”.

3. Salud y otros “derechos” subordinados a las pugnas del capital

En la época actual, la globalización capitalista vive el camino abierto por aquellas reformas neoliberales de los años setenta y ochenta. El achicamiento del Estado a través de menos ingresos, más *exprivatización* y *endoprivatización*², abrió el camino a la expropiación de los trabajadores por vías antes nunca pensadas: convertir sus necesidades elementales en fuente de ganancias del capital, en específico del capital financiero.

Carlos Pérez Soto (2016) identifica la hegemonía que sobre los ciudadanos del mundo ha alcanzado el capital financiero internacional, asociado al propietario privado del capital. De acuerdo con este autor: “Están ahí los administradores del capital, las burocracias nacionales, los Estados y las burocracias privadas administradoras de capital. Las AFP, por ejemplo, que son administradores de capital y hacen posible la viabilidad del capital financiero. El capital financiero no sería viable sin la cooptación inmediata de los funcionarios del Estado que permiten que haya administradores de capital”.

² La privatización incorporada en el funcionamiento interno de la administración pública, que ahora debe competir interiormente por presupuesto y por “clientes”.

De acuerdo con Iriart (2008), el neoliberalismo está ligado a la hegemonía del capital financiero, incluyendo su dominación creciente en el campo de la salud y en las pensiones. Según la autora:

“El primer proceso (...) es el que se refiere a la hegemonía que adquiere el capital financiero en la mundialización del capitalismo desde la crisis de mediados de los 70s, conocida como crisis del petróleo. En este período el capital productivo ve limitada su expansión por crecimiento de los costos de las materias primas y de los salarios. Los dueños del capital mueven sus inversiones desde el sector productivo hacia los mercados financieros y en muchos casos hacia los mercados *offshore*.”

El mayor crecimiento del capital financiero se registra entre los fondos mutuales y de pensión, y el capital generado por las actividades ligadas a los seguros. En Estados Unidos entre 1980 y 1993 estos fondos crecieron de 1.606 millones de dólares a 8.008 millones. Los fondos de pensión de los Estados Unidos representaban en 1994 el 82,7% entre los cinco principales países que los generaban. Otro dato para entender la importancia que adquiere el capital financiero en la economía capitalista es que las ganancias de los administradores de fondos mutuales y de pensión y de los agentes de bolsa pasaron de 4.800 millones de dólares en 1975 a 69.500 millones en 1994. A manera de comparación cabe señalar que Microsoft, una de las empresas más exitosas del mundo, obtuvo una ganancia de “solo” 2.200 millones de dólares en 1994. Estos datos son importantes porque es en la primera mitad de la década del 90, que las reformas en el sector salud lideradas por el capital financiero se generalizan. Esto no quiere decir que este capital no operaba con anterioridad en el sector salud, sino que se torna la fuerza que hegemoniza las reformas.

Estas cantidades crecientes de capital financiero requirieron de nuevos países y sectores dentro de los países donde reproducirse. Esto demandó cambios a nivel político, a través de un proceso de desregulación - privatización – re-regulación, así como de profundos cambios ideológicos. A nivel ideológico, el neoliberalismo se instala como pensamiento único y en salud implica la transformación del sentido común para que la salud deje de ser un derecho que el Estado debe garantizar y se transforme en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. La lógica privada permea todos los espacios y el sector público “debe” adoptarla para operar eficientemente. A nivel político la desregulación permite al capital financiero internacional operar en el sector salud de los países, antes prohibido total o parcialmente.”

Costas Lapavitzas (2011), al hablar sobre el actual “modelo de acumulación capitalista” y la crisis vivida en 2008, señala también el predominio del capital financiero sobre el capital productivo:

“... la crisis actual es el resultado de la financiarización, que consiste en la transformación sistémica de la economía capitalista, la cual gira en torno al sistema financiero e implica la creación de nuevas fuentes de ganancias”.

Esto implica

“la nueva prominencia adquirida por los rentistas, a quienes se asocia a menudo con las rentas y la riqueza acumuladas por medio del sector financiero y que contribuyeron al notable crecimiento de la desigualdad...”

Desde finales de los años setenta, la acumulación real ha tenido un aumento mediocre y precario, pero el sector financiero ha crecido de manera extraordinaria en lo que respecta a empleo, utilidades y tamaño de las instituciones y los mercados; ha habido desregulación, cambio tecnológico e institucional, innovación y expansión mundial. El sector financiero está ahora presente en todos los aspectos de la sociedad de los países desarrollados, aunque también se ha expandido ampliamente en el mundo en desarrollo. Aun cuando la acumulación real ha tenido resultados que no son ni buenos ni malos, la clase capitalista ha encontrado

nuevas fuentes de ganancias en los mecanismos financieros modernizados; pero quizás el cambio más significativo a ese respecto haya sido el aumento de la expropiación financiera de los trabajadores y otras capas de la población...”

Lo que Lapavitzas resalta como expropiación financiera tiene relación con lo señalado por Iriart: a la hegemonía del capital financiero, sucede la conversión de lo que antes eran derechos fundamentales -sujetos a pujas del sector trabajador y a acuerdos obreros-Estado-patronos capitalistas- en fuentes de apropiación, acumulación y reproducción de las finanzas. Esto se relaciona estrechamente con el hecho de que los fondos de pensiones y la salud se hayan puesto en manos de los intermediarios financieros mediante las entidades aseguradoras:

“Las respuestas de los bancos a la disminución de las vías tradicionales para obtener utilidades han sido múltiples (...), los bancos se volvieron hacia la renta personal de los trabajadores y el resto de la población como fuente de utilidades (...).

La tendencia general presupone la participación creciente de los trabajadores en los mecanismos de las finanzas con el propósito de satisfacer sus necesidades elementales, como vivienda, educación, salud y ahorro para el retiro; sólo entonces pueden los bancos extraer utilidades significativas directamente de los ingresos personales...

(...) Por lo tanto, la extracción directa de beneficios financieros a partir de la renta personal de los trabajadores es una fuente de expropiación financiera que surgió sistemáticamente durante las últimas décadas. No debe confundirse con la explotación que tiene lugar de manera sistemática en la producción y que es la piedra angular de las economías capitalistas contemporáneas. La expropiación financiera es más bien una fuente adicional de utilidades que tiene su origen en la esfera de la circulación. En cuanto a la renta personal, moviliza flujos existentes de dinero y valor, antes bien que nuevos flujos de plusvalor; ahora, a pesar de que tiene lugar en la circulación, dado que se produce de manera sistemática y mediante procesos económicos, también tiene un aspecto de explotación.

(...) el sector financiero juega con las necesidades básicas de los trabajadores y demás particulares, es decir, con la vivienda, las pensiones, el consumo, los seguros, etc., lo cual difiere cualitativamente del que se orienta a la producción y a la circulación del capital” (Lapavitzas, 2011).

Iriart resalta la peculiar incidencia de estos fenómenos en la transformación de la salud en un campo de batalla entre el capital financiero, que controla los recursos, el financiamiento y las inversiones, y la industria médico-farmacéutica, que necesita producir y vender mercancías y servicios para reproducirse:

“El proceso antes descrito implicó la instalación de una puja por los recursos económicos entre el capital financiero y el capital del llamado complejo médico-industrial. El negocio del capital financiero es extraer recursos económicos del sector salud para realizar las ganancias de los inversores y para invertir en áreas más rentables cuando la oportunidad aparece. Esta práctica sumada a la restricción impuesta al acceso a los servicios de salud para controlar el gasto, chocó con los intereses del capital ligado a empresas productoras de tecnologías y medicamentos, y de los propios profesionales de salud...”

Producto de esta puja, dice la autora:

“...millones de personas son blanco [del] proceso medicalizador y medicamentador, etiquetadas como enfermas o en riesgo, y transformadas en consumidores alertas para reclamar de los servicios de salud el último diagnóstico y/o tratamiento. Por otra parte, este proceso encubre que los problemas de salud más divulgados no tienen sus causas en desórdenes biológicos, sino en problemas sociales y políticos que quedan intocados. Estos procesos están reforzando en los usuarios individuales una concepción de la salud-enfermedad-atención biológica, procedimiento centrada, basada en signos y síntomas individuales, que no analiza causas sino que diagnostica y trata efectos. Asimismo, están ejerciendo una enorme presión sobre los entes regulatorios para la aprobación de tratamientos con el objetivo de obtener la cobertura financiera del Estado, de la seguridad social o de la medicina prepaga o suplementar, implicando un crecimiento de costos que restringe cada vez más el acceso a servicios realmente necesarios y de probada eficacia para las grandes mayorías.

La salud pública a través de las nuevas corrientes anglosajonas, que también opera en los países latinoamericanos, contribuye a este proceso medicalizador y medicamentador, que culpabiliza a la víctima por comer en exceso, elegir alimentos no saludables, fumar, beber, estar estresado, etc. Esta “nueva” salud pública ha generado también, una promoción y prevención medicalizada, ya que toda conducta saludable se basa en el control del riesgo de enfermar y en intervenciones individuales y procedimientos centradas como controlar el colesterol, la presión, la glucemia, los hábitos alimenticios, etc. Los expertos en salud pública responsabilizan a los individuos por los malos hábitos que los llevan a enfermar y convertirse en un costo para el conjunto de la sociedad (...) La ideología de la libertad de elección, el mercado como soberano, el individuo como último responsable y el Estado como mero administrador operan eficientemente para producir lo que las corporaciones en la lucha intercapitalista por aumentar las ganancias necesitan: consumidores “libres”.

4. Un ejemplo neoliberal sencillo: financiar la Educación según Milton Friedman

“Nuestro sistema de educación, primaria y secundaria, necesita de una reestructuración radical. Una reconstrucción así sólo puede realizarse privatizando la mayor parte del sistema educativo, es decir, permitiendo que la actividad privada, con fines de lucro, desarrolle una amplia variedad de servicios educativos y sea una competencia efectiva a las escuelas públicas. El modo más factible de realizar esta transferencia, del sector público a las empresas privadas, consiste en establecer, en cada estado, un sistema de bonos escolares que permita a los padres escoger las escuelas a las que asisten sus hijos. El bono escolar debe ser universal, disponible para todos los padres y suficiente para cubrir los costos de una educación de alta calidad. No deberían fijarse condiciones anexas a los bonos escolares que interfirieran con la libertad de las empresas privadas para experimentar, explorar e innovar”.

Con estas palabras encabeza Milton Friedman su texto “Educación pública: Privatícenla”, publicado en español en 2006. Como recordaremos, Friedman es partícipe de los momentos fundacionales del movimiento neoliberal, estando presente en la reunión de Mont-Pèlerin, Suiza, en 1947. Friedman también accedería al Nobel de Economía en 1976, líder del Departamento de Economía de la Universidad de Chicago, asesor de Augusto Pinochet y referente espiritual de los Chicago Boys, economistas estrellas de la dictadura chilena.

Las ideas de Friedman en cuanto a la educación son sencillas: los sindicatos y los administradores públicos prácticamente conforman un cártel orientado solo a sus propios intereses; los privados siempre administrarán más eficientemente porque quieren que los prefieran y ganar dinero, por lo que competirán siempre para mejorar; los estudiantes y sus familias no deben ser ciudadanos, que es lo mismo que ser súbditos, sino consumidores, lo que les da libertad para elegir lo más conveniente.

Finalmente, y muy importante: el financiamiento debe orientarse a la demanda, de manera que las escuelas y los niños tengan una relación vendedor-comprador, en la cual nada esté seguro y solo la elección de consumir oriente al bienestar. El Estado, a lo sumo, debe fiscalizar, asegurar el flujo de recursos e intervenir lo menos posible.

Los empresarios, en todo esto, son simples individuos con la aspiración de vivir mejor. Los estudiantes y sus familias, también. Son iguales, no hay intereses contrapuestos, ni relaciones de poder. No hay capitalismo, ni capital financiero. Es un mundo idílico donde todos somos iguales y felices.

Este esquema, con algunas particularidades, fue impuesto en Chile mediante la municipalización de la educación escolar bajo Pinochet, pero con la particularidad de que a las escuelas solo se les pagaría por estudiante matriculado, es decir, indirectamente según la demanda. En consecuencia, todo niño que podía costearse de alguna manera una escuela privada salía de la escuela municipal, afectada siempre por la realidad social en la que estaba inserta. La merma de estudiantes llevaba a un desfinanciamiento de la escuela, al reducirse el financiamiento por matrícula, y generó un círculo vicioso en el cual las escuelas de los municipios pobres terminaron siendo escuelas pobres para pobres.

Bajo el gobierno de Ricardo Lagos se creó un sistema aún más sofisticado para hacer de la educación universitaria un jugoso negocio del capital financiero. Al privatizarse la educación universitaria bajo Pinochet, y mantenerse igual bajo la Concertación, el obstáculo para muchos jóvenes era cómo pagar las tarifas. El endeudamiento resultó ser la salida, y el gobierno de Lagos ideó un sistema de Crédito con Aval del Estado (CAE), a través del cual el Estado, en lugar de financiar las universidades con aportes basales dignos y suficientes, patrocinaba el endeudamiento masivo de miles y miles de familias con la banca privada; endeudamiento que la propia ciudadanía reproducía con el presupuesto del Estado, que funciona como garante de los préstamos.

Negocio redondo: todo el riesgo para los ciudadanos y el Estado, ganancia neta para bancos y universidades privatizadas. Todo bajo el discurso de enmascaramiento que dice: “ya no existen barreras financieras”, el joven “puede elegir” pues él es “dueño del financiamiento”.

5. Los seguros de salud como pilar de las reformas neoliberales en América Latina³

De acuerdo con Gonzalo Basile (s/f), las políticas de financiamiento, administración y prestación de salud se pueden encuadrar en tres modelos de protección social: 1) asistencia social, 2) seguro social y 3) seguridad social universal. Generalmente, América Latina se ha movido entre los primeros dos modelos, y las reformas neoliberales hicieron hegemónico el segundo.

El modelo de seguro social en América Latina tal vez tenga su primer precedente en la dictadura de Onganía en Argentina, que retrotrajo la política de acceso universal establecida bajo el primer peronismo (1946-1955) a un sistema de “seguro social” bajo la ley 18.610, vinculando la protección social, la previsión social y la salud al estatuto del empleo formal, sobre la base de un régimen contributivo que segmentaba según el empleo y el ingreso.

Más adelante, vino la ola de reformas a escala continental y mundial. En la década de los 90, el FMI, Banco Mundial y BID intervinieron en pos de la *financiarización* de la economía y la mercantilización de todos los bienes comunes, adelantando reformas en la salud y la seguridad social. Con la publicación del documento “Invertir en salud” del año 1993, el Banco Mundial pasa a ocupar un rol protagónico en este tema. En un panorama de ajustes fiscales y de privatización de la vida social, de restricción al gasto de gobierno, tomar estas agendas era condicionante para acceder a préstamos de la banca multilateral. Según Basile (s/f), la salud fue uno de los sectores donde más préstamos hizo el Banco Mundial (US\$16.800 millones tan solo en 1999).

