

Historia y Fundamentos del SDSS

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SANTO DOMINGO

Historia y Fundamentos del SDSS

*Una explicación sencilla del Sistema
Dominicano de Seguridad Social*

Arismendi Díaz Santana

Santo Domingo, R.D.
Octubre, 2024

Díaz Santana, Arismendi

Historia y fundamentos del SDSS : una explicación sencilla del Sistema Dominicano de Seguridad Social / Arismendi Díaz Santana .— Santo Domingo, Distrito Nacional : Instituto Tecnológico de Santo Domingo, 2024.

565 páginas

ISBN: 978-9945-511-15-4

1. Seguridad social – Historia - República Dominicana. 2. Seguros de Salud - República Dominicana. 3. Sistema de pensión – República Dominicana I. Título.

RD

368.362

D542h



**Ediciones
INTEC**

Edición:

Octubre, 2024

Foto del autor:

Víctor Rosario

Diseño de cubierta y diagramación:

Jesús Alberto de la Cruz

Impresión:

Editora Búho S.R.L.

Tels.: 809-686-2241 / 809-686-2243

E-mail: editorabuho@yahoo.com

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

ÍNDICE GENERAL

Prólogo I	11
Prólogo II	13
I. Introducción	17
Primera Parte: ANTECEDENTES, EXCLUSIONES, PRIVATIZACIÓN Y CLIENTELISMO	
II. La conquista de la protección social	25
1. El seguro social: una conquista de los trabajadores.	26
2. Los Seguros Sociales redujeron las tensiones políticas.	33
3. La seguridad social como un derecho humano esencial.	40
III. Servicios públicos costosos e insatisfactorios	47
1. Brecha creciente entre la atención pública y la privada.	48
2. Subsidios a la oferta que penalizan la eficiencia y la eficacia.	63
3. Una contratación sin garantía de dedicación y desempeño.	72
IV. IDSS: Exclusiones, deficiencias, privatización y clientelismo	83
1. Un Seguro Social con limitaciones congénitas	84
2. Una deuda social de cuatro décadas	88
3. ¿Por qué fueron rechazados los 4 proyectos de reforma? ..	103
V. Un sistema universal, obligatorio y plural	117
1. Universalidad, obligatoriedad e integralidad.	118
2. Fundamentos del carácter mixto del SDSS.	127
3. Pluralidad y separación de las funciones.	135

VI. Las negociaciones y los cambios finales.	147
1. Los acuerdos entre el SENADO, CNHE y CNUS	148
2. Las negociaciones finales con la AMD	157
3. Los cambios finales en la Cámara Baja	168

Segunda Parte:

**UN DERECHO A LA SALUD BASADO
EN RECURSOS Y EQUILIBRIO FINANCIERO**

VII. Un derecho humano sustentado en recursos.	175
1. ¿En qué consiste el derecho universal a la salud?	176
2. El financiamiento: garantía del derecho universal a la salud	189
VIII. Un financiamiento universal y solidario	201
1. Aportes según la capacidad contributiva.	202
2. Sostenibilidad: conflicto entre costo y financiamiento . . .	213
3. Recaudo y pago centralizados con gestión compartida . . .	221
IX. PBS: La concreción del derecho universal a la salud. . .	231
1. ¿Por qué un Plan Básico de Salud?	232
2. ¿Cómo se calcula el costo y la cápita del PBS?	241
3. Premisas técnicas del equilibrio financiero del PBS	249
X. Equilibrio y sostenibilidad: administración del riesgo	257
1. Fraudes millonarios contra el Medicare y el Medicaid . . .	258
2. Controlar el riesgo para garantizar el derecho universal a la salud	263
3. Administrar el riesgo para asegurar el equilibrio financiero.	276
XI. Eficiencia: nuevo modelo de asignación y contratación	291
1. Superar el modelo curativo, costoso y excluyente	292

2. Asignación de los recursos según la demanda de los afiliados	298
3. Elevar la productividad de los profesionales de la salud . .	311
XII. Avances, obstáculos y reformas pendientes	317
1. Avances, limitaciones, obstáculos y retrasos	318
2. Propuestas para elevar la calidad del cuidado de la salud	333
3. ¿Eliminar el Derecho Universal a la Salud (DUS)?	340

Tercera Parte:

**CAPACIDAD DE AHORRO,
INVERSIÓN Y ACUMULACIÓN PARA EL RETIRO**

XIII. Un país progresando con gente sin futuro	347
1. Desprotección social de los envejecientes.	348
2. Creación y desarrollo de los planes de retiro privados. . .	358
XIV. Capacidad de ahorro del sistema público de reparto . .	373
1. Un desequilibrio financiero original y permanente.	374
2. Etapas del sistema público de reparto.	384
3. Un modelo deficitario que reduce la capacidad de ahorro. .	398
XV. Capitalización individual: ahorro con bajas pensiones	407
1. Resultados del reparto y la capitalización individual	408
2. Capitalización individual: pensiones insuficientes	419
3. Críticas y objeciones de todos los calibres	426
XVI. Un proyecto con solidaridad limitada.	435
1. El análisis comparativo de la Hewitt Associates	436
2. Proyecto Tripartita: alto costo para los trabajadores	443
3. Dos pilares: ¿dónde está la igualdad de derechos?	449
XVII. Una capitalización individual solidaria	455
1. Cobertura universal del nuevo sistema	456

2. Financiamiento y Fondo de Solidaridad Social.	461
3. La originalidad de las comisiones de las AFP	470
XVIII. Avances, limitaciones y cambios necesarios	481
1. Crecimiento del patrimonio de los trabajadores	482
2. ¿Por qué las pensiones serán insuficientes?	494
3. ¿Cómo elevar las pensiones y la solidaridad social?	501
XIX. Análisis de las propuestas para eliminar al SVDS.	511
1. ¿Eliminar el sistema de capitalización individual?	512
2. ¿Es posible universalizar el INABIMA?	519
XX. Hacia el avance cualitativo del SDSS.	533
1. Un SDSS cojeando a mitad del camino	534
2. Un Estado de derecho con instituciones fortalecidas	540
3. Cuatro objetivos claves para el avance cualitativo del SDSS	544
Referencias bibliográficas y digitales.	551

PRÓLOGO I

La aprobación, promulgación y aplicación de la Ley 87-01 de Seguridad Social constituye el principal logro de mi gestión gubernamental, una auténtica conquista social sin precedentes, una compensación a las familias más necesitadas. Mi decisión fue firme e inquebrantable porque esa fue mi promesa electoral, con alta prioridad en mi plan de gobierno. Con esta ley logramos una de las máximas aspiraciones del doctor José Francisco Peña Gómez, expresada en su consigna “primero la gente”. En mis viajes por el mundo con ese gran líder, aprendí a valorar el derecho de todos a la protección social desde la cuna hasta la tumba.

Antes de esta ley, miles de familias se arruinaban por la falta de un seguro médico y millones de dominicanos llegaban a la vejez sin contar con una pensión, obligados a depender de algún familiar agradecido para subsistir. Eso se acabó. Ahora, el Seguro Familiar de Salud (SFS) y la capitalización individual permiten el acceso a un seguro de salud mucho más amplio y a una pensión adecuada para nuestra gente.

Dado que la Ley 87-01 data de más de 20 años, considero que la misma requiere de modificaciones para readecuarla, acorde a los avances, las limitaciones y problemas, las nuevas experiencias y la realidad actual. Todavía hacen falta reformas para mejorar la calidad de la atención médica en los hospitales donde acuden los pobres, sin costo.

Tenemos que fortalecerla porque su esencia y organización todavía responden a las máximas aspiraciones del país.

Invito a todos a evitar distorsiones de las que luego tengamos que lamentar. A oponernos a cualquier retroceso a un pasado superado y a cualquier desembolso prematuro de los fondos para el retiro. Ese es el único patrimonio de los trabajadores, y su empleo y entrega está especificado en la Ley 87-01, únicamente para beneficiar con una pensión al afiliado al retirarse de la vida laboral. Exhorto a los médicos, políticos, empresarios y sindicalistas a mejorarla, pensando en el bienestar de la mayoría de los dominicanos y en el futuro de nuestro país.

Estoy seguro de que el libro de Arismendi Díaz Santana será de gran utilidad para todos los dominicanos estudiosos, porque él fue el verdadero forjador y el arquitecto del esqueleto y de la estructura de esa ley tan compleja. Me alegra, lo felicito y lo disfrutaré con mis hijos y mis nietos.

Hipólito Mejía Domínguez

Presidente Constitucional 2000-2004.

Agosto, 2024.

PRÓLOGO II

La Ley de Seguridad Social fue el mayor logro del Congreso Nacional. Una auténtica conquista y un gran salto hacia adelante en materia de protección social para todos, y muy en especial, para los grupos sociales de menores ingresos y en condiciones vulnerables de su salud y de su retiro. Logramos un sistema universal, solidario, obligatorio y plural como reclamó el pueblo. No es perfecto, ni se ha cumplido todo, pero ahora podemos mejorarlo, corrigiendo las distorsiones e impulsando las reformas pendientes, siempre garantizando la hegemonía de todos los dominicanos.

Gracias al expresidente Hipólito Mejía, quien con su firmeza y decisión de estadista le evitó una nueva frustración al país. Tuvo la voluntad política de darle un ultimátum a la Asociación Médica Dominicana (AMD), señalando que ese proyecto sería aprobado porque era necesario e impostergable, porque ya había sido suficientemente discutido, era la principal oferta de su campaña y respondía a la política del Dr. José Francisco Peña Gómez de “primero la gente”.

Su ejemplo nos sirvió de guía e inspiración porque siempre nos enseñó la importancia y urgencia de establecer una política de protección social universal. Peña Gómez tenía una gran visión social, fruto de su propia extracción social y de los avances observados en los países a los que visitaba con frecuencia; particularmente en Europa, la cuna

de los primeros seguros sociales. Ese gran líder impulsó la creación de decenas de planes de retiro para los trabajadores portuarios, hoteleros, de restaurantes, choferes, así como de los maestros, médicos, universitarios y periodistas, entre otros.

Es preciso reconocer el apoyo del senador Ramón Alburquerque, presidente del Senado y la sabia conducción de senador Iván Rondón, presidente de la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado. Tuvimos el privilegio de contar con la amplia experiencia del Lic. Arismendi Díaz Santana, al frente de un equipo multidisciplinario de técnicos independientes de primera, con el acompañamiento constante de la inolvidable Ligia Leroux de Ramírez y del Dr. José García Ramírez, entre otros.

El presidente Leonel Fernández, a pesar de haber propiciado un proyecto diferente, colaboró continuamente con la Comisión Permanente del Senado. Incluso autorizó a la subsecretaria Rosagilda Vélez a representarlo en las vistas públicas realizadas en todas las provincias del país y en Nueva York.

Uno de nuestros mayores aciertos fue la realización de las vistas públicas. Por primera vez compartieron, a nivel nacional, grupos y sectores tan diversos, unidos en un propósito común. Era hermoso ver a un agricultor, a un obrero, a un motoconchista y a un discapacitado presentar sus propuestas, antes o después que lo hiciera un ilustrado abogado, un reconocido comerciante, o un médico renombrado. Fue una verdadera convivencia y una fiesta democrática y popular. Y ahí están los resultados.

Muchas leyes han surgido de confortables oficinas y bufetes, a las cuales casi siempre les falta ese ingrediente popular, ese sabor criollo que le imprime la gente sencilla con su participación directa y que la hace sentir protagonista de su propio destino. En múltiples ocasiones y provincias, los participantes en las vistas públicas señalaron que por primera vez se sentían partícipes de una ley tan importante y necesaria.

A pesar de lo bien estructurada, de la coherencia de sus planteamientos y del profundo sabor popular de su articulado, es lamentable que, después de más de dos décadas, todavía no se haya instrumentado integralmente como fue concebida. Propicia es la ocasión para que renovemos el compromiso nacional de hacer todo lo necesario para impulsar las reformas y cambios pendientes, para completar el ciclo del trabajo que iniciamos hace dos décadas.

La atención primaria debe implementarse porque constituye la transición de un seguro curativo de enfermedad individual a un verdadero seguro familiar de salud. Tenemos el compromiso de garantizar pensiones dignas para el bienestar y la tranquilidad de todos los adultos mayores. Debemos hacer un esfuerzo consecuente para beneficiar a los trabajadores independientes, porque constituyen la mayoría de la fuerza de trabajo del país.

Aprovecho para invitar a todos mis colegas médicos a apoyar la Ley de Seguridad Social, porque representa un antes y un después en la protección social, porque está orientada a elevar la calidad de vida de todos los dominicanos, y porque podemos mejorarla en interés de que cada día se aplique mejor para los afiliados y para los médicos.

Todos los que tengan dudas o algunas lagunas sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) ahora tendrán la oportunidad de aclararlas, porque esta obra está escrita en un lenguaje directo y sencillo. Su lectura va a ampliar la cultura general sobre el derecho universal a la salud, y la importancia del ahorro colectivo e individual para garantizar un retiro digno de todos los dominicanos.

Felicito a su autor y le expreso mi apoyo decidido, porque su contenido va a llegar especialmente a la juventud que desconoce la historia y los fundamentos del SDSS, al movimiento sindical, a los empresarios, a los maestros y profesores y también a los periodistas y forjadores de la opinión pública. Esta obra contribuirá a mostrar el SDSS en todas sus vertientes, tanto en lo que se ve, como en lo que subyace detrás de su articulado, que generalmente es lo más

importante. Mi agradecimiento a las instituciones que lo han hecho posible.

El esfuerzo de escribir la historia y los fundamentos de la ley 87-01 no tiene precio. Doy fe y testimonio de la veracidad de lo expuesto. Agradezco al hermano y amigo Arismendi Díaz Santana su invitación a escribir este prólogo, por dos razones fundamentales. Porque la lectura del borrador me ha llenado de una profunda satisfacción del deber cumplido, y porque he podido recrear tantos episodios y situaciones de las cuales todos los que los vivimos nos sentimos orgullosos de haber formado parte de ese momento histórico.

Ayer el presidente Hipólito Mejía tuvo la voluntad política de impulsar y promulgar esta conquista social sin precedentes. Hoy, dos décadas después, el presidente Luis Abinader tiene la oportunidad histórica de completar el ciclo de la protección social dominicana, iniciado por José Francisco Peña Gómez y secundado por el senador José Rafael Abinader, su padre. El presidente ha aceptado el reto de dejar un legado como el moderno reformador del país. Y yo lo voy a apoyar.

Sin dudas, esta obra, escrita con tanta honestidad, profesionalidad y fundamentación, se convertirá en una consulta obligada de los profesionales y técnicos de la seguridad social, de los universitarios, de los trabajadores, de la juventud estudiosa, de los empresarios y de la opinión pública en general.

Dr. Dagoberto Rodríguez Adames

Senador de la República

1994-1998, 1998-2002, 2002-2006 y 2024-2028

Agosto, 2024

I. INTRODUCCIÓN

Todos estamos conscientes de la complejidad del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), debido a su carácter universal, a la combinación de tres grandes seguros, a la existencia de tres regímenes de financiamiento, a la diversidad de los roles y de las funciones institucionales, así como a la pluralidad del aseguramiento y de la provisión de los servicios y prestaciones. Por esa razón, la Ley 87-01 en su Art. 06 dispuso la introducción de módulos educativos en el sistema de enseñanza nacional para explicarle a los niños, adolescentes y adultos las características del sistema, sus derechos y deberes y crear una cultura popular sobre la protección social. Desafortunadamente, este mandato no se ha cumplido.

Esta lamentable ausencia de más de dos décadas ha contribuido a la denegación de derechos, ha prohiado distorsiones en su aplicación y ha dificultado la formulación de las propuestas de reformas. En interés de contribuir a llenar este vacío, el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) y la Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS), convinieron en auspiciar una publicación sobre su historia, diseño, redacción, aprobación y puesta en marcha, en el marco del Observatorio de la Seguridad Social (OSES). Redactada en forma directa y sencilla, a fin de ayudar a los afiliados en el ejercicio de sus derechos y deberes, a elevar el aprovechamiento

de los servicios y prestaciones, y a mejorar la relación entre sus instituciones. Además, a optimizar la calidad del debate de los sectores interesados en formular propuestas viables y sostenibles, orientadas a una mayor protección social en cobertura, calidad, oportunidad y satisfacción.

Una reforma integral del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) presupone conocer los fundamentos y la lógica interna de su funcionamiento. En tal, sentido, este libro tiene tres objetivos específicos: 1) exponer los antecedentes, la evolución y la situación general del Seguro Social dominicano, como condicionantes del diseño del nuevo sistema; 2) explicar los fundamentos sociales, financieros y técnicos del SDSS, así como sus avances, limitaciones, distorsiones y las reformas pendientes; y 3) proponer el perfil general de las reformas y los cambios necesarios para el fortalecimiento y el avance cualitativo hacia el logro de los objetivos y metas prometidos, y que merecen y esperan todos los dominicanos y residentes en el país. El libro explica los fundamentos del Seguro Familiar de Salud (SFS), con algunas puntualizaciones sobre el Seguro de Riesgos Laborales (SRL), y del Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia (SVDS).

Está especialmente orientado a más de cuatro millones de dominicanos quienes, por su juventud, desconocen los antecedentes, las políticas, las limitaciones y la situación social que predominaron durante la segunda mitad del siglo pasado, y que condicionaron las características del SDSS. Pretende contribuir a fortalecer el ejercicio del derecho universal a la protección social, y a explicar los conceptos básicos y las relaciones esenciales del sistema, en interés de coadyuvar a su evaluación objetiva y constructiva, y a una decisión ponderada y oportuna sobre la dirección más conveniente para el país de las reformas y los cambios necesarios.

En la primera parte se presentan las referencias históricas que demuestran que los seguros sociales constituyen una conquista

económica y social de los trabajadores, tan importante como la reducción de la jornada laboral a 8 horas; y que el Seguro Social Dominicano fue el más atrasado, excluyente, politizado y burocratizado de América Latina, a excepción de Haití. En esa dirección: 1) se exponen los antecedentes y las características de la política social del país durante el siglo pasado (Capítulo II); 2) se explican las limitaciones, exclusiones y el nivel del desempeño del Seguro Social Dominicano (Capítulo III); 3) se documenta la tradicional ineficiencia sanitaria y previsional del país y la conformación de las políticas públicas de privatización, politización y clientelismo, que determinaron el diseño y la redacción del SDSS (Capítulo IV). Además, se explica y fundamenta el carácter universal del nuevo sistema, basado en modalidades solidarias de financiamiento, de acuerdo al mandato constitucional y al nivel del desarrollo económico y social del país (Capítulo V), y luego se detallan las negociaciones y los acuerdos finales para la aprobación de la Ley de Seguridad Social (Capítulo VI).

En la segunda parte, la exposición se fundamenta en 5 planteamientos centrales: 1) que el Derecho Universal a la Salud (DUS) constituye el objetivo fundamental, el principio y el fin del Seguro Familiar de Salud (SFS), el cual se concretiza en servicios específicos que implican un costo y cuya garantía y entrega está limitada por el nivel del financiamiento disponible (Capítulo VII); 2) que el carácter universal del SDSS determina la necesidad de la solidaridad social, sustentada en tres modalidades de financiamiento (Capítulo VIII); 3) que la función del Plan Básico de Salud es definir los servicios garantizados en condiciones de equilibrio y sostenibilidad financiera (Capítulo IX); 4) que el equilibrio financiero del PBS no surge ni se mantiene por generación espontánea, por lo que es necesario producirlo y conservarlo, elevando la eficiencia, disciplina y supervisión, mediante una moderna administración del riesgo de salud (Capítulo X); y 5) que la maximización de los servicios de salud garantizados por el PBS presupone una asignación de los recursos en función directa de la demanda

de los afiliados y una contratación de los profesionales de acuerdo a su dedicación y desempeño (Capítulo XI).

En adición, en el Capítulo XII se concluye que, si bien el SDSS constituye un cambio extraordinario en relación al viejo Seguro Social Dominicano al pasar de una cobertura del 5.7% al 97.5% de la población, el avance en la calidad y oportunidad de los servicios ha sido muy limitado, debido a que las reformas cualitativas aprobadas por la Ley 87-01, todavía no han sido aplicadas 23 años después. Además, que resulta crucial comprender que la supremacía del derecho universal a la salud implica la subordinación de todas las instituciones y actores del SFS en función del logro de ese objetivo supremo.

La tercera parte está dedicada a exponer los antecedentes de la protección social para la vejez, el proceso de conformación de un archipiélago previsional, los factores condicionantes del diseño del Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia (SVDS), y los criterios que sirvieron de base para la decisión sobre el sistema de pensión más conveniente para la República Dominicana. Se explica que, dado que el objetivo fundamental del plan de retiro es garantizar una pensión o jubilación mensual lo más cercana posible al salario promedio del trabajador al momento de su retiro, el mejor sistema de pensión es aquel que garantice la mayor capacidad de ahorro, inversión y acumulación nacional.

En consecuencia, la tesis central de la exposición señala que el rápido desarrollo tecnológico, las transformaciones demográficas y los cambios en el mercado laboral en el mundo, determinan el desequilibrio actuarial y financiero del sistema público de reparto y del sistema de capitalización individual, por lo que ambos requieren de una reingeniería compatible con estos escenarios cambiantes.

En materia de pensión, se destacan 5 grandes conclusiones: 1) que la falta de protección social del Estado dominicano durante todo el siglo pasado determinó la formación de un archipiélago previsional

muy disímil (Capítulo XIII); 2) que la experiencia mundial demuestra que, si bien el sistema público de reparto demostró una alta capacidad de acumulación para el retiro durante una larga etapa, al alcanzar su madurez la misma se reduce considerablemente (Capítulo XIV); 3) que el sistema de capitalización individual chileno adoleció de un financiamiento suficiente, agravado por altas comisiones de las AFP y la ausencia de solidaridad social (Capítulo XV); 4) que la evaluación del Proyecto Tripartida demostró una limitada solidaridad social y capacidad de acumulación del ahorro para el retiro (Capítulo XVI); y 5) que la insuficiente tasa de reemplazo del actual SVDS de la Ley 87-01 se explica por el aporte insuficiente, la no entrega del bono de reconocimiento y la ausencia de competencia entre las AFP (Capítulo XVII).

Además, se presentan los avances, limitaciones y el perfil de la reforma necesaria para elevar la tasa de reemplazo general y la solidaridad social con los afiliados con aportaciones insuficientes (Capítulo XVIII); se analizan las propuestas presentadas para cambiar el sistema de capitalización individual por un sistema público de reparto, evaluando su capacidad para elevar el ahorro, la inversión y la acumulación (Capítulo XIX), y finalmente, se formulan propuestas orientadas al desarrollo cualitativo del SDSS para avanzar hacia una protección social acorde con el nivel del crecimiento económico y social del país (Capítulo XX).

Obviamente, en ambos casos se trató de una tarea muy compleja, sobre temas tan trascendentes, como controversiales. Consecuente con el espíritu de la Ley, tanto la historia como los fundamentos son presentados desde la perspectiva de los afiliados por ser los protagonistas fundamentales del SDSS, lo que nos obliga a ser incisivos en los temas más esenciales. Más que tratar de convencer, el propósito de este libro es contextualizar los antecedentes y la situación económica, social, política e institucional, que condicionaron el diseño de las características y la lógica interna del funcionamiento del SDSS. De esa forma, el

lector queda en completa libertad de evaluar su coherencia y pertinencia para el universo de los afiliados y para el país.

Desde luego, esta historia y estos fundamentos no constituyen la única, ni toda la verdad: sólo expresan el punto de vista técnico, financiero y profesional de un actor de primera línea en el diseño del SDSS. Esperamos que este esfuerzo arroje luz sobre lo que fuimos, lo que hemos logrado, dónde estamos y cuáles propuestas resultan las más viables y sostenibles para elevar la cobertura, calidad, oportunidad y satisfacción de los afiliados del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Faltan historias y faltan argumentos en este limitado espacio.

Justo es reconocer la valoración y las sugerencias oportunas del Dr. Manuel Colomé, designado por INTEC para examinar esta obra en cuanto al cumplimiento de los objetivos establecidos en los términos de referencia. Además, agradecer a decenas de expertos y colegas, nacionales e internacionales, quienes nos ofrecieron generosamente sus ideas, informaciones y sugerencias sobre los diversos temas abordados. Finalmente, reconocer el apoyo y la ayuda profesional de mi esposa Licda. Sonia Dolores Gracia de Díaz, por su comprensión, lectura, correcciones y consejos durante todo el proceso. Desde luego, asumimos toda la responsabilidad por su contenido.

Arismendi Díaz Santana.

Agosto, 2024



PRIMERA PARTE:

**ANTECEDENTES, EXCLUSIONES,
PRIVATIZACIÓN Y CLIENTELISMO**

II. LA CONQUISTA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

La humanidad ha vivido bajo fuertes amenazas e incertidumbres que, para sobrevivir, las han obligado a desarrollar diversas formas de defensa y protección, individuales y colectivas. Esta lucha ha sido una constante desde los tiempos más primitivos, registrando un ritmo cada vez más acelerado, hasta llegar a nuestros días, gracias al avance constante de la productividad, expresión del desarrollo científico y tecnológico. Durante los siglos XVIII y XIX se acentuó el desamparo social, debido a la creciente migración de la población campesina, entonces ampliamente mayoritaria, como el resultado de las grandes transformaciones económicas y sociales, derivadas de la primera y la segunda revolución industrial.

Paradójicamente, la pérdida del control de los medios de producción y de vida, y la enorme migración del campo a la ciudad en la búsqueda desesperada de fuentes de trabajo fueron creando el caldo de cultivo que aceleró el proceso de construcción de un moderno sistema de protección social. El hacinamiento y las precarias condiciones de trabajo, de vivienda y de vida a las que fue sometida esta nueva fuerza de trabajo foránea aceleró su concentración, acercamiento, contacto, organización y solidaridad social. En unas cuantas décadas, se crearon todas las condiciones subjetivas y objetivas para la

demanda, conquista y creación de los seguros sociales en el mundo. A continuación, explicamos el contexto general y la evolución de la lucha de los trabajadores en su justa demanda de protección social, y cómo se conquistaron y establecieron los primeros seguros sociales, ante la necesidad de asegurar la gobernanza y de contener el avance de los movimientos laborales y políticos socialistas a finales del siglo XIX. Un proceso social que, a mediados del siglo XX, fue superado, dando origen a los modernos sistemas de seguridad social universales que hoy conocemos en el mundo.

1. El seguro social: una conquista de los trabajadores.

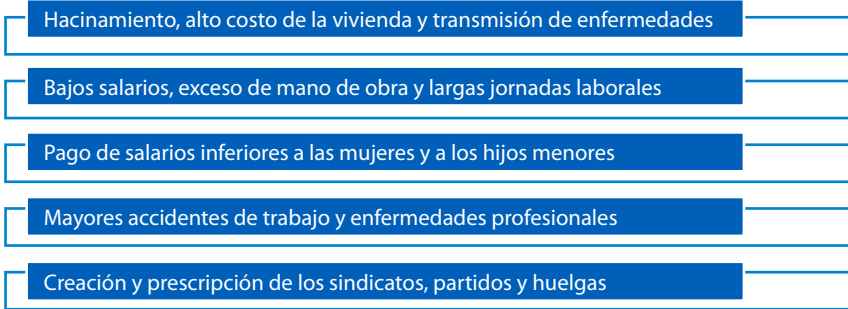
Un desarrollo tecnológico con mayor desprotección social¹. La concentración urbana, el hacinamiento y la falta de higiene en los centros de trabajo acentuaron la necesidad de contar con algún mecanismo de protección social contra las pestes, los accidentes, las lesiones provocadas por las guerras, la viudez y orfandad, entre otras calamidades sociales. Ya en el siglo VI antes de Cristo, el Imperio Romano presentaba las primeras manifestaciones de cobertura social². En el siglo VIII, Carlomagno decretó que las parroquias se encargaran de sus pobres, ancianos, viudas y huérfanos, lo que trajo como consecuencia que en Inglaterra en 1601 se estableciera un impuesto único obligatorio para cubrir la asistencia parroquial y luego, lo mismo hicieron Suecia y Dinamarca³.

¹ Díaz Santana, A. (2018). *Economía Política de la Desigualdad Social*, El reto del siglo XXI: reducir la desigualdad social, Impreso por la Editora Búho, S.R.L.

² Rondón Sánchez, Iván, (2008). *Historia de una Ley de Dos Milenios*, El Sistema Dominicano de Seguridad Social.

³ DIDA, (2016). *15 años de Seguridad Social en la República Dominicana*, visión de los afiliados. CVML, Marketing Agency.

Gráfico 02.01

Cambios económicos y sociales durante la revolución industrial

Como es de todos conocido, la revolución industrial trajo consigo dos transformaciones económicas y sociales de gran trascendencia. La primera, la introducción en la agricultura, la ganadería y la minería de equipos y herramientas combinados, impulsados por nuevas fuerzas motoras, en interés de incrementar la productividad y la producción en el campo, con grandes cantidades de mano de obra campesina ociosa y desposeída de los medios de producción.

La segunda, una creciente oferta de mano de obra en las ciudades, la cual acentuó la depresión de los salarios en los talleres y fábricas emergentes, deprimiendo las condiciones de vida en los barrios obreros marginados. El resultado fue *un gran florecimiento económico de unos pocos, y al mismo tiempo, un mayor empobrecimiento de las familias trabajadoras y de la población en general*. A pesar del esplendor y de los extraordinarios resultados reportados por la primera y segunda revolución industrial, la participación de los trabajadores continuó siendo mínima, muy precaria, alcanzando niveles inconcebibles, empobreciendo más aún a la clase pobre. Las jornadas de trabajo llegaban incluso a 16 horas, seis días a la semana, en condiciones totalmente riesgosas para la seguridad e higiene en el trabajo, afectando la salud de los asalariados y de sus familiares.

Las mujeres también eran sometidas a extensas jornadas entre 12 y 14 horas, en condiciones de insalubridad similares. Pero, además, la explotación de los niños tampoco tenía límites, ni sobre la edad mínima, ni sobre la extensión de la jornada de trabajo. Y a pesar de estos rigores, el salario recibido apenas cubría lo más esencial, obligando a los trabajadores a vivir hacinados en condiciones prácticamente infrahumanas. Mientras tanto, los capitalistas, propietarios, autoridades y grupos religiosos disfrutaban de todo el esplendor que les brindaba el incremento de la productividad de la fuerza de trabajo, fruto de un desarrollo tecnológico acelerado y concentrado.

Íñigo Fernández, Luis. (2012) lo resume de esta forma: “La existencia que sufrían los obreros en las primeras décadas de la Revolución Industrial no podía resultar más miserable”. A las agotadoras jornadas de catorce o dieciséis horas, seis días por semana, regulares, estrictas e insufriblemente monótonas, se sumaba el ambiente de trabajo nauseabundo y malsano, los salarios al límite de la subsistencia, las viviendas miserables y caras, sótanos o desvanes infectados que no conocían la luz del sol, ni poseían defensa alguna contra el calor asfixiante del verano y del frío gélido del invierno, y la privatización absoluta de cualquier sistema de protección social, al punto de que un accidente o una leve enfermedad suponían la pérdida total del ingreso y la miseria más completa para el obrero y la familia.⁴

El rápido desarrollo de la productividad de los recursos humanos acentuó las desigualdades sociales y aceleró la concentración de la riqueza social, de los capitales y de las propiedades. Con el tiempo, este proceso contribuyó a fortalecer el nivel de consciencia, inconformidad y solidaridad de las clases sociales medias y bajas y de los demás

⁴ Íñigo Fernández, Luis. (2012). *Breve Historia de la Revolución Industrial*, Pág. 197

sectores, todas víctimas de la extrema polarización entre la riqueza y la pobreza, y entre la sobrevivencia y el bienestar.

“El crecimiento de las ciudades no se hizo ni en forma planificada, ni tampoco tomando previsiones que garantizaran la funcionalidad de las viviendas, del transporte, o del abastecimiento de los mercados, ni ninguna de las condiciones que hoy se tomarían en cuenta para planificar el desarrollo urbano y prever la aparición de elementos adversos al bienestar de la población.”⁵

Durante la revolución industrial, la profesión y el estatus social de una persona tenían una relación directa con su salud. En 1842, un médico de Leeds, el Dr. Holland, cotejó la esperanza de vida de distintos grupos sociales, llegando a la conclusión de que, en promedio, los años de vida de los fabricantes y de las clases altas eran de 44 años, frente a los 27 de los tenderos y a los 19 de los jornaleros.⁶ Si no se tratase de un médico reputado e investigador riguroso, hoy estos resultados parecerían una exageración sin fundamento.

Evolución histórica de las modalidades de protección social. Basándonos en las explicaciones del maestro Gómez Cerda, José (2020)⁷, líder sindical del país, sintetizamos la evolución histórica de los conceptos básicos siguientes:

⁵ Miranda Gutiérrez, Guido. (1994), *La Seguridad Social y el Desarrollo de Costa Rica*, Segunda edición.

