

---

# NOTAS Y EVENTOS

---

**CIENCIA Y SOCIEDAD**  
Volumen XXII, Número 2  
Abril - Junio, 1997

MODELOS DE  
DESARROLLO E INVERSIÓN EN SALUD

---

**Altagracia Balcácer\***

Tradicionalmente el desarrollo ha sido identificado con el crecimiento económico y ha sido planteado como un proceso evolutivo y lineal hacia la modernización capitalista fundamentada ésta en el desarrollo de la tecnología. Para los países en desarrollo estaba asegurado el mismo en la medida en que se vencieran los obstáculos que hasta el momento lo habían impedido, como son la escasez de capital, la capacitación de la mano de obra, falta de experiencia gestonaria y otros tantos factores, que de una u otra manera impedían el despegue de estas economías. En consecuencia las propuestas de desarrollo apuntaban hacia la superación de estas limitantes.

Se desprende de esta concepción del desarrollo que la solución radicaba en el aumento de la inversión en las áreas productivas tradicionales y en algunos casos no tradicionales, expresado el éxito de dichas políticas y medidas en el aumento de agregados macroeconómicos como son el PBI, o el PNB, el ingreso per cápita entre otros. El papel del Estado, en este contexto, consistía en movilizar recursos y propiciar las condiciones que facilitarían el crecimiento económico, sin otorgar especial importancia al desarrollo de las personas y su calidad de vida.

El Estado jugó un papel preponderante en la implantación del modelo de desarrollo industrial. Se estableció la creencia firme de

---

\* Universidad INTEC

la industrialización como factor vital en la modernización del aparato productivo, y que, a su vez, sería la llave mágica para la motorización del crecimiento económico; por lo que, eran parte de los recursos captados por los diversos sectores de la economía fueron canalizados al desarrollo y mantenimiento del sector industrial, en muchos casos en detrimento de otros sectores tan vitales como el agro, y la parte social como salud, educación, agua potable, vivienda, medio ambiente, entre otros.

Como resultado de la aplicación de este modelo de desarrollo se profundizó la dependencia de nuestra economía en relación al mercado externo a través de un aumento significativo de las importaciones en términos globales, teniendo como contraparte una disminución de las exportaciones como consecuencia del deterioro de los diferentes sectores productivos tradicionales. Esta situación se convirtió en una presión creciente sobre la balanza de pagos y por tanto, un serio obstáculo al crecimiento económico.

En la década de los ochenta como resultado de varios factores, un marco comercial desfavorable a nivel mundial, la disminución de los flujos financieros privados, y la dificultad de los países deudores de diseñar estrategias de desarrollo consistentes con el ajuste estructural que les permitiera cumplir con los compromisos con el exterior. Esta nueva estrategia de crecimiento estuvo basada en la promoción y estímulo de renglones no tradicionales de exportación bajo el criterio de las ventajas comparativas clásicas, es decir, se planteó una especialización en función de la abundancia o escasez de recursos económicos.

En el caso de República Dominicana esta estrategia se expresó en la promoción de la agroindustria, zonas francas y turismo, dadas las características de nuestro país. Las ventajas locales radicaban en el tipo de producción que caracterizó la economía nacional por siglos, entiéndase, abundancia de recursos humanos, en su mayoría mano de obra no calificada y los recursos naturales. Según este modelo la exportación de bienes no tradicionales debía contribuir a la expansión del mercado, a la reducción del déficit de la balanza de pagos, a la disminución del desempleo, y a lograr cierto grado de eficiencia mediante la competencia internacional.

El resultado de estas políticas fue una profundización, de nuevo, de la dependencia del mercado externo y un cierto alivio en los niveles de desempleo, fundamentalmente, por el establecimiento de las empresas de zona franca, además del desarrollo de diversos polos turísticos en diferentes regiones del país. Sin embargo, la calidad de vida de los/as dominicanos/as no mejoró, y los efectos en cascada que se esperaban tampoco tuvieron lugar, si bien es cierto que agregados macroeconómicos como el PBI crecieron en determinados periodos. Esta mejoría se reflejaba en el crecimiento económico sin que se expresara en un mejoramiento de las condiciones de vida de la mayoría de la población, ya que, la distribución del ingreso no se modificó significativamente, por el contrario, podría decirse que tuvo lugar una mayor concentración del ingreso en manos de una menor proporción de la población. Este proceso de “desarrollo” ocurre sin que se tome en consideración facetas del mismo como la migración, la urbanización, la salud, la educación, ocurriendo de forma paralela un proceso de empobrecimiento marcado de las grandes mayorías.