En República Dominicana, por ejemplo, no se podría entender el programa Solidaridad sin la participación decisiva y los préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), como tampoco se puede entender la ley 87-01 de Seguridad Social sin el viaje que a partir de 1994 iniciaron los banqueros a admirar el “exitoso modelo chileno”, administrado por los bancos y las aseguradoras gracias a la privatización de Pinochet.

Según Basile (s/f):

“...esos contenidos y fundamentos se transformaron al sentido común en torno a la concepción del proceso salud-enfermedad-atención. Con el discurso de la crisis económica, el declive del Estado de bienestar en Europa, el envejecimiento de la población y la corrupción pública, junto a la fascinación con la “propiedad individual de consumo”, la salud dejó de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado era responsable, sustentada en promoción y prevención, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir, luego de estar enfermos. Esto produce un cambio de sentido fundamental, ya que la salud deja de ser un asunto de cómo vivimos y convivimos, a volverse un problema individual de estar o no enfermo; deja de ser un bien público para convertirse en un bien privado de mercado, asociado al fracaso o éxito individual, al estatus y la autosuficiencia”.

Tal y como en los albores del neoliberalismo y la Nueva Gerencia Pública, los sujetos transitaron un camino desde ser “ciudadanos”, pasando por consumidores, hasta llegar a clientes, usuarios. A juicio de Celia Almeida (en Basile s/f):

“este proceso cuestionó el derecho a la salud como un derecho humano o un beneficio social. La inspiración conservadora de esta agenda y su forma más

³ Este acápite se basa, fundamentalmente, en el trabajo de Gonzalo Basile, “Las 7 falacias de los seguros de salud: un camino (in) seguro hacia el derecho a la salud en América Latina”.

radical limitan la reforma a la provisión de cuidados médicos individuales, sin tener en consideración el sistema de salud como un todo y las necesidades de salud de la población, ni relacionar el proceso de reforma sectorial con estrategias multisectoriales para la salud, con el objetivo de superar las desigualdades”.

Como anotan Celia Iriart y Emerson Merhy (en Basile, s/f), es en este contexto que se introducen algunos principios rectores y, sin duda, dogmas ideológicos, que están en la base del modelo implantado en República Dominicana. Estos principios fueron implantados por expertos y acompañados de toda una ola de adoctrinamiento de intelectuales y profesionales claves del país. A saber:

- la crisis en salud obedece a causas financieras;
- el gerenciamiento introduce una “nueva” racionalidad administrativa indispensable para salir de la crisis;
- es necesario subordinar las decisiones clínicas a esta nueva racionalidad, si se quieren disminuir los costos;
- la eficiencia aumenta si se separa el financiamiento de la prestación y se generaliza la competencia entre todos los subsectores (estatal, seguridad social y privado);
- se debe desarrollar el mercado de salud porque es el mejor regulador de la calidad y los costos;
- no se debe subsidiar a la oferta sino a la demanda;
- la flexibilización de las relaciones laborales es el mejor mecanismo para lograr eficiencia, productividad y calidad;
- la administración privada es más eficiente y menos corrupta que la pública;
- los pagos a la seguridad social son propiedad de cada trabajador;
- la desregulación de la seguridad social permitirá al usuario la libertad de elección, para poder optar por el mejor administrador de sus fondos; el tránsito de usuario/paciente/beneficiario al de cliente o consumidor es la garantía para exigir que sus derechos sean respetados;
- la garantía de la calidad está dada por la satisfacción del cliente.

En la base de esta nueva doctrina se encuentra la segmentación, según Basile (s/f), disfrazada de “atención focalizada”, que en realidad es segregación de los que no pueden financiar el aparato privado:

“Dispositivos del viejo modelo de *asistencia social* fueron la base para que los organismos internacionales propiciaran las políticas *focales* o *asistencialismo focalizado*, operaciones sociales asistenciales que debían dirigirse sólo a los focos de pobreza extrema y grupos vulnerables más profundos (focalización), quienes deberán demostrar su incapacidad como individuos y/o grupos para cubrir sus necesidades personales y las de su familia (prueba de medios), para entonces lograr percibir el “beneficio”.

Las consecuencias sociales no se hicieron esperar, acarreando conflictos políticos. En América Latina no disminuye la pobreza y la privación de derechos aumenta y, con ella, las confrontaciones. Frente a esta situación, organismos como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) adaptan y renuevan sus planteamientos. La publicación por parte del BID de “Poverty Reduction and Promotion of Social Equity” es ilustrativa de este proceso.

Según Basile (s/f), el crecimiento económico neoliberal sigue siendo la prioridad, aunque se admite que este crecimiento por sí solo no garantiza reducir la pobreza. La “lucha contra la pobreza” se volvió una de las prioridades estratégicas, sin asumir la responsabilidad de los ajustes estructurales y de las relaciones capital-trabajo-sociedad sobre esta “pobreza”, eso sí admitiendo los límites de los programas sociales de los años 90.

En la CEPAL se hace dominante el enfoque de “cohesión social”, que reconoce un único modelo de crecimiento económico que, en todo caso, debe ser acompañado de “medidas” y “programas” para que la sociedad no se disgregue, no se acreciente el conflicto y sea posible la gobernabilidad. No son la injusticia ni la privación de derechos inherentes al modelo el problema, sino evitar las fracturas, la marginalidad y la desafección.

El análisis de Asa Cristina Laurell (en Basile s/f) sobre una segunda etapa de las reformas al Estado y, en este marco, reformas a la salud, explica claramente el inicio de lo que se llama “reformas de las reformas”, con un sello claramente legitimador de las agendas de fondo, ajustando ciertas clavijas:

“Los fracasos sociales de la Reforma del Estado en los años ‘80 y ‘90 llevaron a los organismos financieros supranacionales a plantear una segunda reforma o Modernización del Estado para atenuar los problemas causados por la primera y recuperar la legitimidad cuestionada. En una interpretación inexacta se ha creído que la segunda reforma significa el reconocimiento de que el mercado no resuelve la “cuestión social” y, por ello, es necesario reintroducir al Estado como garante de los derechos sociales. Sin embargo, la lectura de los textos programáticos de esta reforma aclara que esta no debe infringir los cánones de la nueva economía, o sea, el mercado como principio rector de la economía, la competencia, la flexibilidad del trabajo, el equilibrio fiscal, la apertura externa, o causar la competencia desleal del Estado con el sector privado. La reforma solo debe centrarse en lograr una mayor eficiencia del Estado, la cohesión social y la gobernabilidad”.

De acuerdo con Basile, en esa coyuntura se da un giro en el léxico, sobre el cual deben ser tomadas serias cautelas, ya que una reforma propiamente neoliberal, como el aseguramiento de pensiones y la salud, ahora es acompañada de la terminología supuestamente “correcta”, apelando a conceptos como “universalidad”, “protección social” y “derechos”:

“Con una habilidad asombrosa, el Banco Mundial en el tema de la salud logra ejercer una reapropiación del discurso político a favor de la universalidad. Este nuevo discurso promueve un modo específico de acceso a la salud: el “aseguramiento universal” (o bien, dos variantes semánticas como la “cobertura universal de salud” o “protección social en salud”).

Esta orientación estratégica aparece claramente en 2005 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece una resolución a favor del aseguramiento en salud (*Social Health Insurance*): se define que debe ser la estrategia para movilizar recursos y desarrollar el acceso a la salud; la OMS favorecerá y proveerá apoyo técnico a favor de estas reformas. Reformas que organizaciones como el Banco Mundial, el BID o USAID ya estaban apoyando. A primera vista parece entonces haber una inflexión importante por parte de organismos como el Banco Mundial (que incluyen también al BID o agencias de cooperación como USAID), que están apoyando y financiando reformas de aseguramiento en salud en América Latina y en Asia. En cierta medida, podría dar la impresión o pareciera que el propio BM está promoviendo un sistema de protección social con una vocación

universal y basado en el aseguramiento como arreglo técnico-organizativo de servicios. Se podría llegar incluso a considerar que estos mismos organismos aparecen impulsando modelos de protección social con reformas de salud que parecen tener similitudes importantes con los modelos de protección social que estuvieron criticando y debilitando desde los años 1980. Sin embargo, al analizar esta Segunda Reforma en Salud se observa que los ejes planteados en *Invertir en salud* del 1993 siguen rigiendo con una lógica de focalización sobre “los más pobres”, primacía del mercado, desregulación del sistema de salud, limitación del rol del Estado a la regulación; pero bajo un relanzamiento de las reformas desde enunciados diferentes ...”

En resumen, según Basile (s/f), los procesos de reformas neoliberales en el sector salud tuvieron dos momentos: en una primera instancia, en el contexto del Consenso de Washington, con los procesos de exprivatización y el desmantelamiento de los dispositivos del Estado social, convirtiendo a los ciudadanos en clientes. La sostenibilidad de las inversiones sería la garantía de solución a la crisis de los servicios y bienes básicos. La función pública sería la focalización en la población “carenciada”.

Posteriormente, en una segunda etapa, con el concepto de “aseguramiento universal”, los organismos que lideran e imponen la agenda neoliberal buscan resolver la legitimidad del modelo, reforzando la idea de que la salud es un *derecho legal*, pero es un *bien individual*, centrado además en la atención a la enfermedad, y bajo una lógica de segmentación entre quienes pueden pagar y quienes no, dejando de lado toda discusión redistributiva. La principal restricción es financiera y, si esta se resuelve, el bienestar agregado será mayor. Los principios básicos son, en general, los mismos que en la primera ola de reformas:

- Financiamiento a la demanda y no a la oferta, disminuyendo el financiamiento directo y asegurado a la oferta pública.
- Potenciar la competencia con la exprivatización y la endoprivatización.
- Crear un mercado de la salud y segmentarlo en función del empleo y del ingreso.
- Que los pobres tengan atención focalizada con cargo al Estado, disminuido en sus capacidades, mientras se hace posible la expropiación financiera de los asalariados para fortalecer el capital financiero y el sector privado.
- La salud es un bien individual y su atención se organiza en base a la enfermedad, no a los determinantes sociales.
- Nuevos “paquetes de prestaciones” y “garantías explícitas” que regulan al mercado y ponen al Estado como corrector de inequidades.

CUADRO 1. Elementos claves de las propuestas de reformas de la salud del Banco Mundial en 1993 y 2011

BANCO MUNDIAL - INVERTIR EN SALUD RESUMEN (1993)	BANCO MUNDIAL – COMBATIR LA INEQUIDAD EN SALUD (2011)
ELEMENTOS CLAVES	ELEMENTOS CLAVES
Competencia y lógica del mercado	Discurso de “Cobertura universal en salud”, “Acceso gratuito a la salud”, “Protección social en salud”
Focalización del gasto público para los más pobres	Superar la barrera económica del acceso a la salud
Disminución del financiamiento público de los sistemas de salud	Operatividad a través de: <ul style="list-style-type: none"> - “Paquetes básicos de servicios de salud” / “Prestaciones explícitas de salud” - Focalización y prueba de medios - Derecho restringido a la salud - Seguros de salud subsidiados: financiamiento de la demanda y transferencia de recursos públicos al sector privado
Descentralización	
Principio de costo-efectividad y de prestaciones esenciales de salud	

Fuente: Elaboración propia en base a Basile (s/f).

6. El montaje del modelo en República Dominicana

De acuerdo con el doctor Senén Caba, la introducción de este modelo de reformas se relaciona con los trabajos para dotar al país de una Ley General de Salud y una Ley de Seguridad Social con fuerte inclinación hacia los modelos colombiano y chileno. En marzo de 2001 se promulga la Ley 42-01 (Ley General de Salud), en tanto que en mayo de 2001 se promulga la Ley 87-01 (Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social).

Rosa María Suárez (2009) describe de manera breve el nuevo régimen creado con las reformas de 2001, y deja en claro cómo la ecuación empleo-ingreso es un factor decisivo y determinante en la segmentación de la población dominicana, cuya parte “incapacitada” para pagar será dejada como carga del Estado, en lo que a la vez se supone es un “derecho universal” a la salud:

“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 42-01 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 [hoy Ministerio de Salud] 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 87-01 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”.

El doctor Caba relata así el proceso seguido para llegar a esta reforma, en un artículo publicado en 2008:

“Cuando en 1991 la doctora Altagracia Guzmán [en ese momento presidenta de la Asociación Médica Dominicana, gremio del sector] y las personas comisionadas por el Dr. Balaguer arribaron a una serie de acuerdos, dentro de los que se encontraba la conformación de una Comisión Nacional de Salud para deponer la dilatada huelga que ésta había iniciado cuatro meses atrás, probablemente no imaginaban que a partir de ese entonces se rubricaba el acta de defunción de un sistema de salud que desde la llamada Década Perdida (años 80) venía evidenciando su agotamiento: nos referimos al Código Trujillo de Salud.

Ciertamente, esta comisión produjo una serie de avances en el conocimiento de la situación sanitaria; de hecho, se logró publicar el libro “Salud, una visión de futuro” (1995) que plasmó en sus páginas una verdadera radiografía del quehacer en esta área con propuestas para superarlas.

Poco tiempo después, en 1996 el sector privado decide intervenir de manera protagónica en el sector de la salud pública y lo hace publicando la Encuesta Nacional de Salud [sic] “ENDESA 1996” que corroboraba lo que todo el mundo ya se imaginaba: el colapso del viejo modelo y una calidad pésima en el contexto de la salud de los dominicanos.

Casi simultáneamente y aprovechando la huelga más prolongada de la que se tenga conocimiento en la historia de la antigua AMD (encabezada por el Dr. Francisco José Canó González en 1995), el Dr. Joaquín Balaguer decide, muy a pesar de las críticas, construir una Plaza de la Salud, no sólo en terrenos del Estado, sino también con recursos económicos provenientes de la misma fuente y proporcionándole a ésta (sobre la base de la Ley 520 sobre organizaciones sin fines de lucro) una autonomía que le permitiese violar las leyes de contratación conocidas hasta el momento (Ley 60-97).

Con el paso del tiempo esta institución se fue convirtiendo en una especie de paradigma para los apologistas de un modelo de privatización con la complicidad virtual del Estado.

Mientras se dejaba colapsar las instituciones hospitalarias y del Instituto del Seguro Social, se inicia, a partir de la segunda mitad de los 90, una ola de reformas impulsadas en el sector por el BID, BM, FMI, tomando como marco ideológico las recomendaciones del Consenso de Washington, y que aparecían de manera muy subliminal en una tesis anodina que fue algo así como los “Nuevos Mandamientos” para la salud en una economía de mercado: nos referimos a la tesis de grado de Amanda Louise Glassman⁴.”

En aquellos tiempos también hubo dos impulsos importantes: la publicación de la tesis “Reforma del Sector Salud en República Dominicana”, y la creación, en 1997, de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud.