⁶ Cartwright, Mark. (2023). *Cambios Sociales de la Revolución Industrial*. <https://www.world-history.org/trans/es/2-2229/cambios-sociales-de-la-revolucion-industrial-brita/>

⁷ Gómez Cerda, José. (2020). *Curso On Line sobre Seguridad Social*. <https://academiahumanista.org/wp-content/uploads/2020/12/PDF-Libro-Curso-Completo-Seguridad-Social.-Diciembre-2020.pdf>

- a) **Mutualidades:** un régimen de prestaciones recíprocas entre varias personas, unidas por intereses comunes, mediante aportaciones económicas o en especie para cubrir los riesgos o necesidades que los afectan.
- b) **Seguros privados:** un contrato mediante el cual una empresa se obliga, a cambio del cobro de una prima, a proteger a los asegurados contra determinados riesgos, mediante la prestación de los servicios previstos y/o la indemnización por el daño producido.
- c) **Seguros Sociales:** un sistema público de protección de los trabajadores y de sus familiares, *basado en un derecho laboral*, contra los riesgos derivados de la pérdida o la disminución de los ingresos y /o de la capacidad laboral por enfermedad, maternidad, vejez, discapacidad o muerte.
- d) **Sistemas de seguridad social:** un sistema público de cobertura universal, de protección contra los riesgos derivados de la pérdida o la disminución de los ingresos y /o de la capacidad laboral por enfermedad, maternidad, vejez, discapacidad o muerte, *basado en un derecho humano*, independiente de la condición social o económica.

De acuerdo a Gómez Cerda, José (2020) las mutuales y modalidades similares, constituyeron las formas primitivas de protección social ante la extrema pobreza de la clase trabajadora y de la población en general, seguidas por el surgimiento de los seguros privados en diferentes ramas, incluyendo la salud, los accidentes y las pensiones⁸. Estos seguros privados les sirvieron de referencia a los dirigentes sindicales y a los grupos progresistas, cristianos y socialistas, para configurar los primeros modelos de seguros sociales y luego para demandar su

⁸ Ibidem

aprobación. Y, finalmente, nació la seguridad social como la superación histórica de las limitaciones de cobertura de los seguros sociales. Los seguros sociales se caracterizaron por la solidaridad social *al interior de la clase obrera asalariada*, en tanto que la seguridad social *extiende esta solidaridad social a la universalidad de la población*, ahora como un derecho humano.

Luchas crecientes por mejores condiciones laborales. Durante décadas, los trabajadores se agruparon en diversas entidades de ayuda mutua, en interés de mejorar el acceso a la atención médica y de tratar de reducir la inseguridad familiar frente a las enfermedades y a los accidentes laborales. No obstante, estos esfuerzos apenas paliaron su situación. El tiempo se encargó de demostrar que la causa fundamental del problema estaba íntimamente vinculada a las condiciones de la vivienda, a los salarios precarios y a la falta de higiene en el trabajo, impuestos por las grandes fábricas y empresas, por lo que estas iniciativas comunitarias no eran suficientes para contener el carácter concentrador y empobrecedor del nuevo orden económico, social y político.

Fue así como los líderes sindicales comenzaron a tomar conciencia de la naturaleza estructural de la desigualdad e inseguridad social. Entonces, respaldados por un cuestionamiento a fondo de la naturaleza excluyente de la revolución industrial, comenzaron a organizar un movimiento político-sindical en demanda de la reducción de la jornada de trabajo, de mejores salarios y condiciones laborales y de protección social.

Entonces, respaldados por un cuestionamiento a fondo de la naturaleza excluyente de la revolución industrial, comenzaron a organizar un movimiento político sindical en demanda de la reducción de la jornada de trabajo, de mejores salarios y condiciones laborales y de protección social.

Este movimiento revolucionario y movilizador de la clase obrera creció tanto, que llegó a tomar el poder político en Francia a través de la Comuna de París. Y aunque este intento político fracasó, el movimiento sindical fue adquiriendo una mayor consciencia y organización política y sindical, logrando importantes conquistas sociales para los trabajadores, aunque siempre con un saldo lamentable en pérdidas de vidas humanas útiles. Entre estas conquistas, vale la pena resaltar la reducción de la jornada de trabajo, el alza de los salarios, el mejoramiento de las condiciones laborales, así como la lucha contra la esclavitud y la discriminación racial, entre otras formas de desigualdad social.

Desde luego, la creciente efervescencia revolucionaria ya no sólo reclamaba reivindicaciones económicas, sino políticas, apuntando hacia la toma del poder para erradicar el sistema económico vigente. Convencidos de que las represiones no reducían las crecientes resistencias y protestas, la clase dominante y diversos gobiernos optaron por acceder a ciertas demandas de algunos grupos de trabajadores, las cuales, con el tiempo, tendieron a generalizarse.

La conquista de los derechos humanos fue el resultado histórico de un largo proceso, con un costo inconmensurable en términos de vidas humanas. Según Ávalos, Carlos ⁹ (2018), en la antigüedad, el rey de Persia, Ciro el Grande, hizo tallar en una piedra el Cilindro de Ciro, considerado por algunos estudiosos como la “Primera Declaración de los Derechos Humanos”. Sin embargo, el antecedente escrito más conocido es la Carta de Derechos o Declaración de Derechos de 1689, redactada en Inglaterra después de las guerras civiles que sacudieron a esa nación.

Un siglo después, en 1789, la Revolución francesa, uno de los movimientos populares más importantes y emblemáticos de todos

⁹ Ávalos, Carlos (2018). *Derechos Humanos, la Conquista de la Humanidad*. <http://www.generacion.com/magazine/899/derechos-humanos>

los tiempos, dio lugar a la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, “siendo la primera vez que las palabras *libertad, igualdad y fraternidad adquirirían significados políticos y calaban en la conciencia social*”¹⁰. En 1867, Alemania reformó las mutuales de los obreros mineros para extender las áreas de protección, incluyendo un seguro permanente de invalidez, una pensión vitalicia de viudez, una ayuda para la educación de los hijos, tratamiento médico y medicinas sin costo, y subsidio temporal por enfermedad y ayuda funeraria. Sin embargo, durante un largo período, la mayoría de las demandas sociales fueron sistemáticamente desoídas y subestimadas por los grupos económicos más conservadores y por los Estados a su servicio, recurriendo a su capacidad coercitiva.

2. Los Seguros Sociales redujeron las tensiones políticas

Rápido avance económico y lento progreso laboral. *En esencia, la situación sanitaria en Europa y Norteamérica ha estado íntimamente asociada a la manera en que se ha organizado el modo de producción de la sociedad. A lo largo del siglo XVII, como consecuencia de las epidemias, las autoridades se vieron obligadas a promover y organizar acciones tendentes a reglamentar la lucha contra las mismas, a regular el ejercicio de la profesión, a ordenar la formación y a incrementar la red hospitalaria.*

El continuo y acelerado desarrollo de la ciencia y la tecnología ha elevado de manera extraordinaria la capacidad de la humanidad para producir bienes y servicios de mayor complejidad, calidad, cantidad y bajo costo. Además, ha avanzado en la creación de las condiciones para mejorar las relaciones sociales de producción, tanto en su forma

¹⁰ CNDH. (2020). *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano*.

^h<https://www.cndh.org.mx/index.php/noticia/se-aprueba-la-declaracion-de-los-derechos-del-hombre-y-del-ciudadano>

como en su contenido. Las relaciones de trabajo, el nivel de vida y el grado de protección social experimentaron ciertas mejorías con el desarrollo de la productividad del trabajo, un proceso que se registró en diferentes proporciones y ritmos, según las demandas y luchas sociales, no sólo al interior de los países altamente industrializados, sino también, en las llamadas economías emergentes.

Téngase en cuenta que en las condiciones de extrema pobreza en que vivían millones de trabajadores, un accidente laboral o una enfermedad incapacitante condenaba de inmediato a la ruina a cualquier familia, al quedar su titular sin empleo y sin ninguna protección social, ni compensación económica. “Hacia finales del siglo XIX, con la creciente industrialización y organización de los trabajadores, las sociedades comenzaron a reconocer el elevado costo que traen consigo las enfermedades y la discapacidad entre la fuerza laboral”. “En Alemania, hacia 1879, los socialistas, que habían obtenido algunas bancadas en el Parlamento, conscientes de la importancia de la solidaridad dentro de la incipiente clase obrera, presentaron un proyecto de ley de seguros sociales obligatorios”¹¹.

Surgimiento del primer seguro social. *Al arribar a la década de los ochenta del siglo XIX, los trabajadores se habían constituido en una fuerza coherente, importante y militante, como resultado de más de medio siglo de organización en asociaciones de autoayuda solidaria, de mutuales de socorro, de cooperativas de consumo y, sobre todo, de sindicatos¹². Una de sus mayores preocupaciones eran las crecientes enfermedades y la alta mortalidad, fruto de los bajos salarios, de las carencias alimenticias y de las condiciones infrahumanas del trabajo, de la vivienda y de la vida. Cualquier enfermedad importante podía causar la ruina familiar y la*

¹¹ Montangut, Eduardo. (2023). *Ferdinand Lasalle, el obrero*. Publicado en Historalia. <https://elobrero.es/historalia/124868-ferdinand-lassalle.html>

¹² Miranda Gutiérrez, Guido. (1994). *La Seguridad Social y el Desarrollo de Costa Rica*, Segunda edición

pérdida del empleo sin compensación, amén de las muertes prematuras. Recordemos la reducida esperanza de vida de esa época, según la investigación del Dr. Holland.

Ferdinand Lasalle fue uno de los líderes obreros más destacados de esa época. Adquirió un fuerte liderazgo mediante sus propuestas a favor de la emancipación de los trabajadores, sosteniendo la tesis de que “los obreros deben tener participación política propia en la actividad pública”. Abogó por la creación de un partido político independiente para conquistar el derecho al voto, y propuso la llamada “Ley Salarial de Hierro”, según la cual el salario debía ser suficiente para la existencia propia del trabajador y la reproducción de la familia. Estos planteamientos lo llevaron a la presidencia de la Asociación General de Obreros de Alemania.¹³

“El crecimiento del Partido Socialista fue tan acentuado entre 1871 y 1877, que prácticamente cuadruplicó su fuerza electoral y obligó al Canciller Bismarck a incorporar la línea impulsada por el socialista Lasalle, de establecer asociaciones cooperativizadas de producción. Sin embargo, esta decisión no detuvo su crecimiento y obligó al gobierno a estudiar seriamente la situación”¹⁴. Tanto fue el avance de los socialistas, que en 1891 el Papa León XIII emitió la Encíclica Rerum Novarum, en apoyo al movimiento obrero católico, para competir con los socialistas en influencia doctrinaria sobre el movimiento sindical.

En 1880, preveía un clima de agitación social, el canciller Otto von Bismarck disolvió el Parlamento y encarceló a los

¹³ Ibidem, pág. 42

¹⁴ Castro Marte, Monseñor Jesús. (2021). *Comentarios al Sistema de Seguridad Social*. <https://listindiario.com/la-republica/2021/08/28/685816/comentarios-al-sistema-dominicano-de-seguridad-social.html>

diputados socialistas, pero rescató su proyecto que sirvió de base para aprobar las leyes de Enfermedad y Maternidad en 1883, de Accidentes de Trabajo en 1884 y de Envejecimiento, Invalidez y Muerte en el 1889, con un aporte de dos tercios del empleador y un tercio del trabajador”. El modelo bismarkiano, que fue creado con el objeto de frenar los progresos del socialismo, dio origen al primer sistema estatal de políticas sociales de los tiempos modernos. Originalmente, el Seguro Social fue creado sólo para las industrias con más de 50 trabajadores.

Otto von Bismarck fue un ultraconservador, conocido como el canciller de “sangre y hierro” por sus métodos y políticas. Sin embargo, comprendió la necesidad de acceder a esta demanda de los sindicatos. En dos ocasiones los ultraconservadores del Parlamento rechazaron su propuesta, por considerar que los trabajadores terminarían exigiendo más reivindicaciones. Una tercera versión del Canciller fue finalmente aprobada, esta vez con el apoyo expreso del Emperador Federico Guillermo I, bajo el argumento de que el bienestar de los trabajadores creaba mayor estabilidad y mejores oportunidades de negocio.

Como señala Mons. Castro Marte, Jesús (2021).¹⁵, “La primera propuesta en firme para garantizar, desde el Estado, un mínimo de seguridad social a los trabajadores fue el sistema propuesto en Alemania por el canciller Bismarck a finales del siglo XIX, y aprobado por el Parlamento el 15 de julio de 1883. Sin embargo, no es sino a partir del famoso informe Social Insurance and Allied Services, dirigido al parlamento inglés, del economista Sir William Beveridge, el 20 de noviembre de 1942, y la publicación en 1950 del ensayo Ciudadanía y Clase Social de T. H. Marshall, cuando se generaliza en el mundo occidental una segunda generación de derechos, llamados Derechos

¹⁵ Ibidem

Sociales, entre los cuales se destaca el derecho a la seguridad social, bajo el concepto de “Estado del Bienestar”.

Vale la pena resaltar que fue el libertador Simón Bolívar el primero en utilizar el concepto de seguridad social. En su memorable discurso en el Congreso de Angostura en el 1819, señaló que “El sistema de gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política”. Con esas palabras, el prócer latinoamericano dimensionó la importancia de lo que sería una de las conquistas más importantes de los trabajadores y de la humanidad.

Siguiendo el modelo alemán, los seguros sociales comenzaron a establecerse en gran parte de Europa. En Latinoamérica y el Caribe, la protección social fue más lenta, marcada por un impacto más limitado de la revolución industrial y por el alto porcentaje de la población que vivía (y aún vive) en la pobreza extrema y que labora en la informalidad. Ya a mediados del siglo pasado, la gran mayoría de los países latinoamericanos habían aprobado políticas de protección social de los trabajadores asalariados, mediante seguros sociales dirigidos a un limitado mercado laboral formal y con una reducida cobertura en el área de la salud y de las pensiones.

El concepto de “seguridad social”, como el derecho de todos los ciudadanos a una cobertura integral de los riesgos y contingencias producto del desempleo, la enfermedad, la invalidez, la vejez y la viudez, entre otras, fue establecido dos décadas después de haber sido aprobado por las Naciones Unidas. Fue aprobado como meta de todos los gobiernos latinoamericanos en el VI Congreso Iberoamericano de Seguridad Social que tuvo lugar en Panamá en el 1976. En dicho Congreso se estableció que todo ciudadano, por el hecho de serlo, tiene derecho a la seguridad social, en cumplimiento de los principios de universalidad, integridad, suficiencia, solidaridad, participación, subsidiariedad del Estado y pluralismo institucional, según recalca monseñor Castro.

De lo anterior se desprende que el Seguro Social, creado por primera vez en Alemania, fue el resultado de un doble proceso, íntimamente vinculado: 1) por las condiciones infrahumanas de trabajo y de vida de millones de trabajadores asalariados, acentuadas por una industrialización que concentraba el fruto del progreso social en una élite; y 2) por las crecientes protestas y luchas de los trabajadores, respaldadas por la clase media, sectores de las iglesias, grupos políticos socialistas y académicos. Como ya señalamos, estos sectores democráticos y populares se agruparon alrededor de un pliego de reivindicaciones que incluía el aumento de los salarios, la reducción de la jornada de trabajo, y un seguro de salud y protección contra los accidentes laborales y la vejez, entre otras.

Los técnicos de la propia Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconocen la influencia de los movimientos sindicales y sociales al señalar que paulatinamente, ciertos grupos políticos y sociales dejaron sentir su influencia en las políticas que se aplicaban; en algunos países la reacción fue más rápida que en otros, y esta evolución recibió un fuerte impulso de las grandes crisis que sacudieron al mundo, en particular durante los períodos de reconstrucción que siguieron a las dos grandes contiendas mundiales y en el curso de la lucha contra la gran depresión económica de los primeros años del decenio de 1930.

Creación de la Asociación Internacional de Seguros Sociales. *Los resultados políticos y sociales de la aplicación gradual del seguro social alemán pronto arrojaron sus frutos políticos, ya que redujeron las tensiones políticas, los enfrentamientos sociales, las luchas políticas y las presiones laborales, creando un mejor ambiente para la expansión de la actividad económica. Cediendo una parte del pastel, fruto del incremento de la riqueza social creada gracias al impulso de los propios trabajadores, la clase dominante y las autoridades políticas lograron el ambiente y la tranquilidad necesarios para continuar expandiendo el proceso de acumulación y concentración del capital y de la riqueza social.*

Y es que, de hecho, el establecimiento de los seguros sociales en la Europa de entonces implicó una mejoría para los trabajadores en todos los sentidos. Elevó el nivel del ingreso, ya que el aporte de las dos terceras partes a cargo de la empresa implícitamente significó un aumento salarial. Además, contribuyó a elevar la esperanza de vida: por un lado, mejorando la seguridad e higiene en las grandes fábricas, mientras por el otro, facilitando el acceso regular a los servicios médicos en los casos de maternidad, enfermedad y/o accidentes de trabajo.

En sentido general, estos resultados fueron tan evidentes y eficaces, que pronto los seguros sociales se hicieron muy populares. Tanto los obreros como los patronos de la mayoría de las naciones europeas, y de otros países del mundo, coincidieron en implantar seguros sociales, especialmente en donde existían movimientos laborales y políticos organizados y con posibilidades de “desestabilizar” el sistema político y económico.

En París, en 1889, se creó la “Asociación Internacional de Seguros Sociales” (AISS). Sus postulados y políticas llegaron a ser temas relevantes en todos los congresos y eventos especiales. En el Congreso de Roma, en 1908, se aprobaron las conferencias para concertar convenios internacionales. En 1919, mediante el Tratado de Versalles, los líderes políticos del planeta, al poner fin a la Primera Guerra Mundial, crearon la Organización Internacional del Trabajo (OIT), cuyo preámbulo de su Constitución es muy rico en contenidos de

Tanto los obreros como los patronos de la mayoría de las naciones europeas, y de otros países del mundo, coincidieron en implantar seguros sociales, especialmente en donde existían movimientos laborales y políticos organizados y con posibilidad de “desestabilizar” el sistema político y económico.

protección social, sirviendo como el referente doctrinario por excelencia de la política de seguridad social¹⁶.

Los seguros sociales constituyeron una conquista social de gran trascendencia, fruto de la acumulación de demandas sociales, de la organización de los trabajadores en gremios profesionales y del apoyo y el empuje que recibieron de los partidos políticos socialdemócratas, socialistas y comunistas de la época. Sin embargo, en la medida en que el desarrollo de la productividad continuó ensanchando la brecha de la desigualdad social, ya los seguros sociales limitados a minorías laborales y sociales resultaban insuficientes para atender los nuevos requerimientos sociales. Este rezago quedó notablemente evidenciado a raíz de dos nuevos acontecimientos históricos de trascendencia universal: 1) el impacto catastrófico en la clase trabajadora, y en la población en general de la Gran Depresión de los años 30, que arruinó a decenas de miles de industrias y negocios, creando niveles sin precedentes de quiebras, de desempleos y de hambruna generalizada; y 2) los desastrosos resultados de la Segunda Guerra Mundial, con decenas de naciones y economías prácticamente destruidas y con pérdidas de vidas humanas que superaron los 30 millones, incluyendo a más de 6 millones de crímenes horrendos contra los judíos.

3. La seguridad social como un derecho humano esencial

Consagración de la protección social universal. En 1942, el Informe Beveridge propuso un sistema con protección social universal “desde la cuna hasta la tumba”, inspirado en el establecimiento de un *Estado de Bienestar*.

¹⁶ Uthoff, Andras. (2012). *Introducción a la Seguridad Social*. https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/introduccion_a_la_seguridad_social.pdf

“Es indudable la aportación de William Beveridge y las tesis económicas de J.M. Keynes, como piezas claves en la construcción de lo que hoy se conoce como el Estado de Bienestar, sobre unos principios de unidad y universalidad para la eliminación de la pobreza, al asegurar a todos los individuos un mínimo con el que hacer frente a su subsistencia”. Ante estos nuevos requerimientos económicos, sociales y políticos, “Winston Churchill implantó entre el 1945 y 1948 un sistema de seguridad social universal, siguiendo los lineamientos de Beveridge”¹⁷.

Este Plan constituye una respuesta al estado de necesidad de la gran mayoría de la población, mediante programas de protección social y económica, orientados a remediar cualquier situación dañina, sin importar su origen. “Aliviar el estado de necesidad e impedir la pobreza, es un objetivo que debe perseguir la sociedad moderna y que inspira el carácter de generalidad de la protección”¹⁸, proclamaba el informe Beveridge. Este nuevo enfoque, más humano, incluyente e integral, expresión del auge simultáneo (aunque no simétrico) de la productividad y de los movimientos progresistas a nivel mundial, fue adoptado por los países europeos, extendiéndose luego a América Latina y a las demás naciones y continentes.

En 1944, la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), congregada en Filadelfia, presentó la Declaración de los fines y objetivos de la OIT y de los principios que debieran inspirar la política de sus miembros, la cual en su Título III establece ...”La Conferencia reconoce la obligación solemne de la Organización Internacional del Trabajo de fomentar, entre todas

¹⁷ Castro Marte, Monseñor Jesús. (2021). *Comentarios al Sistema de Seguridad Social*. <https://listindiario.com/la-republica/2021/08/28/685816/comentarios-al-sistema-dominicano-de-seguridad-social.html>

¹⁸ OIT. (1919). *Historia de la OIT*. <https://www.ilo.org/es/node/8411/historia-de-la-oit>

las naciones del mundo, programas que permitan extender medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa”. De esta forma, la Seguridad Social fue ganando terreno político y relevancia social e internacional, llegando a figurar como parte integral y destacada de las primeras resoluciones de la recién creada Organización de las Naciones Unidas (ONU) ¹⁹.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. En efecto, en octubre del 1948, se aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, la cual en sus artículos 22 y 25 consagró la seguridad social como un derecho universal, inherente a toda persona, sin tomar en cuenta su condición social, económica, política, religiosa o étnica. Esta Declaración, firmada por la inmensa mayoría de los países, constituyó *un hito histórico al superar las limitaciones y exclusiones de los viejos seguros sociales*, dando paso a los actuales sistemas de seguridad social de carácter universal, integral, solidario y obligatorio.

- a) **“Artículo 22:** Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.
- b) **“Artículo 25:** Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda,

¹⁹ Vidal Portillo, José. (2020). *Importancia de los informes Beveridge en el desarrollo del estado social*. <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-andina-del-cusco/derecho-de-la-seguridad-social/informe-beveridge/7390190>

la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos en el matrimonio o fuera del matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

En esencia, las calamidades y catástrofes mundiales, unidas a las crecientes demandas sociales y políticas de reconocer los derechos humanos de todos los habitantes del universo, provocaron un *cambio cualitativo* en la protección social. De esta forma, se inició la transición de los tradicionales seguros sociales, basados en un derecho laboral limitado sólo a los trabajadores asalariados, a un sistema de seguridad social integral, concebido como un derecho humano universal, independiente de la raza, del nivel del ingreso, la edad, el sexo y la condición de salud. Con ello se sentaron las bases legales y políticas de un novedoso enfoque sobre el rol de un modelo de *Estado socialmente responsable*, conocido como “el Estado de Bienestar”.

Vale la pena resaltar que, paradójicamente, los desastrosos resultados tanto de la Primera como de la Segunda Guerra Mundial, en términos económicos y de vidas humanas, así como de la Gran Depresión, fueron los verdaderos catalizadores de la moderna declaración de los derechos humanos. Además de las pérdidas de vidas que ocasiona cualquier guerra, habría que agregarles las atrocidades y violaciones de los derechos humanos, en escala sin precedentes, cometidas por Adolf Hitler contra la población judía y otros grupos sociales, incluyendo a millones de mujeres, niños y ancianos, bajo el pretexto de una supuesta superioridad racial. Otro factor coadyuvante de gran importancia fue la conformación de un creciente e influyente bloque de países socialistas, agrupados en la Unión de Repúblicas Socialistas

Soviéticas (URSS), en abierta competencia ideológica con los países de las economías de mercado.

La historia registra muchos testimonios de líderes, grupos e instituciones representativas que juraron no permitir jamás la repetición de acontecimientos tan humillantes para los seres humanos y las naciones libres. La documentación y la difusión de los crímenes de guerra y de los genocidios, conmovieron a la humanidad en medio de la llamada “guerra fría” entre dos bloques económicos y políticos con intereses y concepciones diametralmente opuestos.

Aprobación del Convenio Núm. 102 de la OIT. En el 1952, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprobó el Convenio Núm. 102, considerado como la herramienta fundamental para la extensión de la cobertura de la seguridad social. Contempla un conjunto de programas y prestaciones concebidas como un proceso gradual y progresivo de aplicación, según el nivel de desarrollo de los países firmantes. Comprende 9 prestaciones: asistencia médica, prestaciones monetarias por maternidad, enfermedad, desempleo, vejez, invalidez, sobrevivencia, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y asignaciones familiares. Para ser ratificado por los países miembros de las Naciones Unidas, basta inicialmente con cubrir 3 de sus 9 ramas de coberturas.

Los principios que sirven de base al Convenio establecen: la garantía de prestaciones definidas, la participación de los empleadores y de los trabajadores en la administración de los regímenes; la responsabilidad general del Estado en lo que se refiere a las prestaciones concedidas y a la buena administración de las instituciones; y el financiamiento colectivo de las prestaciones por medio de cotizaciones o de impuestos. La OIT rige, y al mismo tiempo propicia, la toma de decisiones mediante procedimientos tripartitas, es decir, acordados de común acuerdo entre las autoridades, los empleadores y los trabajadores.

No obstante, tanto el derecho a la igualdad de oportunidades, como al acceso regular a la educación, a la salud, al empleo y a la protección social y jurídica, *continúan siendo una utopía*, especialmente en aquellas naciones en donde el predominio y el poder de unos pocos, mantiene sistemas económicos y sociales concentradores y excluyentes, bajo relaciones laborales que acentúan las desigualdades sociales. De acuerdo con la OIT, *todavía sólo una de cada cinco personas en el mundo cuenta con un sistema de seguridad social con una cobertura adecuada*.

Esta síntesis sobre la evolución y conquista de la seguridad social confirma la necesidad de todos los seres humanos, sin distinción, de contar con un sistema de protección social contra el riesgo de perder su salud, de un accidente laboral o de tránsito, así como de llegar a la vejez, sin contar con los recursos necesarios para evitar la reducción de la calidad de vida y/o la ruina económica familiar. Demuestra que los seguros sociales constituyeron una conquista social de trascendencia universal, siendo superados décadas después, cuantitativa y cualitativamente, por los modernos sistemas de seguridad social solidarios, universales, integrales y obligatorios. También revela, que la seguridad social contribuye a elevar la productividad, la convivencia democrática, la estabilidad política y la gobernanza y cohesión social. Y, finalmente, que muy a pesar de estas ventajas, su avance aún resulta insuficiente, ya que todavía la gran mayoría de la población mundial no disfruta de una protección social integral, como disponen la Declaración Universal, múltiples acuerdos internacionales aprobados y las constituciones de la gran mayoría de las naciones del mundo.

III.

SERVICIOS PÚBLICOS COSTOSOS E INSATISFACTORIOS

El sistema público de salud de la República Dominicana se caracteriza por la ausencia total de garantía del Derecho Universal a la Salud (DUS), una constante transversal, que persiste década tras década, partido tras partido y gobierno tras gobierno. Aunque este derecho ha estado presente en todas las constituciones, incluyendo la actual, así como en todos los planes y documentos oficiales, la ausencia de un auténtico Estado de derecho lo ha reducido a una simple promesa o declaración de intenciones. Lo cierto y real es que han faltado la voluntad política y la visión de futuro necesarias para convertir en realidad este derecho fundamental a la salud y al bienestar.

Durante casi tres cuartos de siglo en el país ha imperado un modelo de atención puramente curativo, asistencial, excluyente, privatizado y costoso, con servicios públicos discontinuos, insuficientes, de baja calidad, y de limitada aceptación general, incluso de las familias más vulnerables y de escasos recursos. Este vacío ha sido cubierto por un crecimiento progresivo de la medicina privada, incentivada por el propio Estado, con un aumento preocupante del gasto familiar de bolsillo.

La falta de garantía de derecho y de voluntad política se expresan en un insuficiente gasto público en salud, con dos agravantes: 1) una

asignación de los recursos, sin asegurar la prestación de los servicios médicos y de salud que demandan las familias más pobres y vulnerables; y 2) la vigencia de una modalidad de contratación de los recursos humanos, con pagos fijos e independientes de la dedicación y del desempeño, que fomentan el clientelismo, el ausentismo y la mediocridad. Estas dos limitantes mantienen al sistema público de salud como uno de los más ineficientes y privatizados de la Región, relegando el derecho de los afiliados a un plano secundario. El sistema público de salud se ha modernizado, pero sin cambios estructurales en su esencia que eliminen el estado de desprotección y exclusión social vigente desde hace siete décadas. Aunque la mayoría del personal de salud se empeña en dar lo mejor de sí, están limitados por un modelo de asignación y gestión de los recursos que no estimula la dedicación, ni la eficiencia, ni la calidad, ni la oportunidad de los servicios.

1. Brecha creciente entre la atención pública y la privada

*Los médicos visitaban a los pacientes en sus hogares*²⁰. Durante casi un siglo, la ausencia de un Estado de bienestar ha limitado el ejercicio efectivo de los derechos humanos, particularmente del derecho a la protección social. La falta de voluntad política ha impedido el fortalecimiento de las instituciones independientes, llamadas a garantizar el pleno disfrute de los derechos fundamentales de todos los individuos de la sociedad.

A principios del pasado siglo XX²¹, las Juntas de Sanidad, creadas según la Ley de Sanidad Número 4836 del año 1908, tenían un carácter consultivo y de fiscalización sobre la higiene y salubridad pública.

²⁰ Díaz Santana, A. (2022). *Derecho Universal a la Salud, Financiamiento y Administración del Riesgo*, Amazon

²¹ MISPAS. (2024). *Historia del Ministerio de Salud Pública*. https://www.msp.gob.do/web/?page_id=3028

El 13 de octubre de 1919, durante la intervención norteamericana, se dictó la orden ejecutiva No. 330, que creó la primera unidad encargada de dirigir la Salud Pública. El 25 de junio de 1924, la Ley No. 685 convirtió dicho Departamento en la Secretaría de Estado de Sanidad y Beneficencia. El 24 de noviembre del 1941, mediante la Ley No. 013, se denominó Secretaría de Sanidad y Asistencia Pública.

En el año 1947, mediante la Ley No. 1399, se creó la Secretaría de Estado de Previsión Social y en 1955 la Secretaría de Estado de Sanidad y Asistencia Pública pasó a denominarse Secretaría de Estado de Salud Pública. El 28 de junio de 1956 ²² la ley 4471 estableció el *Código Trujillo de Salud Pública*, una modernización y actualización del modelo de atención puramente curativo, costoso, excluyente y asistencial. Mediante el Decreto No. 2786 del año 1957 se integraron las dos funciones con el nombre de Secretaría de Estado de Salud y Previsión Social.

Para 1930 existían 9 hospitales y 1 laboratorio nacional. El 70 % de la población vivía en el campo y carecía totalmente de servicios médicos. La gente tomaba remedios caseros y visitaba a los curanderos. Las comadronas atendían la gran mayoría de los partos y la mortalidad general y materno-infantil era muy alta. Según el Dr. Mateo Martínez, Héctor. (1968), una buena parte de la población era analfabeta, andaba descalza, y tenía una esperanza de vida de apenas 48.4 años ²³.

Durante los 30 años de la dictadura, Trujillo modernizó el sistema público de salud y construyó varios hospitales para la población urbana. No obstante, todavía muy pocas personas acudían a los mismos, salvo en casos extremos. Los médicos visitaban a los pacientes en sus hogares, bajo la modalidad de médicos de cabecera. Más adelante,

²² Ibidem, pág. 1

²³ Stern, Herbert. (2019). *La Sanidad Pública en la Década del 1950*. Sterh<https://www.elcaribe.com.do/gente/cultura/historia-de-la-medicina/la-sanidad-publica-en-la-decada-del-1950/>

Trujillo obligó a vacunarse y prohibió andar descalzo, a fin de asegurar una mayor demanda para su Fábrica Dominicana de Calzados (FADOC)²⁴. Todas las prostitutas tenían que someterse a un chequeo semanal. En marzo del 1948²⁵ se creó la Caja del Seguro Social, con grandes limitaciones y exclusiones, propias de la dictadura, adscrita a la Secretaría de Salud Pública, como explicaremos en el próximo Capítulo.

Cobertura limitada, exclusiones y cobro por consultas. Para el 1960, el país ya tenía 44 hospitales, 136 dispensarios médicos, un orfanato, 14 granjas o asilos, un manicomio y dos laboratorios. Salud Pública sólo tenía 60 médicos, menos de un médico por municipio, y 68 enfermeras asimiladas. No obstante, la cobertura hospitalaria se limitaba a los servicios básicos: cirugía general, ginecología, pediatría, odontología y oftalmología, sin incluir atención médica especializada del tercer y cuarto nivel. Ello explica la creación post Trujillo, por iniciativa de grupos de la sociedad civil y de médicos meritorios, de varios patronatos e institutos autónomos: el Instituto Dominicano de Cardiología, el Centro de Rehabilitación, el Instituto Dermatológico, y el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, entre otros.