Este modelo de desarrollo va a implicar una multiplicación de la pobreza, expresada no sólo en términos materiales, sino también mediante una agudización de la exclusión social y la incapacidad de satisfacer las necesidades humanas básicas, son signos más que suficientes para determinar el fracaso de los modelos tradicionales de desarrollo, los cuales se fundamentan en una ética utilitaria, es decir, que los seres humanos son utilizados para la consecución de fines materiales individuales sin tomar en consideración el deterioro de la calidad de vida de sus congéneres, y definiendo de esta manera la irracionalidad de un sistema sustentado en la desigualdad y la discriminación social, económica, sexual y racial. La forma de gestión autoritaria de arriba hacia abajo va a ser un elemento en común en estos modelos de desarrollo, a su vez, una forma de gestión caracterizada por su paternalismo y por lo patriarcal de la misma, donde la subordinación de un género a otro es un factor permanente entre las desigualdades del sistema, amén de lo ya señalado. Esta forma de gestión en lugar de integrar desarticula, ya que enfrenta al individuo con la sociedad y con la naturaleza, la tecnología, enfrenta al Estado y sus

instituciones con la sociedad civil, como si fuesen rivales y no partes integradoras de un todo.

Este estilo de desarrollo afecta seriamente la capacidad de participación, de identidad y de autoestima de las personas, excluyendo así a las mayorías de un mejoramiento de su calidad de vida, a la vez que compromete las potencialidades futuras de desarrollo sostenible. Obviamente, y a pesar del pequeño margen que nos permite el orden económico internacional y las estructuras propias del país, existe la necesidad de transformar las condiciones de vida en aras de lograr una verdadera integración y participación de los individuos en el diseño de un desarrollo autónomo y auto-sostenible para la consecución de un mejoramiento auténtico de la calidad de vida de todos/as. Esta alternativa de desarrollo tiene, necesariamente, que estar sustentada en el postulado de que el desarrollo es un proceso de crecimiento integral de las personas y no una simple acumulación cuantitativa de cosas. Tiene que plantearse como un proceso dinámico que involucre a las personas, la naturaleza y la tecnología como un todo integrado, con una interrelación armoniosa de tal manera que permita un desarrollo sostenible a largo plazo, con el objetivo básico de satisfacer las necesidades humanas de todo tipo para alcanzar unas condiciones de vida que faciliten el crecimiento del ser humano en todas sus dimensiones.

La teoría del “Desarrollo a Escala Humana” plantea muy claramente que las necesidades humanas deben ser planteadas no sólo como carencias, ya que esto implica restringir su espectro a lo fisiológico, a las necesidades materiales, que es donde la necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de “ausencia de cosas”. Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas son también potencialidad y, más aún, pueden llegar a convertirse en recursos. Las personas son seres de necesidades múltiples e interdependientes, por lo que estas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan. Este sistema de necesidades se va a caracterizar por la simultaneidad, la complementariedad y las compensaciones que son parte de la dinámica del proceso de satisfacción de las mismas.

En este contexto es importante oponer una racionalidad más abarcadora a la racionalidad económica, que no tenga como eje la acumulación indiscriminada, sin objetivo preciso en función de los individuos, ni el mejoramiento de indicadores económicos convencionales que expresan muy poco sobre el bienestar de las personas, ni tampoco una eficiencia que no tenga nada que ver con la satisfacción de las necesidades humanas. Esta racionalidad alternativa, necesariamente tiene que orientarse por el lado del mejoramiento de la calidad de vida de la población, donde por lo social, lo colectivo la acumulación, el crecimiento económico adquiere sentido.

Tal y como está expresado en los conceptos del “Desarrollo a Escala Humana”, a la lógica económica hay que oponer una ética del bienestar, y al fetichismo de las cifras hay que oponer el desarrollo de las personas. Hay que voltear la tortilla y en lugar de capacitar a las personas (mejorando, la salud, educación y seguridad social) para ponerlas en capacidad de ser competitivas e incrementar la productividad de los medios en aras de servir a un desarrollo alienante y ajeno a ellas mismas, el desarrollo debe ser concebido e instrumentalizado para que sirva a la obtención del bienestar de la gente.

En ese sentido la inversión en lo social adquiere una nueva dimensión, en la medida que proporciona las condiciones necesarias para el desarrollo de las personas. En este contexto la inversión en salud, al igual que en educación, agua potable, vivienda, medioambiental y salubridad, entre otros, va a incidir de manera significativa en el mejoramiento de los indicadores sociales que deberán reflejar la calidad de vida de la población en su totalidad.

En el presente trabajo queremos abordar, de manera concreta la inversión en el sector Salud como parte del gasto público social del Gobierno central y su incidencia en las condiciones de bienestar de la población y su definición por el modelo de desarrollo asumido.

Evidentemente, que el gasto público social va a responder al modelo de desarrollo que el gobierno asuma, o entienda que es necesario implementar en el aras de la consecución de los objeti-

vos trazados dentro de su programa de gobierno, al igual que la proporción del mismo que se destine, por tanto, a la salud. Razón por la cual hemos iniciado con una reflexión en torno a los modelos de desarrollo entendiendo que son estos los que determinan, de una u otra manera la focalización de la inversión pública.