El espíritu de la reforma está fielmente estampado en las palabras de Luis Morales (2009) cuando al analizar el proceso vivido desde su implantación, sugiere que los hospitales públicos deben ser para “los más pobres”, mientras que los sectores de altos ingresos vayan a concentrar sus aportes en la esfera privada, como si la lógica de solidaridad y la redistribución sencillamente fuese un fósil ideológico, e incluso un daño al funcionamiento ideal de los sistemas de salud:

“...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. 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”.

Morales (2009) enuncia también cómo debe instalarse la lógica vendedor-comprador en el nuevo “mercado” de la seguridad social; es decir, de manera natural y consustancial al sistema de financiamiento de la salud, basándose en las premisas ideológicas del neoliberalismo, como la llamada soberanía del consumidor, la libre elección y la “competencia interna” dentro del subsistema público:

“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 sí mismas;

⁴ Glassman, en la actualidad, se define a sí misma como oficial en jefe de operaciones del Centro para el Desarrollo Global, en Washington D.C. Su investigación enfoca la fijación de prioridades, la asignación de recursos y el valor monetario en la salud global, así como en estadísticas para el desarrollo. Dice contar con más de veinticinco años trabajando en “políticas de protección social y de salud” en América Latina y el mundo en desarrollo (Ver en <https://www.cgdev.org/expert/amanda-glassman>).

- La obligatoriedad de todos los ciudadanos de afiliarse 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 cápita 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”.

Como se puede observar, ha existido a lo largo de la implementación de la reforma un “optimismo de época” y hasta una euforia por la incorporación en el país del dogma neoliberal, asegurando con ello un futuro promisorio donde cada quien compre y consuma la salud que le corresponda; se segmenta la población y se le segrega, por supuesto sin dejar de mencionar las palabras “ciudadanos”, “derechos” y “universalidad”, y dejándole el “trabajo sucio” a un Estado menguado, sin capacidad de recaudar los recursos que ahora irán al “mercado”.

Algo de este espíritu de época también se puede ver en las palabras de Jeffrey Lizardo (2009), cuando describe claramente cuáles deberían ser las nuevas funciones de los actores y a dónde debería volcarse el financiamiento, regido por los seguros. En sus enunciados, se refuerza la noción residual y accesorio del sector público como “rector” y encargado de la “salud colectiva” (como si fuese posible tener lo mejor de dos mundos paralelos, el de la salud colectiva y el de la salud privatizada), mientras el financiamiento se vuelca a la relación asegurador-prestador-cliente, con lo que queda claro que el aseguramiento público debe insistir en las “cápita” para la población “sin capacidad contributiva”:

“La función de aseguramiento en el sector [público] 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, comprará 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”.

Como puede observarse en las líneas anteriores, hasta voces afines al progresismo apelan a la hegemonía del aseguramiento individual como forma de financiar la salud, y delimitan lo público a un rol complementario de rectoría y “salud colectiva”, como si se pudiese escindir un sistema de salud entre un mundo “colectivo” y un mundo “individual”, separados y paralelos. La idea, apegada a la ley, de que SENASA cubriese exclusivamente el sistema de prestadores públicos, como se evidencia en esta publicación, ha sido desmentida por la historia y los hechos, en un sistema de salud crecientemente privatizado.

7. Con el aseguramiento no iremos a ninguna parte

Luego de décadas de implementación y de análisis de datos, cualquier visión optimista y triunfalista sobre el “éxito” del modelo de aseguramiento para dar universalidad y derecho a la salud, puede ser desmontada y fácilmente contrarrestada con la debacle de los servicios públicos, la privatización y mercantilización, la negación de derechos y los sufrimientos que sobrellevan las mayorías.

Lo que ocurre con el modelo de protección social sustentado en el aseguramiento en República Dominicana y otros países de América Latina, no es producto de “fallas”, de “errores” ni de “necesidad de reformas”. Es el resultado de la concreción del propio modelo, de su lógica interna y de sus esencias; la implementación de una concepción de la supremacía del capital por sobre el ser humano, de un Estado supeditado al capital financiero y rentista, impuesta además por políticos, funcionarios y técnicos imbuidos de una ideología y de intereses, convencidos de que la historia de la hegemonía del capital no tiene vuelta atrás.

A continuación, se citarán, de Gonzalo Basile (s/f), siete falacias principales de los regímenes de aseguramiento, que deben ser contrastadas con la realidad social y estadística, y enfrentadas científica y culturalmente, como proceso necesario para la recuperación de la salud como derecho fundamental, en tanto bien social y colectivo:

“FALACIA 1: *El aseguramiento es un camino a la universalidad:* La experiencia ejemplar de Chile que en plena dictadura de Pinochet desmantela su sistema nacional de salud y construye el actual modelo de aseguramiento demuestra que a 30 años de la primera reforma latinoamericana existe aún hoy un 11,2% de población sin NINGÚN seguro/cobertura. El caso de Colombia con 15 años de reforma a partir de la Ley 100 deja en evidencia que un 12% tampoco llega a tener NINGÚN seguro/cobertura (los “desvinculados”) actualmente. Podríamos tomar los casos de Perú, México o República Dominicana evidenciando el “estancamiento” en las tasas de aseguramiento también que de “universal” no tienen nada.

FALACIA 2: *Los seguros de salud pueden ser integrales:* Los seguros construyen coberturas individuales asistenciales-curativas ya que su facturación depende de vender asistencia/servicios a enfermedades. Con lo cual los seguros no son capaces ni tienen interés en aspectos

epidemiológicos, preventivos y promocionales a nivel poblacional. Así las emergencias, epidemias/endemias, campañas masivas de información y promoción, entre otras dimensiones quedan como responsabilidad de la *salud pública*, que es dejada como residual, paliativa y desfinanciada como “mal necesario”, ya que no hay “ingresos” o rentabilidad en ello.

FALACIA 3: *La libre competencia entre seguros mejora la eficacia-eficiencia de la cobertura de los asegurados y la libre elección del usuario mejora la calidad del servicio.* Como se puede ver fácilmente, esto es herencia directa de las doctrinas del public choice y de la Nueva Gerencia Pública. En la práctica la supuesta libre competencia genera un “mercado de prestadores” a los seguros de salud con posibilidades de elección mix público-privado y búsqueda de rentabilidad por prestaciones que claramente benefician la mercantilización del derecho a la salud y el lucro del sector privado de salud. Incluso, en instancias de “seguros públicos de salud para los subsidiados de grupos empobrecidos”, esos dispositivos de aseguramiento nos dicen quién financia los paquetes de servicios de salud cubiertos al asegurado “que demuestran ser pobres” (sea a través de financiamiento del Estado o cooperación internacional pública) pero no nos dicen quién proveen esos servicios a los asegurados “públicos” (pudiendo ser tanto “prestadores” públicos como privados). Esto en la práctica implica una destrucción de los principios de la esfera de lo “público” con procesos de privatización efectiva, de contratación con fondos públicos de servicios privados, de progresiva transferencia de recursos públicos al privado, además que al convertirse en “prestadores” los establecimientos públicos de salud deben incorporar lógicas de gestión-funcionamiento privados propios de la endoprivatización (Ejemplo: Hospitales de Autogestión, o gerenciamientos, o tercerizaciones y toda clase de procesos de privatización).

FALACIA 4: *Los seguros de salud pueden incorporar la estrategia de Atención Primaria de la Salud: Lo primero que se constata es que “atención primaria de la salud” en contextos de aseguramiento en realidad funciona como una “atención asistencial de paquetes básicos/mínimos o de bajo costo para los más pobres”, es decir, “salud para pobres con pobres recursos”.* De estrategia integral no tiene nada. Los seguros tienen adicción a la enfermedad y a los servicios de salud curativo/asistenciales, porque este modelo vende/factura prestaciones/servicios al Pagador con lo cual crea un mercado de “enfermos” de hecho. Además, a esto se le debe sumar la lógica de distribución de mercado ya que se comprueban procesos de instalación de la asistencia primaria en salud de bajo costo (no rentable) para los sectores empobrecidos que queda como función del sector público, y la asistencia diagnóstica-tratamiento-rehabilitación de mediano y alto costo es exclusiva del sector privado donde el Estado sólo en el mejor de los escenarios debe regular/controlar y termina por no proveer ese tipo de servicios o haciéndolo con idéntica lógica que un privado.

FALACIA 5: *Las claves del acceso a la salud están en las barreras económicas/financieras a los servicios de salud:* Desde hace décadas el Banco Mundial y el BID tomaron cierta primacía en el análisis de los sistemas de salud en América Latina. Esto implica que progresivamente se instaló una concepción “economicista” neoclásica sobre el Sector Salud interpuesta por los *think thank* de los Bancos. Dicho esto, vale decir que esta idea instalada como única verdad aduciendo que la principal barrera de acceso a la salud es la económica se justifica con argumentaciones en parte “obvias”, o sea que la “población empobrecida” es la que más “gasta” en salud de su disminuido presupuesto familiar cotidiano y los que más se enferman por sus precarias condiciones de vida, y les termina siendo muy difícil financiar la salud, por lo que la lógica del seguro y el hospital para pobres parece ser lo más aconsejable. El problema no son estas constataciones casi “obviedades”, sino en las propuestas que se postulan para resolver esto. Se plantea: 1- *Subsidio a la demanda*, es decir, no financiar el desarrollo de más y mejor oferta de servicios de salud públicos integrales, sino subsidiar a los propios “beneficiarios” -la

demanda- (que demuestren ser pobres claro) para que ellos “*gratuitamente*” puedan atenderse con un paquete mínimo/básico de servicios donde quieran según los prestadores de ese seguro (Ejemplo: Clínica privada, una ONG, es decir, prestadores públicos o privados). Este subsidio a la demanda claramente expande el “*mercado de la salud*” ya que genera una nueva población (los pobres) que “*consumen*” salud siendo potenciales “*clientes-usuarios*” del sector privado (este mercado se construye a través de la transferencia de fondos públicos al sector privado con y sin fines de lucro). 2- Además busca *abrir la competencia entre lo público y lo privado*, e incluso en contextos donde no hay desarrollo de servicios públicos de salud se fortalece la idea que se “*responda con los prestadores*” disponibles y más eficientes, sea el sector privado lucrativo, privado sin fines de lucro (ONGs, Fundaciones), u otros que serán “*prestadores*” de los seguros para la población empobrecida. Claramente esto termina generando el no desarrollo de soberanía sanitaria pública, implosionando cualquier fortalecimiento de la capacidad del Estado (la sociedad organizada en torno a derechos y deberes garantizados) como garante de derechos y proveedor de bienes y servicios públicos. Es decir, se lograría garantizar “*gratuitamente*” servicios mínimos/básicos para “*pobres/grupos vulnerables*” a través de seguros que giran recursos públicos al sector privado. Siempre enfocados, claro, a grupos sociales e indicadores sensibles para los Objetivos del Milenio (ODM), y por eso los seguros en su mayoría comienzan siendo “*materno-infantiles*”.

FALACIA 6: *El aseguramiento debe ir de la mano de la descentralización de los servicios de salud:* Aunque loable como propuesta de muchos actores sociales locales con cierta concepción participativa, de poder y toma de decisiones locales, en la práctica los procesos de reforma liderados por los organismos financieros internacionales instalaron la descentralización como principio por dos razones principales: 1- Des-responsabilización y ruptura con el Estado nacional rector y proveedor; 2- En la práctica un camino para disminuir la resistencia a los procesos de privatización y aseguramiento deteriorando la presencia del Estado nacional y garante del derecho a la salud en los casos que existiera.

FALACIA 7: *Los modelos de aseguramiento a la europea fueron un camino a la universalidad que debemos copiar en América Latina:* Este enfoque no contempla la realidad de las sociedades excluyentes heredadas del neoliberalismo en América Latina. ¿Los seguros por grupos sociales son una respuesta en sociedades donde el 60 o 70% de la fuerza del trabajo es informal y entre el 35 al 45% en situación de pobreza? ¿Quién decide quién es pobre, vulnerable, apto para ser “beneficiario” de un seguro y quien no lo es? Las inequidades son constitutivas de las sociedades latinoamericanas, y no se pueden resolver profundizando inequidad con seguros parciales que segmentan de acuerdo al vínculo con el empleo formal o el ingreso (ser pagador-cliente), o por demostrar ser “*muy pobre*”. El camino de aseguramiento progresivo en Europa fue de la mano de un fuerte desarrollo de Estados de Bienestar con concepción de derechos integrales ciudadanos, entre otras múltiples razones. Lo que llaman en Europa “*protección social*” como principio de derechos de ciudadanía nada tiene que ver con la “*protección social*” asistencial-caritativa que se plantea en América Latina por los Bancos (BM-BID). En definitiva, esta falacia sólo reproduce neocolonialismo en el diseño de políticas públicas en nuestro continente”.

II. EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD EN REPÚBLICA DOMINICANA (2007-2016): LA CONSTRUCCIÓN DE UN GRAN NEGOCIO

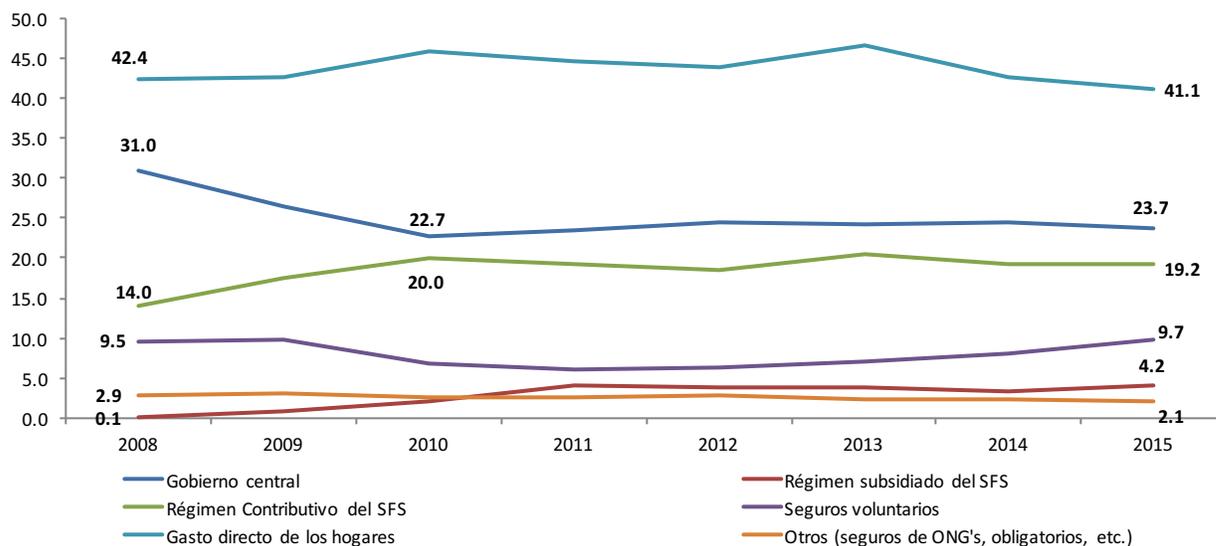
1. Composición del financiamiento a la salud

Desde el primer año de funcionamiento del régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS) hasta el último año, es decir, desde el 2008 hasta el 2016, se ha producido un considerable cambio en la composición del financiamiento a la salud. Este ha consistido fundamentalmente en un aumento de la proporción del financiamiento destinado al régimen contributivo y subsidiado del SFS en detrimento de los recursos financieros que el gobierno central destina al Ministerio de Salud Pública (MSP).