Los cimientos de la privatización de la medicina provienen de una decisión de Trujillo. Los hospitales tenían un área de asistencia social, donde los enfermos podían recibir servicios gratuitos, previa evaluación socioeconómica. Para el resto de las familias, el dictador aprobó el Reglamento Administrativo No. 684 del 1940, *estableciendo las tarifas a cobrar por el acceso a los hospitales del Estado* por las consultas, exámenes de laboratorio, rayos X, hospitalización y otros servicios.

²⁴ En esa fábrica iniciamos nuestra vida laboral, apenas a los 16 años, como obrero del departamento de terminación y envase de los calzados y, por lo tanto, afiliado al Seguro Social obligatorio.

²⁵ En realidad, el Seguro Social fue creado el 17 de marzo de 1947 mediante la Ley Núm. 1376

Los hospitales cobraban 10 pesos por consulta, la mitad de lo que ganaba un médico practicante, equivalente al 70 % del salario medio mensual de entonces. Como señala el Dr. Guzmán, Daniel. (2021), *se trató del inicio formal del proceso de privatización de los servicios de los hospitales públicos* ²⁶.

Aunque hubo avances en relación con el estado inicial de la salud pública, (reducción de la mortalidad, campañas de vacunación, mejoramiento ambiental, etc.), durante la dictadura, nunca se conoció a ciencia cierta la realidad de la situación sanitaria. No existían estadísticas confiables y nadie se atrevía a quejarse de la calidad de los servicios. Muchos médicos fueron anti-trujillistas y decenas fueron encarcelados, asesinados y desaparecidos. Los logros de la época fueron exagerados por la propaganda del régimen, no sólo para perpetuarse en el poder sino, además, para tratar de neutralizar las denuncias internacionales sobre las violaciones a los derechos humanos.

El 19 de noviembre de 1932, se aprobó la Ley No. 385 sobre Accidentes de Trabajo, publicada en la Gaceta Oficial No. 4521. Esta ley estableció la obligatoriedad de las empresas de compensar al trabajador lesionado mediante la contratación, por parte del patrono, de una póliza a una compañía privada de seguro, supervisada por el Departamento de Accidentes de Trabajo, facultado para establecer la tarifa mínima que debían cobrar las compañías de seguro. La Ley No. 1667 del 17 de marzo del 1948 encargó a la Caja Dominicana de Seguros Sociales de todas las operaciones de seguros contra accidentes

La expansión del modelo del IDSS implicaría gastar el 16.8 % del PIB, tal y como opera en las presentes circunstancias, una carga económica insostenible.

²⁶ Dr. Guzmán, Daniel. (2012). *Para que no se Repita la Historia*. <https://paraquenoserepitalahistoria.blogspot.com/2012/10/trujillo-y-el-sector-salud-iii-y-iii.html>

de trabajo, “ajustándose a la Ley 385”. Las tarifas de las primas por accidentes de trabajo requerían la aprobación del Poder Ejecutivo y sus fondos eran manejados mediante una administración separada del Seguro Social. El reglamento de aplicación de dicha Ley fue aprobado dos años después, en el 1934.

El Dr. Pérez Mera, Amiro (1984) exministro de Salud Pública, publicó varios estudios que revelan el estado crítico y precario de la salud durante la década de los 70, destacando los siguientes hallazgos²⁷:

- a) **Los grupos de ingresos bajos viven en condiciones precarias** y la mortalidad es varias veces mayor que en los grupos de ingreso más elevados.
- b) **La expansión del modelo del IDSS implicaría gastar el 16.8 % del PIB**, tal y como opera en las presentes circunstancias, una carga económica insoportable.
- c) **A partir de 1972, el gobierno apoyó con recursos a las clínicas privadas** y desde entonces el financiamiento de estos centros ha tenido una alta prioridad.
- d) **El gasto gubernamental en salud se orientó hacia servicios preventivos** de alto rendimiento, al desarrollo institucional de la SESPAS y hacia gastos de gran magnitud en construcciones suntuarias.
- e) **Los servicios son teóricamente gratuitos**, pero el suministro de medicinas está prácticamente reducido a los pacientes hospitalizados y, aun en estos casos, su disponibilidad es precaria.
- f) **De las personas que enfermaron durante las dos semanas anteriores** al cuestionario, sólo el 8.6% consultó a médicos de SESPAS y un 2.0% a los servicios del IDSS.

²⁷ Dr. Guzmán, Daniel. (2023). *Aportes de tres Gobiernos al Sistema de Salud Dominicano*.

En los inicios de la década de los 90 se realizaron nuevos esfuerzos por reformar el Sistema de Salud. Para finalizar una huelga nacional de más de 6 meses que mantuvo paralizada la salud pública, el Gobierno Dominicano y la entonces Asociación Médica Dominicana (AMD), firmaron un acuerdo para analizar la situación del sector y proponer posibles soluciones. Un equipo multidisciplinario de consultores y técnicos contratados por la Oficina de Coordinación Técnica (OCT), creada en el 1995, con fondos del PNUD, demostró la urgencia de una reforma e identificó las debilidades del sistema dominicano de salud. Luego, la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), continuación de la antigua OCT, en el 1997, elaboró una amplia propuesta para fortalecer la rectoría, reestructurar y reorganizar la red nacional de servicios, elevar el financiamiento y mejorar la calidad y oportunidad del cuidado de la salud de la población, con sendos préstamos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Deficiencias tradicionales en la entrega de los servicios públicos. Desde el final del siglo pasado, una de las características más sobresalientes del Sistema Nacional de Salud es que más del 76% de la población dispone de establecimientos médicos a menos de dos kilómetros de distancia de su hogar, una gran ventaja que la mayoría de los países de la región quisieran compartir. Sin embargo, los expertos resaltan que en las provincias y municipios del país la distribución de los establecimientos sanitarios no guarda relación alguna con los perfiles de salud y enfermedad de las comunidades, ni con su densidad poblacional²⁸. Una clara expresión del predominio de criterios políticos coyunturales por encima de las necesidades sentidas de la población.

²⁸ Dr. Pérez Mera, Amiro. (1979). *La Salud en la República Dominicana*, Estudios Sociales, Año XII, Número 45, Enero-Marzo 1979 y Número 46, Abril-Junio 1979

La afluencia de pacientes a los centros públicos de salud obedece fundamentalmente a su cercanía y bajo costo. Según un estudio de SESPAS, *la atención rápida, humana y efectiva constituye no más de un 5% de los motivos mencionados para acudir a estas facilidades*²⁹. En las últimas décadas, esta ventaja se ha acentuado con modernos centros de salud, pero, no obstante, como señala la Alianza por el Derecho a la Salud (ADESA), “las reformas e inversiones se han orientado a la modernización tecnológica y han quedado atrapadas en las modalidades tradicionales de gestión y prestación”³⁰.

Salvo honrosas excepciones, las limitaciones y deficiencias siempre han caracterizado a la producción de los servicios médicos de la Secretaría/Ministerio de Salud Pública. Al igual que en el Seguro Social, todos los estudios y encuestas reconocen *una baja apreciación de los dominicanos sobre la calidad y oportunidad de la atención de los hospitales públicos*.

Una expresión palpable de este nivel de inconformidad es que hasta los grupos sociales de escasos ingresos tratan de evitar acudir a los hospitales públicos, haciendo un esfuerzo supremo por reunir el dinero necesario para acceder a un centro privado de salud, a pesar de su costo. No obstante, las décadas transcurridas y la aprobación de las leyes, General de Salud (42-01) y de Seguridad Social (87.01), ambas a principios del 2001, esta percepción todavía es muy común, inclinando la balanza hacia la iniciativa privada y acentuando el gasto familiar de bolsillo. Basta con citar estos dos señalamientos recientes:

- a) “Cuando una persona sale para un hospital público es por *extrema necesidad*: tiene un problema serio de salud y carece de dinero para ir a una clínica privada. Y nadie sabe lo que pasará

²⁹ SESPAS. (2003). *Informe de Situación de Salud de la República Dominicana-2003*

³⁰ Ibidem

porque al llegar al centro, *es común que los médicos no estén o que no lleguen a tiempo, que en los laboratorios no haya insumos para hacer un análisis o para una radiografía. El personal trata a los pacientes como si estuvieran mendigando un servicio y es común que nos manden a comprar insumos y medicamentos que el hospital no tiene*". (ADESA, Grupo Focal Metropolitano) ³¹.

- b) "El 55.0% de las personas entrevistadas indicaron estar poco satisfechas, muy poco satisfechas o nada satisfechas con la calidad de los servicios públicos. En el caso de los servicios privados, fue lo opuesto, el 55.0 % dijo estar muy satisfecho o satisfecho con la calidad de los servicios", según consigna el Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 (PLANDES 2030). ³²

Aunque algunos hospitales y centros públicos de salud han ofrecido servicios y atenciones de calidad a la población, gracias al esfuerzo y dedicación de sus recursos humanos, lo cierto es que, lamentablemente, en la gran mayoría de los casos los mismos han sido muy deficientes, en horarios muy limitados, con insumos y medicamentos insuficientes y discontinuos, y con frecuencia, con un trato desconsiderado, ignorando el derecho de los pacientes, y generando grandes insatisfacciones en la mayoría de la población. "Puede afirmarse que la insatisfacción de las personas está determinada por: 1) las carencias de un cuadro de servicios básicos; 2) la falta de oportunidad en la entrega de las intervenciones de salud; 3) la baja calidad de estas intervenciones, que no responden a las aspiraciones de la ciudadanía; y 4) al trato poco humanizado que reciben los usuarios del sistema de salud"³³.

³¹ ADESA, (2019). *Atención Primaria en Salud, Situación y Retos en la República Dominicana*

³² ADESA. (2022). *Situación y Retos II Nivel de Atención en Salud en la República Dominicana*.

³³ PLANDES 2030. (2023). *Plan Estratégico Nacional de Salud 2030*

Tradicionalmente, la función de la SESPAS como proveedora de servicios ha sido muy limitada, dando lugar a que una porción muy grande de los hogares pobres literalmente se encuentre fuera del sistema público de atención médica, señala el Lic. Isidoro Santana ³⁴ Por su parte, el Dr. Stern Díaz, Herbert. (2015), considera que “desde 1966 en que se inician las Iguales Médicas en el país, ese sector creció continuamente. El crecimiento de las igualas se debió a la mejoría de los servicios que se ofrecían a través de ellas debido a la competencia, y la apreciación del público de que los servicios prestados eran buenos y el precio asequible”.³⁵

El Estudio de Satisfacción de Usuarios (ESU), de la Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud, así como las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA), de 1996 y 2002 indican que, paradójicamente, alrededor de la tercera parte de la población más pobre del país está obligada a utilizar dinero para acceder al cuidado médico, en su mayoría servicios públicos que requieren del pago de cuotas de recuperación y de otras modalidades derivadas de las carencias de los hospitales públicos. El estudio de ENDESA 96 reveló que en dos de cada tres hogares dominicanos donde hubo internamiento, fue necesario *consumir los ahorros, vender o empeñar algo* para enfrentar su costo. *Como consecuencia de las precariedades en que vive y de la larga vigencia del modelo curativo de atención, la esperanza de vida de estos dominicanos resulta por debajo de la media nacional.*

La encuesta de satisfacción de los usuarios (ESU-96) ³⁶ sobre utilización de los servicios de salud y satisfacción de los usuarios, realizada

³⁴ Santana, Isidoro. (1997). *Las Iguales Médicas Frente al Seguro Social* (Estudio de la Organización Industrial de los Servicios de Salud en la República Dominicana).

^h<https://publications.iadb.org/es/publicacion/13290/las-iguales-medicas-frente-seguro-social-estudio-de-la-organizacion-industrial-de>

³⁵ Ibidem, pág. 03.

³⁶ Stern, Herbert. (2018). *Las Iguales Médicas*,

^h<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Iguales+m%C3%A9dicas>

por la Fundación Siglo XXI a más de 4,921 hogares durante el 1996, arrojó los siguientes resultados:

- a) **Más del 85 % de los habitantes del país carece de un seguro de salud** que proteja a su familia.
- b) **La baja cobertura del Seguro Social y el tradicional descuido de la atención pública gratuita** conducen a un grado extremo de privatización de los servicios médicos.
- c) **Alrededor de las dos terceras partes en los que se registraron casos de hospitalización**, los hogares se vieron precisados a incurrir en endeudamiento o reducción del patrimonio familiar.
- d) **El costo medio de un internamiento supera el ingreso mensual del 70% de las familias**, con un pago directo de RD\$5,615.
- e) **El 52.8 % de la población piensa que se precisa de una transformación completa del sistema de salud** y otro 32 % entiende que se requieren grandes cambios.

“El sistema público asistencial³⁷ representa una amplia red repartida en la geografía nacional, organizado para prestar servicios a todos/as los/as dominicanos/as (sic) que lo demandan, *pero caracterizado por una profunda y permanente crisis financiera que lo convierte en el servicio más deficiente del país*”. Los problemas del sector salud de la República Dominicana lo podemos resumir como sigue: 1) baja cobertura de la seguridad social; 2) gasto público en salud insuficiente; 3) inequidad en el gasto; 4) gasto privado muy elevado; y 5) acceso restringido para la mayoría de la población dominicana a los servicios de salud de calidad.

³⁷ SESPAS-GPP, Fundación Siglo XXI. (1997). *ESU-90 Utilización de los Servicios de Salud y Satisfacción de los Usuarios*

Impacto muy limitado en las condiciones de salud. En 1996, un estudio de la Oficina de Coordinación Técnica (OCT), sintetizó la situación del sector salud con estos tres párrafos:

- a) “El sistema dominicano de salud es ineficaz, porque no cumple con el objetivo de garantizar el acceso a la salud para toda la población. Esto puede expresarse en la cobertura limitada de los servicios de atención a las personas y por la baja inversión en las acciones de promoción y prevención de alta externalidad”.
- b) “Las inequidades en el acceso y en el financiamiento, la ineficiencia en cuanto a la cobertura y capacidad resolutive y la baja calidad de los servicios de salud, las listas de espera injustificadamente largas en los centros públicos de salud, la falta de trato humanizado, posiblemente se traducen en la insatisfacción de las personas que lo utilizan”.
- c) “La desarticulación es la manifestación más clara de la ineficiencia del sistema nacional de salud, que se expresa en la superposición de diferentes subsectores sin coordinación, donde no hay una interacción correcta entre los recursos humanos, la infraestructura física, la tecnología y la prestación de los servicios. De esta manera, *se producen ineficiencias sustanciales en las tres funciones principales del sistema: el financiamiento, la asignación de los recursos y la prestación de los servicios*”.³⁸

El modelo curativo de salud de la República Dominicana no tuvo un impacto importante en los indicadores de salud del país, pues según la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) del año 2002, la mortalidad infantil en los últimos años fue de 41 por cada 1,000 nacidos vivos, y con la tasa de mortalidad materna de 124 muertes por

³⁸ Severino, Fulgencio. (2005). *Sistema Dominicano de Seguridad Social, Rostro de la Anhelada Protección Social*

cada 100,000 nacidos vivos. El hecho de que el 99% de los embarazos era atendido por médicos, y que el 75% fue atendido en hospitales públicos, revela la existencia de grandes deficiencias en la organización y calidad de la atención”, según Tania Acosta, (2020) ³⁹.

Una evaluación de la atención materna y neonatal en 24 hospitales realizada en mayo del 2021 por el Servicio Nacional de Salud (SNS) y UNICEF reveló que “*más de un 80% de las muertes maternas y neonatales son evitables*”. Al igual que en la mortalidad neonatal, la mortalidad materna prácticamente duplica la frecuencia del promedio de la región. Y de acuerdo con el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) “en el ámbito del derecho a la salud y del bienestar, *los principales indicadores de cobertura muestran reducidos avances y aún se tienen retos de calidad del servicio*. La tasa de mortalidad materna se mantiene alta. También merece especial atención la tasa de muertes evitables en la población menor de cinco años”⁴⁰. Se registra una tendencia a la baja de la mortalidad, como se explicará en el Capítulo XII, sección 01.

Estos resultados revelan la gravedad de la situación, y la incapacidad del modelo curativo y costoso vigente para garantizar el Derecho Universal a la Salud (DUS). Como lo declaró la Alianza por el Derecho a la Salud (ADESA): “*El sistema sanitario del país está en cuidado intensivo, como lo demuestran todos los indicadores de salud*. Cada día mueren en la República Dominicana un promedio de nueve recién nacidos vivos antes de cumplir los 28 días; las muertes maternas siguen superando las 200 por año, las enfermedades cardiovasculares son las principales

³⁹ Acosta, Tania. (S/F). Antecedentes de la Seguridad Social Dominicana. https://www.academia.edu/10416448/Antecedentes_de_la_seguridad_social_dominicana?email_work_card=thumbnail

⁴⁰ Ministerio de Economía. (2022). *Ministro de Economía considera avance de los ODS está relacionado a la institucionalidad, sostenibilidad y a la conciencia de insularidad*. <https://mepyd.gob.do/ministro-de-economia-considera-avance-de-los-ods-esta-relacionado-a-la-institucionalidad-sostenibilidad-y-a-la-conciencia-de-insularidad/>

causas de muertes debido, entre otras razones, a un déficit alarmante en los hospitales públicos de cardiólogos y equipos”⁴¹.

Para el año 1996, luego de varios estudios⁴², “el país contaba con diagnóstico situacional y/o línea de base del sector salud, que permitió conocer que el *modelo de salud era segmentado* (SESPAS, IDSS, Privados, otros), excesiva burocracia, subsidio de la oferta, excluyente, inequitativo, ineficiente, centralizado, asistencialista hospitalario, poca organización, poca supervisión, baja calidad de los servicios, mortalidad infantil de 39 por mil nacidos vivos, mortalidad materna 228 por cien mil nacidos vivos, asegurados el 19 % y un gasto público salud 1.2 % del PIB. Ante este diagnóstico, el gobierno agenció préstamos con organismos multilaterales, el Banco Mundial (BM) por US\$42 millones y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) otros US\$70 millones, entre otros, con el objeto de solucionar los *problemas señalados*”, una síntesis del Dr. Daniel Guzmán, médico exfuncionario de Salud Pública y ex consultor del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

De acuerdo a los datos económicos oficiales, en los años 1997-98 el gasto total en salud en la República Dominicana se estimó en un 7.97% del Producto Interno Bruto (PIB), un poco más del promedio regional. En el año 2000, el Estado aportó del gasto total en salud sólo un 1.9% del dinero público, poco más de la mitad del promedio de la Región, que era de un 3.2%,⁴³ una clara expresión de la mezquindad oficial y de la ausencia de garantías de derechos.

⁴¹ ADESA. (2021). *El sistema sanitario de RD está en cuidados intensivos*. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=sistema+sanitario+del+pa%C3%ADs+est%C3%A1+en+cuidado+intensivo%2C+como+lo+demuestran+todos+los+indicadores+de+salud.+>

⁴² Dr. Guzmán, Daniel. (2028). *Arismendi Díaz Santana, respuesta No 1*. <https://daniel3793.wordpress.com/arismendi-diaz-santana-respuesta-no-1/>

⁴³ SESPAS/PROCISA. (2000). *Una Reforma para estar en Salud*, Claves para profesionales del sector sanitario

A mayor privatización, mayor gasto familiar de bolsillo. Estudios realizados por entidades especializadas demuestran que una de las principales causas de quiebra de las microempresas ha sido la ausencia de servicios públicos confiables y de un seguro universal de salud. Revelan que cuando se presenta una enfermedad, y se carece de un seguro médico y se necesitan 200,000 o 250,000 pesos juntos, para tratar de salvar al pariente, a la familia no le queda otra alternativa que utilizar el capital de trabajo, empeñar o vender alguna maquinaria, y/o retrasarse en la amortización de un préstamo. Su desesperación y urgencia desencadenan un desequilibrio familiar que erosiona la capacidad productiva que le sirve de fuente de trabajo y de sustento a su propia familia y a otros trabajadores⁴⁴. El encarecimiento del costo de los servicios médicos privados llega al extremo de que, a veces, una intervención quirúrgica no muy compleja, representa un costo superior al ingreso de un año de una familia pobre.

Un estudio más reciente señala que “en la República Dominicana son los más pobres los que asumen la carga más pesada de su presupuesto para cubrir por cuenta propia sus gastos de salud. *Cerca del 30% de los ingresos de los hogares más desposeídos se destina a la salud*”⁴⁵. Lamentablemente, 22 años después, esta situación no ha mejorado, salvo en algunos centros de salud y, por el contrario, se ha agravado debido, entre otros factores, a la vigencia de una asignación de los recursos que privilegia a los políticos, a los gremios y a los proveedores, a costa del Derecho Universal a la Salud (DUS).

Muchas familias pobres no hacen uso regular de los servicios médicos, excepto en situaciones de emergencia, aunque siempre tienen disponible el acceso a los hospitales de la SESPAS. Aunque este servicio es gratuito, sus precariedades ocasionan gastos de

⁴⁴ Ver estudios e informes de FONDOMICRO

⁴⁵ SESPAS/PROCISA. (2000). *Una Reforma para estar en Salud*, Claves para profesionales del sector sanitario

bolsillo para los pacientes, sobre todo en farmacología y servicios de diagnóstico. Las tradicionales ineficiencias del modelo público del cuidado de la salud de las personas encarecen el costo general de la atención, generando exclusiones y barreras al acceso regular de la mayoría de la población, en especial de los grupos sociales más postergados. A pesar de los avances económicos y sociales del país durante las últimas décadas del siglo pasado, y del actual, una de las mayores limitantes que siempre ha tenido la salud pública ha sido el exiguo presupuesto, especialmente para “el cuidado de la salud de las personas”. Una mezquindad agravada por la asignación unilateral e “histórica” (léase *tradicional*) de los recursos, sin la menor garantía de servicios oportunos y de calidad para las familias más necesitadas y vulnerables. Esta deficiencia ancestral explica el amplio predominio de la medicina privada y del gasto familiar de bolsillo, un cuadro lamentable que terminó condicionando la característica plural del Seguro Familiar de Salud (SFS). Y que todavía gravita negativamente sobre la gran mayoría de la población, debido al incumplimiento oficial de la Constitución y de la Ley 87-01, que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

El Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SIS-MAP)⁴⁶ para el sector salud evalúa la gestión de 100 hospitales, utilizando indicadores relacionados con la gestión administrativa, los recursos humanos, los aspectos sanitarios y la prestación de los servicios, en términos de calidad, cumplimiento de normas, eficiencia administrativa y rendición de cuentas. Los reportes más recientes indican avances en relación a la programación establecida indicando mejorías en la capacitación del personal, en el cumplimiento de las normas y procedimientos y en la rendición de

⁴⁶ <https://www.sismap.gob.do/>

cuentas, entre otros. También muestran avances en las metas internas de satisfacción de los usuarios, sin poder evaluar su impacto en la demanda general del Seguro Familiar de Salud (SFS) y en la reducción de la brecha entre los servicios públicos y los privados. Llama la atención la ausencia de suficiente información específica sobre el cálculo del costo de producción de los principales servicios brindados a la población.

2. Subsidios a la oferta que penalizan la eficiencia y la eficacia.

Un presupuesto público notoriamente insuficiente. El rasgo más evidente y notorio de la falta de garantía de derechos y de voluntad política, lo constituye el insuficiente gasto público en salud, fuertemente agravado por la forma irracional, unilateral y complaciente con que se asignan y gastan los limitados recursos disponibles. En 1995⁴⁷, las principales fuentes de financiamiento de la salud en el país eran las finanzas de los propios hogares, en un 75.1%; mientras, el Estado y el sector privado tenían el nivel más bajo de participación, 14.4% y 8.7% respectivamente.

Tradicionalmente, el presupuesto nacional destinado a la salud pública ha oscilado alrededor del 2.2% del producto interno bruto (PIB), un nivel que apenas llega al 40% del aprobado en la Ley 1-12 sobre la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) y del recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, es importante tener presente que, de ese insuficiente nivel, el porcentaje real reservado al cuidado de la salud de las personas ha sido del 1.7 % del PIB, reservando el restante 0.5 % para financiar los servicios colectivos, y la administración general del Ministerio y de las demás

⁴⁷ SESPAS, (2003). *Informe de la Situación de Salud de la República Dominicana-2003*

instituciones públicas de salud. *Las cuentas nacionales del Banco Central arrojan un gasto nacional en salud estimado en el 6.3 % del PIB como promedio de la última década.*⁴⁸

Esta gran estrechez presupuestaria, tiene como agravante una asignación de los recursos básicamente destinada a satisfacer los intereses políticos, a los gremios profesionales y a los proveedores favoritos. En consecuencia, todavía el gasto familiar de bolsillo se estima en alrededor del 45% del gasto total en salud, una injusticia social inaceptable, porque bloquea el acceso a los servicios médicos y penaliza notablemente a la población, especialmente a las familias más pobres y vulnerables.

“A menudo se intenta resolver la falta persistente de recursos financieros para el sector de la salud a través del uso del *pago directo en el momento de la prestación de servicios*. Este tipo de estrategia financiera crea obstáculos para acceder a los servicios y tiene consecuencias negativas en los resultados de la salud para las personas y comunidades. Además, aumenta el riesgo de que las personas deban incurrir en gastos catastróficos al acceder a los servicios de salud, lo que a su vez puede llevar al empobrecimiento”⁴⁹.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La falta de financiamiento adecuado y la ineficiencia en el uso de los recursos disponibles representan retos importantes en el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Mientras el gasto público promedio en salud

⁴⁸ Alcántara, Viannelys. (2022). *¿Presupuesto salud 2023 cumple lo establecido por ley?*. [https://www.diariosalud.do/noticias/presupuesto-en-salud-2023-cumple-lo-establecido-por-ley/](https://www.diariosalud.do/noticias/presupuesto-en-salud-2023-cumple-lo-establecido-por-le/)

⁴⁹ OPS. (2022). https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&cid=2973:health-financing&Itemid=2080&lang=es

respecto del PIB de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) llega a un 8 % del PIB, en el 2011 en los países en América Latina y el Caribe fue de apenas 3,8 % ⁵⁰. En nuestro país *la insuficiencia presupuestaria es más crítica aún, ya que apenas equivale al 48 % del promedio regional, alejando la posibilidad de cumplir con la consigna de “en salud, primero la gente”*.

Un presupuesto limitado y muy mal asignado. Tradicionalmente, el presupuesto para la Salud Pública ha sido insuficiente y muy mal asignado, con muy poco impacto en la calidad de la atención y en la garantía de derechos. De manera reiterada, la OMS señala que no basta con una mayor asignación pública para salud, porque su impacto social y sanitario depende fundamentalmente del grado de eficiencia y de eficacia con que se asigne. Según el Informe mundial sobre la salud en el mundo 2010 de la OMS, *las pérdidas de eficiencia son la causa de entre 30% y 40% del gasto total en salud*. Por lo tanto, constituye un imperativo ético y político asegurarse de que los recursos financieros se gasten en forma adecuada y transparente, para garantizar la cobertura de salud a toda la población y, en particular, a los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad.

La opinión pública desconoce los resultados de las auditorías realizadas (¿?) al Ministerio de Salud Pública, y a sus hospitales más emblemáticos. Tampoco ha habido algún informe público sobre las investigaciones de las quejas y denuncias de ineficiencias y de mal uso de los recursos, formuladas por pasados ministros, e incluso, por el propio Colegio Médico Dominicano (CMD). La ausencia de garantía estatal del derecho universal a la salud les resta importancia a estas denuncias públicas recurrentes. Al reconocer las tradicionales

⁵⁰ OPS. (2022). https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2973:health-financing&Itemid=2080&lang=es

deficiencias e insatisfacciones de la atención médica en los hospitales, la Licda. Rosa María Cañete Alonzo (2004) advierte que “si los servicios públicos no mejoran su calidad y su cobertura en la prestación, podría ocurrir como en el periodo anterior, en el que sectores pobres en busca de calidad decidan pagar privadamente los servicios que se suponen cubiertos por el Plan Básico de Salud”⁵¹.

Al gran constreñimiento en el gasto público de salud se le agrega la forma tradicional de asignación de los recursos. En nuestro país, así como en muchos de América Latina y el Caribe, existe la práctica de asignar el gasto en función de la oferta, comprometiendo y adelantando pagos millonarios, *sin ninguna garantía real de beneficios tangibles para la población*. Lejos de empoderar a los afiliados para garantizar y ejercer sus derechos como establece la Ley 87-01, esta práctica concentra el poder político para alimentar el clientelismo y ceder ante las presiones desproporcionadas de los gremios profesionales y de otras minorías.

La realidad objetiva es que, en la práctica, *la asignación histórica del presupuesto bloquea el acceso regular de miles de familias que, por su nivel de ingreso, educación y condición social, necesitan recibir servicios especiales de los centros públicos, sin costo ni gastos de bolsillo, como dispone la Constitución de la República*. Además, *desestimula y frustra la dedicación y el desempeño de la mayoría de los médicos y del personal que cumplen a cabalidad con su función*. El pago de un salario fijo, cuyo monto es negociado y aceptado de antemano, sin ninguna garantía de supervisión de horarios, de cumplimiento de metas, ni de una evaluación del desempeño, termina *fomentando el ausentismo y la mediocridad*, y reduciendo los niveles de productividad. En adición, ocasionan interrupciones de los servicios debido a protestas, paros y huelgas que afectan especialmente a las familias más vulnerables y de bajos ingresos.

⁵¹ Cañete, Rosa. (2004). *Impacto de la Ley 87-01 que crea el Seguro Social sobre la Equidad del Sistema Nacional de Salud*. Revista Estudios Sociales, 137

El gasto público sin fiscalización ni rendición de cuentas engendra una seria contradicción entre el “objetivo deseado” (servir a la población) y los resultados obtenidos (ineficacia e insatisfacción). La asignación de los recursos mediante presupuestos históricos presenta muy poca flexibilidad para adaptarse a las demandas de las familias de bajos ingresos, que son las que más acuden a los hospitales y demás centros públicos de salud. Por ejemplo, cuando la gerencia y el personal de un determinado hospital logran elevar la calidad y oportunidad de los servicios, la afluencia de pacientes se multiplica, demandando más recursos humanos, insumos, medicinas y servicios generales. Pero la rigidez del presupuesto les impide al gerente y al *personal esforzado, eficiente y cumplidor* continuar atendiendo la nueva demanda, debido a que no cuentan con los recursos adicionales necesarios. En cambio, los hospitales deficientes continúan recibiendo la misma asignación presupuestaria, a pesar de que los pacientes disgustados han emigrado a los más eficientes, o se han visto obligados a solicitar servicios privados, incurriendo en un gasto de bolsillo innecesario.

Esta asignación ineficiente *termina frustrando y desmotivando a los gerentes y al personal comprometido*, provocando una resignación que fomenta más ineficiencia y mediocridad, a expensas del Derecho Universal a la Salud (DUS). Debe quedar bien claro que las deficiencias de los centros públicos no son inherentes a su condición de instituciones estatales, sino *una consecuencia inevitable de la vigencia de políticas y modalidades de asignación de los recursos que penalizan la eficiencia e incentivan la pasividad, la improductividad, la deshumanización y la elevación innecesaria del costo de los servicios*. Uno de los grandes “olvidos” de las autoridades ha sido que los hospitales son empresas públicas de servicios y no simples oficinas públicas.

Es posible y necesario establecer incentivos que estimulen la dedicación, el rendimiento y el uso adecuado de los recursos. Por ejemplo, hace décadas en el hospital Luis E. Aybar se establecieron incentivos al personal por la cantidad de servicios de diagnóstico prestados, con

la asesoría y la cooperación japonesa. El personal estaba muy motivado, protegiendo los equipos para garantizar la continuidad de los servicios, actitud que no se verificaba en las áreas del hospital que carecían de estímulos ⁵². *Este tipo de incentivo siempre crea una relación ganar-ganar: más servicios oportunos y de calidad para los pacientes, y mayores ingresos y satisfacción para el personal de salud.*

Una asignación en respuesta al interés político y gremial. La ausencia de garantía real del derecho universal a la salud (DUS) fomenta una asignación de los recursos a la oferta, sin el necesario compromiso de asegurar resultados tangibles, a favor de las familias más pobres y vulnerables. *Los limitados recursos se emplean sin calcular costos, sin la debida fiscalización de sus resultados y sin evaluar su impacto en la salud y el bienestar.* El presupuesto se aprueba con la finalidad de concentrar y fortalecer los intereses políticos y de atender a las demandas y presiones de los gremios profesionales y de los proveedores favoritos, a espaldas del objetivo de priorizar el interés de los usuarios. Esta distorsión presupuestaria explica por qué la prestación de los servicios se realiza “*hasta agotar las existencias*”, plagada de insuficiencias, carencias e interrupciones, que penalizan a la población. Y demuestra claramente que, en realidad, la garantía del derecho a la salud termina siendo una resultante muy secundaria, circunstancial y discrecional, y no el punto de partida condicionante de la asignación de los recursos, como se deriva del sagrado objetivo de “en salud, primero la gente”, y como lo dispone la Ley 87-01 de Seguridad Social.