Para recapitular un poco, la tendencia del gasto público social en la década de los ochentas se caracterizó por una disminución en relación al PBI, sufrió una reestructuración en tanto al principio del período tuvo lugar un énfasis en salud y educación, ya para la segunda mitad la prioridad se centró en la construcción, principalmente en las áreas de vivienda, alcantarillado y agua potable. Puede señalarse con respecto a la inversión social de este período, que aún los recursos destinados a educación y salud estuvieron concentrados, en una buena proporción, en la construcción de infraestructura para estos sectores, descuidando la inversión directa en los servicios, en detrimento de la calidad y cobertura de los mismos.

El porcentaje del gasto social en relación al PBI para la década de los ochentas fue en promedio de 5.4, el cual disminuyó para principios de los noventa a consecuencia de las medidas de ajuste fiscal que tuvieron lugar en ese momento. Según los economistas Ceara y Croes (1993), las prioridades humanas dentro del gasto social no ocupaban el lugar central, manteniéndose el nivel del gasto en estas por debajo de las recomendaciones del PNUD de un 5% de PBI. El gasto en educación y salud no superó el 1% en toda la década.

Como proporción del gasto público global, el gasto en salud en la década varía de 9.5% en el 1980 a 7.2% en el 1985 y en 1989 aumenta a 8.8%, disminuyendo de nuevo a 7.7% en el 1990. Es importante señalar que a partir del 1987, dentro del área de salud, se priorizarán los gastos de capital por encima de los gastos corrientes.

Esta tendencia de los gastos va a responder a la concepción del desarrollo del gobierno de turno, el cual prioriza la construcción de infraestructuras al gasto en el mejoramiento de las condiciones de los servicios de salud a la población. Igual se refleja en las condiciones de trabajo de los servidores del área, que de una

u otra manera influye en la calidad de los servicios, en la medida que ni los médicos, ni el personal auxiliar, ni administrativo cuenta con el mínimo requerido para el desenvolvimiento de sus funciones, empezando por las condiciones mismas de los espacios de trabajo y terminando por las condiciones personales como el nivel salarial, y prestaciones laborales de diferente índole, en esa misma medida las posibilidades de rendimiento efectivo se anularán en detrimento de la calidad de los servicios en los centros de salud pública.

Aunque las cifras muestran que en los recortes ocurridos en el presupuesto del área han afectado de forma más severa los gastos de suministro de materiales y otros a los centros de salud pública, y se ha privilegiado los gastos de personal, no menos es cierto, que en las condiciones inflacionarias que caracterizaron la década, el deterioro de la calidad de vida como consecuencia del alto costo de la misma, incidieron en que los niveles salariales quedaran rezagados en relación a lo necesario para poder satisfacer los requerimientos de bienestar del personal que labora en las diferentes instancias del sector salud.

En los centros de salud, tal y como se indicó anteriormente, como resultado del escaso presupuesto real que recibieron en este periodo, se deterioró el equipamiento, disminuyeron los medicamentos y el material gastable a tal punto que en la mayoría de los casos los pacientes tuvieron que abastecer ellos mismos los medicamentos necesarios para recibir los servicios demandados. Todo esto no ha permitido un mejoramiento de la calidad, ni un aumento de la cantidad de los servicios de salud reportando una situación crítica al inicio de la década del noventa.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Ceara Hatton, Miguel. *El Gasto Público Social de República Dominicana en la Década de los Ochenta.* (1992). Centro de Investigación Económica para el Caribe (CIECA). Editora Cumbre, C.por A. Santo Domingo, R.D.
2. Ceara Hatton, Miguel y Croes Hernández, Edwin. *El Gasto público Social de la República Dominicana en la década de los Ochenta.* ( 1993) CIECA. Editora Taller. Santo Domingo, R.D.

3. Lizardo, Jeffrey. *Análisis de los Procesos de Inversión en Salud y Ambiente en República Dominicana*. CIECA. Mimeo. 1993.
4. *Desarrollo a Escala Humana, una opción para el futuro*. Número especial de la revista *Development Dialogue*. Cepaur, Fundación Dag Hammarskjöld. Uppsala, Suecia. 1986.
5. Arias, Omar. *El Gasto Público en Salud de la República Dominicana en la Década de los Ochenta*. CIECA. Mimeo. 1993.
6. Balcácer, Altagracia. *Crisis de los Modelos de Desarrollo: ¿Tenemos Alternativa?*. 1993. Santo Domingo, R.D.
7. Balcácer, Altagracia. *Planeamiento y Adecuación del Actual Modelo de Desarrollo y un Enfoque Alternativo*. 1993. Santo Domingo, R.D.
8. Balcácer, Altagracia. *Género: Un Factor Determinante de la Pobreza Urbana*. 1994. Santo Domingo, R.D.
9. Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRES). *Informe de Ejecución Presupuestaria*. Serie de años.
10. PNUD. *Desarrollo Humano: Informe 1991*.