Lo anterior no es un hecho casual. La concepción original, reflejada en múltiples escritos y estudios, es que el aseguramiento como *financiamiento a la demanda*, reemplace absolutamente al financiamiento directo desde el Estado a los centros de atención o prestadores, quedando el Estado solamente con las funciones de rectoría y algunas actividades vinculadas a lo que llaman “salud colectiva”. Bajo esta lógica, de lo que pase con el régimen de aseguramiento (como se mostrará más adelante) dependerá en gran medida el destino de los centros públicos que usa la mayoría de la población del país. La promesa de mejoría en el financiamiento de los centros públicos ha sido desmentida en los hechos, lo cual se podrá constatar con los datos expuestos a continuación.

Según la Fundación Plenitud, la proporción del financiamiento a la salud del régimen contributivo del SFS aumenta en 5.2 puntos porcentuales, al pasar de 14% en 2008, a 19.2% en 2015. Asimismo, la participación del régimen subsidiado se incrementa en 4.1 puntos porcentuales, al pasar de 0.1% en 2008, a 4.2% en 2015; mientras que la proporción de los recursos destinados al MSP cae en 7.4 puntos porcentuales, al pasar de 31% en 2008, a 23.7% en 2015 (ver gráfico 1).

GRÁFICO 1. Evolución del gasto en salud, según fuente de financiamiento, 2008-2015
(En porcentaje del gasto corriente en salud)



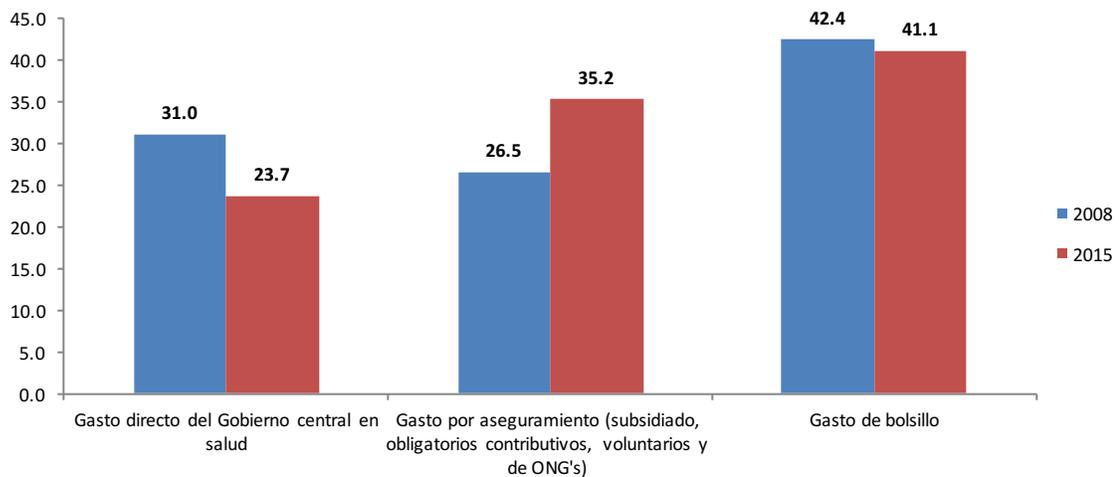
Fuente: De elaboración propia en base a datos estimados por la Fundación PLENITUD. 2017.

El gasto en salud que directamente tienen que asumir las familias⁵ sigue ocupando la mayor proporción del financiamiento a la salud (por encima del 40% del gasto corriente en este rubro) y se ha mantenido prácticamente inalterable durante el período de referencia (ver gráfico 1). La promesa de que el aseguramiento iría acompañado de una disminución del gasto del bolsillo, es otra de las consignas desmentidas por los hechos, constatados incluso por expertos afines a este modelo.

El régimen imperante ha implicado una considerable reducción del *financiamiento a la oferta* en salud (vía la inversión en salud del gobierno central) para favorecer el aumento del *financiamiento de la demanda* (vía los diferentes regímenes de aseguramiento), en perfecta sintonía con la lógica de las reformas neoliberales.

Es así como la participación del MSP en el gasto corriente en salud cae en un 23.7% en el período 2008-2015 (pasa de 31% en 2008, a 23.7% en 2015); en tanto que la proporción del gasto por aseguramiento sube en un 32.7% durante el mismo período (pasa de 26.5% en 2008, a 35.2% en 2015). De manera que se han invertido los papeles: hoy por hoy los recursos financieros que el gobierno central destina directamente a la salud a través del MSP son menores que el financiamiento a la salud a través de los diferentes tipos de aseguramiento (ver gráfico 2).

GRÁFICO 2. Gasto del Gobierno central en salud, gasto por aseguramiento (subsidiado, obligatorio, voluntario y de ONG's) y gasto de bolsillo, 2008 y 2015 (En porcentaje del gasto corriente en salud)

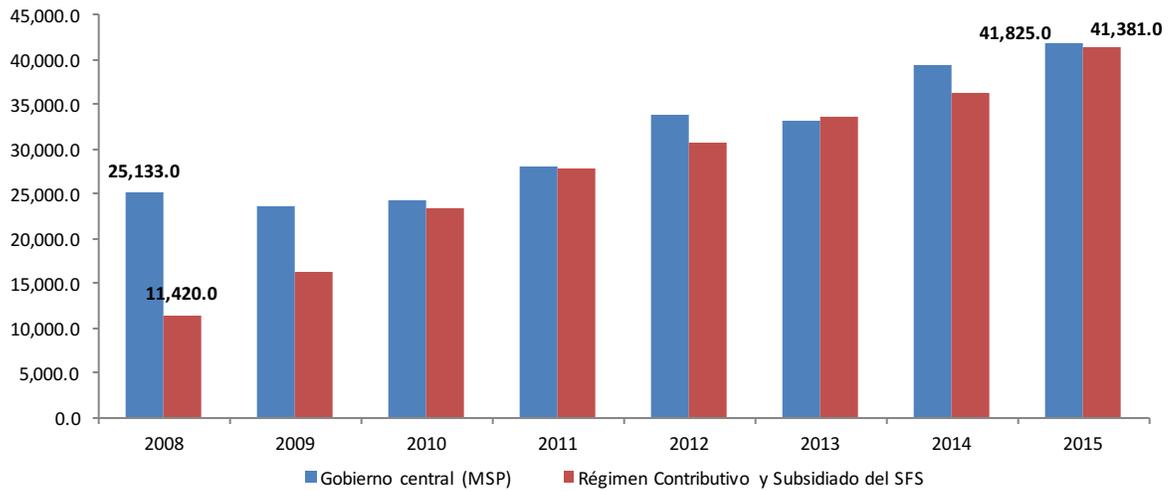


Fuente: De elaboración propia en base a datos estimados por la Fundación PLENITUD. 2017

En atención a lo anterior, al 2015, solo la suma de los recursos destinados a financiar los regímenes contributivo (RC) y subsidiado (RS) del Seguro Familiar de Salud (SFS), sin tomar en cuenta otras formas de aseguramiento (otros seguros obligatorios, voluntarios y de ONG), prácticamente igualan los recursos que el gobierno central destina al Ministerio de Salud Pública (MSP). No obstante, siete años atrás, el financiamiento al RC y RS del SFS, en proporción al financiamiento al MSP, era solo de 45% (ver gráfico 3). La lógica originaria del sistema de aseguramiento se ha venido cumpliendo al pie de la letra.

⁵ El gasto directo de los hogares o gasto de bolsillo incluye los que estos realizan total y parcialmente (copagos) para cubrir la parte de la factura no cubierta por los seguros, ya sean obligatorios o complementarios.

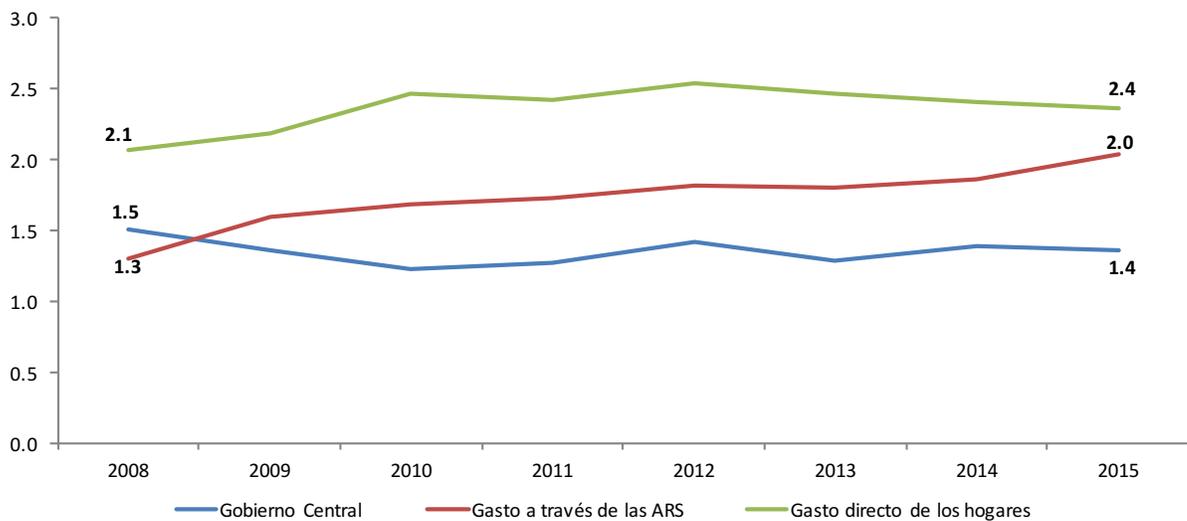
GRÁFICO 3. Evolución del financiamiento a la salud del Gobierno central vs. los Regímenes Contributivo y Subsidiado del SFS, 2008-2015 (En millones de RD\$)



Fuente: De elaboración propia en base a datos estimados por la Fundación PLENITUD. 2017.

Conforme a los datos anteriores, al relacionar la evolución del financiamiento a la salud con la producción nacional durante 2008-2015, se observa, por un lado, un relativo estancamiento del gasto en salud del MSP como porcentaje del PIB y, por el otro, una tendencia al alza de los recursos que se destinan a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y del gasto directo de los hogares. En 2015, el gasto total corriente en salud como porcentaje del PIB se estimaba en 5.8%; de este porcentaje, a la suma de los gastos de las ARS más el gasto directo de los hogares corresponde el 4.4%, y el restante 1.4% al MSP (ver gráfico 4).

GRÁFICO 4. Gasto directo en salud del Gobierno central*, gasto en salud a través de las ARS** y gasto directo de los hogares, 2008-2015, (En porcentaje del PIB)



Fuente: De elaboración propia en base a datos del BCRD y a datos estimados por la Fundación PLENITUD. 2017.

* Gasto a través del Ministerio de Salud Pública

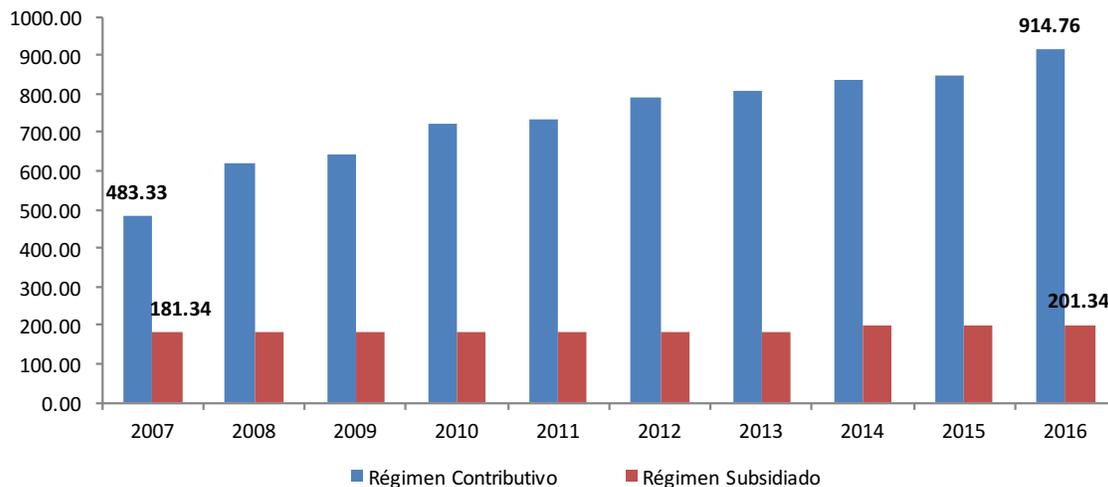
** Gasto por servicios de salud prestados a las personas afiliadas al régimen subsidiado, contributivo, otros seguros obligatorios, seguros voluntarios y de ONG's

2. Monto dispersado y número de afiliados de las ARS, según régimen de financiamiento: Salud segregada y segmentada según el empleo y el bolsillo

Se entiende como monto dispersado el dinero recaudado por la contribución al seguro de salud que las ARS reciben por cada uno de sus afiliados.

En base a datos de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), se evidencia que durante la vigencia del SFS ha habido un sesgo que favorece el monto dispersado del régimen contributivo y, en cambio, perjudica al régimen subsidiado. En el primero, dicha variable ha crecido un 89.3% durante 2007-2016 (pasó de RD\$483.33 en 2007, a RD\$914.76 en 2016); mientras que, en el segundo, el monto dispersado se ha mantenido prácticamente estancado, al crecer solo un 11% durante el mismo período (pasó de RD\$181.34 en 2007, a RD\$201.34 en 2016). (Ver gráfico 5).