Esta asignación unilateral explica las frecuentes carencias de medicamentos esenciales, tanto ambulatorios como hospitalarios, la discontinuidad en el suministro de los insumos básicos para asegurar la prestación oportuna de los servicios de diagnóstico, así como para

⁵² Díaz Santana, A. (1996). *Los Servicios de Salud Prepagos en la República Dominicana*, OCT, 1996

garantizar la higiene y la alimentación apropiada de los pacientes y del personal. Estas limitaciones endémicas y la malversación de los recursos indujeron a los centros de salud a imponer cuotas de recuperación para complementar los exiguos presupuestos, contando con mayor flexibilidad y fondos frescos según la cantidad de servicios prestados.

Dada esta modalidad concentrada y centralizada de asignación presupuestaria, los directores de los hospitales y de los demás centros de atención carecen de la suficiente autoridad y de los recursos más indispensables, quedando impedidos de tomar las medidas inmediatas para asegurar servicios integrales, continuos y apropiados. Tradicionalmente, el nivel central de Salud Pública y ahora del Servicio Nacional de Salud (SNS), ha preferido más a simples “directores de hospitales”, con limitada autoridad y competencia que, a *auténticos gerentes, con suficientes recursos y autonomía real de gestión*. La fuerte concentración de la toma de decisión, unida a la politización, al clientelismo, a las nóminas supernumerarias y a la falta de racionalidad en la gestión de los recursos, limitan notablemente el desarrollo de la capacidad resolutive de las instituciones públicas de salud, colocándolas en franca desventaja frente a las clínicas privadas. Al final del día, *la diferencia en los resultados, y en las preferencias de la población, reside en que, mientras en el hospital la eficiencia no constituye una condición necesaria para su existencia, en la clínica privada resulta todo lo contrario*.

La fuerte concentración de la toma de decisión, unida a la politización, al clientelismo, a las nóminas supernumerarias y a la falta de racionalidad en la gestión de los recursos, limitan el desarrollo de la capacidad resolutive de las instituciones públicas de salud, colocándolas en franca desventaja frente a las clínicas privadas.

Para superar la forma tradicional de financiamiento del sistema de salud y de sus servicios, se requiere “desarrollar la capacidad de establecer los costos de los servicios brindados a la población beneficiaria, a fin de poder recuperar los mismos a través del Sistema Dominicano de Seguridad Social, lo que demanda una actualización de los sistemas y de las tecnologías, progresivamente migrando desde las formas tradicionales de presupuestar y de gestión financiera hacia formas más vinculadas al aseguramiento”.⁵³

La falta de atención primaria genera altos costos innecesarios. De acuerdo con la OPS/OMS la organización de la red nacional de salud por niveles de complejidad, debidamente fundamentada en la estrategia de atención primaria de salud (APS), constituye la solución más viable y sostenible para alcanzar los objetivos y metas del Derecho Universal a la Salud (DUS). Ello así, debido a que esta estrategia moderna, científicamente comprobada, no sólo garantiza la elevación de los indicadores de salud y bienestar sino, además, permite racionalizar el costo de la atención. La detección temprana de enfermedades prematuras contribuye a extender los años de vida saludables, mediante el empleo adecuado y oportuno de tratamientos efectivos, seguros y a un costo asequible para los países.

Por ejemplo, en el país existen más de tres millones de dominicanos adultos que son hipertensos, diabéticos y/o enfermos renales, y que desconocen su situación y el riesgo para su salud, porque no han sido diagnosticados y atendidos debido a la falta de la atención primaria de salud (APS). De igual forma, la alta mortalidad materno infantil podría reducirse extendiendo a nivel nacional las acciones de información, orientación y chequeo a las embarazadas durante el

⁵³ PUCMM, Friedrich Ebert Stiftung. (2009). *El Nuevo Modelo de Salud: Inicios, Rutas y Dificultades*.

proceso de gestación. El predominio de un modelo de atención fundamentalmente curativo, ineficiente y altamente costoso, explica la vigencia de estas lamentables y evitables situaciones. Y, desde luego, la negligencia del Estado en aplicar esta reforma prevista en la Ley 87-01, constituye una denegación de un derecho humano esencial.

De acuerdo con la Alianza por el Derecho a la Salud (ADESA)⁵⁴, el Primer Nivel de Atención tiene escasa capacidad resolutive y no responde a los actuales perfiles de salud, propios de la transición demográfica y epidemiológica. Una investigación de campo reveló que el 97% de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) opera con un médico, una enfermera y un promotor. Solamente un 5.2% de los directores son médicos de familia, mientras la Sociedad de Medicina Familiar se queja de que cerca de mil médicos están desempleados. La encuesta reveló que ninguna de las UNAP cuenta con el equipamiento necesario para prestar servicios oportunos y de calidad y aunque el suministro de medicamentos es normal, existe un déficit entre un 8.2% y un 41% de los 22 insumos indispensables; y más del 20% de los centros de salud carece de vacunas y/o de la cadena de frío para conservarlas.

Las evidencias en otros países demuestran que un primer nivel de atención centrado en la promoción y prevención y con suficiente capacidad resolutive: 1) minimiza la incidencia de las enfermedades prematuras y prevenibles, extendiendo los años de vida saludables; y 2) reduce los costos, permitiendo la extensión de cobertura y el avance hacia el Derecho Universal a la Salud (DUS). Incluso el proyecto FONHOSPITAL aplicado en la región sur del país, arrojó resultados altamente favorables, tanto para las familias participantes, como para la comunidad y el personal de salud. A pesar de estos resultados tangibles, el gasto en el primer nivel de atención apenas representa el 4.3%

⁵⁴ ADESA, (2019). Atención Primaria en Salud, Situación y Retos en la República Dominicana

de los servicios brindados a los afiliados del SFS, un monto ridículo en relación con el 30 % que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).

3. Una contratación sin garantía de dedicación y desempeño

Alarmante ausentismo, baja productividad y alto costo. Los profesionales de la salud constituyen el recurso más importante para garantizar el Derecho Universal a la Salud (DUS). La atención médica incluye un conjunto de servicios basados en actividades cada vez más complejas y especializadas. La producción de la salud requiere de una alta profesionalidad y vocación social, ya que cada caso es individual y precisa de un tratamiento personalizado. A pesar de los grandes avances tecnológicos, todavía la humanidad depende de una estrecha relación médico-paciente para la prestación de la gran mayoría de los servicios y de los tratamientos complejos. Por tal razón, *el cuidado integral de la salud de las personas requiere de un personal, no solo altamente calificado sino, además, bien pagado, motivado, comprometido, dedicado y adecuadamente valorado e incentivado.*

No hay que ser un experto para entender el enorme daño y costo que le produce al sistema público de salud el trato que con frecuencia reciben los hospitales públicos, como si se tratasen de oficinas públicas que ofrecen servicios repetitivos, rutinarios y uniformes. En consecuencia, la vigencia de la contratación de los recursos humanos basada en salarios fijos, iguales e independientes del nivel de dedicación y desempeño ignora las características especiales de su función social. Esa modalidad no se corresponde con el objetivo supremo del sistema público de salud de garantizar el desarrollo progresivo del Derecho Universal a la Salud (DUS), como mandan la Constitución y la Ley 87-01.

La garantía de un ingreso o pago fijo antes de la prestación de un determinado servicio siempre coloca al contratante a la defensiva, en

franca desventaja, reduciendo la capacidad para exigir los derechos y garantizar la libre elección de los beneficiarios. Sobre todo, y en mayor grado aún, cuando no existen normas ni procedimientos para controlar la asistencia, exigir la rendición de cuentas, y mucho menos, disposición e interés en evaluar los resultados obtenidos, para exigir responsabilidades y actuar en consecuencia. Esta modalidad de contratación de los recursos humanos evidencia que, lejos de garantizar la maximización posible de los servicios prestados a la población, el objetivo es satisfacer los intereses políticos, gremiales y comerciales de minorías, a espesas del Derecho Universal a la Salud (DUS).

Aquí es muy importante no perder de vista que, como empresas públicas, sin fines lucrativos, los hospitales tienen la responsabilidad de racionar los recursos disponibles a fin de ofrecer la mayor cantidad y calidad posible de servicios. Por lo tanto, la remuneración de su personal debe guardar una estrecha relación con los resultados obtenidos en términos de calidad, oportunidad y satisfacción de los pacientes y afiliados, para de verdad, asegurar “en salud, primero la gente”. *Así las cosas, y desde esta lógica, mientras mayores sean los pagos realizados, mucho mejor, porque se trata de una justa y merecida retribución por la entrega de más resultados obtenidos a favor de la población objetivo.* En cambio, el pago fijo y asegurado, antes de la prestación del servicio, no garantiza el avance hacia la universalidad,

las nóminas estaban muy abultadas, con personal inactivo por largos períodos que no asiste y cobra, y personal que tiene dos trabajos al mismo tiempo. “Prácticamente ninguno de los médicos asiste todos los días a su trabajo, el 53% de los mismos lo hizo solamente una vez en la semana. Las jornadas de trabajo o los contratos son por cuatro horas, pero los médicos trabajan, en promedio, 45 % de ese tiempo”

propiciando un alto nivel de ausentismo, baja productividad, politización, mediocridad y altos costos innecesarios.

Un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y Capacity Plus, con fondos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID) en el año 2011 en 18 hospitales regionales y provinciales, encontró que *las nóminas estaban muy abultadas*, con personal inactivo por largos períodos que no asiste y cobra, y personal que tiene dos trabajos al mismo tiempo. “*Prácticamente ninguno de los médicos asiste todos los días a su trabajo, el 53% de los mismos lo hizo solamente una vez en la semana*. Las jornadas de trabajo o los contratos son por cuatro horas, pero los médicos trabajan, en promedio, 45 % de ese tiempo”⁵⁵. La falta de supervisión de los recursos humanos, la ausencia de sanciones cuando hay negligencias, los altos niveles de ausentismo y la falta de controles sobre la asistencia, explican las largas horas de espera, muchas veces de hasta cinco horas, para las consultas ambulatorias, así como una productividad notoriamente baja.

Capacity Plus ⁵⁶ brindó asistencia al Ministerio de Salud Pública para analizar su sistema de nómina, revelando que *había cerca de 10,000 “trabajadores fantasmas”* (individuos que reciben un salario pero que en realidad no trabajan), más 2,259 personas que habían estado en proceso de jubilación durante más de tres años, lo que representa un total de aproximadamente el 30% del presupuesto central y aproximadamente 633,000 dólares por mes, más de 7.5 millones de dólares al año. El Ministerio de Salud eliminó a 2,717 de estos trabajadores en las primeras fases de la limpieza de nóminas y jubiló por completo a 1,090 personas (ahorrándose 6,2 millones de dólares

⁵⁵ PUCMM, Friedrich Ebert Stiftung, (2009). *El Nuevo Modelo de Salud: Inicios, Rutas y Dificultades*.

⁵⁶ Capacity Plus. (S/F). (2016). *Dominican Republic Focuses on Health Workforce Systems to Achieve an AIDS-Free Generation*. <https://www.capacityplus.org/dominican-republic-focuses-on-health-workforce-systems-to-achieve-aids-free-generation>.

al año), contribuyendo a un mayor acceso a los servicios. No se informó sobre el destino de los demás 8,452 trabajadores que cobran y no trabajan.

“La productividad de las consultas⁵⁷ en función del total de profesionales de la medicina contratados por la SESPAS presenta muchas variaciones según las regiones de salud. En la región 0, se produjeron 825 consultas por médico/a por año, mientras que en las regiones IV, VI y VIII esta relación excede las 2,000 consultas por profesional por año, lo que obliga a considerar el tiempo real dedicado a las consultas en relación con el tiempo contratado por profesional de la medicina. Otro aspecto por considerar es la cantidad de horas/profesional contratadas a especialistas”.

Paradójicamente, este ausentismo, lejos de reducirse, se ha ido ampliando, sin una reacción apropiada de las autoridades competentes, como corresponde. En el 2023, el Dr. José Luis Melo Sarita, director del Hospital Provincial Ricardo Limardo de Puerto Plata, señaló públicamente que “un 50% de los médicos nombrados por el Servicio Nacional de Salud en ese hospital *incumple con su contrato, ya que no asiste a sus obligaciones contractuales*”⁵⁸. De manera responsable, calificó como aberrante, un irrespeto y una burla al presupuesto del pueblo que, de 240 galenos nombrados en su hospital, solo 120 asisten, *trabajando forzados para llenar el vacío de los otros 120 médicos nombrados y que no trabajan*.

Vale la pena resaltar y *valorar el sentido de responsabilidad, compromiso y dedicación de la mayoría de los profesionales, técnicos y empleados*

⁵⁷ SESPAS. (2003). *Informe de situación de salud de la República Dominicana-2003*

⁵⁸ Melo, Sarita. (2023). *El 50% de médicos no asiste a hospital Ricardo Limardo*. <https://hoy.com.do/el-50-de-medicos-no-asiste-a-hospital-ricardo-limardo/>

del sector público de salud, haciendo todo lo posible por dar lo mejor de sí, a pesar de las tradicionales limitaciones, precariedades existentes y la falta de incentivos apropiados. Además, cabe señalar el descontento subyacente de gran parte del personal dedicado, que sí cumple, al recibir un salario, aumentos, incentivos y hasta pensiones iguales que quienes no trabajan.

El PLANDES 2030 señala que: 1) “el personal médico trabaja un tercio de los horarios laborales establecidos por ley, que es de 40 horas semanales”, 2) “el 66% de los directores de hospitales (del segundo nivel) también trabaja en el sector privado. “Algunos de estos profesionales tienen dos empleos adicionales en el sector privado. Además del conflicto de intereses que esto implica, habría que preguntar si el tiempo les alcanza para cumplir con las dos funciones de dirigir un hospital, al tiempo que cumplen funciones a nivel privado”.⁵⁹; y 3) “No tenemos estudios actualizados sobre la situación de los recursos humanos en salud en el tercer nivel de atención. Sin embargo, es de esperar que (la situación) sea muy similar a la del segundo nivel”.

Más médicos que enfermeras: ineficiencia al cuadrado. Otra gran fuente de despendio e irracionalidad en la asignación de los recursos a la oferta, la constituye la existencia de más médicos que enfermeras, es decir, más caciques que indios. Existen 2.1 médicos por cada 1,000 habitantes, lo que coloca al país no solo a nivel del promedio para el conjunto de los países estudiados, sino en el grupo de los cuatro con mejores resultados, “*si no fuese porque la mayoría (5.1 por cada 1,000) se concentra en el Distrito Nacional*”.⁶⁰ Al 2020, el Servicio Nacional

⁵⁹ PLANDES 2030. (2023). *Plan Estratégico Nacional de Salud*.

⁶⁰ CERSS, (2016). *Salud, Visión de Futuro, 20 años después. (2022) Síntesis de varias de las revelaciones y conclusiones*.

de Salud (SNS) contaba con 21,845⁶¹ médicos y sólo 16,701 enfermeras entre graduadas y auxiliares, para una relación de 1.3 médicos por enfermera, una distorsión tan inexplicable como costosa, ya que la OMS aconseja unas 3 enfermeras por médico. Esta realidad ofrece una idea de por qué la asignación de los recursos dista tanto de garantizar el Derecho Universal a la Salud (DUS), en abierta negación del objetivo de “en salud, primero la gente”.

“La gestión centralizada del sistema público dirigido a la población pobre, actúa como un multiplicador de ineficiencias, creando tensiones traumáticas entre las autoridades del sector y los sindicatos de los médicos y de otras profesiones afines. Esto se tradujo en serios problemas de gobernabilidad por décadas... , donde el conflicto se resuelve a través de una negociación. Por esta razón, estos conflictos no tienen carácter circunstancial y tienden a convertirse en crónicos, obedeciendo a una condición estructural del sistema”⁶².

Conocedor de esa realidad por las funciones públicas desempeñadas, el Lic. Rosa, Chanel. (2003), consideró fundamental y urgente la reforma del sistema hospitalario de SESPAS. “Dicha reforma pasa necesariamente por un cambio en el modelo gerencial, *entendiendo el hospital como una empresa social y que, por lo tanto, debe manejarse de acuerdo con indicadores de eficiencia y racionalidad organizacional*, donde impere el trato digno a sus usuarios”⁶³. Por su

⁶¹ Corcino, Panky. (2020). <https://eldinero.com.do/102189/el-servicio-nacional-de-salud-cuenta-con-21845-medicos-incluyendo-especialistas-y-ejecutivos/>

⁶² Fundación Plenitud. (2017). *Salud, Visión de Futuro, 20 años después*. <https://fundacionplenitud.org/wp-content/uploads/2020/06/Salud-vision-futuro-20-an%CC%83os-despues.pdf>

⁶³ Rosa, Chanel. (2004). *Impacto de la Ley 87-01 que crea el Seguridad Social sobre la Equidad del Sistema Nacional de Salud*. Revista Estudios Sociales, 137

parte, el Dr. Castellanos, Pedro Luis (2009), ex superintendente de la SISALRIL acota que el Sistema Nacional de Salud ⁶⁴ ha de ser parte de un sistema mayor de protección social de la salud y calidad de vida, un nivelador social de la población, para que la situación de salud deje de ser un fuerte diferenciador y expresión de inequidad, un pilar de la construcción de cohesión social. Para alcanzar este objetivo, enfatiza en la necesidad de superar las principales distorsiones y limitaciones estructurales existentes:

- a) **Un equipo de salud con una fuerte concentración en los médicos.** El sistema de salud debería tener al menos 4 a 5 profesionales de enfermería por cada uno de ellos.
- b) **Un modelo de atención anclado en lo biológico e individual.** Concentración de los recursos y de la oferta en lo curativo y en los centros de mayor complejidad y elevado costo, en desmedro del primer nivel de atención.
- c) **Un modelo de gestión fuertemente centralizado** y con pocos estímulos para asegurar la mayor eficiencia y efectividad. Necesidad de profundizar en los procesos de descentralización y desconcentración.
- d) **Ausencia de poder de los afiliados y beneficiarios** para hacer prevalecer su interés sobre los intereses particulares. La correlación de fuerzas es muy desigual, a favor de los actores con intereses financieros en el sistema.

Queda claro, pues, que la práctica ancestral de financiar la oferta resulta altamente costosa y absolutamente incompatible con el objetivo supremo de garantizar, sí o sí, el Derecho Universal a la Salud (DUS). Por tal razón, como se explicará más adelante, el

⁶⁴ PUCMM, Friedrich Ebert Stiftung, (2009). *El Nuevo Modelo de Salud: Inicios, Rutas y Dificultades*.

Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) dispuso *la distribución de los recursos en función directa de la demanda de servicios de los afiliados* a los distintos Proveedores de Servicios de Salud (PSS). Esta persistencia en el incumplimiento del mandato de la Ley 87-01, sólo se explica por la ausencia de un verdadero Estado de derecho, cuya caracterización quedó plasmada en la expresión del presidente Balaguer de que “la Constitución es un pedazo de papel”.

Desconsideración y deshumanización de la atención pública. La deshumanización de los servicios es una de las consecuencias más negativas del pago fijo e independiente de los resultados. Una encuesta realizada en un hospital público del tercer nivel concluyó que la atención prestada a las usuarias gestantes y parturientas mostró la falta de calidad de la atención, los maltratos y las conductas irrespetuosas del personal. Además, evidenció el incumplimiento cotidiano de las normas de atención; la falta de medicamentos, insumos y equipos; el largo tiempo de espera para las consultas; y la obligación de asumir el costo de medicamentos, la sangre y el transporte en ambulancia por parte de los familiares de las usuarias. Todos estos factores, directa o indirectamente, juegan un rol determinante en la morbilidad materna.⁶⁵

El estudio termina señalando que todo lo anterior se fundamenta en las relaciones de poder establecidas en el contexto de la atención de salud, donde la mujer –en su rol de “paciente”–, *asume la atención como un favor y no como un derecho*; mientras que el personal de salud ejerce el dominio de este espacio y trata a la mujer no como sujeto de derechos, sino de forma subordinada como la depositaria de sus órdenes, con lo cual en muchos casos se desvalorizan sus sentimientos,

⁶⁵ Báez, Sheila. (2017). *Análisis de Género en la Mortalidad Materna de República Dominicana*. Serie Mortalidad Materna #4, MSP, UNFPA, CEG e INTEC.

opiniones y deseos. De acuerdo con una investigación presencial de la Licda. Duval Pérez, Marisela. (2015) “en el tercer nivel, el tiempo de espera para cirugía fue de 4 meses en el primer caso; 11.5 meses en el segundo y 21.5 meses en el tercero. En el Hospital Luis E. Aybar el tiempo fue, en los tres casos de cirugías estudiados, de 5.9 meses y 2 años y 5 meses el tercero ⁶⁶.

Tanto el sentido común, como las evidencias y los estudios demuestran que la seguridad de recibir *un salario fijo sin control ni compromiso de resultados fomenta la baja productividad, la mediocridad y el trato desconsiderado a los pacientes*, en contraste con la actitud del mismo profesional en su consultorio privado, en donde sus ingresos dependen directa y exclusivamente de su dedicación, nivel de desempeño y profesionalidad. Esta actitud dual marca la diferencia entre la atención en el consultorio público y en el privado, y explica el predominio de la medicina privada y el aumento del gasto familiar de bolsillo.

En síntesis, la baja calidad y oportunidad de los servicios y los altos niveles de insatisfacción de los pacientes son el resultado de la ausencia de un compromiso real con la garantía del Derecho Universal a la Salud (DUS), basado: 1) en un presupuesto público en salud muy limitado y por debajo del nivel del desarrollo económico del país; 2) en la asignación de los recursos, sin calcular sus costos, sin indicadores de eficiencia ni garantías de resultados; y 3) en la contratación de los profesionales de la salud, al margen y sin importar su nivel de dedicación y desempeño. El Equipo Técnico del Senado consideró que estas tres fallas estructurales, entre otras más, resultaban totalmente incompatibles con un seguro familiar de salud universal, integral, obligatorio y solidario. Por tales razones, la Ley 87-01 de Seguridad Social introdujo cambios esenciales para

⁶⁶ Duval, Marisela. (2015). *Modelo de Atención e Inequidad en Salud en República Dominicana*. Editora Buho.

elevar la eficiencia y eficacia, mediante la reorientación de los recursos y la contratación del personal, a fin de avanzar hacia el desarrollo progresivo del Derecho Universal a la Salud (DUS), mediante el aumento gradual de la cobertura de los servicios.

IV.

IDSS: EXCLUSIONES, DEFICIENCIAS, PRIVATIZACIÓN Y CLIENTELISMO

Durante la tercera y cuarta década del siglo pasado, en América Latina se crearon muchos seguros sociales, la mayoría con limitaciones estructurales y notables exclusiones sociales y laborales. Sin embargo, en unas décadas, con el avance de las economías y el fortalecimiento de los procesos democráticos e institucionales, todos los seguros sociales ampliaron sus coberturas y mejoraron sus servicios.

La gran excepción fue el Seguro Social Dominicano, el cual prácticamente mantuvo intacta su estructura original, heredada de la dictadura de Trujillo. A pesar del crecimiento, la diversificación económica y de la apertura y los avances democráticos e institucionales del país iniciados a partir de la década de los 60, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), continuó siendo el más atrasado de la región, a excepción de Haití. *Exhibiendo una doble deuda social: tanto por la ínfima cantidad de afiliados, como por la insuficiente calidad y oportunidad de los servicios públicos, fruto de un Estado socialmente irresponsable y privatizador.*

El notorio rezago del Seguro Social, la falta de garantía del derecho universal de la salud (DUS), las deficiencias tradicionales de los servicios médicos públicos, y los fuertes incentivos a la privatización de

la salud, contribuyeron al rápido crecimiento de las clínicas privadas y de las igualas médicas y los seguros de salud lucrativos. A pesar de su costo e impacto en el gasto familiar de bolsillo, la oferta privada pronto se convirtió en la opción preferida por la mayoría de los dominicanos, incluyendo a una parte importante de las familias de bajos ingresos. De igual forma, la inercia del IDSS y las incertidumbres frente al envejecimiento de la población obligaron a crear y aprobar decenas de planes de retiro privados y sectoriales, muy disímiles entre sí, constituyendo un archipiélago previsional, con grandes desigualdades sociales. En este capítulo explicamos ese proceso y cómo la privatización dominante condicionó las características del diseño del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

1. Un Seguro Social con limitaciones congénitas

Los orígenes del Seguro Social dominicano. Hasta el 1945, el trabajador dominicano laboraba 12 horas diarias y cobraba salarios de miseria ⁶⁷. En enero del 1946, los obreros azucareros de La Romana y San Pedro de Macorís se declararon en huelga por un justo aumento salarial y la reducción de la jornada de trabajo. A partir de esa huelga, que duró más de una semana, los trabajadores azucareros y no azucareros organizados en gremios, comenzaron a protestar y hacer paros, formando el Congreso Obrero Nacional el 24 de septiembre de 1946, organizado por la Confederación Dominicana del Trabajo (CDT).

Este movimiento sindical logró reducir a 8 horas la jornada de trabajo. Se difundieron duras críticas sobre la situación de los trabajadores dominicanos de parte de los exiliados del régimen, de los organismos internacionales, de la Central de Trabajadores de América Latina (CETAL) y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Con

⁶⁷ SISMAP Municipal. (2024), <https://www.sismap.gob.do/Municipal/Directorio/Dir/Details/168>

el propósito de evitar nuevos acontecimientos como los de enero de 1946, sumado al afán de presentar a la República Dominicana como un país totalmente democrático, el presidente Trujillo aprobó las leyes No. 1376 del 17 de marzo de 1947 y la No. 2920 del 11 de junio de 1951, creando la Caja Dominicana de Seguros Sociales (CDSS) y el Código Trujillo del Trabajo, respectivamente.

Como señala Valdés Ramírez, Julián. (2012) ⁶⁸, “El seguro social obligatorio establecido por la dictadura de Trujillo a partir del año 1847 marcó el nacimiento de la política social dominicana. La “señal de vida” del movimiento obrero liderado por Mauricio Báez en 1947 fue sofocada e instrumentalizada por la dictadura. Surgió así una política social vertical, cuya fuente es la “magnanimidad” y “generosidad” del gobernante, no un estatus de ciudadanía, y cuyo fundamento es el paternalismo estatal, no los derechos sociales que se desprenden del estatus de ciudadanía”.

La CDSS fue creada con el propósito de cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte del trabajador dominicano. A pesar de que el Seguro Social Dominicano surgió en 1947, mediante la ley Núm. 1376, del 17 de marzo, no fue sino hasta el año siguiente cuando entró en vigor mediante la Ley Núm. 1896 del 30 de diciembre de 1948, Gaceta Oficial No. 6883, del 14 de enero de 1949. El 5 de mayo de 1949, el Decreto Núm. 5794 aprobó el Reglamento Interno de la CDSS, como una dependencia de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).

A partir del 11 de diciembre de 1962, la Caja Dominicana de Seguros Sociales pasó a llamarse Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), mediante la Ley Núm. 8952, promulgada por el Consejo de Estado. Esta Ley establece la autonomía del Instituto, mediante una Dirección Administrativa, Técnica y Financiera de un

⁶⁸ Valdés Ramírez, Julián. (2016). *Política Social Dominicana, Contexto, instituciones, e inversiones desde sus inicios hasta 2012*. Cuesta Veliz Ediciones.

Consejo Directivo de composición tripartita, con representación del Estado, de los empleadores y de los trabajadores, siguiendo las normas y los lineamientos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Cotización insuficiente e incumplimiento del Estado. La Ley 1896 que creó el Seguro Social Dominicano nació con serias limitaciones estructurales y notables exclusiones laborales. Como una hechura propia de la dictadura de Trujillo, el Seguro Social fue uno de los más anacrónicos de América Latina, aprobado cuando ya la Organización de las Naciones Unidas había proclamado la seguridad social, como un derecho humano esencial para toda la población, independientemente de su relación laboral y de su condición económica y social ⁶⁹.

Para llenar las apariencias, la ley 1896 sobre el Seguro Social ⁷⁰ estableció tres regímenes, de los cuales sólo funcionó el primero y de manera muy limitada:

- a) ***El seguro obligatorio***, que comprendió a empleados y obreros del sector privado, financiado por el trabajador, el empleador y el Estado, con un tope de exclusión.
- b) ***El seguro facultativo***, al que podían afiliarse principalmente los trabajadores independientes, financiado solo por el trabajador.
- c) ***El seguro de familia***, un seguro médico para el cónyuge y los hijos menores de 17 años, que los trabajadores afiliados al seguro obligatorio podían obtener a través de cotizaciones adicionales”.

⁶⁹ Los artículos 22 y 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagran el derecho a la protección social para todos los habitantes del mundo.

⁷⁰ Valdés Ramírez, Julián. (2016). *Política Social Dominicana, Contextos, instituciones e inversiones desde sus inicios hasta 201*. Cuesta Veliz Ediciones.

De acuerdo con un estudio del Lic. Santana, Isidoro (1997), exministro de Economía, Planificación y Desarrollo, “entre las limitaciones legales que han impedido el avance hacia una mayor cobertura (del IDSS) se encuentran: 1) la exclusión de la familia del afiliado; 2) la exclusión del afiliado, una vez que haya superado determinado nivel de salario, con pérdida incluso de los derechos adquiridos para fines previsionales; y 3) la exclusión expresa del personal de la administración pública y de los trabajadores por cuenta propia”⁷¹. Obviamente, *la expulsión de los trabajadores con mejores salarios minimizaba la solidaridad social, al reducirla a los propios trabajadores más pobres.*

La Ley 1896 estableció una contribución del 7.5 % con un 5.0 % del empleador y un 2.5 % del trabajador. Además, un aporte del Estado del 2.5 % del salario cotizante, el cual no se cumplió, dando pie a la evasión privada, limitando de manera sensible la cobertura y la calidad de los servicios. En adición al hecho de que la cotización era muy baja, la Ley no definió la proporción del aporte total que correspondía al seguro de enfermedad y maternidad y al ahorro previsional para el retiro, un aspecto muy sensible. Tampoco identificó las áreas de inversión del fondo acumulado, permitiéndole a la dictadura disponer, a total discreción, de los ahorros para el retiro de los trabajadores afiliados. *La ausencia de aportes separados limitó considerablemente el crecimiento del fondo para el retiro.*

Un seguro mercantil sobre los accidentes del trabajo. El sistema de protección al trabajador contra los accidentes de trabajo estuvo regido desde el año 1932 por la Ley 385, la cual se integró al IDSS con la creación del Seguro Social Dominicano. Esta ley establecía que

⁷¹ Santana, Isidoro. (1997). *Las Igualas Médicas Frente al Seguro Social* (Estudio de la Organización Industrial de los Servicios de Salud en la República Dominicana).

^h<https://publications.iadb.org/es/publicacion/13290/las-igualas-medicas-frente-seguro-social-estudio-de-la-organizacion-industrial-de>

todos los obreros, trabajadores y empleados, exceptuando a los familiares del empleador, estaban cubiertos por una póliza de accidentes, garantizándoles servicios médicos y prestaciones económicas en caso de sufrir accidentes, lesiones o muertes. Limitaba esta protección a que tales accidentes ocurrieran a consecuencia del desempeño laboral y/o en el trayecto del hogar al trabajo, o viceversa. Dado el carácter mercantil y excluyente de la protección social durante la larga “era de Trujillo”, la Ley 385 excluía la protección y cobertura de los empleados públicos y de las instituciones autónomas y descentralizadas, a excepción de las empresas estatales.

Vale la pena señalar que, tanto la vieja Ley contra los Accidentes de Trabajo, como ahora el Seguro de Riesgos Laborales (SRL), en realidad a quien cubre y protege directamente es al empleador. El Código de Trabajo responsabiliza al patrono de cualquier accidente de trabajo o enfermedad profesional, incurrido durante la jornada laboral y/o en el trayecto del hogar al centro de trabajo, y viceversa. En los casos de daños al trabajador, la empresa tiene la obligación legal de cubrir todos los tratamientos médicos, así como la rehabilitación del trabajador accidentado, incluyendo el pago de una indemnización económica durante el período de restablecimiento de su capacidad productiva. En consecuencia, el SRL asume esta responsabilidad legal, a cambio de una cotización mensual del empleador por cada trabajador, dependiendo de su salario. Esa es la razón por la cual, tanto en el viejo seguro de accidentes de trabajo, como en el moderno Seguro de Riesgos Laborales (SRL), sólo cotiza el empleador.

2. Una deuda social de cuatro décadas

La expansión económica genera más empleos calificados. Pese al proceso de apertura democrática y a las transformaciones institucionales que se iniciaron tras la caída de la dictadura, las limitaciones estructurales del Seguro Social permanecieron intactas, originando

una deuda social acumulada durante más de cuatro décadas: *pocos afiliados con servicios precarios*. Esta parálisis explica por qué, a finales del siglo pasado, el país ocupaba uno de los últimos lugares en protección social en la región. Mientras que los estudios de la CEPAL situaban el gasto social de América Latina en el 14 % del producto interno bruto (PIB), *el nuestro sólo llegaba al 7 %*, apenas la mitad, un nivel muy bajo, en comparación con naciones con economías similares, e incluso, con conflictos bélicos y convulsiones sociales.

En sólo cinco décadas, la humanidad avanzó tecnológicamente más que durante la primera y segunda revolución industrial. “Desde hace más de medio siglo, el desarrollo del conocimiento científico y tecnológico no sólo se ha convertido en el principal motor del incremento de la productividad, la competitividad y la rentabilidad sino, además, en el potencializador por excelencia de los factores de la producción: de la tierra, del capital y de la propia fuerza de trabajo”⁷². Incentivado por esos cambios tecnológicos y las transformaciones económicas a nivel mundial, el país fue ensanchando y diversificando su aparato productivo, mediante el surgimiento y desarrollo de diversos sectores generadores de riqueza, empleos y divisas.

El crecimiento económico sostenido fue el resultado de una participación importante del turismo y de las zonas francas manufactureras (maquilas, en otros países), ambas actividades caracterizadas por la creación de cientos de miles de empleos, aunque de poca calificación y bajos salarios. Además, se crearon decenas de industrias manufactureras, y la industria de la construcción entró en una etapa expansiva. Surgieron bancos comerciales, universidades, empresas de servicios, medios de comunicación, entre muchas otras actividades, que contribuyeron a conformar una fuerza de trabajo más numerosa,

⁷² Díaz Santana, A. (1996). “Modelos de Desarrollo y Políticas de Salud”, Editora Taller. Pág. 55.

concentrada, calificada y consciente de sus derechos y prerrogativas. Este rápido crecimiento económico demandó recursos humanos más productivos, impulsando la creación del Instituto de Formación Técnico-Profesional (INFOTEP) y la diversificación de las carreras técnicas y universitarias.

Además, se registraron importantes avances en los indicadores sociales y demográficos. Se logró un incremento gradual y sostenido del nivel de escolaridad en el país, del acceso de la mujer a la educación básica, técnica y superior, así como al trabajo productivo, técnico y profesional; y se inició la reducción gradual de la tasa del crecimiento demográfico. Todas estas transformaciones se convirtieron en un caldo de cultivo para que las nuevas ideas de la seguridad social tomaran cuerpo en amplios sectores y grupos de la sociedad dominicana. Un mayor acceso a la educación, a los viajes y a las relaciones internacionales, así como a los medios de comunicación social, contribuyó a una juventud cada vez más consciente de su derecho a un adecuado nivel de protección social, en correspondencia con su mayor productividad y participación en el progreso nacional.

Creciente demanda de mayor protección social. Bajo el influjo de estos grandes cambios y de la competencia comercial e institucional, ya no bastaba con garantizar un buen salario. Las empresas más productivas y las instituciones más especializadas comprendieron la necesidad de atraer y retener a los recursos humanos más calificados, ofertándoles “paquetes” salariales más integrales y atractivos, incluyendo facilidades de transporte, comisiones por ventas y metas, gastos de representación y, desde luego, la contratación de un seguro médico y de un plan de ahorro para su retiro.

Fue así como en diversos sectores fue creciendo la necesidad de contar con un sistema de seguridad social amplio, moderno y flexible, con mayor cobertura y con servicios públicos confiables y de calidad,

tanto en el área de la salud como de las pensiones, en correspondencia con los avances socioeconómicos del país. Pero, ignorando estas importantes demandas sociales, los políticos, los profesionales de la salud y los empresarios, ahora erigidos en herederos del Seguro Social trujillista, continuaron disfrutando de sus cuantiosos privilegios, sin valorar el tremendo impacto negativo, presente y futuro, del rezago del Seguro Social.

De acuerdo con el Dr. Hernández, Carlos. (2012) ⁷³ “a diferencia de otros países (Argentina, Costa Rica, Uruguay, Perú, México, Colombia, etc.), en donde los seguros sociales llegaron a adquirir cierta importancia en sus respectivos mercados de trabajo, en la República Dominicana el denominado Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) no llegó a echar raíces, debido a múltiples factores: fijación de un límite salarial de cotización y de afiliación a partir del cual no había que cotizar al Seguro Social; restricción al principio de universalidad, de tal suerte que sólo las personas sujetas a contratos de trabajo estaban obligadas a afiliarse; y por supuesto, las deficiencias en la gestión y el servicio”.

Todo esto produjo una *proliferación de las clínicas privadas de salud y de las denominadas Iguales médicas*. “En ese contexto surge en el año 2001 la primera gran reforma de Seguridad Social en la República Dominicana, estableciendo un auténtico y moderno sistema de protección social. Con esta reforma del 2001 quedaron vigentes –al menos en teoría– la gran mayoría de las leyes afines a la Seguridad Social, promulgadas desde 1932 hasta el 2001. Sin embargo, la implementación gradual del nuevo sistema ha dejado en desuso esas antiguas disposiciones legales”, señala Carlos Hernández.’

⁷³ Hernández Contreras, Carlos. (2009). *La Seguridad Social Dominicana y en Convenio 102 de la OIT*. <https://carloshernandezcontreras.com/wp-content/uploads/2020/09/Seguridad-Social-Dominicana-y-Convenio-102-de-OIT-Carlos-Hernandez-2009.pdf>

“La doble cotización ⁷⁴, vigente antes de la promulgación de la Ley (87-01), consiste en que una empresa y sus empleados se ven en la obligación de cotizar al IDSS, *pero como los servicios y las prestaciones no son satisfactorios*, se contrata un plan de iguala médica o un seguro de salud, resultando de esto un doble pago por la misma cosa. Los asegurados terminan utilizando la iguala médica o el seguro privado; no usan el seguro del IDSS, pero lo pagan”.

Balaguer, el principal privatizador del seguro social. El presidente Joaquín Balaguer abrió y pavimentó el camino para el tránsito de un sistema de seguro social estatal, a un sistema de aseguramiento privado: sofocó financieramente al Instituto Dominicano de Seguros Sociales y promulgó la Ley Núm. 772 que autorizó a las empresas a establecer planes privados de seguro social ⁷⁵. Como señala Valdés Ramírez, Julián:

- a) **1966: A partir del 1966, mantuvo congelado en RD\$200 pesos el salario tope de cotización** (y exclusión) de los asegurados del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, expulsando a amplios sectores laborales que lograron aumentos de salarios. El número de afiliados al Seguro Social, que en 1959 se estimaba en 200,000 personas, se redujo a poco más de 80,000 en el 1966. *En el 1978, el Seguro Social volvió a las cifras de finales de la década de 1950.*
- b) **1966: Estableció una ley de austeridad que congeló los sueldos, salarios y jornales** de todos los funcionarios y empleados públicos, así como de todas las empresas e industrias privadas.

⁷⁴ Hernández Contreras, Carlos. (2002). *Nociones Básicas sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social, estudio de la Ley 87-01*, Ediciones Jurídicas. Trajano Potentini.

⁷⁵ Valdés Ramírez, Julián. (2016). *Política Social Dominicana, Contextos, instituciones e inversiones desde sus inicios hasta 2012*. Cuesta Veliz Ediciones.

En el 1986, *el regreso de Balaguer al poder significó una recaída sistemática del gasto en el Seguro Social*. En el año 1991, el gasto descendió a menos de la mitad del presupuesto ejecutado diez años atrás, en 1981. Al margen del Seguro Social, los servidores públicos fueron afiliados al seguro de vida, cesantía e invalidez creado por Trujillo en 1958, financiado con el 2 % del salario de los propios empleados, sin inversión alguna del Estado.

Estas decisiones, y muchas más, denotan la ausencia de un Estado de derecho basado en políticas sociales para garantizar el acceso de las familias más pobres y vulnerables a una protección integral, en igualdad de condiciones y de respeto a su dignidad. El descuido oficial de los servicios públicos y el fomento recurrente de la privatización de la seguridad social constituyen una denegación de derechos que acentuaron las desigualdades sociales. Estas lamentables decisiones del presidente Balaguer todavía representan un costo inconmensurable para el país y para el exiguo presupuesto de la gran mayoría de los afiliados a la seguridad social.

Fomento estatal de las clínicas e igualas médicas privadas. Como parte de la política oficial de privatización, desde el 1966 el gobierno de Joaquín Balaguer estimuló la creación y expansión de las clínicas privadas. A través del Banco Central, y con recursos provenientes de préstamos externos, se creó el Fondo de Inversión y Desarrollo (FIDE), con el cual se financió la construcción de modernas y grandes clínicas privadas, otorgando recursos blandos para mejorar las instalaciones y el equipamiento de las existentes. A título de ejemplo, el fácil acceso a estos recursos les permitió a grupos de médicos privados construir la Clínica Santo Domingo, el Policlínico Naco y el Centro Médico Nacional, agregando unas 1,000 camas en modernas y espaciosas instalaciones. Y más adelante, cuando los gestores de estas tres clínicas privadas no pudieron enfrentar la carga financiera de largo plazo derivada de esa gran inversión, nuevamente el Estado extendió su brazo protector de la

medicina privada, comprando esos centros de salud. Además, muchas clínicas existentes ampliaron y reequiparon su infraestructura, acorde con los nuevos conceptos de servicios médicos y de gestión hospitalaria.

En adicción, el Estado también prohió la creación y expansión de la medicina prepagada privada, tipo HMO ⁷⁶ de los Estados Unidos, bajo la modalidad de Iguales Médicas y Seguros de Salud. En vez de impulsar la reingeniería del Seguro Social para responder a una demanda generalizada de protección social, el presidente Joaquín Balaguer le propuso al Dr. Charles Dunlop, su médico personal, al Dr. Eduardo Roedán y a otros médicos militares, que la Clínica Gómez Patiño ofertara una iguala médica privada. Fue así como dicha clínica creó el “Grupo Médico Asociado (GMA)” para afiliar a los trabajadores y a sus familiares, así como a los funcionarios y empleados públicos excluidos por el Seguro Social.

Debido a que la legislación dominicana no contemplaba la modalidad de seguros médicos privados, durante décadas esta actividad se rigió por el Código de Comercio, lo que desdibujaba toda la especificidad del derecho al cuidado de la salud de las personas, dándole un tratamiento de una mercancía cualquiera.

Al principio, las mayores demandas provinieron de las Secretarías de Estado, de las empresas públicas y de las instituciones autónomas y descentralizadas: CORDE, CEA, CFI, CEDOPEX, CDE y UASD, entre otras. Luego se sumaron las de los trabajadores organizados, quienes no confiaban en la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios del Seguro Social debido a las huelgas y a los paros frecuentes, a la falta de suministros, a las deficiencias en la infraestructura y a una oferta de servicios durante horarios muy limitados.

Como resultado de este proceso, en menos de una década nacieron otras 39 igualas médicas de diferentes modalidades, disputándose el

⁷⁶ Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud.

favor de la gran mayoría de los empleados privados, de todos los servidores públicos y de los trabajadores excluidos y/o inconformes con el IDSS. *Vale la pena destacar que sus gestores, fundadores y principales accionistas fueron médicos de gran reconocimiento por su capacidad profesional y su desempeño gerencial.* El Dr. Eduardo Roedán de la Clínica Gómez Patiño, creó la iguala “Grupo Médico Asociado” (GMA); el Dr. Abel González de la clínica del mismo nombre, creó el “Seguro de Iguales Médicas Abel González” (SIMAG); el Dr. Luis E Betances de la clínica del mismo nombre, gerenció el “Seguro Médico Luis Betances” (SMLB); el Dr. Logingo Alcántara, el “Seguro de Iguales Médicas Alcántara y González” (SIMAG); el Dr. José Yunén de la clínica del mismo nombre, entre varios más.

Pero también las principales clínicas privadas del interior del país incursionaron en la oferta de servicios médicos prepagados. Además, algunos médicos crearon seguros de salud sin tener clínicas, contratando a una amplia variedad de clínicas y centros de diagnóstico privados. Entre estas vale la pena citar: al Dr. Luis Fernández, quien creó y desarrolló el “Servicio Dominicano de Salud” (SDS); al igual que el Dr. Rafael González Victoria, fundador de la “Administración de Servicios Médicos” (ADSME). Y también debemos incluir a ALICO y Seguros PALIC, dos empresas privadas del ramo de los seguros, que comenzaron a ofertar seguros de salud. En adición, el Lic. Radhamés Jiménez Pichardo nos recuerda que grandes empresas e instituciones del país crearon seguros médicos para sus ejecutivos, funcionarios y empleados, encargando su administración a compañías de seguros y/o a grupos organizados para tales fines.

Como señala el Dr. Pérez Mera, Amiro. (2003), los grupos médicos que ofrecían servicios por contrato fijo (pago de una iguala), *estaban constituidos por médicos y propietarios de instalaciones hospitalarias privadas* que contrataban con empresas los servicios médicos por

sumas fijas mensuales por persona cubierta ⁷⁷. Aunque estos grupos limitaban las consultas y otras prestaciones, excluían la libre elección y no cubrían las medicinas, *esta modalidad de servicio registró una continua expansión*.

Rápido crecimiento de los planes médicos privados. Rápidamente, la oferta de los planes médicos privados comenzó a crecer en demanda y aceptación entre amplios círculos económicos y laborales del país, incluyendo a sectores de bajos ingresos. Las limitadas coberturas de aseguramiento en salud del Seguro Social ⁷⁸ indujeron al sector laboral a una negociación colectiva con las empresas privadas, para contratar a las igualas y seguros médicos privados, los cuales ofertaban diferentes planes de beneficios, según la capacidad de pago de las empresas, de sus ejecutivos y de sus trabajadores.

De esta forma, se generó *una doble cotización obrero-patronal*: la primera, obligatoria al IDSS, “teóricamente” con mayor cobertura, pero con servicios deficientes, discontinuos y muy poca aceptación y demanda de los afiliados; y la segunda, voluntaria a las igualas y seguros de salud, con menor cobertura especializada, pero con servicios más oportunos y aceptables. Estas igualas y seguros eran contratados por las grandes empresas, con aportes de éstas y con un segundo descuento a los trabajadores, según los porcentajes consignados en los respectivos pactos colectivos de trabajo, generalmente 50% y 50%. *Ante esta doble cotización, una parte del sector empleador optó por evadir y eludir la cotización obligatoria al IDSS, en interés de reducir el doble costo.*

Las ineficiencias recurrentes del Seguro Social y de Salud Pública, pueden medirse por el hecho de que los afiliados sindicalizados

⁷⁷ Dr. Pérez Mera, Amiro. (1978). *La Salud en la República Dominicana*, Estudios Sociales, Año XII, Número 45

⁷⁸ Acosta, Tania. (2022). *Antecedentes de la Seguridad Social*. https://www.academia.edu/10416448/Antecedentes_de_la_seguridad_social_dominicana?email_work_card=thumbnail

preferían incurrir en un doble descuento de sus limitados salarios, antes que depender de una atención médica gratuita del IDSS, pero incierta, excluyente de sus familiares, discontinua e insatisfactoria. Ello demuestra que, *tratándose de la salud familiar, el afiliado siempre preferirá la opción que mejor satisfaga sus necesidades inmediatas, sin importar si es pública o privada, y aun haciendo un sacrificio económico.*⁷⁹

Esta doble cotización impactó significativamente en el gasto de bolsillo de la población, agudizando la inequidad y pobreza. Un estudio comparativo sobre el gasto de los hogares como proporción del gasto nacional en salud del año 2001, en 20 países de América Latina, realizado por el experto Carmelo Mesa-Lago, evidenció que *la República Dominicana era uno de los países donde su población realizaba uno de los mayores gastos de bolsillo en salud.* Esta contratación privada⁸⁰ se extendió al sector público, donde las instituciones también empezaron a contratar estos servicios para sus funcionarios y empleados y familiares. Y eso que las igualas y seguros privados establecían limitaciones, restricciones y exclusiones por razones de edad, sexo y de enfermedades preexistentes.

La segunda Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos⁸¹ de las familias de 1984, arrojó que solo el 26.1% de la población asegurada lo estaba en el IDSS, el restante 73.9% tenía un seguro particular. *Por cada cuatro afortunados con algún seguro de salud, tres eran privados voluntarios y sólo uno público obligatorio.* Ello revela un fenómeno muy

⁷⁹ Este costo adicional era relativamente menor, tomando en cuenta que las carencias de los hospitales públicos obligaban a muchos pacientes a pagar por diagnósticos y otros servicios en centros privados.

⁸⁰ Acosta, Tania. (2022). *Antecedentes de la Seguridad Social*. https://www.academia.edu/10416448/Antecedentes_de_la_seguridad_social_dominicana?email_work_card=thumbnail

⁸¹ Valdés Ramírez, Julián. (2016). *Política Social Dominicana, Contextos, instituciones e inversiones desde sus inicios hasta 2012*. Cuesta Veliz Ediciones.

la República Dominicana era el único país de la Región, y quizás del mundo, en donde los seguros privados de salud, a pesar de ser voluntarios y costosos, tenían mucha mayor aceptación y afiliación que el Seguro Social obligatorio.

singular en el contexto de América Latina, ya que la República Dominicana era el único país de la región, y quizás del mundo, *en donde los seguros privados de salud, a pesar de ser voluntarios y costosos, tenían mucha mayor aceptación y afiliación que el Seguro Social obligatorio.* Obviamente, la marcada preferencia por la atención privada condicionó las características principales del diseño del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), tanto en salud como en pensión.

En todas las encuestas de satisfacción de los pacientes, las igualas médicas y los seguros de salud privados siempre salían ampliamente favorecidos por la población en general, sin importar el nivel de ingreso familiar. Además de esa mayor valoración popular, estas entidades contaban con una gran influencia política, al concentrar la afiliación de todos los altos funcionarios del Estado, de los congresistas y de los miembros del poder judicial, ventaja que les permitió oponerse a los cuatro intentos de reforma de la Ley 1896 que pretendieron excluirlos y quitarles su membresía.

Es importante señalar que la preferencia mayoritaria de la población hacia estas aseguradoras privadas no se debía, necesariamente, a que fueran un modelo de eficiencia, sino más bien a que, de todas formas y a pesar de las limitaciones señaladas, *superaban con creces los pobres e inciertos servicios públicos, tanto del Seguro Social como de SESPAS.* No obstante, siendo justos, cabe señalar que el IDSS siempre aventajó a la oferta privada en cuanto a los tratamientos catastróficos y a las atenciones médicas de mayor complejidad, ya que estos servicios eran excluidos o limitados por las igualas y los seguros de salud privados.

Durante cuatro décadas, las igualas médicas y los seguros de salud enfrentaron críticas y cuestionamientos, *no por ser privadas ni lucrativas*, sino más bien por su limitada cobertura, porque aplicaban muchas exclusiones y establecían libremente la prima o costo mensual a pagar, y porque operaban sin regulación ni control. Paradójicamente, hoy algunos grupos solicitan su eliminación, *a pesar de que la Ley 87-01 las reguló, estableció un PBS único, les prohibió fijar la cápita, les estableció sanciones y creó a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para habilitarlas y supervisarlas.*

Creación de un archipiélago previsional. Como resultado de las limitaciones del Seguro Social, más del 90 % de los dominicanos carecía de un plan de pensión o jubilación. De hecho, la situación era más crítica porque la Ley 1896 expulsaba a los afiliados cuando éstos se superaban aumentando sus salarios. Esta exclusión no sólo era totalmente contraria al principio de protección social integral sino, además, injusta porque en ningún caso les devolvían las aportaciones y los intereses devengados por el plan de retiro. Este estado de desprotección contra la vejez indujo a la creación forzosa de una variedad de planes de pensiones y jubilaciones con coberturas, beneficios y financiamiento muy disímiles. Estos planes sectoriales aislados, lejos de propender a la justicia social, a la equidad y a la reducción de las desigualdades sociales, las exacerbaban, creando un “archipiélago previsional” muy complejo, como veremos en la tercera parte de este libro.

Según las informaciones disponibles, el primer plan de retiro data del 1846, cuando se promulgó la Ley Núm. 79, del 16 de mayo, que asignaba una pensión a los militares “inválidos por acción de guerra” o por tener 60 años o 40 años de servicio activo, y establecía un Monte de Piedad para las viudas y huérfanos de los militares que murieran en el cumplimiento del servicio.

La protección previsional de los empleados públicos fue consagrada en la Ley Núm. 5185 del 1959. En el 1970, con la Ley Núm.

45, la misma fue modificada estableciendo que el Fondo de Pensiones y Jubilaciones Civiles del Estado se nutra con el aporte anual del Gobierno en la Ley de Gastos Públicos. Incluía un descuento del dos por ciento (2%) de los sueldos de los funcionarios y empleados civiles del Estado que percibieran más de cuatrocientos 400 (RD\$ 400) pesos mensuales, y del uno (1%) por ciento de los que ganaran menos de esa suma. En el 1981, la misma fue actualizada mediante la Ley Núm. 379-81, estableciendo nuevas condiciones y beneficios para los servidores públicos, y adquiriendo las características de un sistema previsional de reparto más definido.⁸² Esta ley no sólo está vigente sino, además, en 42 años de vigencia, no ha sido revisada ni actualizada.

Esta pieza legislativa establece que las pensiones relativas a los Cuerpos Castrenses y Policiales y las correspondientes a los Organismos Municipales, “se regirían por Leyes Especiales. Además, que las pensiones y jubilaciones de los funcionarios y empleados de las Instituciones Descentralizadas y Autónomas del Estado se regularán por estatutos particulares, dictados bajo sus respectivas reglas de autonomía”. A partir del proceso de capitalización de las empresas del Estado, en mayo del año 2000 se dispuso, por decreto, la transferencia y el pago a los pensionados de las empresas públicas, a través del Fondo de Jubilaciones y Pensiones establecido en la Ley Núm. 379-81.

Además, importantes empresas privadas e instituciones públicas, autónomas y descentralizadas, crearon planes de pensiones y jubilaciones particulares. Estos planes carecían de adecuados controles y regulaciones, con la agravante de que, si el afiliado dejaba de trabajar en la empresa o institución, en muchos casos solo le devolvían los aportes realizados, sin reconocerles los aportes de su empleador. Es importante señalar que en la mayoría de los planes, las pensiones

⁸² Dirección General de Jubilaciones y Pensiones (DGJP). (2023). <https://www.dgjp.gob.do/>

otorgadas, no sólo eran tardías e insuficientes, sino que, además, al cabo del tiempo perdían su poder adquisitivo, al no ser indexadas según la inflación. Desde luego, estas disposiciones no son uniformes, por lo que varían según el plan aprobado. Todos estos planes de retiro “a la medida” cuentan con una administración propia, integrada por el personal directivo y por representantes de los empleados, pudiendo ser libremente modificados en cuanto a sus aportaciones y beneficios por los propios beneficiarios, características que acentúan las desigualdades entre los diversos planes de retiro.

Como consecuencia de las exclusiones del Seguro Social obligatorio, y de la necesidad de garantizar prestaciones superiores a las ya establecidas, varios sectores gremiales y sindicales lograron la aprobación por la vía legislativa de diversos fondos de pensiones y jubilaciones sectoriales. Fue así como se crearon los fondos de Pensiones y Jubilaciones para los trabajadores de la construcción, para los trabajadores hoteleros y gastronómicos, para los trabajadores portuarios, para los trabajadores del área de metalmecánica y para los choferes, entre otros. Además, se crearon planes de retiro para los maestros, para los profesores y empleados de la UASD, para los médicos y enfermeras del sector público, y para los trabajadores de la prensa, cada uno de ellos con autonomía jurídica, administración propia y coberturas diferenciadas, atendiendo a la capacidad de presión, de negociación y de pago de los grupos interesados.

De acuerdo con la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), previo a la aprobación del actual Sistema Dominicano de Pensiones, en el país existían cuatro tipos fundamentales de regímenes previsionales de reparto:

- a) **Uno obligatorio, ofrecido por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)**, para los empleados del sector privado, que excluía a quienes percibían salarios superiores al mínimo establecido.

- b) **El Fondo de Jubilaciones y Pensiones del Estado Dominicano**, para los funcionarios y empleados públicos.
- c) **Un esquema previsional para las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional**, con un plan de beneficios mucho más amplio.
- d) **Cajas y fondos de pensiones sectoriales con carácter complementario**, creados por leyes especiales.

El Instituto Nacional de Bienestar Magisterial (INABIMA)⁸³ fue creado mediante la Ley General de Educación 66-97, de abril de 1997. A partir del 17 de julio de 2006, el INABIMA, se convirtió en el organismo encargado del manejo de las pensiones y jubilaciones del personal docente del Ministerio de Educación. Por su parte, el Fondo de Pensión de los Trabajadores de la Construcción (FOPETCONS)⁸⁴ fue fundado el 4 de marzo del año 1986, ante la necesidad y con el objetivo de proteger y garantizar una vejez digna al trabajador de la construcción. La Ley No. 250 creó el Fondo de Pensiones y Jubilaciones de los Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos, el 12 de diciembre de 1984. El Fondo de Jubilaciones y Pensiones del Personal del Banco Central⁸⁵ fue reconocido de conformidad con las disposiciones de la ley Núm. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de la Seguridad Social. Igual estatus posee el plan de retiro del Banco de Reservas.

El 12 de febrero de 1985, mediante decreto No.2745, se creó el Seguro Médico para Maestros (SEMMA)⁸⁶ adscrito a la Secretaría de

⁸³ INABIMA. Instituto Nacional para el Bienestar de los Maestros. (2024). <https://inabima.gob.do/>

⁸⁴ Fondo de Pensión para los Trabajadores de la Construcción, (FOPETCON). (2024). <https://fopetcons.gob.do/>

⁸⁵ Banco Central de la República. (2024)

⁸⁵ <https://www.bancentral.gov.do/a/d/4631-jubilaciones-pensiones-y-retiros>

⁸⁶ Seguro Médico para los Maestros, SEMMA. (2024). <https://semma.gob.do/>

Estado de Educación, con un aporte del Estado del 75% y un descuento directo a los maestros/as del restante 25%. Por ser una institución con una función social definida y operar de manera autónoma, las informaciones estadísticas del SEMMA fueron tomadas como una de las fuentes más confiables para estimar las frecuencias y el costo de los servicios del Plan Básico de Salud (PBS) del Seguro Familiar de Salud (SFS) durante la redacción de la Ley 87-01.

El Instituto de Previsión Social del Congresista Dominicano ⁸⁷ (INPRESCONDO) procura el bienestar y la protección social y económica de sus socios mediante un seguro médico, el fomento del ahorro, las ayudas especiales, y las jubilaciones y pensiones de sobrevivencia, entre otras. A partir del primero de enero del 2006, se financia con un aporte del 10% del sueldo del legislador *y un 6% del presupuesto total de ambas cámaras.*

Las pensiones se otorgan en base al último sueldo, como sigue: un 70%, con 60 años y dos períodos legislativos constitucionales; un 70%, con 55 años y tres períodos legislativos; un 80% del sueldo vigente, con cuatro períodos constitucionales legislativos, y un 80%, cuando el legislador haya ejercido por tres (3) años o más la Presidencia del Senado o de la Cámara de Diputados. Es justo consignar las crecientes críticas de amplios sectores de la opinión pública sobre las ostensibles diferencias entre las prestaciones autoasignadas por los legisladores y los beneficios establecidos en la Ley 87-01, que ellos mismos aprobaron.

3. ¿Por qué fueron rechazados los 4 proyectos de reforma?

Crecimiento de la politización, el clientelismo y la corrupción.

Durante la segunda mitad del siglo pasado, las políticas neoliberales

⁸⁷ Ley 340 que crea el Instituto de Previsión Social del Congresista. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=instituto+de+prevision+social+del+congresista+dominicano>

... el IDSS aparece como la entidad de América Latina con la más baja cobertura de afiliados, en relación con la población económicamente activa, pero, al mismo tiempo, con el más alto número de empleados por trabajador afiliado. O sea, éramos líderes en los dos extremos: menos cobertura poblacional y más burocracia, lo que determinó la existencia de un modelo altamente costoso y muy insatisfactorio

imperantes fomentaron la privatización de la salud y de las pensiones, especialmente impulsadas por los regímenes más conservadores a escala mundial, de la cual Joaquín Balaguer fue un fiel ejecutor. *Los sucesivos gobernantes del país decidieron no enfrentar la privatización existente*, optando por una mayor participación del Estado mediante la politización, el clientelismo y a la corrupción administrativa, salvo excepciones.

Como resultado de esta política, *el IDSS llegó a tener 27.5 empleados por cada 1,000 afiliados, mientras el promedio de América Latina era de sólo 8.3*, lo cual explica una increíble baja productividad de sólo 1.1 consultas diarias por médico. “Mientras el IDSS ofrecía 837 consultas por 1,000 afiliados, las igualas médicas llegaban a 2,248, *una evidencia de que el sector privado era mucho más eficiente*”, seña-

la Isidoro Santana en su citado informe⁸⁸.

En los estudios del profesor Meza-Lago, Carmelo. (2005), presentados al BID, el Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) aparece como la entidad de América Latina con *la más*

⁸⁸ Santana, Isidoro. (1997). *Las Igualas Médicas Frente al Seguro Social* (Estudio de la Organización Industrial de los Servicios de Salud en la República Dominicana).

^h<https://publications.iadb.org/es/publicacion/13290/las-igualas-medicas-frente-seguro-social-estudio-de-la-organizacion-industrial-de>

baja cobertura de afiliados, en relación con la población económicamente activa, pero, al mismo tiempo, con el más alto número de empleados por trabajador afiliado. O sea, éramos líderes en los dos extremos: menor cobertura poblacional y mayor burocracia, lo que determinó la existencia de un modelo altamente costoso y muy insatisfactorio ⁸⁹.

En otra publicación, Meza-Lago señala: “El IDSS es una de las instituciones de seguro social menos eficientes de la región. Los gastos administrativos consumieron de 22 % a 30 % de los desembolsos totales del IDSS en 1978-1985, pero esta cifra excluye “otros gastos administrativos”; cuando se suman las dos categorías, el total asciende a 33.5 % en 1985, sin duda el porcentaje más elevado de América Latina y el Caribe. *La relación de médicos por 10,000 asegurados activos fue de 34.8 en 1985, una de las más altas de la región*.”⁹⁰

Todos estos dispendios de recursos evidencian la ausencia total de las autoridades nacionales y sectoriales del compromiso de garantizar el acceso seguro e incondicional de los afiliados a los servicios y prestaciones consignados en la Ley 1896. Por esa razón, *el IDSS nunca necesitó aplicar las técnicas propias de la administración del riesgo*, ya que su condición de monopolio público y control burocrático, siempre le permitió transferir a los afiliados el creciente costo de la politización, del clientelismo, de la malversación y de las nóminas hipertrofiadas, minimizando, sin consecuencias, la cantidad y calidad de los servicios prestados.

Durante toda la existencia, la corrupción permeó y dominó las decisiones y la gestión del IDSS, mediante la asignación discrecional de los recursos, la contratación improductiva del personal y el pago de

⁸⁹ Ver BID. *Progreso Económico y Social*, Informe del 1991.

⁹⁰ Mesa-Lago, Carmelo. (1992). *Atención de Salud para los Pobres en la América Latina y el Caribe*, pág. 178. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/715>

nóminas hipertrofiadas. En adición, los proveedores sobrefacturaban las ventas de bienes y servicios, no sólo para multiplicar su propio lucro sino, además, para compartirlo con las autoridades del Consejo Directivo y otros funcionarios. Varias centrales sindicales lograron nombrar a centenares de activistas y familiares, una buena parte de los cuales no llenaban ninguna función útil. Por ejemplo, “*la mayoría de los supervisores respondían a 2 centrales sindicales y no al Seguro Social, erosionando de manera sensible las recaudaciones que deberían ingresar por la vía normal al IDSS*”.⁹¹ Estos ancestrales privilegios millonarios explican la larga resistencia de políticos, de sindicalistas y de proveedores “preferidos” a la inevitable eliminación del IDSS. A este lamentable saqueo, habría que agregarle la constante “desaparición” de costosos equipos médicos e instrumentos quirúrgicos, que fueron a parar a muchas clínicas y consultorios privados. Y, además, la práctica común de dañar equipos de diagnósticos para obligar a los pacientes pobres a pagar servicios privados, instalados alrededor de los propios hospitales públicos.

En una declaración pública, el Dr. César Mella, ex director general del IDSS, señaló que “el IDSS fue convertido en un centro de corrupción, con la complicidad de su Consejo Directivo que conforman representantes del Gobierno, del sector patronal y del sindical, situación que lo llevó al colapso total”⁹². Por su parte, el Dr. Plutarco Arias, exministro de Salud Pública, denunció la existencia de “diversos sectores interesados en repartirse el presupuesto del Ministerio de Salud”⁹³. En pocas palabras, tanto en el Seguro Social como en Salud

⁹¹ Diario Salud. (2017).