GRÁFICO 5. Evolución del monto dispersado por afiliado promedio anual del Régimen Contributivo* vs. Régimen Subsidiado, 2007-2016 (Valores en RD\$)

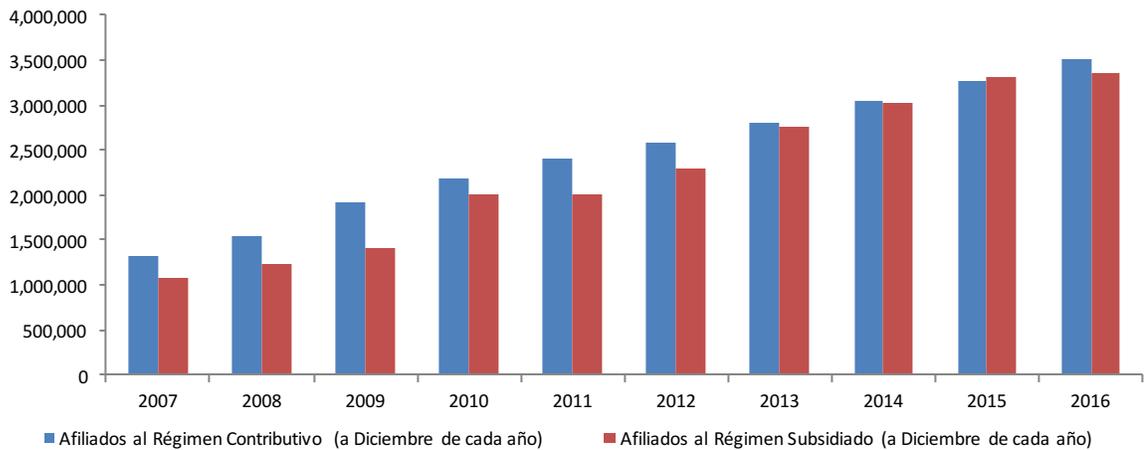


Fuente: De elaboración propia con datos de la SISALRIL
* Excluye a las ARS de Autogestión

El relativo estancamiento histórico de la cápita en el régimen subsidiado se produce a pesar de que el número de afiliados a este régimen ha crecido en casi un 210% en el período 2007-2016 (pasó de 1,081,936 en 2007, a 3,347,068 en 2016), versus un crecimiento de 165.6% en el régimen contributivo en igual período (pasó de 1,321,041 en 2007, a 3,508,754 en 2016). Cabe preguntarse, pues, en el caso del régimen subsidiado, si realmente se ha creado un seguro y una salud para pobres (ver gráfico 6).

Como es observable, otra de las importantes promesas, entiéndase la garantía plena de iguales condiciones para todos sin importar su tipo de aseguramiento, resulta fallida. Al primar los principios básicos del modelo, especialmente la “sostenibilidad” y el “equilibrio financiero”, aunque la población y los empleadores pagan una cantidad creciente de impuesto a la seguridad social, el financiamiento que proviene de este se vuelca a la lógica “comprador-vendedor” y el financiamiento público se establece como residual en el modelo. La sostenibilidad y el equilibrio financiero son principios inquebrantables, sobre todo dado que “los pobres se enferman más”.

GRÁFICO 6. Evolución del número de afiliados del Régimen Contributivo* vs. Régimen Subsidiado, 2007-2016



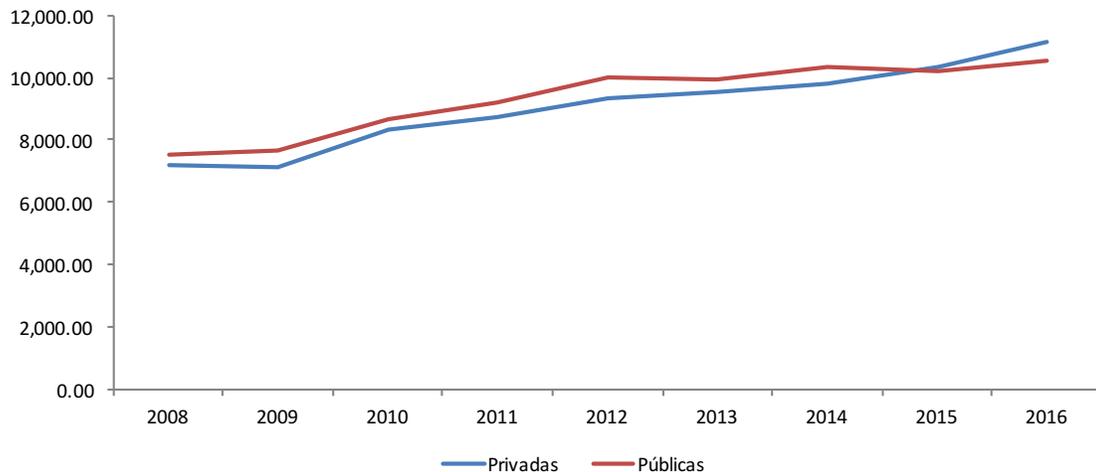
Fuente: De elaboración propia con datos de la SISALRIL
* Excluye a las ARS de Autogestión

3. Ingresos en salud, número de afiliados, gastos generales y administrativos y beneficios de las ARS: Una fábrica de millonarios

3.1. Ingresos en salud y número de afiliados

A lo largo de ocho años, el ingreso en salud por afiliado de las ARS, tanto privadas como públicas, ha mantenido una tendencia creciente. Sin embargo, en 2008, el ingreso por afiliado de las ARS públicas era mayor que el de las privadas (RD\$7,493.70 vs. RD\$7,162.64) y, al cabo de ocho años, en 2016, el ingreso de estas últimas superó al de las primeras (RD\$11,110.48 vs. RD\$10,524.83) (Ver gráfico 7).

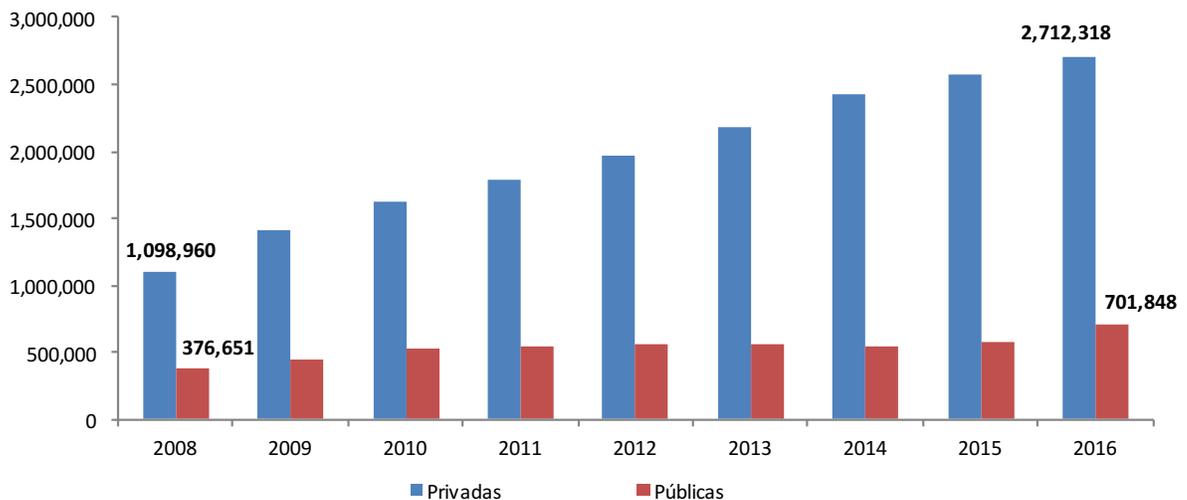
GRÁFICO 7. Ingresos en salud por afiliado de las ARS del Régimen Contributivo privadas vs. públicas, 2008-2016, (Valores en RD\$)



Fuente: De elaboración propia con datos de la SISALRIL.

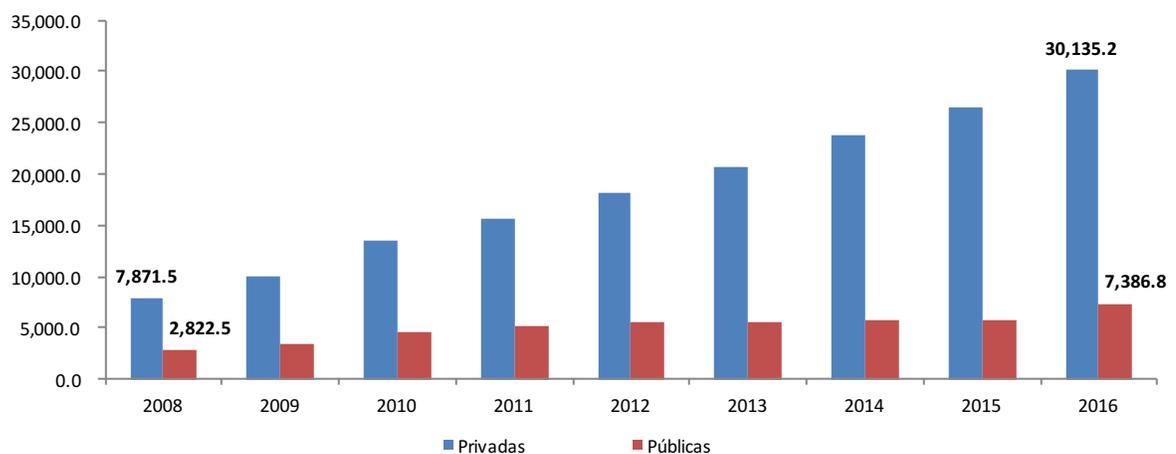
La situación anteriormente descrita se produce al mismo tiempo que el número de afiliados en las ARS privadas del régimen contributivo del SFS ha crecido mucho más rápido que el de las públicas. Desde 2008 a 2016, el número de afiliados a las ARS privadas ha crecido en un 146.8% (pasó de 1,098,960 en 2008, a 2,712,318 en 2016); mientras que en la públicas creció solo en un 86.3% (pasó de 341,444 en 2008, a 701,848 en 2016). Este comportamiento ha conducido a un aumento de la participación en el mercado de las ARS privadas, al pasar de 74.5% en 2008, a 79.4% en 2016; y, por ende, a la reducción en la participación de las públicas, al pasar de 25.5% en 2008, a 20.6% en 2016 (ver gráfico 8).

GRÁFICO 8. Evolución del número de afiliados de las ARS del Régimen Contributivo privadas vs. públicas, 2008-2016



Fuente: De elaboración propia con datos de la SISALRIL.

GRÁFICO 9. Ingresos en salud de las ARS del Régimen Contributivo privadas vs. públicas, 2008-2016, (Valores en Millones de RD\$)



Fuente: De elaboración propia con datos de la SISALRIL.

El hecho de que el ingreso por afiliado de las ARS privadas del régimen contributivo haya crecido en comparación con las públicas, además del rápido aumento del número de sus afiliados, se puede explicar a partir del comportamiento del volumen de ingresos que han manejado una y otra a lo largo de casi diez años. En efecto, los ingresos en salud de las ARS privadas en 2008 fueron de RD\$7,871.5 millones y, en 2016, ascendieron a la suma de RD\$30,135.2 millones, para un crecimiento de 282.8%. Mientras que los ingresos de las ARS públicas pasaron de RD\$2,822.5 millones en 2008, a RD\$7,386.8 millones en 2016, para un crecimiento de 161.7% (ver gráfico 9).

3.2. Nivel de concentración de mercado de las ARS privadas

La libre elección y la libre competencia son premisas de la ideología capitalista que el neoliberalismo lleva a su máxima expresión como principios sagrados de la felicidad humana.

Ahora bien, al analizar el nivel de concentración de mercado de las ARS privadas, medido a través del índice Herfindahl-Hirschman (IHH)⁶, se obtiene un IHH de 3005 en 2016. Por tanto, se puede afirmar, tomando como referencia el sistema legal de los EE.UU.,⁷ que el mercado de las ARS privadas se encuentra *altamente concentrado*. Asimismo, el IHH de la industria en 2012, cuando había dieciséis ARS, fue de 2858; por lo que entre 2012 y 2016, cuando el número de ARS se reduce a trece, el IHH se incrementó en 147, lo que da pie a “preocupaciones competitivas significativas” (ver Cuadro 2)⁸. Queda, pues, en evidencia, que ni siquiera los propios preceptos que pregona el modelo neoliberal de aseguramiento sobre la “libre competencia”, como medio para garantizar una “asignación eficiente de los recursos”, se cumplen aquí, y son no más que un mito.

CUADRO 2. Índice de concentración Herfindahl-Hirschman (IHH)* de las ARS del sector privado

2012	2013	2014	2015	2016
2858	3158	3151	3131	3005
Fuente: De elaboración propia con base en datos de la SISALRIL.				
* El IHH se ha calculado sumando los cuadrados del porcentaje de participación de cada ARS en los ingresos totales.				

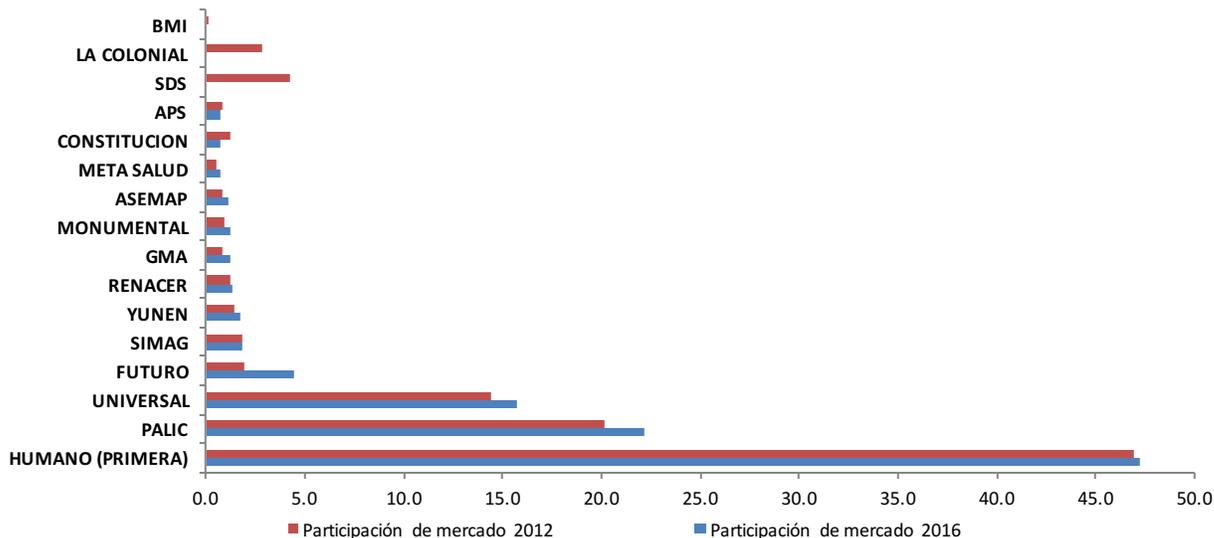
Esto va de la mano con el hecho de que en 2012 las cuatro ARS con mayor cuota de mercado (HUMANO, PALIC, UNIVERSAL y FUTURO) concentraban el 83% de los ingresos totales y, al finalizar 2016, dicha participación aumento a 90% (ver gráfico 10).

⁶ El índice de concentración IHH se calcula sumando los cuadrados del porcentaje de las cuotas de mercado de las respectivas empresas. Aquí se ha tomado como indicador la participación porcentual en los ingresos totales de cada una de las ARS del sector privado.

⁷ De acuerdo con el sistema legal antimonopolios de EE.UU. (las Directrices de Fusión Horizontal, DOJ-FTC 2010), las diferentes agencias de este país que regulan y controlan esta práctica, consideran que un mercado está “no concentrado” si el IHH está por debajo de 1500; “moderadamente concentrado” entre 1500 y 2500, y “altamente concentrado” si es superior a 2500. A este respecto, ver a Andrew Chin: *Herfindahl-Hirschman Index Calculator*. Disponible en: <http://unclaw.com/chin/teaching/antitrust/herfindahl.htm>.