⁹² <https://www.diariosalud.do/gubernamental/despiden-inspectores-del-idss-por-denuncias-de-corrupcion/>

⁹² Mella, César. (2019). *Afirman IDSS era Centro de Corrupción*. <https://elnacional.com.do/afirman-el-idss-era-centro-de-corrupcion/>

⁹³ Arias, Plutarco. (2021). *Plutarco Arias se despide como ministro en carta donde responde a “ola de infidencias y chantajes”*. <https://www.diariolibre.com/actualidad/>

Pública, el afán de lucro, y su hermana gemela, la corrupción administrativa, han estado presentes, condicionando y dominando las decisiones durante más de 70 años, sin importar las crecientes quejas de los afiliados por la entrega de servicios insuficientes, tardíos y de inferior calidad. Y, lo que es peor, sin que las autoridades hayan llevado al banquillo de los acusados a los depredadores del patrimonio de ciento de miles de trabajadores dominicanos.

Cuatro proyectos de reforma del Seguro Social rechazados. Ante el rezago histórico del Seguro Social Dominicano, desde finales de la década del 60, diversos estudios e informes recomendaron cambios y reformas a la Ley 1896, todos más orientados a ampliar su cobertura que a mejorar la calidad y oportunidad de los servicios y prestaciones. El primero correspondió a Melvin Knigh, un consultor de la Organización de Estados Americanos (OEA), quien a finales del 1966 le propuso cambios al presidente Balaguer, sin que los mismos fuesen tomados en consideración.

Posteriormente, en la década del 70, se produjeron varios intentos por renovar al IDSS, con la mediación de la Iglesia Católica y la participación de las centrales sindicales, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), del Consejo Nacional de Hombres de Empresas (CNHE), de la Confederación Patronal de la República Dominicana (COPARDOM) y de la Asociación de Industrias de la República Dominicana (AIRD), entre otras. En varias ocasiones se realizaron talleres en Jarabacoa y en Puerto Plata, en donde, se presentaron propuestas tendentes a ampliar la cobertura del Seguro Social, siempre concebidas bajo el control absoluto del IDSS.

salud/plutarco-arias-se-despide-como-ministro-en-carta-donde-responde-a-ola-de-infidencias-y-chantajos-LH24670902

Cuadro 4.01

Principales Proyectos de Reforma del Seguro Social

Años	Actividades
1969	Comisión OEA recomienda reforma Seguro Social
1973-75	Formulación de varios proyectos de modernización del IDSS
1978	Ley para afiliar a todos los trabajadores, no ejecutada
1982-84	Propuesta de reforma integral del Seguro Social
1987	Seguridad Social, primera prioridad del Diálogo Tripartita
1989	CNHE entrega críticas y propuestas al Seguro Social
1990	Intento de concertación entre IDSS y CNHE
1993	Proyecto PNUD de reforma del sector salud
1995	Se crea la Comisión Nacional de Salud
1997	Aprobación préstamos BID y BM reforma sector salud
1997	Elaboración del Proyecto Tripartita
1998	Proyecto Seguro Familiar de Salud Empleados Públicos
1998	Proyecto de los Senadores Acuerdo de Santo Domingo
1999	Proyecto Unificado de Seguridad Social del Senado

Un movimiento similar, pero más intenso, ocurrió durante la década de los 80. En ese proceso tuvo una participación importante el movimiento sindical y particularmente el sindicalista Henry Molina, quien publicó lo que se conoció como El Libro Azul de la Seguridad Social, con un diagnóstico de la situación y propuestas de cambios. Más adelante, ese proyecto fue retomado por la doctora Ligia Leroux de Ramírez, directora del IDSS, quien lo renovó y actualizó con un enfoque más amplio y moderno, siendo sometido al Senado en dos oportunidades, sin éxito.

En 1978, unos días antes de entregar el poder a don Antonio Guzmán Fernández, el presidente Joaquín Balaguer, quien desde 1966 había desdeñado cualquier intento de cambio del Seguro Social y apadrinó la privatización, *hizo pasar una ley para “universalizar” el Seguro Social, pero bajo el control absoluto del IDSS, y sin un estudio actuarial*

sobre su costo, financiamiento y sostenibilidad. Esa ley fue promulgada el 10 de agosto de 1978, faltando sólo cinco días para la salida de Balaguer, por lo que fue desestimada por el presidente Antonio Guzmán Fernández, por considerarla una trampa política y por carecer de fundamentación técnica y financiera.

Después de un proceso de gran confrontación social, matizado por manifestaciones y huelgas, surgió el primer Diálogo Tripartita convocado por el Dr. Balaguer en 1986, con la participación de las principales organizaciones sindicales y patronales, teniendo como mediadora a la Iglesia Católica. Este encuentro perseguía concertar una agenda nacional en interés de asegurar la gobernanza, con el principal objetivo de establecer una ley de seguridad social de carácter universal. El primer acuerdo de este diálogo fue impulsar la seguridad social, el cual terminó, como todos los anteriores, sin resultados prácticos para la población.

Más adelante, en el período 1988-89, el Consejo Nacional de Hombres de Empresa, presentó un diagnóstico con propuestas de reformas del Seguro Social, elaborado por el Ing. Hernando Pérez Montas y nosotros. El mismo impactó tanto que obligó al Dr. Ney Arias Lora, director del IDSS, a abrir un espacio de diálogo y concertación. La coordinación y moderación estuvo a cargo de la Fundación Siglo XXI, a través del Proyecto para las Iniciativas Democráticas (PID), de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Lamentablemente, este nuevo esfuerzo también se desvaneció, dada la ausencia de voluntad política para realizar cambios reales.

En 1991, luego de una huelga del personal de salud de seis meses, la Asociación Médica Dominicana (AMD) acordó con el presidente Balaguer realizar un diagnóstico de la situación del sector orientado a una reforma sanitaria. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) contrató al doctor Guido Miranda Gutiérrez, expresidente de la Caja Costarricense de Seguridad Social, para dirigir

a un grupo de técnicos y consultores nacionales en la elaboración de una propuesta de reforma de la salud y del seguro social, cuyas recomendaciones corrieron la misma suerte que las anteriores.

Plan para afiliar a los empleados públicos. Ante las sucesivas frustraciones a causa de los proyectos fallidos de expansión de la cobertura, a mediados del 1997, la Dra. Altagracia Guzmán Marcelino, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), le solicitó ayuda técnica a la Oficina Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para elaborar un Seguro Familiar de Salud para los Empleados Públicos (SEFASEMP). La OPS local nos contrató para realizar esa labor. La Dra. Guzmán nos señaló que pretendía romper la racha de intentos fallidos de reformas, presentando un plan de salud para los empleados públicos, tomando en cuenta la existencia de cientos de miles de servidores de bajos ingresos que necesitaban un seguro para sus familias. Tenía la esperanza de que esta vez funcionara, ya que se trataba de un sector socialmente importante, necesitado y controlado por el Gobierno Central. En todo momento se mostró muy optimista, y su personal nos ofreció toda la información y colaboración solicitada. Le gustó la propuesta y decidimos presentársela al Lic. Danilo Medina, a la sazón, Secretario de Estado de la Presidencia, quien la escuchó y prometió hablar con el Presidente Leonel Fernández. Nuevamente, el principal obstáculo fue la falta de voluntad política y de financiamiento.

Dando continuidad a los esfuerzos anteriores, a finales del 1996, el presidente Leonel Fernández, creó una Comisión Tripartita para la Reforma del Seguro Social (COTRESS), encabezada por el Dr. Rafael Albuquerque, Secretario de Estado de Trabajo. Así surgió el Proyecto Tripartita, elaborado con representantes gubernamentales, empresariales y sindicales, bajo la dirección técnica de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Cuando el mismo fue anunciado, el sector privado lo objetó públicamente, debido a que

no definía con claridad la participación de los aseguradores y proveedores privados.

El Consejo Nacional de Hombres de Empresas (CNHE) señaló que el país necesitaba una ley más avanzada y plural, tanto en el campo de la salud como en las pensiones, habida cuenta de la existencia de decenas de igualas médicas y de planes privados de pensiones con décadas de creación, aceptación y derechos adquiridos. Desde luego, el trasfondo de ese rechazo era el temor de que, debido a la poca aceptación de la medicina pública, y a la exclusión de las clínicas y los seguros privados, lejos de eliminar la doble cotización, la misma se amplificaría, elevando el costo y afectando aún más la competitividad, y el presupuesto familiar de los trabajadores. El Proyecto Tripartita tampoco concitó respaldo entre los trabajadores insatisfechos con el IDSS, por lo que fue engavetado en el Palacio Nacional.

Lo más curioso es que los gobiernos que intentaron resolver el anquilosamiento del Seguro Social Dominicano ignoraron la existencia y la aceptación de las igualas y seguros médicos, *planteando proyectos de reforma con una visión muy estrecha, puramente estatal, burocrática, clientelista y excluyente. Y, más grave aún, desoyendo el reiterado temor de los trabajadores y empleadores de que tales propuestas profundizarían, aún más, las ineficiencias públicas y la doble cotización.*

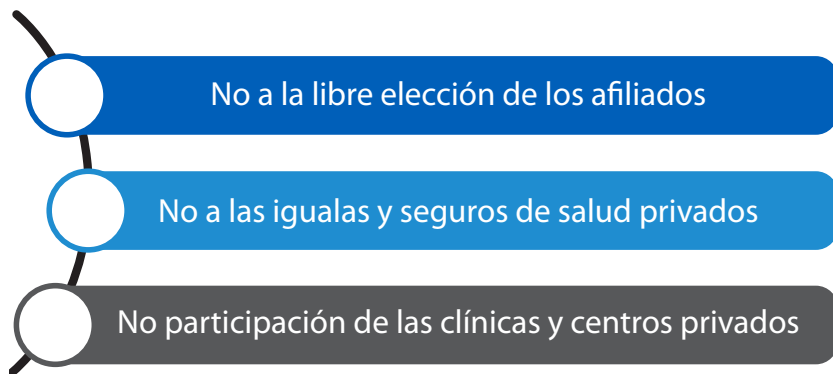
Una pretensión constante de multiplicar la politiquería y el clientelismo. He aquí una muestra de las propuestas excluyentes de las reformas de la Ley 1896.

“La atención médica será proporcionada en los establecimientos médicos del Instituto. Se prestarán a domicilio sólo en casos de extrema necesidad. Solo en los casos y en las condiciones que señale el reglamento de los servicios médicos del Instituto, podrá otorgarse la atención médica en clínicas y centros médicos ajenos al Instituto y con los cuales este (sic) los contrate. En este caso, el Instituto

reconocerá únicamente el valor de los honorarios y de la atención médica prestada, ciñéndose a las tarifas que establecerá al efecto”.

Gráfico 4.01

Causas del rechazo de las propuestas de reforma del IDSS



Imagínese el lector el grado de rechazo que generó un enfoque tan unilateral y excluyente. En ese solo artículo se rechaza cinco veces la participación de los proveedores y aseguradores preferidos por los afiliados y se reitera el control absoluto de un IDSS corrompido y desacreditado. Quienes critican que la Ley 87-01 haya reconocido y mantenido a las ARS privadas cometen un grave error, ya que el principio del respeto de los derechos adquiridos tiene una doble dimensión: 1) el derecho de las iguales y seguros médicos a continuar ofertando sus servicios, ya que no han violado ninguna ley y aceptan su regulación y fiscalización; y 2) el derecho adquirido de miles de dominicanos afiliados a estas empresas y que, a pesar de la libre elección, prefieren permanecer en las mismas. Queda claro que el interés de mantener y aumentar el poder y los privilegios de las minorías ahogó todo intento de una reforma integral basada en las preferencias de la gente común.

En 1985, en el Curso de Altos Estudios en Seguridad Social de la OISS en Madrid, España, en el que participamos por cuenta del IDSS, nuestra tesis versó sobre las causas de los rechazos de las propuestas de reformas al Seguro Social. Demostramos que *todos los proyectos pretendían obligar a toda la población a acudir a centros públicos ineficientes, desconociendo las preferencias de la población por los servicios privados, y el ejercicio de la libre elección durante largas décadas*. Que los propios trabajadores no confiaban en el IDSS; que los altos funcionarios públicos y ejecutivos privados no renunciarían a una atención privada personalizada, para ir a un hospital; y que los empresarios temían que una mayor cobertura y un mayor monopolio del IDSS multiplicaran la doble cotización. Y concluimos que, para superar este círculo vicioso, era necesario aceptar la participación igualitaria del sector privado en la seguridad social, bajo la rectoría y fiscalización de un Estado eficiente y responsable. Y la realidad nos dio la razón.

De estas explicaciones, queda absolutamente claro, *que la privatización de la salud y de las pensiones, ya era una realidad dominante, mucho antes del diseño y de la redacción de la Ley 87-01; que en esas condiciones lo único posible y viable era reconocer los derechos adquiridos de los trabajadores y aseguradores, y regular su habilitación, funcionamiento y evaluación, bajo la rectoría del Estado. Además, es necesario reconocer que para revertir una privatización de más de cuatro décadas, es imprescindible una reforma previa y profunda del sistema público de salud para garantizar servicios médicos de mayor calidad y oportunidad*. Ante esa realidad, el Equipo Técnico del Senado recomendó que la Ley de Seguridad Social reconociera la participación de las clínicas, de las ARS y de las AFP privadas, *incluyendo, simultáneamente, las reformas estructurales del servicio público de salud necesarias para brindar mejores atenciones, y reducir, en forma gradual y progresiva, la brecha entre la atención privada y la pública*.

Cuatro proyectos presentados sobre seguridad social. En 1998, el país celebró las primeras elecciones congresuales separadas de las presidenciales para evitar la elección “por arrastre” de los senadores y diputados. La gran mayoría de los candidatos se comprometieron a aprobar una ley universal de seguridad social. Con el ascenso de este grupo de nuevos legisladores, el panorama cambió radicalmente cuando el 16 de septiembre del 1998, al mes de haber tomado posesión, un grupo de senadores, dirigido por el doctor Dagoberto Rodríguez Adames, sometió un nuevo proyecto de ley de seguridad social, con la colaboración de los senadores Iván Rondón, Darío Gómez y José Gonzáles Espinosa.

En adición, las senadoras Milagros Ortiz Bosch y Ginette Bournigal, entregaron un proyecto de ley sobre las estancias infantiles, para facilitar la reincorporación de la mujer al mundo laboral, al cumplirse el período posnatal, confiando a sus recién nacidos a instituciones especializadas. Y, además, el senador José Rafael Abinader presentó un proyecto de ley de Bienestar Social, orientado a beneficiar a las madres solteras con una subvención mensual y a la población envejecida con una pensión asistencial. Ante esa ola de propuestas sobre la seguridad social, el Poder Ejecutivo decidió enviar su Proyecto Tripartita al Senado de la República.

En poco tiempo, el Senado se encontró con el reto de estudiar e integrar, en lo posible, cuatro proyectos de seguridad social con enfoques, coberturas y alcances sociales muy diferentes. Dos integrales, que cubrían las tres ramas tradicionales de la seguridad social (salud, pensiones y accidentes laborales), más dos de carácter complementario, orientados a desarrollar las estancias infantiles y a promover el bienestar social de las familias indigentes y de las madres solteras.

Dada la complejidad del tema y la diversidad de los proyectos, el Senado creó una Comisión Permanente de Seguridad Social, con la participación de 14 senadores, prácticamente la mitad del hemisiclo, y con la representación de todas las fuerzas políticas y sectores

económicos y sociales del Congreso. Al frente de la misma fue designado el senador Iván Rondón Sánchez, presidente, y a los senadores José Hazim Frappier y Dagoberto Rodríguez Adames, como vicepresidente y secretario, respectivamente. Además, la integraron Milagros Ortiz Bosch, Juan Heriberto Medrano, Julio González Burell, Antonio Rosario, Andrés Bautista García, Enrique Martínez, José González Espinosa, Milton Ray Guevara, Vicente Castillo, César Díaz Filpo, Darío A. Gómez, Geraldo Apolinar Aquino y Fernando Sánchez.

En síntesis, las ineficiencias y el rezago del Seguro Social se explican por las limitaciones y exclusiones con que fue creado, acentuadas por una política privatizadora Oficial y una falta de voluntad política y compromiso real del Estado de garantizar el derecho universal a la salud de los afiliados. Estas falencias se expresaron en servicios precarios en calidad y oportunidad, y en una creciente privatización de la salud, en una doble cotización y en un elevado gasto familiar de bolsillo. A lo largo de cuatro décadas, lejos de fortalecer la capacidad pública, el Estado propició el financiamiento de las clínicas, de las igualas y seguros de salud privados, y de las AFP, dando como resultado un proceso tan complejo e irreversible que determinó el carácter plural del SDSS, como veremos en los próximos capítulos.

V. UN SISTEMA UNIVERSAL, OBLIGATORIO Y PLURAL

La universalidad constituye la diferencia fundamental entre los viejos *seguros sociales*, concebidos como un *derecho laboral*, que solo protegen a los trabajadores asalariados y, en el mejor de los casos, a sus familiares, y la moderna *seguridad social*, que consagra la *protección social* como un derecho inherente a la condición *humana e inalienable*. El principal compromiso del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) es proteger a todos los dominicanos y residentes legales, sin ninguna distinción, ni exclusión.

En pocos países de América Latina, el reto del desarrollo de la seguridad social ha tenido un carácter tan amplio y complejo como en el nuestro. Muchos, como Costa Rica, tenían modelos de atención sanitaria adecuados y su reforma se concentró en la extensión de la cobertura a los grupos de difícil afiliación y marginados de la población. Otras naciones, como ya habían avanzado en la cobertura poblacional, se concentraron en reformar y modernizar el modelo de atención y prestación de los servicios, y en actualizar los planes de ahorro para el retiro.

En cambio, en nuestro país, dado el rezago histórico del Seguro Social, resultaba impostergable enfrentar y abordar simultáneamente ambas reformas, universalizando la cobertura poblacional

(crecimiento *cuantitativo*) y al mismo tiempo, reformando el modelo de atención (crecimiento *cualitativo*), lo cual no sólo explica su particularidad y complejidad, sino también, las incertidumbres, los cuestionamientos y las resistencias. Además, con el agravante de reformar un sistema de salud altamente privatizado debido a una oferta pública muy precaria. Este doble proceso, *cuantitativo y cualitativo*, demanda la existencia de un Estado de derecho capaz de vencer las resistencias y los obstáculos al cambio, haciendo valer el imperio de la ley, por encima de cualquier interés de grupos y sectores, mediante el fortalecimiento institucional.

1. Universalidad, obligatoriedad e integralidad

Universalidad: protección social para todos y todas. Al momento de diseñar el nuevo sistema, fue necesario evaluar las diferentes opciones, en función de las experiencias adquiridas durante los estudios y las consultorías realizadas en seis países de América Latina. La existencia de recursos limitados impuso la *disyuntiva entre incluir en el Plan Básico de Salud (PBS) a todos los servicios médicos, a costa de la exclusión de los segmentos sociales de menores ingresos, o afiliar a toda la población, excluyendo algunos servicios médicos y de salud.*

Ello así, porque hasta el sentido común indicaba que no era posible afiliar a toda la población (cobertura horizontal) y al mismo tiempo garantizar todos los servicios de salud (cobertura vertical). Y no porque sea materialmente imposible, sino porque esa solución tendría un costo recurrente tan elevado que sería financieramente inviable, excluyente y socialmente insostenible. Sería tan descabellado, como pretender transportar a toda la población en primera clase. Recordemos el señalamiento del Dr. Amiro Pérez Mera de que, *para garantizar todos los servicios a todo el universo, habría que destinar el 16.8 % del producto interno bruto (PIB).*

La universalidad expresa la quinta esencia de la seguridad social, ya

que la misma es definida como un derecho humano inalienable, sin ninguna exclusión social. Implica la protección y la garantía de acceso a los servicios de salud garantizados (SSG) a todas las personas, independientemente de su estatus social y económico, nivel educativo, creencias políticas, religiosas y raza. Debido a que *un sistema universal no puede ser excluyente de nadie*, la Ley de Seguridad Social de la República Dominicana es quizás la única de América Latina que dispone la afiliación de los empleadores, siempre que reciban un salario, y aunque la gran mayoría no necesite esa protección social.

Lógicamente, tratándose de un derecho humano universal, los beneficiarios del sistema de protección social son todos los dominicanos y los residentes legales. De acuerdo con su condición económica, laboral y social, los beneficiarios del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), se clasifican en tres grandes grupos:

- a) **Los trabajadores asalariados**, afiliados en su totalidad, junto a sus familiares, mediante aportes al régimen contributivo, incluyendo a los nuevos empleados públicos, pudiendo escoger libremente a la ARS, PSS y AFP de su predilección ⁹⁴
- b) **Los indigentes, discapacitados y desempleados**, afiliados al régimen subsidiado a cargo del Presupuesto Nacional, asegurados al SENASA, incluyendo a los trabajadores autónomos con ingresos inferiores al salario mínimo nacional.
- c) **Los trabajadores por cuenta propia**, afiliados al régimen contributivo subsidiado, con una cotización de acuerdo a sus ingresos, más un subsidio del Estado en relación inversa al ingreso, a cargo exclusivo del SENASA⁹⁵.

⁹⁴ Como parte de los acuerdos finales para la aprobación de la Ley se consignó que todos los empleados públicos fuesen afiliados al SENASA, pero el mismo no se ha podido implementar a pesar de las gestiones realizadas.

⁹⁵ Este régimen todavía no ha sido puesto en ejecución.

En todos los casos, la cobertura incluye al núcleo familiar: al cónyuge o compañero/a de vida, y a los hijo/as e hijastros/as menores de 18 años o menores de 21 años, si son estudiantes. Además, protege, sin límite de edad, a los hijos con discapacidad que les impida realizar una función productiva regular. En adición, los afiliados titulares podrán afiliar a los padres y suegros e hijos mayores de 21 años, cubriendo el costo total de la cápita mensual.

En vista de que, en cualquier caso, el sistema único de información y recaudo (SUIR) requiere de un documento de identidad legal para la afiliación al SDSS, durante los primeros años del inicio del nuevo sistema fue necesario emprender una amplia e intensa campaña de cedulación a nivel nacional. Cientos de miles de personas, incluso familias enteras, desde ancianos hasta niños, carecían de cédulas de identidad y electoral, por lo que inicialmente no fue posible afiliarlas hasta contar con ese documento, recibiendo servicios de salud en los hospitales públicos. Esta situación era mucho más frecuente entre las familias más pobres y entre los residentes en las zonas rurales y en los barrios marginados. Afortunadamente, en la gran mayoría de los casos este problema ha sido superado. Desde entonces, los hospitales y clínicas registran a los recién nacidos, iniciando el proceso de formalización para ser afiliados de inmediato al SDSS.

Los residentes sin la debida documentación legal no podrán afiliarse al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), aunque realicen actividades productivas, hasta regularizar su situación migratoria, ya sea definitiva o provisional. No obstante, por razones humanitarias, tendrán derecho a recibir los servicios de salud pública, de acuerdo con los convenios internacionales firmados por el país. Los no residentes con capacidad contributiva pueden contratar un seguro médico ofertado y cubierto al margen del SDSS. Las personas en tránsito y/o en actividades turísticas, podrán utilizar libremente los planes internacionales de salud vigentes, siempre que su cobertura se extienda al país. Los demás, podrán solicitar atención médica cubriendo su costo.

Una responsabilidad inalienable e impostergable del Estado.

Como veremos en el próximo capítulo, de la especificidad de la demanda de los servicios médicos y de salud en el marco de los sistemas de seguridad social universales y obligatorios se deriva, necesariamente, *la responsabilidad inalienable del Estado de garantizar el acceso al cuidado de la salud en condiciones socialmente aceptables para toda la población.* La necesidad vital, la universalidad y la obligatoriedad se combinan para establecer una clara diferencia entre la demanda de servicios de salud y la demanda de los demás bienes y servicios que se trazan en el mercado.

Por ejemplo, ante la compra de un par de zapatos o de una camisa, el Estado no tiene por qué intervenir porque se trata de una demanda discrecional, que no es vital, ni universal, ni obligatoria, ni tampoco perentoria. Aquí es perfectamente admisible el “libre accionar” de las leyes del mercado, excepto si se tratase de un monopolio privado. Pero, insistimos, *en el caso de la salud, la responsabilidad gubernamental es absolutamente insoslayable.* No sólo por razones humanitarias y de derecho elemental sino, además, porque el Estado no puede crear un mercado cautivo, obligatorio, y luego lavarse las manos como Pilatos, sin garantizar derechos, y dejando su acceso esencial a expensas del afán de lucro privado, y tampoco de las élites gubernamentales y de los gremios profesionales. *De nada sirve incluir en la Constitución un derecho humano fundamental, si luego el Estado no hace lo necesario para garantizarlo.* Y esa indiferencia e inacción oficial ha sido una constante, tanto durante el viejo Seguro Social, como ahora en la nueva seguridad social.

Para garantizar la universalidad de manera incondicional, el sistema de seguridad social tiene que intervenir y condicionar las “leyes del mercado”. Con frecuencia, la libre aplicación de la oferta y la demanda termina imponiendo reglas de juego inhumanas y desconsideradas, muy a favor de las minorías políticas y económicas, erosionando el principio de universalidad y de igualdad de oportunidades. En el mejor

Para garantizar la universalidad de manera incondicional, el sistema de seguridad social tiene que intervenir y condicionar las “leyes del mercado”. Con frecuencia, la libre aplicación de la oferta y la demanda termina imponiendo reglas de juego inhumanas y desconsideradas, muy a favor de las minorías políticas y económicas, erosionando el principio de universalidad y de igualdad de oportunidades

de los “escenarios”, *termina aceptando a toda la población, pero reduciendo la calidad y oportunidad de los servicios prestados, o segmentando el acceso a los servicios*, en cuyo caso, la atención deviene en una dádiva discrecional, asistencial, establecida unilateralmente por la entidad prestadora, en desmedro del Derecho Universal a la Salud (DUS).

En consecuencia, como no se trata de una mercancía cualquiera, sino de un servicio público esencial, la forma más expedita de garantizar el acceso universal como un derecho, sí o sí, es mediante la regulación de la competencia, *subordinándola al interés social, habida cuenta del carácter universal y obligatorio del sistema. El afán de lucro no puede condicionar ningún derecho humano esencial y obligatorio. En el SDSS, tanto las ARS como las PSS y las AFP privadas, operan gracias a una*

concesión especial del Estado Dominicano, por lo que su habilitación como tales, se realiza bajo la premisa de la aceptación incondicional de estas reglas de juego. Ningún sistema puede ser socialmente viable, ni económicamente sostenible, sin la existencia y la observancia de reglas de juego claras y obligatorias, debidamente supervisadas, evaluadas, premiadas o sancionadas. Al menos, así lo estableció el Equipo Técnico y lo aprobó el Congreso Nacional.

Para lograr un Estado de derecho en un país en vías de desarrollo, se requiere de una estrategia integral en, al menos, tres grandes direcciones:

- a) **Fortalecimiento institucional**, en lo jurídico, legislativo y ejecutivo para garantizar su independencia, profesionalidad, transparencia, eficacia y capacidad de rendición de cuentas y promoción de la ética y la integridad.
- b) **Combate a la corrupción**, con medidas efectivas para prevenir y combatir la corrupción, el clientelismo, la politización y el afán desmedido de lucro, eliminando la impunidad, mediante la rendición de cuentas y la aplicación rigurosa de la ley.
- c) **Regulación, monitoreo y supervisión**, premiando a los cumplidores y sancionando a los violadores de las leyes y de las normas complementarias, sin ninguna distinción y sean públicos o privados.

Integralidad de la protección social universal. En todas las consultas durante las vistas públicas y los talleres realizados por el Senado durante la elaboración del proyecto de ley, hubo consenso sobre la necesidad de una protección integral. En tal sentido, el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), cubre, como mínimo: 1) la protección contra vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, seguro de vida y sobrevivencia; 2) los servicios preventivos y curativos por enfermedad y maternidad, incluyendo visitas a domicilio, tratamientos complejos, rehabilitación y medicinas ambulatorias; 3) la prevención y rehabilitación en casos de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales; y 4) los servicios sociales para los envejecientes, en todos los casos, incluyendo los servicios necesarios para garantizar resultados.

Todos los afiliados a la seguridad social disfrutan de *beneficios idénticos* en cuanto al Seguro Familiar de Salud (SFS), independientemente del régimen de financiamiento a que pertenezcan. Tienen derecho a un Plan Básico de Salud (PBS) único y universal para todos los regímenes, incluyendo al afiliado titular y a sus dependientes, sin exclusión por edad, sexo, preexistencia, condición social,

laboral o territorial. El PBS comprende la protección integral de la salud física y mental, incluyendo la promoción de la salud; la prevención y el tratamiento de las enfermedades comunes y catastróficas; y la atención durante el embarazo, el parto y sus consecuencias y la rehabilitación del enfermo. Establece un primer nivel de atención como la puerta de entrada a la red nacional de salud, privilegiando la estrategia de atención primaria en todos los niveles y para todos los afiliados.

Es crucial entender que la universalidad del SDSS abarca una heterogeneidad humana tan diversa como la propia composición social dominicana. Un sistema obligatorio y universal no puede garantizar los servicios y prestaciones típicos de la clase alta, sencillamente porque ello sería altamente costoso e implicaría un nivel de financiamiento tan alto que resultaría inviable, excluyente e insostenible. Tampoco podría limitarse a ofertar solo los servicios y prestaciones que están al alcance de los grupos sociales de bajos ingresos, ya que los mismos son insuficientes para elevar la calidad de vida y el bienestar de las familias dominicanas.

Lógicamente, entre estos dos extremos, *la opción más razonable y socialmente aceptable, es incluir servicios y prestaciones más o menos similares a la demanda intermedia*, ya que, como veremos en los próximos capítulos, el régimen contributivo se financia como un porcentaje del salario cotizante promedio. Esta decisión resulta la más viable y equitativa, ya que los más beneficiarios de la misma son los estratos sociales más pobres y vulnerables, que son la gran mayoría, quienes “ascienden” de categoría sanitaria y previsional, gracias a la universalidad y a la solidaridad de la protección social.

Esta premisa obliga a exponer otro punto muy controvertido debido a la falta de comprensión de la lógica interna del SDSS. Al menos en el país, *sólo la clase alta está en capacidad de contratar un seguro médico con un 100 % de cobertura de todos los servicios*, ya que el mismo tendría un costo muy por encima de la capacidad de pago, incluso

de la mayoría de la clase media. De modo que *demandar un plan de salud de una cobertura completa no constituye una opción para un seguro universal y obligatorio en un país en vías de desarrollo*. La Ley 87-01 superó el viejo modelo asistencial en donde, supuestamente, se cubren todos los servicios y prestaciones, pero *sin ninguna garantía de acceso incondicional a los mismos*, y en el momento en que así lo requiera toda la población.

Obligatoriedad de la afiliación universal. Todos los sistemas modernos de seguridad social se fundamentan en el principio de la obligatoriedad, según el cual, la afiliación, cotización y participación tiene un carácter obligatorio para todos los ciudadanos e instituciones, sin exclusión, en las condiciones y normas que establece la ley 87-01. La primera razón se deriva del hecho de que, siendo la protección social un derecho humano fundamental e inalienable, los Estados modernos tienen *la obligación constitucional de asegurar que todos sus ciudadanos tengan igual oportunidad de acceso regular a los servicios y a las prestaciones* consignadas en el sistema. Se trata de un derecho constitucional fundamental, de primer orden.

Una segunda razón es que, como parte del compromiso internacional y de una política social inclusiva, los gobiernos se han comprometido a desarrollar políticas, programas y acciones para *reducir la pobreza y erradicar la indigencia*. Este compromiso implica especializar los recursos necesarios para ampliar las oportunidades de superación y progreso de todas y todos, durante los años económicamente activos, y más allá, en la etapa pasiva del envejecimiento.

Una tercera razón, y no por eso menos importante, es que todos los sistemas de seguridad social en salud se cimentan en el principio de solidaridad social, según el cual los grupos sociales con mayor capacidad contributiva aportan más, a fin de que las familias de menores ingresos puedan acceder a los servicios y prestaciones que les otorga la Constitución de la República en igualdad de coberturas, oportunidades

y acceso. En términos concretos, el principio de solidaridad social implica que *los sectores más favorecidos de la sociedad aporten más para tener derecho a recibir los mismos servicios, mientras que los grupos postergados reciben más que lo que aportan*. En el extremo del beneficio de la solidaridad social están las familias más pobres y vulnerables, las cuales, sin realizar aportes por carecer de capacidad contributiva, reciben idénticos servicios y prestaciones médicas y de salud.

Pero, necesariamente, para asegurar la universalidad, el sistema tiene que ser obligatorio para todos, e independiente de la capacidad contributiva familiar. De lo contrario, a los estratos de mayores ingresos les resultaría mucho más económico contratar directamente un seguro médico familiar privado, obviando el principio de la solidaridad social basado en un aporte porcentual del salario. Desde luego, *la obligatoriedad tiene una doble dimensión: por un lado, implica la participación compulsiva de todos los ciudadanos y residentes, y por el otro, determina la responsabilidad inalienable del Estado de regular, garantizar y supervisar el pleno ejercicio de este derecho humano fundamental*.