⁸ De acuerdo con la legislación antimonopolios antes mencionada, un aumento de entre 100 y 200 puntos en un mercado altamente concentrado plantea “preocupaciones competitivas significativas”. Ver Andrew Chin, ob. cit.

GRÁFICO 10. Participación de mercado* de las ARS privadas 2012 y 2016 (En porcentaje del ingreso total)



Fuente: De elaboración propia con datos de la SISALRIL.

* La participación de mercado se ha calculado en función de la participación de cada ARS en los ingresos totales que genera la industria privada de los seguros de salud.

3.3. Ingresos en salud, gastos generales y administrativos y beneficio neto de las ARS

Desde 2007 a 2016, en el Régimen Contributivo, el ingreso acumulado en salud de las ARS privadas totalizó RD\$168,164.7 millones, frente a solo RD\$46,576.8 millones que ingresaron a las arcas de las públicas. De los más de 168,000 millones de pesos que han manejado las ARS privadas, estas han absorbido más de 24,000 millones de pesos para *gastos generales y administrativos y para asegurarse un beneficio neto*, sin contar en esto el gasto en salud.

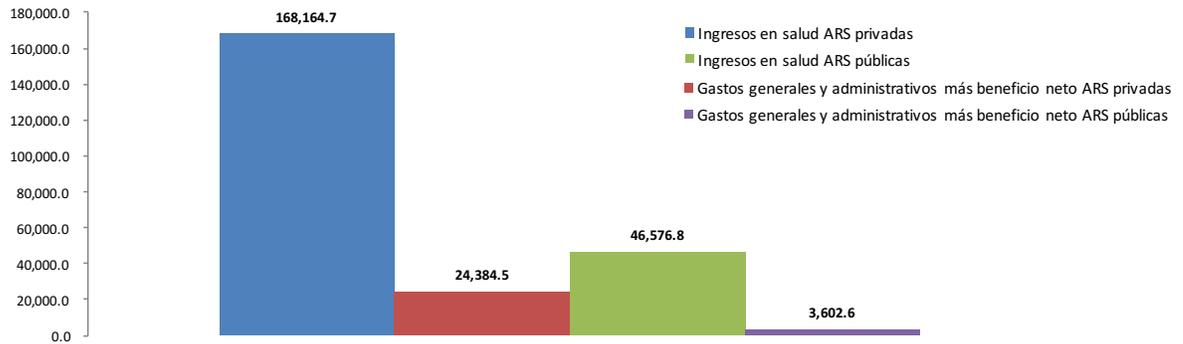
Este monto equivale al 14.5% de los ingresos totales que han administrado. Mientras que de los poco más de 46,500 millones de pesos que han manejado las ARS públicas, 3,602.6 millones se han utilizado para gastos generales y administrativos y como beneficio neto, o sea, solo un 7.7% de los ingresos totales en salud. En otras palabras, las ARS privadas han destinado a gastos generales y administrativos y a beneficio neto casi el doble de lo destinado por las públicas a los mismos rubros, como proporción (%) de los ingresos totales en salud (ver gráfico 11).

En el período 2008-2016, los *gastos generales y administrativos más beneficios netos*, como proporción de los ingresos en salud de las ARS privadas, promediaron 15.8%, frente a 6.7% de las ARS públicas, es decir, más del doble (ver gráfico 12).

Asimismo, los *gastos generales y administrativos más beneficios netos* de las ARS privadas en 2008, sumaron 1,937.8 millones de pesos, y en 2016 ascendieron a un total de 3,943.7 millones; en tanto que en las ARS públicas pasaron de RD\$322.5 millones en 2008, a RD\$1,234.2 millones en 2016, que en este último año representa solo el 31.3% de los gastos generales y administrativos más beneficios netos de sus contrapartes privadas (ver gráfico 13).

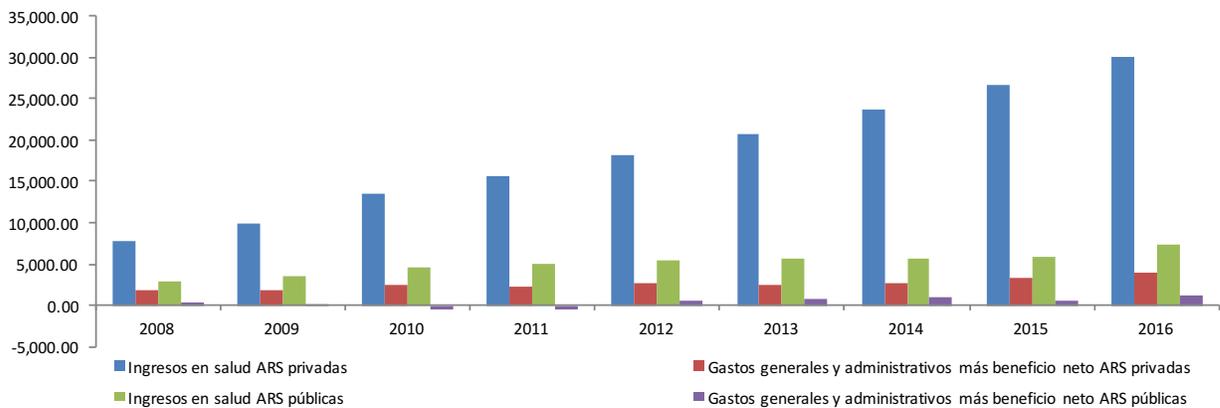
Igualmente, los gastos generales y administrativos de las ARS privadas en 2008 fueron de RD\$1,371.8 millones, y al cabo de ocho años ascendieron a un total de RD\$3,446 millones; mientras que los mismos gastos en las ARS públicas sumaron 255.2 millones de pesos en 2008, y 822.7 millones

GRÁFICO 11. Ingresos en salud, gastos generales y administrativos más beneficio neto de las ARS del Régimen Contributivo, según privadas y públicas, total acumulado 2007-2016, (Valores en Millones de RD\$)



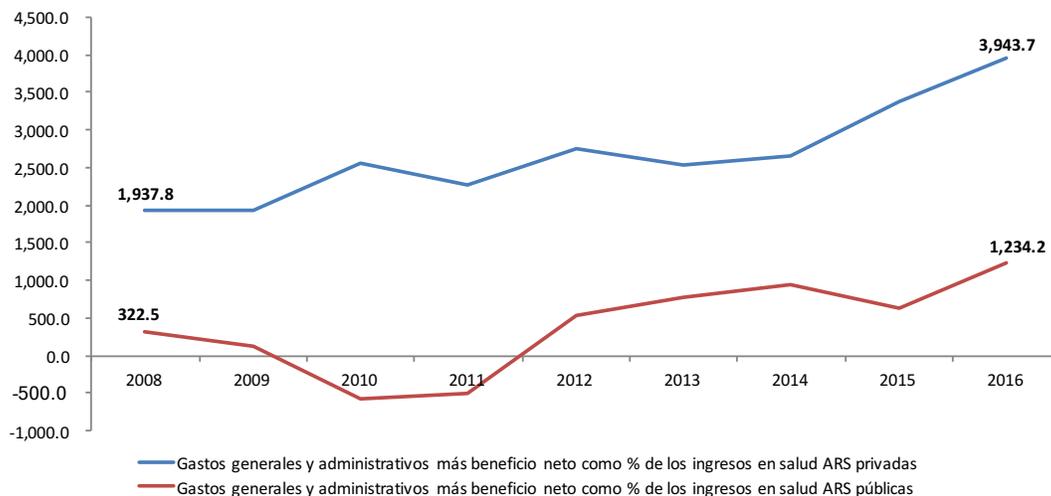
Fuente: De elaboración propia con datos de la SISALRIL.

GRÁFICO 12. Ingresos en salud, gastos generales y administrativos más beneficios netos de las ARS del Régimen Contributivo, según privadas y públicas, 2008-2016, (Valores en Millones de RD\$)



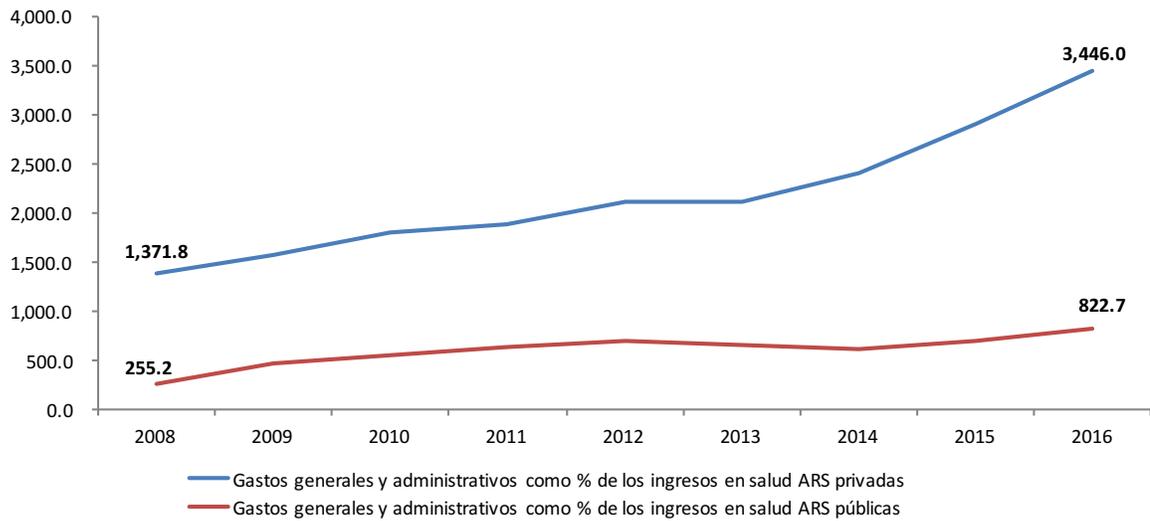
Fuente: De elaboración propia con datos de la SISALRIL.

GRÁFICO 13. Gastos generales y administrativos más beneficios netos anuales de las ARS privadas y públicas en el Régimen Contributivo, 2008-2016 (En Millones de RD\$)



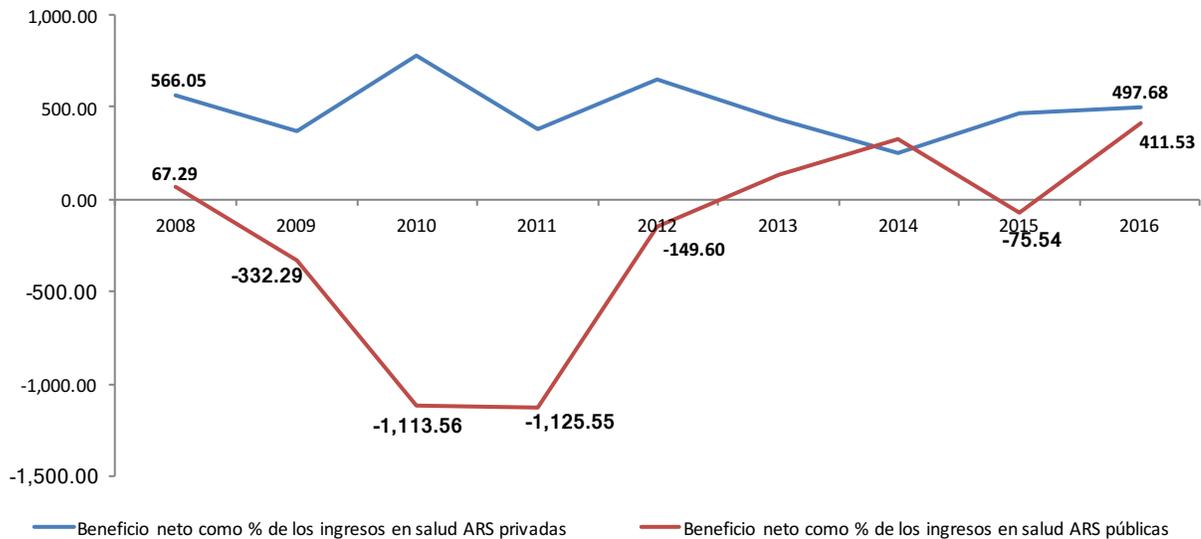
Fuente: De elaboración propia con datos de la SISALRIL.

GRÁFICO 14. Gastos generales y administrativos anuales de las ARS privadas y públicas en el Régimen Contributivo, 2008-2016 (En Millones de RD\$)



Fuente: De elaboración propia con datos de la SISALRIL.

GRÁFICO 15. Beneficios netos anuales de las ARS privadas y públicas en el Régimen Contributivo, 2008-2016 (En Millones de RD\$)

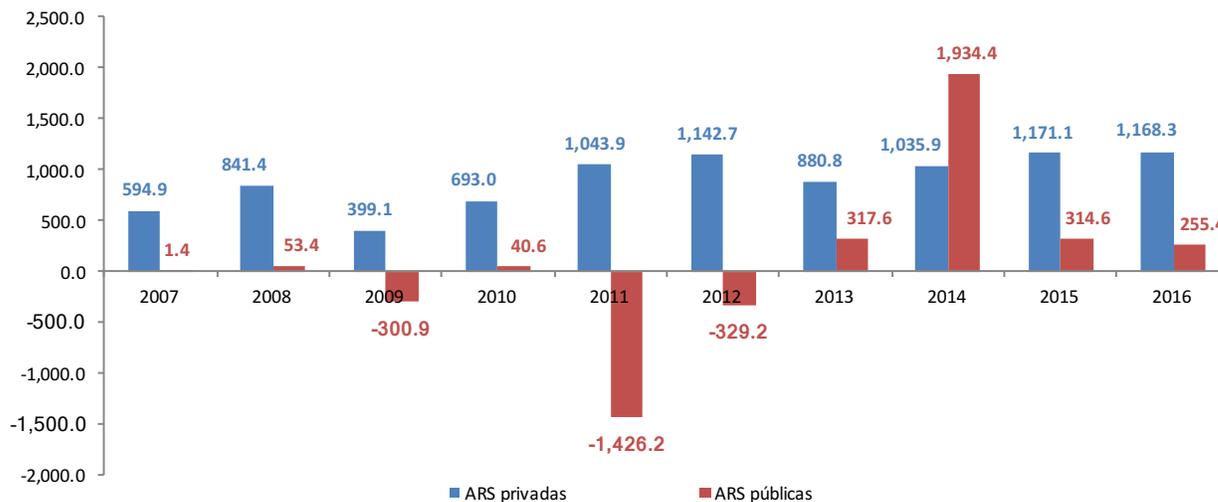


Fuente: De elaboración propia con datos de la SISALRIL.

de pesos en 2016, lo que representa en este último año solo el 24% de los gastos generales y administrativos de las ARS privadas (ver gráfico 14).

Cabe destacar, que entre 2008 y 2016, las ARS públicas operaron, en promedio, con beneficios netos negativos, es decir, con pérdidas netas del orden de RD\$205.7 millones anuales. No obstante, las ARS privadas, como promedio, obtuvieron, en el mismo período, beneficios netos positivos de RD\$488.6 millones anuales (ver gráfico 15).

GRÁFICO 16. Beneficios o pérdidas ARS públicas y privadas, septiembre 2007-diciembre 2016 (Valores en Millones de RD\$)



Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por la SISALRIL mediante solicitud de información.

3.4. Beneficios y rentabilidad de las ARS privadas y públicas

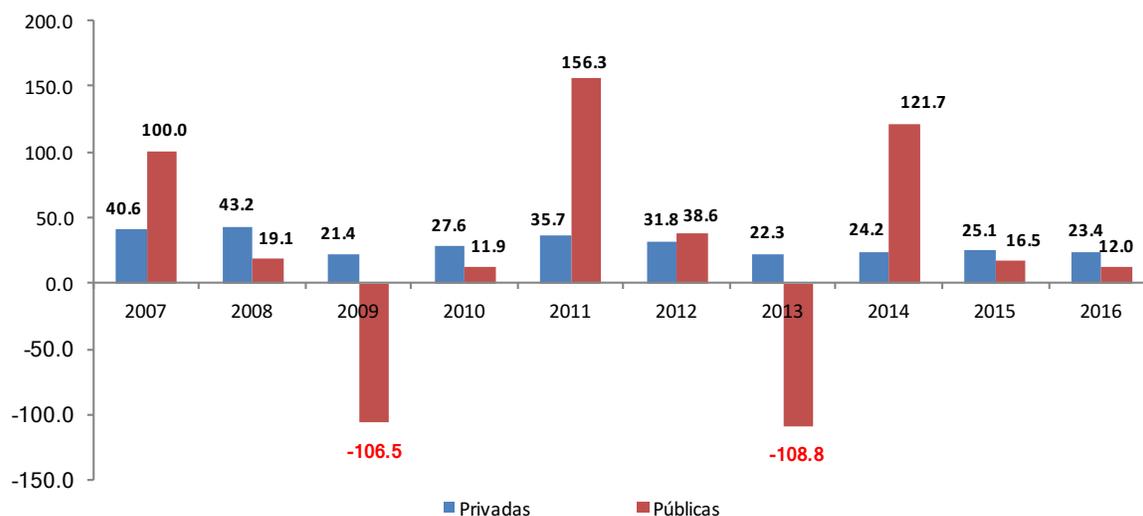
Según datos suministrados por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), entre 2007 y 2016, las ARS privadas han obtenido unos beneficios totales de 8,971.2 millones de pesos. Esto significa que con los ingresos que se perciben vía los impuestos que pagan trabajadores y empleadores por el SFS, las ARS, como administradoras de los mismos, se han asegurado un beneficio promedio anual de 897.1 millones de pesos. En cambio, los beneficios de las ARS públicas, en igual período, ascendieron a un total de 861.1 millones de pesos, con 86.1 millones como promedio anual; es decir, menos de una décima parte de los beneficios de sus contrapartes privadas (ver gráfico 16).

De esta forma se puede verificar cómo las ARS, cuyo único papel es la intermediación financiera, han estado funcionando como un mecanismo formidable de expropiación y de ganancia parasitaria sobre las espaldas de trabajadores y empleadores, quienes, a su vez, aseguran recursos para el aparato privado de prestadores de salud, mientras se desfinancia el sistema público, único que puede ofrecer garantías de protección al derecho fundamental de los habitantes del país.

Las ARS privadas, en promedio, nunca han operado con pérdidas durante los primeros diez años de la puesta en marcha del régimen contributivo; a diferencia de las ARS públicas que, en tres años (2009, 2011 y 2012), operaron con pérdidas significativas.

Asimismo, las ARS privadas siempre se han asegurado de tener altos y estables retornos porcentuales sobre su patrimonio. En ninguno de sus primeros diez años de existencia, han obtenido una rentabilidad promedio inferior al 21%, sino que esta se ha comportado en torno al 30% anual. En cambio, la rentabilidad promedio de las ARS públicas, aunque también relativamente alta (26%), ha sido muy inestable, por ejemplo: desde un retorno porcentual sobre el patrimonio negativo de -106.5% en 2009, hasta un retorno positivo de 156.3% en 2011 (ver gráfico 17).

GRÁFICO 17. Rentabilidad* de las ARS privadas y públicas, septiembre 2017-diciembre 2016
(En Porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por la SISALRIL mediante solicitud de información.
* Corresponde al retonorno porcentual (beneficios del período) que ha obtenido la empresa sobre su patrimonio.

4. Montos pagados por las ARS a los prestadores de servicios de salud privados y públicos

Entre 2010 y 2016, las ARS del régimen contributivo del SFS pagaron por los servicios de salud prestados a sus afiliados un total de 175,996.1 millones de pesos, de los cuales el 79.7% (RD\$140,348.6) se pagó a prestadores privados, y el restante 20.3% (RD\$35,647.5) a prestadores públicos.

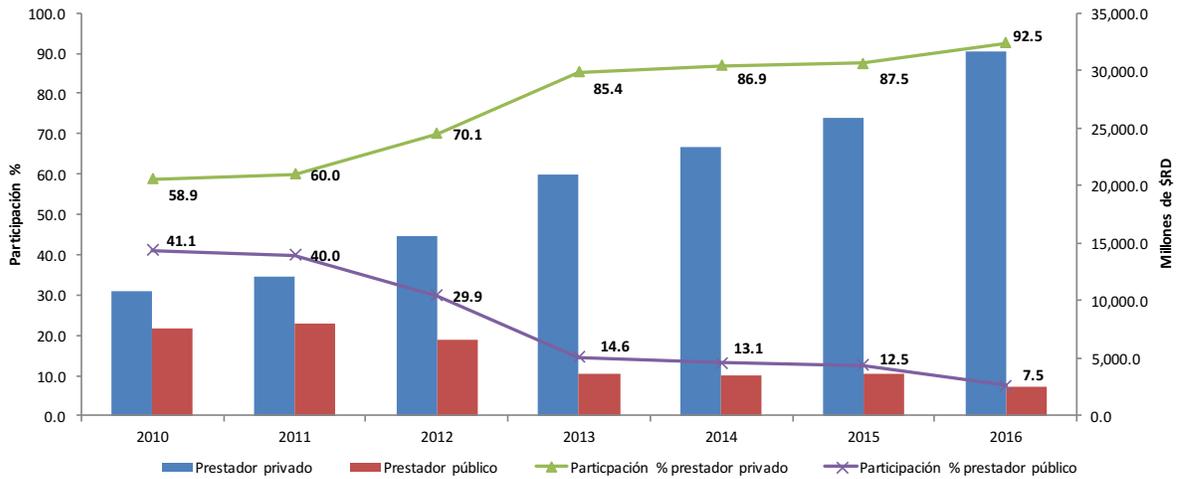
Visto en el tiempo, de los montos pagados por las ARS en el régimen contributivo en 2010, el 58.9% (RD\$10,876.5 millones) se pagó a prestadores privados y el restante 41.1% (RD\$7,601 millones) a prestadores públicos. Sin embargo, pasados seis años, o sea, en 2016, dicha proporción cambió drásticamente a favor de los primeros: el 92.5% de los pagos (RD\$31,696.1 millones) se acreditó en las cuentas de los centros privados y apenas el 7.5% (RD\$2,580 millones) en las de los centros públicos. Es decir, que incluso en términos absolutos, los pagos a los prestadores públicos han caído entre 2010 y 2016 (ver gráfico 18).

Convertida la salud en un mercado, dominado por la industria privada y la intermediación financiera, y bajo la lógica “comprador-vendedor”, queda claro que la tendencia en el régimen contributivo ha sido, y es, utilizar los impuestos del Seguro Familiar de Salud (SFS) que se facturan a trabajadores y empleadores para garantizar el flujo de la demanda cada vez mayor a los prestadores privados, a costa de la creciente reducción de la demanda y el financiamiento a los prestadores públicos. Es decir, este régimen ha servido para aumentar considerablemente la posición de mercado de los centros privados, en detrimento de los centros públicos, garantizándoles una cuota del mercado de la salud cada vez mayor a los primeros y, por ende, una cada vez menor a los segundos.

Por otro lado, contrario a lo que pudiera pensarse⁹ y al discurso que legitimó esta reforma como garante del financiamiento al sector público, en el régimen subsidiado del SFS la tendencia de favorecer a los prestadores privados de salud no es distinta. Del monto pagado por el régimen subsidiado en 2010, el 86% (RD\$1,580.8 millones) se pagó a prestadores públicos y el restante

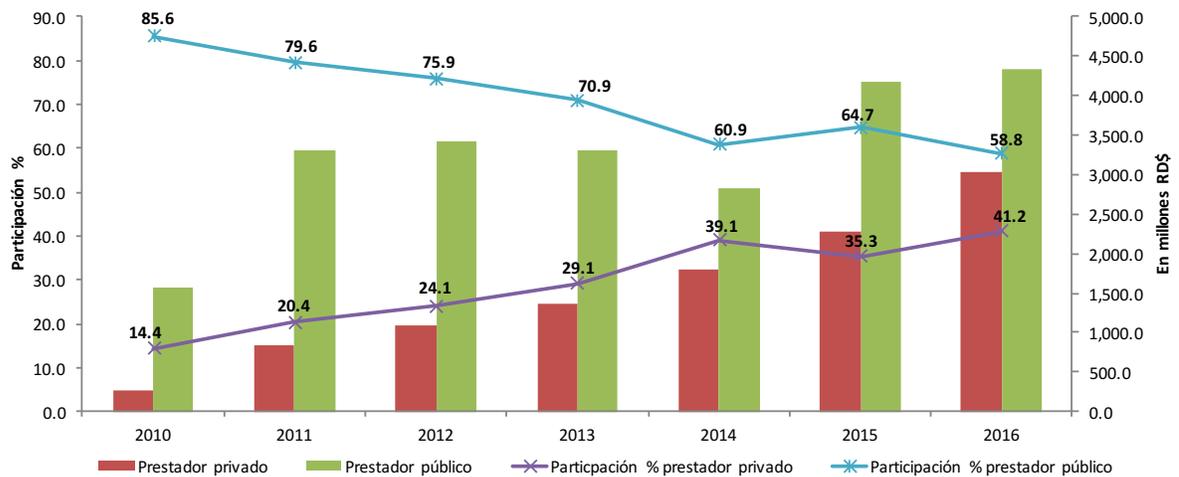
⁹ El Régimen subsidiado se financia con fondos públicos, por lo que es razonable pensar que los pagos prioricen a los centros públicos de salud y ha sido el discurso de presentación de esta reforma.

GRÁFICO 18. Montos pagados por las ARS del Régimen Contributivo, según tipo de prestador del servicio de salud, 2010-2016



Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por la SISALRIL mediante solicitud de información.

GRÁFICO 19. Montos pagados por las ARS del Régimen Subsidiado, según tipo de prestador del servicio de salud, 2010-2016



Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por la SISALRIL mediante solicitud de información.

14% (RD\$265.4 millones) a prestadores privados. No obstante, al cabo de seis años, es decir, en 2016, se cerró ostensiblemente esa brecha: el 59% de los pagos (RD\$4,342.6 millones) se hicieron a los centros públicos, y el 41% (RD\$3,043.3 millones) a los centros privados (ver gráfico 19).

Se evidencia así que los fondos públicos destinados al régimen de aseguramiento subsidiado han servido para incrementar y garantizar la demanda (ingresos y beneficios) de los prestadores privados a costa de la sostenibilidad de centros públicos que, encerrados en un círculo vicioso,



quedan insuficientemente financiados para garantizar la salud como un derecho consagrado en la Constitución, incluso la atención meramente curativa.

Se demuestra de esta manera cómo este régimen de financiamiento a la demanda, en lugar de la oferta de servicios de salud garantizados y universales, ha condicionado la distribución de los recursos que maneja entre los prestadores públicos y privados, beneficiando a estos últimos, y ha convertido en fallida la promesa de un financiamiento suficiente a los centros públicos a través del régimen de seguros públicos (contributivo y subsidiado). Se pone en evidencia, además, la abismal diferencia en la dispersión de financiamientos entre ARS privadas y públicas, y, por ende, el desfinanciamiento sistemático para los prestadores públicos en este régimen.

III. CONCLUSIONES

Lo que ha venido desarrollándose en República Dominicana es la lógica pura y las esencias de las reformas de “aseguramiento” implantadas en el país y en América Latina, encabezadas por organismos internacionales y actores nacionales que representan los intereses del capital financiero y de la industria privada de la salud.

Las ganancias descomunales de las ARS privadas, el desfinanciamiento del sistema de centros de atención públicos, la existencia de una salud segregada y segmentada para ricos, para menos ricos y para pobres, entre otras dramáticas realidades, no son “fallas” ni “errores de implementación”, como muchas veces se quiere plantear, incluso con la mejor de las intenciones. Son los resultados palpables del modelo de aseguramiento, al cual simplemente se le proponen —como ya se ha hecho en otros países— “reformas de la reforma” que actúe sobre ciertos “excesos”, pero no toque lo esencial de un régimen de salud negador de derechos, supeditado al capital y no al servicio de los seres humanos y de la sociedad.

Desde la entrada en funcionamiento del régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS), se ha ido produciendo un cambio en la composición del gasto corriente en salud, que ha implicado un aumento considerable de la participación de los regímenes de aseguramiento del SFS (desde 14.1% en 2008, hasta 23.4% en 2015) y, como contraparte, una sustancial reducción de la participación del financiamiento vía el Ministerio de Salud Pública (MSP) (desde 31% en 2009 hasta 23.7% en 2015). Esa es parte consustancial del modelo implantado en el país.

Esta evolución en la composición del gasto en salud ha conducido a que, en la actualidad, los recursos que el gobierno central destina directamente a la salud a través del MSP, sean menores que los recursos que son transferidos a los diferentes esquemas de aseguramiento (subsidiado, obligatorios contributivos, voluntarios y de ONG). El 23,7% del financiamiento total a la salud corresponde al MSP y el 35.2% a los diferentes esquemas de aseguramiento.

En este sentido, solo la suma de los recursos destinados a financiar los regímenes contributivo (RC) y subsidiado (RS) del SFS, es decir, sin tomar en cuenta otras formas de aseguramiento (otros seguros obligatorios, voluntarios y de ONG), prácticamente equivalen a los recursos que el gobierno central destina al MSP (en 2015 el gasto del MSP ascendió a RD\$41,825 millones y el del SFS a RD\$41,381 millones).