La aplicación de este principio es independiente de la modalidad del financiamiento de cada país, ya se trate de aportes basados en un porcentaje del salario cotizante o del pago de impuestos directos o indirectos. Dada esta realidad, la obligatoriedad es la única forma de asegurar un mayor aporte de todos los grupos de ingresos medios y altos, aunque ello incentive la evasión y elusión, muy común en los sistemas de protección social en el mundo, y en nuestro país.

Una cuarta y última razón es que, por ejemplo, en el campo de la salud, *si el sistema fuese voluntario, las personas más interesadas en afiliarse serían aquellas más propensas a enfermarse y a utilizar los servicios de salud* durante una determinada etapa de sus vidas, mientras que las más sanas y jóvenes, carecerían de un interés inmediato en hacerlo. De ahí la expresión de que, en los sistemas de seguridad social, los afiliados sanos, financian el acceso a los servicios de los enfermos, a cambio del derecho de aquellos a recibir el mismo tratamiento, cuando

sobrevengan las enfermedades y los achaques. Como dice el refrán, “hoy por ti y mañana por mí”.

2. Fundamentos del carácter mixto del SDSS

Pluralidad de aseguradores y prestadores de los servicios. Como ya ha quedado ampliamente documentada y demostrada, la privatización de los servicios de salud viene de muy lejos, un resultado lamentable de la política oficial y de la incapacidad gubernamental de larga data de entregar una atención médica siquiera aceptable por la población en general, incluyendo a las familias de bajos ingresos. *Carece totalmente de fundamento el señalamiento de que la Ley 87-01 privatizó la medicina, pues la misma hacía décadas que venía siendo privatizada, con los auspicios, el fomento y el financiamiento del propio Estado, a favor de las clínicas privadas y de las igualas médicas y seguros de salud y de la inercia previsional, como se reseñó ampliamente en el capítulo III.*

Todo lo contrario, lo que logró la Ley 87-01 fue reconocer esa realidad objetiva y *transformar una privatización salvaje, absoluta, unilateral y carente de regulación, en una gestión privada articulada, habilitada y regulada por el Estado.* Están llamadas a llenar una función pública esencial, pero ahora bajo la fiscalización y vigilancia del Estado, obviamente, siempre que las autoridades cumplan y hagan cumplir la Constitución y las leyes. En todos los casos, la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado fue coherente con el principio del respeto estricto de los derechos adquiridos por todos los trabajadores y todos los sectores, públicos y privados, durante las cuatro décadas de estancamiento del Seguro Social. *O se aceptaban a todos, o no se aceptaba a ninguno.* Ese es el alto costo de la privatización excesiva y de las carencias recurrentes de los servicios públicos.

El legislador articuló a los proveedores privados, atendiendo a los estudios que demostraban un preocupante y sostenido nivel de

insatisfacción de los servicios públicos de salud, y una clara preferencia de la gran mayoría de la población por una pluralidad de aseguradores y proveedores, tanto públicos como privados. Esta inclinación es tan pronunciada, como ya señalamos en el Capítulo III, que la mayoría de los trabajadores afiliados al IDSS prefería incurrir en una doble cotización y aceptar coberturas disímiles, establecidas unilateralmente por los seguros privados, antes que conformarse con un servicio público deshumanizado, incierto, politizado, discontinuo e incompleto. ¿Si existe la libre elección de los afiliados, por qué 23 años después continúan prefiriendo a los servicios privados?

La experiencia de América Latina demuestra claramente que, donde existe un sector público con servicios oportunos y de calidad, *la medicina privada se limita a un pequeño estrato de la clase media con suficiente capacidad contributiva, a los grupos de más altos ingresos, al cuerpo diplomático y a los representantes de organismos y empresas internacionales*. Esa fue nuestra experiencia directa en varios países de Centroamérica, México, el Caribe y Sudamérica, donde los servicios públicos gozan de aceptación general.

Ante el alto grado de privatización del cuidado de la salud que se inició durante la dictadura de Trujillo, que multiplicó Balaguer y que se ha mantenido durante medio siglo de gobiernos democráticos, y tomando en cuenta las preferencias de una buena parte de los dominicanos, al país y al Congreso no le quedó otra alternativa que aceptar la participación privada en el SDSS, en calidad de administradores y prestadores de servicios de salud y de pensiones. Esta predilección popular no solo quedó plasmada en todos los estudios realizados sino, además, en todas las vistas públicas y en las consultas durante el proceso de diseño y redacción de la Ley 87-01. E, implícitamente, fue reconocida por la propia Asociación Médica Dominicana (AMD) al exigir la creación del SENASA, en vez de apostar y empujar la transformación del IDSS en una institución eficiente y eficaz, como dispone la Ley 87-01 en su artículo 164. Aun así, la inclusión del

SENASA no podía eliminar las deficiencias públicas que generan los mayores rechazos en la población, ya que es sólo un administrador del riesgo de salud (ARS), dejando intacta una red hospitalaria pública (PSS) ineficiente, costosa y deshumanizada.

Además, como ya señalamos, la exclusión de la oferta privada, a despecho de su alta valoración social, constituyó el principal escollo para la aceptación y aprobación de los cuatro intentos de reforma que pretendieron ignorar esa realidad objetiva. En consecuencia, ante esa decisión inevitable, el Equipo Técnico del Senado estableció el principio de la libre elección familiar, como la contrapartida necesaria en un modelo mixto, público y privado.

La gran oportunidad de transformar al IDSS. La gran mayoría de las

personas e instituciones que conocieron los antecedentes y la realidad descrita en los capítulos anteriores, y que la evalúan con mentes abiertas y libres de prejuicios, reconocen y defienden la decisión tomada por el país sobre la participación de los aseguradores y proveedores privados, con y sin fines de lucro, desde luego, basado en la libre elección y bajo la habilitación y regulación oficial. En cambio, otras personas y grupos íntimamente ligados al estatus quo anterior, condenan la participación del sector privado por razones ideológicas, *sin importar ni respetar los derechos adquiridos y las preferencias de los afiliados.*

Para la población usuaria, para los afiliados de a pie, lo más importante siempre será contar con entidades capaces de atender y resolver a tiempo cualquier complicación familiar de salud. En situaciones tan críticas, lo más importante es asegurar el acceso seguro a la clínica u hospital que atienda mejor al paciente, con la libertad de cambiarla cuando no satisfaga sus necesidades.

Para la población usuaria, para los afiliados de a pie, *lo más importante siempre será contar con entidades capaces de atender y resolver a tiempo cualquier complicación familiar de salud*. En situaciones tan críticas, lo más importante es asegurar el acceso seguro a la clínica u hospital que atienda mejor al paciente, con la libertad de cambiarla cuando no satisfaga sus necesidades.

Obviamente, en igualdad de condiciones, los afiliados siempre preferirán acudir a los centros públicos de salud por su bajo costo. Pero también es cierto que esta inclinación pierde mucho sentido y prioridad, cuando la población percibe directamente, y en carne propia, las deficiencias, carencias y discontinuidades del servicio público, convencida de que la falta de calidad y oportunidad pone en riesgo la salud y la vida de su familiar. *En la inmensa mayoría de los casos, la discusión de si la asistencia médica debe ser pública o privada, está fuera de la agenda del dominicano común*, porque su decisión siempre se inclinará hacia la opción que más le garantice salud y bienestar familiar, aun comprometiendo el presupuesto familiar.

El pago de la doble cotización en el pasado, a pesar de los bajos salarios, y en la actualidad, la libre afiliación mayoritaria al sector privado, constituyen evidencias concluyentes sobre su indiferencia sobre cualquier disquisición ideológica. Esa misma argumentación es extrapolable al campo de las pensiones, de la educación y de otros servicios esenciales. Por ejemplo, lo que realmente quieren las familias dominicanas es dotar a sus hijos de la mejor educación posible: allí donde entienden que la pública llena sus expectativas, la aceptan de buen agrado, pero cuando se convencen de que la misma no ayuda suficientemente a la formación de sus hijos, prefieren la educación privada, y son capaces de sacrificar otras necesidades perentorias, a fin de enviarlos a un “buen colegio pagado”, antes que mantenerlos en una “escuela pública gratis, pero de mala calidad”. ¡Más claro, ni el agua!

Dado el crecimiento de la demanda privada y su aceptación general, el legislador incluyó provisiones específicas para garantizar el

predominio de la medicina pública sobre la privada. En esa dirección, consideró que la única forma de lograr este equilibrio, respetando al mismo tiempo los derechos y las preferencias de la población, era *impulsando una transformación progresiva*, tanto del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), como de la entonces Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).

Desde luego, frente a las deficiencias ancestrales de la oferta pública de salud, la aplicación pura y simple de la libre elección hubiese liquidado de inmediato al IDSS, sin darle el tiempo necesario, ni los recursos indispensables para transformarse en una entidad eficiente, lo que hubiese provocado un éxodo masivo de pacientes, el cierre de muchos hospitales y el despido de gran parte del personal. *Dejar que el mercado impusiese su lógica mercantil, con frecuencia deshumanizante, no era una opción para un Congreso responsable, interesado en lograr un equilibrio razonable entre lo público y lo privado.* Para evitar este riesgo, la Ley 87-01 estableció un período de transición de una década, a fin de que el IDSS contase con el tiempo, la cobertura y los recursos necesarios para realizar las transformaciones y cambios que requiere un nuevo sistema de seguridad social plural, competitivo y basado en la libre elección de los afiliados.

Durante un período de transición de 10 años, al IDSS se le aseguró la protección de todos los trabajadores que, al momento de entrar en vigor la Ley 87-01, sólo estuviesen afiliados al Seguro Social, incorporando a sus familiares, lo que más que duplicó su cobertura real. Concluido este período, los mismos tendrían la libre opción de permanecer en el IDSS o escoger otro asegurador y proveedor. En reciprocidad, las igualas y seguros médicos retuvieron a la población afiliada al Seguro Social que ya contaba con *un seguro paralelo privado*. Lamentablemente, el IDSS no pudo librarse de las viejas ataduras, y sus autoridades continuaron haciendo más de lo mismo, por lo que al final terminó sucumbiendo, víctima de las presiones internas de los gremios profesionales y sindicales, del burocratismo, del despilfarro

y del clientelismo ancestral. Es importante señalar que el esfuerzo por recuperar al IDSS nos llevó al extremo de permitirle ejercer, simultáneamente, la función de ARS y PSS. En reciprocidad, y siendo coherentes, también se respetó el derecho adquirido de las iguales que tenían clínicas y de las clínicas que tenían iguales.

La inclusión de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y de las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) lucrativas, en un mercado cerrado y en un ambiente general competitivo, partió de la premisa de que su participación en igualdad de condiciones está sujeta al supremo interés nacional de garantizar la protección social de todos los dominicanos, mediante el Derecho Universal a la Salud (DUS) y el ejercicio de la libre elección. *La única forma de garantizar el predominio del objetivo social sobre el afán de lucro privado, y sobre la corrupción administrativa y la malversación de los fondos públicos, era mediante una fiscalización independiente*, de todas las instituciones del SDSS, sean públicas o privadas. Precisamente, el proyecto de Ley consensuado fue aprobado porque, contrario a los cuatro proyectos anteriores, aceptó la pluralidad, estableció la libre elección, apostó por el desarrollo de la medicina pública y por el fortalecimiento de las instituciones públicas del sector. Resulta obvio que las quejas e insatisfacciones actuales no provienen de la Ley 87-01, sino de las distorsiones en su aplicación.

La libre elección: más poder de decisión para los usuarios. Una de las mayores limitaciones de los seguros sociales tradicionales ha sido la ausencia total de opciones para los afiliados, no obstante constituir la razón de ser del sistema. *Lo cierto es que con gran frecuencia los derechohabientes constituyen el último eslabón de los objetivos, de las decisiones y del disfrute de los beneficios.* En la práctica existe una cultura de defensa de la institución como tal, como si fuese un fin en sí mismo, y no como un instrumento al servicio de la población beneficiaria. *Muy pocas veces priman los derechos del trabajador sobre las prerrogativas*

de los grupos políticos, profesionales, gremiales y burocráticos, reduciendo el eslogan de “en salud, primero la gente” a una consigna hueca y demagógica.

Tres factores explican este problema: la ausencia de opciones, la falta de organización de los usuarios y la inexistencia de una entidad que los oriente y defienda. En la gran mayoría de los seguros sociales se consagra que las prestaciones serán servidas por los propios institutos y en sus propias instalaciones, creando una oferta de servicios centralizada, burocratizada, verticalizada y, con mucha frecuencia, totalmente desconectada de las necesidades y aspiraciones de los afiliados. Esta situación genera gran impotencia, ya que deja a los derechohabientes sin alternativas: *lo tomas o lo dejas*, es la única disyuntiva. La realidad es que, en la práctica, al basarse en un financiamiento prepago, este esquema único, centralizado y politizado, priva al trabajador de toda posibilidad de influir en la calidad, oportunidad y satisfacción de los servicios que él y su familia pagan y necesitan. *La creciente capacidad de decisión de una burocracia cada vez más poderosa y deshumanizada, termina imponiendo un tratamiento desconsiderado que genera mucha impotencia y grandes insatisfacciones.*

La libre elección familiar y el pago por servicios prestados representan su antídoto, ya que le ofrece al trabajador y a su familia la oportunidad de colocarse en el centro del sistema, asegurando una mayor soberanía en la toma de las decisiones que le incumben. Una participación de primer orden en la asignación de los recursos de la seguridad social, según sus necesidades y preferencias, *eleva la posibilidad de mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, y fomenta un tratamiento más considerado del personal.* El ejercicio de este derecho constituye un indicador del grado de satisfacción de los servicios entregados por los aseguradores y proveedores, induciendo a una mayor competencia hacia la calidad, la eficiencia y la satisfacción. En todas las vistas públicas y oportunidades proclamamos: *donde vayan las preferencias de los afiliados, irán los recursos de la seguridad social.*

Si bien la presentación de opciones constituye un paso de avance, la experiencia demuestra que no es una condición suficiente. *La falta de información, organización y educación de los usuarios limita considerablemente el ejercicio de sus prerrogativas.* Varias razones así lo justifican: 1) se trata de la toma de decisión en un campo muy complejo y que requiere de información especializada, fuera del alcance y manejo de la gran mayoría de los afiliados, y hasta de los niveles medios y altos; y 2) en forma aislada el usuario carece, en absoluto, de información, orientación y capacidad de negociación suficiente.

Todos sabemos que la gran mayoría de los pacientes no cuenta con la información esencial para una elección apropiada de un proveedor, especialmente si todavía no se ha establecido un primer nivel de atención basado en la estrategia de atención primaria. Ante la ausencia de criterios, indicadores y parámetros, la elección se hace sobre bases subjetivas. Por otra parte, la organización de los usuarios en entidades que realmente los representen, elevaría la posibilidad de lograr mayores ventajas en términos de calidad, precios, coberturas, oportunidad y satisfacción.

La Ley 87-01 que creó el SDSS retomó el aporte del diálogo tripartita, creando una dependencia técnica dotada de presupuesto definido y autonomía relativa, para informar a los afiliados sobre sus derechos y deberes; y recibir, tramitar y darle seguimiento a las reclamaciones y quejas de los beneficiarios hasta su resolución final. Además, para asesorar a los afiliados en sus recursos amigables o contenciosos; realizar estudios sobre la calidad y oportunidad de los servicios, y supervisar, desde la óptica de los usuarios, el funcionamiento del SDSS. En adición, la Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) fue encargada de los programas de educación y promoción de la seguridad social a nivel popular y al interior del sistema educativo, tareas con mejorías en calidad y cobertura, pero todavía insuficientes.

3. Pluralidad y separación de las funciones

Separación de las funciones y organización del sistema. La mayoría de las naciones cuenta con mega instituciones públicas que concentran todas las funciones de la seguridad social. El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) fue un claro ejemplo, concentrando en sí mismo todas las áreas y actividades claves, ya que fue, simultáneamente, director, regulador, recaudador, supervisor, administrador de riesgos y el único prestador de los servicios de salud, de las pensiones y de diversas prestaciones económicas y subsidios. Incluso, con gran frecuencia, hasta asumió la representación de los propios usuarios. Es preciso reconocer que en muchos países con una fuerte tradición de legalidad, transparencia e institucionalidad, esta concentración ha sido útil, brindando atenciones adecuadas a la población, con resultados satisfactorios.

Sin embargo, en el contexto latinoamericano, y particularmente en nuestro país, esta concentración ha generado muchos conflictos de intereses, cimentando instituciones verticalizadas, altamente politizadas, burocratizadas y corrompidas. ¿Cuál es el grado de objetividad, credibilidad y transparencia de una supervisión y/o evaluación de la calidad de los servicios y de la satisfacción de los afiliados, realizada por la misma institución que los entrega? ¿Cuán creíble resulta una evaluación sobre el uso de los recursos, hecha por funcionarios subalternos de la misma entidad que los asigna y los ejecuta, con frecuencia con mucha discrecionalidad, irracionalidad e impunidad? Ciertamente, la ausencia de una auténtica división y separación de los roles y de los poderes públicos le ha hecho mucho daño al fortalecimiento democrático del país y de sus instituciones.

Por tales razones, el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) se organiza basado en la *especialización y separación de las funciones claves*, uno de los mayores aportes del diálogo tripartita. La dirección, regulación, recaudación, supervisión, información y

defensa de los afiliados corresponden exclusivamente al Estado y son inalienables. En tanto que la administración de los riesgos, del ahorro para el retiro y la prestación de los servicios, constituyen funciones compartidas por entidades públicas, privadas o mixtas. Además de reconocer y respetar las preferencias de la población, *esta pluralidad responde al principio del respeto a los derechos adquiridos, ya que las mismas precedieron a la Ley 87-01*. Todas las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), incluyendo al SENASA y todas las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), públicas y privadas, son debidamente acreditadas por las respectivas superintendencias, cuyas funciones y actividades se enmarcan en los principios, normas y reglamentos de la Ley 87-01 que creó el Sistema Dominicano de la Seguridad Social. De igual forma, todas las Prestadoras de Servicios de Salud y de Riesgos Laborales, son acreditadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), de acuerdo con la Ley 42-01, Ley General de Salud.

En el caso de la República Dominicana, dadas las deficiencias tradicionales de los servicios públicos de salud, y la marcada inclinación de la población hacia la atención médica privada, como ya se reseñó en los capítulos anteriores, la única posibilidad de avanzar hacia la universalidad era mediante un sistema plural, mixto, basado en el principio de la separación de las funciones. Con esta decisión, el legislador logró dos objetivos fundamentales para el SDSS: 1) imprimirle mayor eficiencia a las ARS, PSS y AFP públicas y sin fines de lucro, mediante una asignación de los recursos basada en criterios gerenciales, para elevar la productividad y eliminar los costos innecesarios; y 2) imprimirle un contenido social y solidario a la gestión privada de los administradores y proveedores de los servicios y prestaciones de la seguridad social. En ambos casos, siempre bajo la supervisión de las instituciones públicas correspondientes, bajo el cumplimiento estricto de la Ley 87-01.

Diversificación de la administración y provisión de los servicios.

Considerando que durante cuatro décadas se presentaron cuatro proyectos de modificación de la Ley 1896 de Seguros Sociales, excluyendo a los aseguradores y proveedores privados, para afiliar a todos los dominicanos a un IDSS burocratizado, ineficiente, corrompido y carente de aceptación general. Y considerando, que todos esos intentos encontraron el rechazo del sector privado, y tampoco lograron la aceptación de los propios trabajadores, resultaba más que obvio que la aprobación del nuevo sistema de protección social, sólo era posible reconociendo la participación de los aseguradores y proveedores privados, en igualdad de condiciones. Con la ventaja adicional del derecho de los afiliados a expresar libremente sus preferencias familiares, enviando claros mensajes de aprobación y desaprobación, tanto a las entidades públicas como a las privadas.

De esa forma, el nuevo sistema, lejos de perpetuar y amplificar las ineficiencias del viejo Seguro Social, aceptó la pluralidad ya existente, consagrando el derecho a la libre elección de todos los dominicanos de la ARS y la AFP, así como de las PSS que estimen más convenientes, con la facultad de cambiarlas cuando no les satisfagan. De esta forma se construyó *un sistema mixto de administración y provisión, una modalidad de la seguridad social muy a la dominicana, como resultado directo de una política oficial privatizadora de más de medio siglo.*

La Ley 87-01 transformó al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), en una entidad administradora de riesgos (ARS) y proveedora de servicios de salud y riesgos laborales (PSS), ahora bajo la supervisión de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). A tal efecto, dispuso que el Poder Ejecutivo le asigne un subsidio especial anual durante 10 años con el objetivo de establecer una administración y gestión gerencial, que modernice sus sistemas operativos, reentrene a sus recursos humanos y modernice su infraestructura, a fin de alcanzar niveles adecuados de calidad, oportunidad, satisfacción, eficiencia, productividad y competitividad. El

Instituto conservó su personería jurídica, patrimonio y carácter público y tripartita, ahora sin las funciones de dirección, regulación y financiamiento, las cuales quedaron bajo la responsabilidad exclusiva del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), como el nuevo órgano rector, tripartita, pero con una representación más amplia, acorde con el carácter universal del SDSS. Lamentablemente, a pesar de las previsiones del legislador y del multimillonario apoyo financiero del Estado, esa institución no logró la transformación necesaria para superar las prácticas clientelistas, politizadas, burocratizadas, ineficientes e insatisfactorias.

La ley 87-01 estableció el derecho al veto de los representantes gubernamentales, sindicales y empresariales, un poder especial que, bien usado por el movimiento sindical en los casos críticos, le hubiese evitado a los afiliados muchas de las distorsiones existentes. En este sentido, reconocemos el error de no haber dispuesto la reglamentación del veto, a fin de fomentar una cultura hacia el diálogo constructivo, evitando la posibilidad de una parálisis indefinida del CNSS.

Gradualidad en la construcción del nuevo sistema. La universalidad es la amalgama que une a todos los ciudadanos en el propósito común de construir un modelo de desarrollo humano inclusivo y sostenible, que amplíe las oportunidades de los más pobres y eleve las opciones de la gente común. Esta meta portentosa sólo podía ser abordada con éxito mediante un proceso gradual y progresivo, tal y como, posteriormente, lo estableció la Constitución en su artículo 60.

Vale la pena recordar que el desarrollo del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), depende de dos grandes reformas simultáneas: 1) de la afiliación de toda la población, sin ninguna exclusión, e independientemente de su nivel de ingreso, condición social, edad o sexo (cobertura horizontal); 2) de la elevación de la cantidad, calidad y oportunidad de los servicios y las prestaciones sociales, mediante la

aplicación de las reformas estructurales del sistema nacional de salud consignadas en la Ley 87-01.

Consciente de la complejidad de esos cambios, la Ley contempla un proceso gradual de educación popular y de formación de recursos humanos especializados. Además, presupone el fomento de una cultura nacional por la calidad del cuidado de la salud, incluyendo los incentivos apropiados, y la elevación de la eficiencia en la asignación y administración de los recursos. De igual forma, implica el desarrollo de las nuevas estructuras organizativas, nuevas técnicas de detección y reducción de la evasión y elusión, y la transformación técnica, funcional y operativa de los aseguradores y proveedores, públicos y privados. El carácter gradual del nuevo sistema de seguridad social no sólo se explica por la limitación de los recursos sino, además, porque era necesario garantizarle a la población la continuidad de los servicios básicos, y simultáneamente, ir avanzando hacia una mayor calidad y eficiencia, evitando procesos institucionales traumáticos.

Siete grandes diferencias con los modelos de Chile y Colombia.

Con frecuencia, algunos dicen que el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) es una copia de los modelos chileno y colombiano. Basta con que ambos sean de capitalización individual y que existan AFP y ARS, para etiquetarlos como iguales. Ciertamente, nuestro sistema se inspiró en dichos modelos, pero también en los sistemas de México, El Salvador, Costa Rica y España. El retardo histórico del IDSS y el inicio tardío de las reformas, nos permitió valorar esas experiencias y otras más, tratando de asimilar sus logros y superar sus limitaciones. En ese sentido, existen al menos siete importantes diferencias esenciales que deberíamos reconocer, valorar y preservar, al evaluar las características de la Ley 87-01.

- a) ***Creación del régimen contributivo subsidiado.*** Una modalidad original del país, en correspondencia con las características

socioeconómicas de los trabajadores por cuenta propia, los cuales constituyen el 57 % de la PEA. La gran mayoría de los regímenes de seguridad social de América Latina y del mundo pretenden que esos trabajadores se afilien, de manera voluntaria u obligatoria, a un régimen de financiamiento que en nada se corresponde con su nivel de organización y administración, ni con la forma en que realizan sus actividades productivas y reciben sus ingresos. Esta disociación ha generado muchas exclusiones y desamparo social en gran parte del mundo, especialmente donde los trabajadores por cuenta propia operan sin regulación oficial.

- b) ***Establecimiento de la DIDA.*** La Ley 87-01 creó la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), para proteger y defender los derechos de los beneficiarios. El SDSS es una conquista social con una estructura y funcionamiento muy complejo, que sólo llenará plenamente su cometido en la medida en que los afiliados y la población en general cuenten con suficiente información y orientación para empoderarse y ejercer sus derechos y deberes. Esta función es única, una creación propia del país, ya que no existía en Chile ni en Colombia, ni en ningún otro país de América Latina y el Caribe.
- c) ***Creación de la Tesorería de la Seguridad Social.*** De igual forma, la Ley 87-01 instituyó la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), una entidad oficial encargada de afiliar y recolectar todas las aportaciones, y de distribuirlas en los diversos seguros, cuentas y subcuentas, en la proporción indicada, con celeridad y transparencia. Esta modalidad centralizada, pero autónoma, ha demostrado su funcionalidad y efectividad, siendo prácticamente la única institución pública que ha devuelto dinero a los afiliados y a los empleadores, cuando por alguna razón los aportes han excedido lo establecido por ley.

- d) ***Establecimiento de un Fondo de Solidaridad Social.*** El sistema chileno era un plan de retiro absolutamente individual, privatizado y excluyente, carente de solidaridad social. Para superar esta limitación inaceptable, se creó un Fondo de Solidaridad Social (FSS), financiado exclusivamente por los empleadores. Tiene por finalidad complementar la pensión mínima garantizada por Ley, en los casos en que el fondo acumulado por el trabajador no resulte suficiente. La práctica ha demostrado que esta decisión fue correcta, pero que es necesario asignarle muchos más recursos a este fondo, para garantizar una pensión básica al 75 % de los trabajadores con aportes irregulares durante su vida laboral, como se explicará en la tercera parte de este libro.
- e) ***Creación de una AFP pública.*** Además, y como si esto fuera poco, el legislador también creó, por Ley, una AFP pública ⁹⁶, a fin de contribuir al necesario equilibrio entre lo público y lo privado. La idea surgió de las propuestas de la gente común durante las vistas públicas del Senado, donde una parte de los asistentes expresaba sus preferencias por la banca pública, mientras otros apoyaban la participación de la privada. De esta forma, los afiliados tienen la opción de decidir libremente cuál es la institución que prefieren para administrar sus ahorros para el retiro, con el derecho de cambiarla si no les satisface.
- f) ***Aportes del trabajador y del empleador.*** En el sistema chileno, los trabajadores aportan el 100 % al sistema de pensión, mientras que en la Ley 87-01 sólo cotizan el 28.8 % y los empleadores el restante 71.2 % al Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS).

⁹⁶ De hecho, muchos de los participantes propusieron que esos fondos fuesen administrados por el Banco Central, por desconocimiento del rol y de la naturaleza de esta institución.

- g) ***Articulación del sistema previsional al SDSS.*** Mientras el sistema de capitalización individual de Chile opera en forma separada e independiente del seguro social, nuestra Ley de Seguridad Social garantiza su articulación legal y funcional, bajo la rectoría del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), con un cogobierno tripartito ampliado.

Estas siete grandes diferencias técnicas y estructurales expresan muy bien la creatividad dominicana y la visión y el compromiso social del Equipo Técnico que diseñó y redactó la Ley 87-01. Como ocurre en todo el mundo y en todas las reformas, se partió de los modelos internacionales más representativos, pero, al mismo tiempo, se le introdujeron las peculiaridades propias de nuestra realidad socioeconómica, política, institucional y cultural. La mejor demostración de que se actuó con una mezcla de realismo y creatividad son los elogios internacionales por la existencia de la DIDA, de la TSS, de una AFP pública y del Fondo de Solidaridad Social (FSS).

La complejidad del tres por tres. Siempre se ha dicho que la Ley de Seguridad Social es un instrumento muy complejo y difícil de entender. Lo cierto es que ella es tan compleja como diversa es nuestra sociedad, por lo que para viabilizar la universalidad fue necesario establecer tres regímenes de financiamiento. Además, por ser integral, la misma comprende tres seguros: de salud, de pensiones y de riesgos laborales. O sea, que tenemos tres seguros y tres regímenes de financiamiento, lo que hemos llamado “el tres por tres”, característica que requiere de mayor cuidado y atención. Más complejo aún se torna al introducir el elemento de la transición. Para analizar y comprender mejor cada situación, no sólo es crucial saber en cuál de las nueve “casillas” situarse conceptualmente sino, además, diferenciar la temporalidad entre el punto inicial, las etapas intermedias y los estadios superiores.

En adición, la movilidad laboral y social hace más complejo el proceso. Hoy el afiliado puede ser un asalariado y pertenecer al contributivo y mañana estar desempleado, y pasar al subsidiado y en un año trabajar por cuenta propia, siendo un contributivo subsidiado. También los cambios podrían ser a la inversa. Para mayor complejidad, al mismo tiempo, un asalariado podría ser un trabajador por cuenta propia en su tiempo libre. Un médico o abogado asalariado en la mañana podría ser un autónomo en la tarde, etc. Por eso, la Ley dispuso en su art. 6 incorporar en el sistema educativo módulos sobre las características y el funcionamiento de esta importante conquista social. El éxito y la sostenibilidad del SDSS dependen, en gran medida, del empoderamiento de una población mejor informada, más consciente y proactiva en la demanda de sus derechos.

Algunos llegaron a afirmar que la ley responde al interés del sector financiero porque las pensiones aparecen primero y el seguro de salud después. Un argumento traído por los cabellos. Luego de diseñar el SDSS, creamos dos equipos técnicos para redactar el proyecto de ley; el primero, para salud y el segundo, para pensiones. Durante el proceso, el equipo de salud se dispersó. Lamentablemente, muchos profesionales y técnicos valiosos dejaron de colaborar activamente cuando se les comunicó que el Senado no

Estamos presenciando un SDSS que cojea y camina lentamente auxiliado de muletas: mucho crecimiento y poco desarrollo. Ninguna resistencia al aumento progresivo de la cantidad de afiliados, porque la misma amplía la demanda y los negocios y multiplica los salarios y las ganancias. Y, en cambio, fuertes resistencias a las reformas estructurales, porque transfieren poder a los afiliados y requieren de mayor eficiencia, disciplina, controles, dedicación y desempeño.

contaba con recursos para contratarlos. Nosotros no aceptamos un contrato irrisorio, y preferimos trabajar a título honorífico, reafirmando nuestra independencia profesional. Al concluir el borrador sobre las pensiones, tuvimos que comenzar a redactar y agregar la parte de salud, y esa es la razón por la cual en la ley las pensiones le anteceden.

En síntesis, la Ley 87-01 que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social, aprobada por el Congreso Nacional el 24 de abril del 2001 y promulgada por Hipólito Mejía, presidente Constitucional de la República el 9 de mayo del mismo año, representa un hito en el desarrollo humano sostenible, porque le transfiere a la gente, incluyendo a los más humildes, el derecho a una protección integral con capacidad para influir de manera real y efectiva en la asignación de los recursos, de acuerdo con sus necesidades más sentidas.

No cabe duda, de que el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) constituye una conquista social sin precedentes. No obstante, dos décadas después, todavía dista mucho de haber alcanzado los objetivos y las metas prometidos. Las debilidades del Estado de derecho y la falta de voluntad política de larga data, todavía gravitan negativamente, ralentizando el avance de las políticas de protección social. El incumplimiento de las reformas establecidas en la Ley 87-01 está generando un desequilibrio financiero recurrente, con un alto gasto familiar de bolsillo, con servicios limitados y bajos indicadores de salud y bienestar. Estamos presenciando un SDSS que cojea y camina lentamente auxiliado de muletas: *mucho crecimiento y poco desarrollo*. Ninguna resistencia al aumento progresivo de la cantidad de afiliados, porque la misma amplía la demanda y los negocios y multiplica los salarios sin retorno y las ganancias excesivas. Y, en cambio, fuertes resistencias a las reformas estructurales, porque transfieren poder a los afiliados y requieren de mayor eficiencia, disciplina, controles, dedicación y desempeño. Esta distorsión generalizada prohija una sensación de orfandad, y la percepción popular de que las minorías se benefician doblemente

del SDSS, disfrutando de una mayor demanda y, al mismo tiempo, conservando sus privilegios.