Asimismo, entre 2008 y 2015, el gasto en salud del MSP, como porcentaje del PIB, cae y se estanca, y en cambio los recursos que se destinan a financiar a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y el gasto directo de los hogares como porcentaje del PIB crecieron. El 4.4% del PIB corresponde a las ARS y al gasto de bolsillo, y solo el 1.4% al MSP. No obstante, la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 y el Plan Decenal de Salud 2006-2015 establecen que en el 2015 el gasto público en salud debería ser cercano al 4% / 5% del PIB, respectivamente.

Contrario a lo prometido, el mayor porcentaje del gasto en salud proviene directamente del bolsillo de los dominicanos. El gasto de bolsillo representa el 41.1% del gasto corriente total en salud; es

decir, de cada 100 pesos que se gasta en salud, 41 pesos tienen que ser financiados directamente por la población. Ha quedado completamente negada por los hechos la promesa de que este gasto se reduciría con la reforma al sistema de salud y de su financiamiento.

La lógica “comprador-vendedor” se ha venido imponiendo año a año, con el enfoque de “financiamiento a la demanda”, en lugar de priorizar la oferta de servicios de salud garantizados y universales, única forma de afirmar la salud como un derecho y no como mercancía.

En cuanto al monto dispersado per cápita, se evidencia que durante la vigencia del SFS ha habido un sesgo que favorece al régimen contributivo (RC) y que, en cambio, perjudica al régimen subsidiado (RS). El monto dispersado per cápita del RC creció 90% durante 2007-2016 (pasó de RD\$483.33 en 2007, a RD\$914.76 en 2016); mientras que en el RS se ha mantenido casi estancado, al crecer solo un 11% durante el mismo período (pasó de RD\$181.34 en 2007, a RD\$201.34 en 2016), pese a que en el RS el número de afiliados ha crecido en un 210% frente a un 165.6% en el RC. Por lo tanto, con el RS, todo parece indicar que se está ante un seguro y una salud pobre para pobres.

Mientras los impuestos a empleadores y trabajadores van a parar en su mayoría a la administración y apropiación privadas, desfinanciando el sistema público, la salud queda vinculada al empleo y la capacidad de generación de ingresos de las personas, segmentándola y segregándola en castas o categorías de ciudadanos convertidos en clientes y súbditos del capital. La lógica de la salvación individual y de la salud, no como bien colectivo sino particular, que se compra y se vende, se impone a toda noción de solidaridad y auténtica protección social.

Asimismo, la ganancia financiera y parasitaria es constatable en los hechos. Entre 2007 y 2016, los ingresos totales en salud de las ARS privadas han sido de 168,164.7 millones de pesos, frente a solo 46,576.8 millones de pesos que han recibido por el mismo concepto las públicas. Vale destacar, que los gastos generales y administrativos totales y los beneficios netos totales como porcentaje de los ingresos totales de las ARS privadas han representado casi el doble (14.5%) que los de las públicas (7.7%); es decir, RD\$24,384.5 millones en las privadas versus solo RD\$3,602.6 millones en las públicas. Con esa alta suma de dinero, se podrían haber financiado varios programas públicos de salud preventiva y curativa, y, sin embargo, esos recursos quedan dilapidados burocráticamente y como lucro financiero.

También se puede observar cómo en el plano del discurso sobre la “libre elección” y la “libre competencia” capitalista, consagrados en la Ley de Seguridad Social, los principios son solamente palabras. En los hechos, se ha constituido un mercado de la salud a favor del lucro empresarial que, además, está altamente concentrado, aun cuando su medición se rija por los propios parámetros del sistema capitalista.

Por otro lado, se puede observar cómo en 2010, del total de montos pagados por las ARS a los prestadores de servicio de salud, el 58.9% correspondió a prestadores privados y el 41.1% restante a los prestadores públicos. Sin embargo, en 2016, las proporciones cambiaron drásticamente: los centros privados acapararon el 92.5% de los pagos y los públicos solo el 7.5%.

En el régimen subsidiado del SFS la tendencia de favorecer a los prestadores privados de salud se mantiene. En 2010, el 86% del total de los pagos se hicieron a prestadores públicos y el restante 14% a prestadores privados. No obstante, después de seis años, el 59% de los pagos se hicieron a los centros públicos, y el 41% a los centros privados.

Evidentemente, tanto el régimen subsidiado, que se nutre de los impuestos generales de la población, como el régimen contributivo, que se nutre de un impuesto cobrado a los trabajadores y empleadores, se han transformado en un mecanismo de transferencia de recursos y riquezas al sistema financiero y a empresas privadas de salud, lo que tiende a hacer inviable una oferta pública suficiente, digna y de calidad; y, en la práctica, se ha convertido la salud en una mercancía para

el lucro privado, que discrimina según la condición individual o familiar, en lugar de un derecho fundamental para el bienestar de los dominicanos.

Mientras los servicios públicos, a los que se prometió financiar suficientemente, se drenan cada vez más de los recursos indispensables, y las personas son segmentadas en categorías o castas según su empleo y sus ingresos para acceder a la salud como bien de consumo, curativo y ligado a la enfermedad, en un modelo de “sálvese quien pueda”, el régimen de aseguramiento está estructurado y funciona con el objetivo de garantizar a las ARS privadas altas y estables rentabilidades sobre sus patrimonios mediante el establecimiento de impuestos obligatorios a trabajadores y empleadores. De esta manera, las empresas privadas dedicadas a administrar los riesgos de salud quedan exentas de riesgo para sí mismas. Es capitalismo negando su propio discurso de “libertad”, “mérito” y “competencia” que sí se lo impone a los seres humanos de carne y hueso. Un negocio seguro, donde no existe la probabilidad de perder, sino siempre la de ganar, a costa de los seres humanos y la colectividad.



IV. REFLEXIÓN FINAL

HACIA UN VERDADERO SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Es necesario y urgente llamar al país a un debate objetivo y franco sobre lo que se está haciendo en República Dominicana con el financiamiento a la salud y las repercusiones que esto tiene para la dignidad y el disfrute de los derechos fundamentales consagrados en la propia Constitución nacional y en los pactos internacionales.

Necesitamos recolocar la democracia y los derechos humanos, económicos, sociales y ambientales, que protegen el bienestar colectivo, en el centro de la organización de la sociedad, y desmercantilizarlos. Tal como están administrados hoy en día, ponen todo el esfuerzo de la colectividad al servicio de la ganancia de una casta minoritaria, y condicionan la dignidad humana y la calidad de vida a su buen rendimiento financiero.

El modelo neoliberal de aseguramiento de salud implantando en nuestro país, aun con sus múltiples reformas, ajustes y enmiendas, es un modelo que enfoca el financiamiento alrededor de la enfermedad, no de la salud integral; convierte a la salud en un negocio para el lucro financiero y de la industria de servicios, concentrándolo en unos pocos grupos de poder; y trata el acceso a la salud como un mercado segmentado, de acuerdo con el empleo y los ingresos de las personas. Los ciudadanos, en lugar de ser considerados iguales, quedan convertidos en clientes diferenciados en categorías según lo que puedan pagar, mientras que para gran parte de la población solo quedan las migajas de los programas de subsidio focalizado y un sistema público con una función residual, como salud pobre para pobres. Nada de esto, insistimos, son “fallas del modelo”: son el resultado de sus esencias, da igual los ajustes que se le apliquen.

Así no puede haber sistema público que resista, ni que pueda cumplir el rol que la sociedad necesita. La universalidad y los derechos quedarán cada vez más como meras palabras de un discurso agradable. Las condiciones de trabajo y atención serán cada vez peores.

El modelo de protección social de aseguramiento está sustentado por toda clase de planteamientos ideológicos, que lo legitiman y naturalizan, y lo presentan casi como destino inexorable, y en realidad lo que hace es negar el Derecho a la Salud y segmentar la sociedad, expropiando financieramente a los trabajadores y empleadores, y convirtiendo a la ciudadanía en fuente de ganancia y a la salud en una mercancía. Necesitamos un nuevo contrato social avanzando, un nuevo diseño del modelo de seguridad social y de salud que debe asumir el Estado, un nuevo Estado garante de derechos plenos.

Se requiere el desmonte de este modelo neoliberal de aseguramiento, garantizando, en su lugar, un sistema público, gratuito, solidario y universal, con la cantidad de recursos necesarios para atender con suficiencia, calidad y dignidad a todos los dominicanos por igual. El grueso del financiamiento

no debe estar abocado a la curación de la enfermedad, sino a la prevención y la promoción de salud, como se hace en los países con mejores estándares en la materia. Si los trabajadores y empleadores pagan impuestos a la seguridad social, lo lógico es que estos tributos se dediquen a un fondo público, solidario y nacional que asegure derechos universales.

Como señala Basile (s/f):

“A la hora de discutir sobre la fuente de recursos, como se dice en el lenguaje jurídico, deberíamos “invertir la carga de la prueba”: pueden decirnos que “no se puede” porque los recursos fiscales no están. O bien, podemos proponer convertir los impuestos a la seguridad social obligatorios en una fuente solidaria y sustentable de recursos seguros, para un Sistema Público sustentado en la prevención y en la promoción.

Se requiere un conjunto de políticas que, inspiradas en un principio de justicia social universal, garantice a todos derechos sociales esenciales por el sólo hecho de ser ciudadano o residente, basado en desvincular los derechos de la relación meritocrática de tener o no empleo, o tener ingresos o esperar la caridad/beneficio. Derechos sociales universalizados que dependan únicamente de la necesidad de la persona, del pueblo. En este esquema necesitamos más Estado, confiable, transparente, inteligente, eficaz y eficiente que se apropie desde un sistema tributario justo de los recursos necesarios para generar una ciudadanía universal plena.

En este sentido, debemos pensar cómo alcanzar y garantizar una democracia con calidad de vida y justicia social. Buscando un sistema universal de protecciones sociales y salud que no garantice lo “mínimo”, lo “básico” sino lo que es justo y necesario”.

Contando con un sistema de salud y protección social, solidario, nacional y público, que asegure servicios y atención como derechos de ciudadanía a todos por igual, las ARS, como entidades de seguros, podrían seguir existiendo, dentro de un mercado verdaderamente transparente y competitivo, y solo como opciones complementarias y voluntarias de los individuos o las familias, como seguros individuales opcionales, no bajo un régimen de obligatoriedad legal que desfinancia al sistema de salud nacional, privatiza y mercantiliza la salud e incluso vulnera los principios básicos de la libre competencia capitalista.

La nueva institucionalidad que implicaría caminar hacia un Sistema Universal de Seguridad Social y Salud de carácter público, financiado por rentas generales del Estado y nutrido de la contribución solidaria de trabajadores y empleadores, es indisoluble de un nuevo modelo de democracia, la democracia pendiente desde 1961. Esa es la tarea de la época.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Textos académicos y entrevistas

- Basile, Gonzalo (s/f). “Las 7 Falacias de los seguros de salud: un camino (in)seguro hacia el derecho a la salud en América Latina”. Disponible en: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Las-7-falacias-del-Aseguramiento-Seguros-en-Salud-en-ALyC-Gonzalo-Basile2013.pdf>>
- Caba, Senen (2008). “Cosas veredes, medicus, que non crederes”. Entrevista en el periódico Hoy. 5 de julio de 2008. Disponible en: <<http://hoy.com.do/%C2%93cosas-veredes-medicus-que-non-crederes%C2%94/>>
- Chin, Andrew. “Herfindahl-Hirschman Index Calculator”. Marzo 2001 (revisado en diciembre de 2010). Disponible en: <<http://unclaw.com/chin/teaching/antitrust/herfindahl.htm>>
- Friedman, Milton (2006). “Educación pública: Privatícenla”. Disponible en: <https://www.elcato.org/pdf_files/ens-2006-12-13.pdf>
- Guerrero, Omar (s/f). “Fases del desarrollo de la administración pública capitalista”. Disponible en: <<http://www.omarguerrero.org/articulos/FasesDesaAPcapita.pdf>>
- Guerrero, Omar (2009). “El fin de la Nueva Gerencia Pública”, en Estado, Gobierno, Gestión Pública - Revista Chilena de Administración Pública, N.º 13, junio 2009. Disponible en: <<http://www.revistaeggp.uchile.cl/index.php/REGP/article/viewFile/13520/13786>>
- Iriart, Celia (2008). “Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias”, en Ciênc. saúde coletiva, Vol. 13, N.0 5, Río de Janeiro, sept./oct. 2008. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500025&lng=en&nrm=iso&tlng=es>
- Lapavitzas, Costas (2011). “El capitalismo financiarizado. Crisis y expropiación financiera”. Disponible en: <<http://www.huellasdeeuropa.com/ediciones/edicion1/articulo%205.pdf>>
- Lizardo, Jeffrey (2009). “Financiación pública del sector salud y la seguridad social en salud en la República Dominicana: antes y después de la reforma”, en El nuevo modelo del sistema de salud: Inicios, rutas y dificultades. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra / Fundación Friedrich Ebert / Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales, Santo Domingo, República Dominicana. Disponible en: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fes-caribe/08002.pdf>>
- Morales, Luis (2009). “El Seguro Familiar de Salud en República Dominicana: una reforma impostergable”, en El nuevo modelo del sistema de salud: Inicios, rutas y dificultades. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra / Fundación Friedrich Ebert / Centro Universitario de

Estudios Políticos y Sociales Santo Domingo, República Dominicana. Disponible en: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/08002.pdf>>

- Pérez Soto, Carlos (2016). “Urge que la izquierda se congregue en torno a un programa radical”. Entrevista de Victoria Viñals, lunes 15 de febrero 2016. Disponible en: <<http://radio.uchile.cl/2016/02/15/carlos-p%C3%A9rez-soto-urge-que-la-izquierda-se-congregue-en-torno-a-un-programa-radical/>>
- Rathe, Magdalena y Pamela Suero (2017). Salud, visión de futuro: 20 años después. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), Santo Domingo, República Dominicana.
- Suárez, Rosa María (2009). “Nuevo rol de los establecimientos de salud: reflexiones sobre las redes de servicios públicos de salud”, en El nuevo modelo del sistema de salud: Inicios, rutas y dificultades, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra / Fundación Friedrich Ebert / Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales
- Santo Domingo, República Dominicana. Disponible en: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/08002.pdf>>

2. Documentos oficiales

- Constitución de la República Dominicana. Disponible en: <<http://www.senado.gob.do/senado/OAI/Constitucion.aspx>>
- Plan Decenal de Salud 2006-2015. Un Acuerdo Nacional por la Excelencia de la Salud. Documento para Consulta Nacional, noviembre 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Rep_Dominicana-Plan_Decenal_Salud_2006-15.pdf>

3. Estadísticas oficiales

- Banco Central de la República Dominicana (BCRD). Producto Interno Bruto (PIB). Disponible en: <https://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/real/>
- Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). Datos obtenidos a través de solicitudes de información dirigidas a esa entidad, sobre la base de la Ley 200-04 de Libre Acceso a la Información Pública, y de estadísticas disponibles en: <<http://www.sisalril.gov.do/EstadisticasdelSfs.aspx>>





Juan Bosch

Fundación Juan Bosch

www.juanbosch.org