Obviamente, siendo el Estado el responsable constitucional del desarrollo progresivo del SDSS, corresponde a las autoridades nacionales y sectoriales el mayor reconocimiento sobre los avances obtenidos; pero, también, la mayor cuota de responsabilidad por el incumplimiento de los objetivos y las metas establecidos en la Ley. Las reformas previstas para avanzar hacia la universalidad requieren, necesariamente del fortalecimiento del Estado de derecho. La buena noticia es que, cada vez más, la población se involucra en el proceso, reclama sus derechos y expresa libremente sus insatisfacciones, apoyada por amplios sectores de la opinión pública. Además, que las autoridades han tomado nota de esas aspiraciones populares y las han incluido en la agenda del cuatrienio 2024-2028. Si se ejecutan las reformas pendientes y se eliminan las distorsiones existentes, hasta el más humilde dominicano dejará de ser un dato estadístico, convirtiéndose en un ciudadano de pleno derecho.

VI. LAS NEGOCIACIONES Y LOS CAMBIOS FINALES

En todo proyecto de ley de contenido social, las negociaciones y los acuerdos finales resultan decisivos para hacerlo realidad, especialmente en las sociedades democráticas. La absorción de los cambios y adiciones propuestos fue constante, lo cual quedó evidenciado en la redacción de una veintena de versiones del Anteproyecto Unificado. El proceso de concertación final tuvo cuatro grandes momentos: 1) entre el Senado, del Consejo Nacional de Hombres de Empresa (CNHE) y el Consejo Nacional de la Unidad Sindical (CNUS); 2) entre la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) y la Asociación Médica Dominicana (AMD); 3) entre la CERSS y el CNHE; y finalmente, 4) en la Cámara de Diputados.

En el capítulo anterior explicamos las características generales del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), a partir de los conceptos de universalidad, solidaridad, obligatoriedad, libre elección, pluralidad y separación de funciones. Ahora, en este capítulo describimos las negociaciones finales sobre los puntos críticos que suscitó el Proyecto de Ley Unificado y Consensuado de Seguridad Social. “La complejidad de la reforma se deriva no sólo de sus características técnicas y financieras, sino, además, del hecho de que cualquier política

de reforma sectorial viene precedida de procesos de negociación y concertación, implícitos o explícitos, durante los cuales no solo es posible enriquecerla y complementarla, sino también, distorsionarla y desnaturalizarla”⁹⁷.

1. Los acuerdos entre el SENADO, CNHE y CNUS

Aprobación en primera lectura del Proyecto Unificado. En septiembre del 1999, el Senado aprobó en primera lectura el Proyecto Unificado de Seguridad Social y lo remitió a estudio de comisión, siguiendo el procedimiento reglamentario. A principios de octubre, el Ing. Henry Sahdalá y Rafael Abreu, a nombre del CNHE y del CNUS respectivamente, le solicitaron a la Comisión Permanente del Senado un compás de espera para plantear de manera conjunta sus observaciones al Proyecto Unificado.

Una semana después, se recibió un documento refrendado por Rafael Abreu, presidente del CNUS, y el Lic. Celso Marranzini, presidente del CNHE, con comentarios y propuestas sobre el proyecto bajo estudio. Desde la primera semana de noviembre hasta avanzado el mes de diciembre, se realizaron dos reuniones semanales entre el CNUS, el CNHE, la Comisión Permanente del Senado y la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de los Diputados. Las mismas se efectuaron en un salón de la Cervecería Nacional Dominicana, aprovechando la amable invitación del Lic. Carlos Guillermo León, vicepresidente del Grupo León Jimenes y de su atento personal. Estas negociaciones transcurrieron en un ambiente de distensión, ya que tanto el CNUS como el CNHE, reconocían la pertinencia del proyecto, por lo que sólo perseguían algunas modificaciones y mayor precisión de varios artículos.

⁹⁷ Díaz Santana, A. (1996). Modelos de Desarrollo y Políticas de Salud”. Editora Taller, pág. 150.

Como resultado de esas conversaciones y discusiones, a finales de diciembre llegamos a un gran acuerdo, el cual la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado decidió presentar al país el 26 de enero del 2000, en ocasión del natalicio de Juan Pablo Duarte, Padre de la Patria. En este acuerdo, el CNHE y el CNUS reconocían la importancia del proyecto; que en su elaboración se habían empleado métodos de trabajo “ampliamente democráticos mediante las vistas públicas provinciales y en el exterior del país y en consulta permanente con las diversas entidades y sectores que integran la sociedad”.

En términos más específicos, se aceptó reducir del 23.2% a sólo el 21.2 %, en un 2.0% el costo del SDSS, iniciando con un 17.2 % para llegar gradualmente al 21.2 % en cinco años. También se aceptó el porcentaje de las cotizaciones entre trabajadores y empleadores, y su distribución en los tres seguros. Se acordó reducir del 12.0 % al 9.97 % del salario el aporte para pensiones para no sacrificar la cotización para salud. Se recomendó un Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) con sólo 12 representantes; que la Comisión Clasificadora de Riesgos debía ser una entidad autónoma; hubo acuerdo sobre la necesidad de racionar los servicios sociales a fin de evitar costos excesivos del Estado; se aceptó el diseño de un sistema de pago centralizado, transparente, ágil, eficiente y no burocratizado, que además garantice la solidaridad social, evite la selección adversa y asegure el pago regular a las ARS y a las AFP. También, se excluyeron los accidentes de tránsito y de trabajo del Seguro Familiar de Salud (SFS); se acordó diferenciar las funciones de las ARS y las PSS, y se reconoció el rol de ambas superintendencias.

Este anuncio tuvo un gran impacto en el país, por lo que se dio por un hecho que el mismo sería refrendado por ambas cámaras en la próxima legislatura, a iniciarse el 27 de febrero con motivo de la Independencia Nacional. Preparamos un boletín con el título “*La Seguridad Social está OK*”, utilizando el eslogan muy de moda en los medios informáticos del sector financiero, para anunciar los cambios

introducidos en las computadoras a consecuencia del inicio del nuevo milenio a partir del año 2000.

En una solemne ceremonia en la Asamblea del Congreso Nacional, donde varios meses antes se había realizado el lanzamiento de la primera versión del Proyecto Unificado, y en presencia de varios cientos de personas representativas de los sectores productivos y sociales del país, los líderes del Congreso Nacional, del Consejo Nacional de la Unidad Sindical (CNUS) y del Consejo Nacional de Hombres de Empresas (CNHE), firmaron un acta sobre los acuerdos para modificar e introducir al Senado la nueva versión del Proyecto Unificado, ahora bautizada como Proyecto Unificado y Consensuado. Inteligentemente, la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado invitó a un conjunto de senadores y diputados de los diferentes partidos para que firmaran el acuerdo en calidad de testigos, aspecto que rodeó el proceso de una mayor cobertura, trascendencia y compromiso social y político.

La reacción inmediata de la AMD. Este acuerdo sorprendió a los dirigentes de la Asociación Médica Dominicana (AMD), quienes, quizás debido a los tantos intentos frustrados del pasado, subestimaron la capacidad del Congreso Nacional y de sus técnicos para lograr un proyecto unificado y consensuado. A lo largo del 1999 y hasta el anuncio del acuerdo en enero del 2000, la AMD, como tal, no había participado en el proceso: no asistió a las vistas públicas, ni había enviado su opinión al Senado, con la única excepción de la Agrupación Médica del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (AMIDSS) que sí lo hizo. Desde luego, muchos médicos acudieron e intervinieron durante las vistas públicas y los talleres, pero a título personal, no en calidad de representantes del gremio profesional.

Para compensar este descuido, la dirigencia de la AMD adoptó la estrategia de oposición total y militante al Proyecto Unificado y Consensuado, presentándolo como la negación de la seguridad social y

de los intereses de los profesionales de la salud. Ante una solicitud formulada al Senado, se inició un proceso de diálogo y concertación para conocer y discutir los planteamientos del gremio médico. Se realizaron alrededor de 46 reuniones con los dirigentes de la AMD, con la valiosa ayuda de los Drs. Ligia Leroux de Ramírez y José García Ramírez, entre otros médicos y profesionales.

Desde el principio de las confrontaciones, la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado emplazó a la AMD a poner en blanco y negro sus observaciones al proyecto. No logramos que lo hicieran y nosotros tuvimos que interpretar y redactar los puntos que objetaban, a fin de forzarlos a un compromiso por escrito sobre los temas, a consensuar y a someter sus propuestas. Pero, cada vez que lográbamos entrar en un proceso serio de concertación y comenzábamos a arribar a acuerdos sobre puntos importantes, el grupo más radical de la AMD incidentaba las conversaciones y radicalizaba el proceso. Ese grupo organizó una marcha al Congreso Nacional y rompió las puertas de entrada a la Cámara de Diputados. La estrategia de la AMD era presentarse como la víctima, bloqueando indefinidamente el avance del proyecto, en alianza con el ala conservadora del gobierno de Leonel Fernández, que operaba monóticamente desde la Secretaría de Estado de Trabajo, el IDSS, la SESPAS y la CERSS.

No obstante, durante este largo proceso de discusión se aclararon aspectos muy importantes y se precisó la redacción de varios artículos del proyecto. Entre estos, se confirmó que ciertamente el plan básico de salud incluía las “enfermedades catastróficas”; que los regímenes Subsidiado y Contributivo Subsidiado disfrutarían del mismo Plan Básico de Salud, independientemente de sus modalidades de financiamiento;

No obstante, durante este largo proceso de discusión se aclararon aspectos muy importantes y se precisó la redacción de varios artículos del proyecto. Entre estos, se confirmó que ciertamente el plan básico de salud incluía las “enfermedades catastróficas”; que los regímenes subsidiado y contributivo subsidiado disfrutarían del mismo Plan Básico de Salud, independientemente de sus modalidades de financiamiento; que los profesionales y técnicos independientes o por cuenta propia pertenecerían al Régimen Contributivo Subsidiado; y que la red nacional de salud tendría tres niveles, basados en la estrategia de atención primaria de salud (APS), entre otros temas.

También se avanzó en la aceptación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), incluyendo las ARS locales, y en la definición de las funciones de las ARS, tanto públicas como privadas. Además, se aceptó el establecimiento de contratos de gestión y la contratación de los profesionales de la salud pública mediante salario base más incentivos por desempeño; y los del sector privado, incluyendo honorarios e incentivos profesionales.

Como resultado de las discusiones y debates, hubo acuerdo en adoptar todas las medidas necesarias para corregir los desequilibrios e impedir prácticas monopólicas, tanto en la administración del riesgo, como en la provisión de los servicios de salud. Estos avances fueron incorporados a las sucesivas versiones del proyecto de Ley, lo que obligó a los médicos dirigentes con mayor apertura y disposición al diálogo, encabezados por la Dra. Alma Bobadilla, a reconocer que las nuevas versiones incluían respuestas adecuadas a los planteamientos e inquietudes más importantes de la AMD y de los demás profesionales de la salud. Es importante señalar que siempre los gremios de enfermería mantuvieron una posición abierta, independiente y de apoyo al Proyecto Unificado.

En varias oportunidades se agudizaron las contradicciones y el diálogo civilizado llegó a su punto más crítico, debido al cuestionamiento sistemático del sector más radical de la AMD en lo relativo

al Seguro Familiar de Salud (SFS), aunque también formularon observaciones y propuestas radicales contra el sistema de capitalización individual (SCI). En los momentos de tensas y prolongadas confrontaciones y debates, algunos sectores plantearon separar la propuesta y llevar al Congreso Nacional un proyecto de ley para reformar la parte previsional (de pensiones), dejando el aspecto de salud para cuando hubiese un acuerdo en ese sentido. La misma siempre fue desestimada por el Equipo Técnico y la Comisión Permanente, tomando en cuenta que durante las vistas públicas el cuidado de la salud constituyó la mayor prioridad y que los trabajadores y la población en general coincidieron en señalar que “para llegar a tener una pensión, primero hay que disfrutar de una buena salud”. Además, *se trataba de garantizar una “protección integral desde el vientre de la madre hasta la tumba”*.

En este momento vale la pena señalar una situación prácticamente inédita en la historia política dominicana. El senador Iván Rondón Sánchez era, al mismo tiempo, presidente de la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado y presidente del Partido Revolucionario Institucional (PRI), el cual fue fundado por el Lic. Jacobo Magluta como un desprendimiento del Partido Revolucionario Dominicano (PRD). Y coincidió que durante ese largo período la presidencia de la Asociación Médica Dominicana (AMD) recayó en el Dr. Víctor Díaz Alba, un alto dirigente del PRI. De modo que, durante más de un año, estuvimos en presencia de dos instituciones en conflictos, en diálogos y negociaciones interminables, cuyos liderazgos opuestos estaban encarnados en dos altos dirigentes del mismo partido político.

La férrea voluntad política del presidente Hipólito Mejía. Cuando el nuevo presidente de la República, Hipólito Mejía, anunció públicamente su compromiso total con el proyecto de Ley de Seguridad Social, los sectores que jugaban a una nueva frustración social

comenzaron a tomar en serio el proyecto⁹⁸. Vale la pena resaltar que el presidente Mejía conocía la propuesta, ya que siendo candidato tuvimos la oportunidad de presentársela, quedando tan impresionado que al final de la exposición sacó su bolígrafo Cross y exclamó “traíganme ese decreto, que lo voy a firmar”⁹⁹. También el proyecto se les presentó a los demás candidatos a la presidencia y/o a sus representantes. El presidente Mejía tomó la decisión histórica de introducir el proyecto al Congreso, previa negociación entre la CERSS y la AMD, señalando claramente que, *si no se llegaba a un acuerdo, el proyecto sería sometido de todas maneras*. Fue entonces cuando la AMD tomó en serio las conversaciones y enumeró, por fin, los puntos que faltaban por discutir para llegar a un acuerdo.

Las nuevas negociaciones con la AMD¹⁰⁰ se realizaron en un escenario institucional muy diferente. Ahora, el Secretario de Trabajo era el Dr. Milton Ray Guevara, quien apoyó el proyecto siendo senador; en el IDSS había sido nombrado el Dr. William Jana Tactuk con una práctica privada en la iguala médica de la Clínica Gómez Patiño, y quien estuvo presente cuando le presentamos el proyecto, meses atrás, al entonces candidato Hipólito Mejía. En la SESPAS fue designado el Dr. José Rodríguez Soldevila, quien, aunque no compartía el contenido plural del Proyecto, respondía a los lineamientos del Presidente Mejía. Para completar el cuadro, en la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) fue designado el Lic. José Lois Malkum, economista, con una gran capacidad de negociación, un funcionario de extrema confianza del Presidente de la República. Como puede apreciarse, el proceso dio un giro de 180 grados, por lo

⁹⁸ Ver capítulo VII.

⁹⁹ En esa reunión estuvo el senador Iván Rondón, William Jana, Modesto Reynoso, José García Ramírez y Ligia Leroux, entre otros

¹⁰⁰ *El Colegio Médico Dominicano (CMD) es la continuación de la historia gremial, científica y social de la Asociación Médica Dominicana (AMD), fundada en el 1891.*

que los escenarios nacional y sectorial no podían ser más propicios para arribar, por fin, a un acuerdo definitivo.

Las negociaciones fueron intensas y se realizaron en la CERSS con la intervención, en calidad de asesores, de los doctores Bernardo Defilló, José García Ramírez, Elías Serulle, Bélgica Cordero, Manuel Escaño y César Mella. Nosotros participamos en calidad de asesor honorífico del Senado y consultor contratado de la CERSS. Como resultado de los acuerdos, se convino en incluir a un representante del Colegio Médico o, en su defecto, de la Asociación Médica Dominicana (AMD) en el CNSS¹⁰¹. Además, que permanezcan en el sistema de reparto “los trabajadores del sector público y de las instituciones autónomas y descentralizadas de cualquier edad, que estén amparados por las leyes 379-81 y 414-98 y/o por otras leyes afines, excepto aquellos que deseen ingresar al sistema de capitalización individual”¹⁰².

Este acuerdo implicó la coexistencia del régimen de reparto para los empleados públicos, con el régimen de capitalización individual para los empleados privados afiliados al IDSS y menores de 45 años. Se incluyó un literal orientado a “proteger el ejercicio de los profesionales de la salud, de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos en la Ley General de Salud¹⁰³ y en la ley 60-97, del 13 de noviembre de 1972, sobre organización del cuerpo médico de los hospitales, y sus modificaciones”¹⁰⁴. Además, la AMD planteó que el Estado Dominicano socorriera a la población de más de 45 años incorporada por primera vez al sistema de pensiones y que al retirarse no tuviese suficientes recursos para recibir una pensión adecuada.

¹⁰¹ CNSS, (2001). *Ley 87-0, artículo 23, literal f*

¹⁰² *Ibidem, artículo 38, literal a.*

¹⁰³ Por eso se convino en que la Ley General de Salud fuera aprobada primero que la Ley de Seguridad Social.

¹⁰⁴ CNSS, (2001). *Ley 87-01 artículo 121, literal c.*

Una vez tomada la decisión, el presidente Hipólito Mejía nos comentó que el proyecto era muy amplio y complejo, y nos solicitó sintetizar las 12 grandes ventajas del Seguro Familiar de Salud (SFS) en forma sencilla, para fines de difusión. En esta tarea contribuyó el Dr. Bernardo Defilló. 1) protección completa de la familia; 2) Plan Básico de Salud integral para los tres regímenes; 3) cobertura de las enfermedades de alto costo y complejidad; 4) garantía también de los subsidios; 5) eliminación para siempre de las exclusiones; 6) aporte del trabajador del 30% y del empleador del 70% del costo del SFS; 7) desaparición de la doble cotización; 8) pago de sólo el 30% del costo de los medicamentos; 9) Solidaridad Social a favor de los más pobres; 10) libre elección familiar de la ARS y las PSS; 11) el afiliado tendrá donde formular y demandar la atención de sus reclamos; y 12) supervisión y fiscalización de las ARS y de las PSS, públicas y privadas. Como puede apreciarse, el SFS constituyó una respuesta integral a las demandas y expectativas de los trabajadores y de la población en general. Superó las exclusiones, carencias y desigualdades en el acceso a los servicios de salud de las familias más pobres y vulnerables.

Como parte de las conversaciones y acuerdos entre la AMD y la CERSS, se convino en armonizar los dos proyectos de ley existentes relacionados con el sistema nacional de salud en interés de asegurar la compatibilidad y complementariedad de ambos. Fue así como en la CERSS, bajo la coordinación del Dr. Bernardo Defilló y de consultores nacionales e internacionales, se revisó el anteproyecto de Ley General de Salud, reduciendo su volumen y alcance técnico, definiendo las grandes políticas, dejando a los reglamentos y normas complementarias la definición de los temas muy técnicos y específicos. Además, la AMD solicitó que la Ley General de Salud fuese aprobada primero por el Congreso Nacional y luego la Ley de Seguridad Social. La primera fue convertida en ley en marzo y la segunda, en abril del 2001.

El apoyo y el empeño del presidente Hipólito Mejía llegaron al límite de un seguimiento constante de la evolución del proceso. Como

recuerda el senador Iván Rondón en su libro *Historia de una Ley en Dos Milenios*, “como el presidente Ing. Hipólito Mejía era atípico y hacía cosas inesperadas, se trasladó personalmente a la sede de la AMD para tratar de lograr el consenso”¹⁰⁵.

2. Las negociaciones finales con la AMD

Aprobación del Seguro Nacional de Salud. La concesión medular de las negociaciones consistió en la creación del Seguro Nacional de Salud (SENASA)¹⁰⁶ “como el asegurador público responsable de administrar los riesgos de salud de los afiliados identificados en el párrafo I del artículo 31 de la presente ley”. Los dirigentes de la AMD, quienes durante más de un año cuestionaron y condicionaron la administración del riesgo de salud, finalmente la reconocían, reivindicando al SENASA como una ARS pública, lo cual constituyó un signo de avance muy importante. No obstante, lograron una concesión muy especial a la cual la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado y el Equipo Técnico se habían negado a aceptar.

Se le asignó de por vida al Seguro Nacional de Salud a “todos los empleados públicos y de las instituciones autónomas y descentralizadas y sus familiares, al momento de entrar en vigencia la presente ley, excepto aquellas que tengan contratos de seguro hasta su vencimiento y los que tengan seguro de autogestión o puedan crearlo en los próximos tres años, después de promulgada esta ley”. Además, incluye a todos los trabajadores informales del Régimen Contributivo Subsidiado, a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, quienes serán atendidos por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y los trabajadores del sector privado que lo

¹⁰⁵ Rondón Sánchez, Iván. (2006). *Historia de una ley en dos milenios*, Colección Decir Haciendo, 2008.

¹⁰⁶ CNSS, (2001). Ley 87-01. (2001). Ver artículo 159 de la Ley 87-01.

seleccionen. ¹⁰⁷ Por su parte, “las Administradoras de Riesgos de Salud (privadas) tendrán a su cargo todos los trabajadores del sector privado formal, o informal no subsidiados, que la seleccionen”. ¹⁰⁸

Aunque el acuerdo formal no lo decía claramente, implícitamente se estableció que, salvo en el Régimen Contributivo, en todos los casos en que el Estado aportase recursos a la seguridad social, los mismos serán administrados por una entidad pública, y desde luego, que los recursos aportados por el sector privado estarán a cargo de las AFP y las ARS privadas. *Esta decisión antepuso el interés político y burocrático al principio de la libre elección y al esfuerzo de colocar a la población por encima de cualquier interés grupal, gremial o político.*

El Equipo Técnico siempre sostuvo la necesidad de garantizar el equilibrio entre lo público y lo privado, como forma de asegurar mayores opciones a la población y de coadyuvar a la sostenibilidad y gobernabilidad del sector. Por lo tanto, no cuestionó la creación del SENASA, pero no podía estar de acuerdo con asignarle una población cautiva, ya que esta decisión, además de inconsulta, vulnera el principio de la libre elección y no estimula la eficiencia del sector público, ni del propio SENASA.

En cambio, para compensar la desventaja del sector público respecto al privado, la Comisión Permanente y el Equipo Técnico establecieron un período de transición de 10 años, con una población cautiva y un subsidio millonario. La finalidad de ese tiempo y de esos recursos era dar la oportunidad al IDSS de realizar las transformaciones técnicas y gerenciales necesarias para elevar la calidad y oportunidad de los servicios a fin de que, al término de la transición, sus afiliados decidieran permanecer libremente en el Instituto. *Nosotros defendimos hasta sus últimas consecuencias la creación de, al menos*

¹⁰⁷ Ibidem, *Párrafo I, artículo 31.*

¹⁰⁸ Ibidem, *Párrafo II, artículo 31*

una AFP pública, pero nunca a costa de imponerle al trabajador una afiliación determinada, compulsiva y mucho menos de por vida.

El famoso y controversial artículo

165. Cuando los representantes de la AMD demandaron la creación del Seguro Nacional de Salud, la misma fue aceptada de inmediato por la CERSS, considerando que se trataba del cierre de las negociaciones, ofreciéndole 10 millones de pesos y ayuda técnica para su creación. No obstante la euforia existente, señalamos que había que tomar en consideración dos particularidades insoslayables: 1) que la creación del SENASA y la distribución de los afiliados de acuerdo al párrafo del artículo 31 lesionaba sensiblemente al IDSS, porque todos sus afiliados eran privados y pasarían a las ARS privadas; y 2) que, además, esta distribución afectaba también a las ARS privadas, habida cuenta de que una parte importante de sus afiliados eran empleados públicos, quienes junto a sus familiares, pasarían de inmediato al SENASA. Como se ve, la solución no era tan simple, como lucía a simple vista.

Durante casi dos años algunos dijeron que nosotros queríamos eliminar al IDSS para entregarle todo al sector privado. Pero ahora tuvimos la gran oportunidad de demostrar todo lo contrario, al advertir que la simple creación del SENASA y los cambios propuestos sí eliminarían al IDSS, ya que lo dejarían sin un solo afiliado. Además, señalamos que decenas de miles de empleados públicos, de las instituciones autónomas y de las empresas estatales perderían su libre

Durante casi dos años se dijo que nosotros queríamos eliminar al IDSS y entregarlo todo al sector privado. Pero ahora tuvimos la gran oportunidad de demostrar todo lo contrario, ya que la simple creación del SENASA sí eliminaba, de facto, al IDSS ya que lo dejarían sin un solo afiliado.

elección de manera inconsulta, lo cual generaría muchas incertidumbres y protestas.

La propuesta de crear al SENASA fue entregada por el Dr. Víctor Díaz Alba, presidente de la AMD, al Lic. José Lois Malkum y a sus asesores el domingo 18 de febrero del 2001 a las nueve de la noche. Salimos convencidos de la necesidad y urgencia de establecer una transición, para impedir que el IDSS desapareciese y evitar las incertidumbres y protestas de cientos de miles de afiliados públicos y privados. No había tiempo que perder, porque para ese lunes ya se había convocado a una rueda de prensa para, de manera conjunta, anunciar los acuerdos finales arribados. Esa noche redactamos el famoso artículo 165 y lo presentamos el lunes temprano como un artículo transitorio y vital para el equilibrio entre lo público y lo privado.

En el art. 165 se le concedía al IDSS durante 5 años, todos los afiliados privados más sus familiares *que no tuviesen otro seguro médico*, con lo cual se duplicaba su cobertura real, mientras que pasarían a las ARS privadas aquellos afiliados al IDSS *con doble seguro, eliminando así la doble cotización*. En reciprocidad, aquellos empleados públicos afiliados a iguales médicas permanecerían en éstas por cinco años. Con esa propuesta, durante esos cinco años, el IDSS conservaría la gran mayoría de su cobertura y las ARS privadas también la suya, basada en un principio elemental de equidad, equilibrio y derechos adquiridos.

El lunes 19 de febrero del 2001, cuando hicimos el planteamiento y quedó clara la existencia de un enorme vacío que hacía inviables los acuerdos arribados, los negociadores de la AMD tomaron la propuesta y se fueron a otro salón a considerarla, mientras los periodistas esperaban ansiosos el anuncio de los acuerdos arribados. Luego, la comisión de la AMD volvió con una modificación al artículo 165, concediéndole 5 años al IDSS y ninguno a las ARS privadas. Obviamente, al considerarla desequilibrada e inaceptable, los representantes de la CERSS lograron 2 años para las ARS privadas. Finalmente, la

dirigencia de la AMD defendió y logró que el SENASA mantenga, de por vida, la afiliación de los servidores públicos, convirtiéndolos en una población cautiva. En la vida, *la experiencia nos demuestra que, en última instancia, es mejor asegurar el 95 % de algo, que el 100 % de nada.*

“Por este medio, comunicamos a todo el país que, en la tarde de ayer, lunes 19 de febrero, comisiones de la Asociación Médica Dominicana (AMD), la Asociación Odontológica Dominicana (AOD), el Sindicato Nacional de Trabajadores de Enfermería (SINATRAE) y la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), finalizaron de forma exitosa las discusiones sobre las enmiendas propuestas por los gremios profesionales al Proyecto de Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Con este paso, se logra un elemento de consenso importante para la aprobación definitiva de la referida pieza legislativa, la cual deberá ser conocida y ponderada por los honorables miembros del Congreso de la República.¹⁰⁹”.

El acuerdo CERSS-AMD fue firmado el 19 de febrero del 2001, por la CERSS por José Lois Malkum, Coordinador Ejecutivo y los doctores Jesús Feris Iglesias, Bernardo Defilló, José García Ramírez, Elías Serulle, Bélgica Beato de Gamundi, integrantes del Consejo Asesor de la CERSS y Cesar Mella, Asesor Médico del Poder Ejecutivo. Por la Asociación Médica Dominicana (AMD) lo firmaron los doctores Víctor Díaz Alba, Presidente, Alma Bobadilla, Presidente de la Asociación Médica del IDSS (AMIDSS), Fulgencio Severino, José Miguel Ferreras, Adolfo Rodríguez, Julio Demorizi y la Licda. Francisca Peguero, por las enfermeras.

¹⁰⁹ Rondón Sánchez, Iván. (2008). *Historia de una Ley de Dos Milenios, El Sistema Dominicano de Seguridad Social*. Colección Decir Haciendo, Pág., 291

Una fuerte reacción del CONEP. Cuando el Consejo Nacional de la Empresa Privada (CONEP) conoció los acuerdos entre la CERSS y la AMD, de inmediato el Lic. Marino Ginebra le envió una carta al Presidente de la República, Ing. Agrón. Hipólito Mejía, formulándole un conjunto de observaciones e inquietudes sobre “los efectos adversos de dichos acuerdos para la economía del país” y solicitándole un trato igualitario y participativo en las discusiones sobre el Proyecto de Ley. Nuevamente, el Presidente designó a la CERSS para conocer y negociar con el CONEP, en interés de que el proyecto “cuenta con el más alto consenso posible, entre todos los sectores de la población, en el entendido de que el mismo constituye una pieza clave en la estrategia de lucha contra la pobreza”.

Luego de varios días de intensas discusiones con las diversas entidades sectoriales que integran el CONEP (los empleadores en sentido general, más ADAFP, ADIMARS y ANDECLIP), se acordó agregar otro párrafo al artículo 31 consignando que “los afiliados al Seguro Nacional de Salud que pertenezcan a los regímenes Contributivo y Contributivo Subsidiado podrán ejercer el derecho de libre elección de los proveedores de servicios de salud (PSS)”¹¹⁰. Se consignó que “las resoluciones emanadas de este Comité (Nacional de Honorarios Profesionales) deberán ser aprobadas por el CNSS, el cual establecerá las normas complementarias para su constitución y funcionamiento”¹¹¹.

El CONEP planteó que, ante la distribución de la población en compartimientos estancos acordada con la AMD, era necesaria la separación de fondos para evitar que los aportes del sector privado fueran utilizados por el sector público, por lo que demandaron la creación de dos tesorerías para administrar los fondos. Esto último se desestimó, y en cambio se acordó que:

¹¹⁰ CNSS, (2001). *Ley 87-01 párrafo IV, artículo 31.*

¹¹¹ *Ibidem, Párrafo IV, in fine, del Art. 173.*

“La Tesorería de la Seguridad Social garantizará, a través del PRISS, la administración operativa separada tanto de los fondos del sistema de capitalización individual, sea público o privado, como del fondo destinado al sistema de reparto. Separará, de igual forma, los fondos del Seguro Familiar de Salud de las ARS públicas y privadas. El reglamento de la Tesorería de la Seguridad Social dictará las normas para garantizar esta separación.”¹¹².

Además, el Lic. Marino Ginebra, Presidente del CONEP, planteó que también había que separar el Fondo de Solidaridad Social (FSS), a fin de que cada AFP privada maneje la proporción de dicho fondo correspondiente a sus afiliados. Esta propuesta aparentemente tenía mucho sentido y fue recibida con simpatías por la CERSS. En ese momento explicamos que el FSS operará bajo un esquema de reparto público, por lo que no podía ser atribuido ni vinculado a las cuentas individuales y que, por su naturaleza, deberá concentrarse en una sola entidad, en una sola cuenta y a cargo del Estado.

El CONEP replicó, argumentando que ese fondo provenía de aportes privados (ciertamente se financia con el 0.4 % solo a cargo del empleador), ya que los empleados públicos continuaban en reparto, por lo que debían estar en una AFP privada. Parecía lógico, pero señalamos que *“en ese caso no habría ningún inconveniente, siempre que el sector privado fuera el garante de la pensión mínima”*. Al escuchar ese planteamiento, el Dr. José García Ramírez, visiblemente impresionado, exclamó: “bueno, ese es un argumento muy pesado”. A partir de este momento, el CONEP no insistió más en el tema. Como resultado de ese diálogo, se acordó que la AFP pública concentre y administre el FSS, siempre que logre la rentabilidad promedio, por lo que se agregó al artículo 61 lo siguiente:

¹¹² Ibidem, *Párrafo III, artículo 28.*

“En todo caso, la entidad administradora del fondo de solidaridad (FSS) deberá garantizar un manejo separado de los fondos de solidaridad y de los fondos provenientes de los aportes realizados por los afiliados al sistema de capitalización individual, y otro fondo proveniente de los aportes de los afiliados al sistema de reparto, bajo el principio de contabilidad separada”¹¹³.

El acuerdo final entre la CERSS y el CONEP fue firmado el 15 de marzo del 2001 por los representantes de la CERSS ya mencionados, y del lado del sector privado, por Marino Ginebra, Presidente del CONEP, Frank Castillo, Vicepresidente, Nelson Heidi Hernández, Presidente de la Cámara Dominicana de Aseguradores y Reaseguradores (CADOAR), Alberto Mejía, Presidente de la Asociación de Iguales Médicas (ADIM), Rafael Mena, Presidente de ANDECLIP y Alvin Martínez, Presidente de ADAFP¹¹⁴.

Como la voluntad política del Presidente Mejía continuaba gravitando fuertemente sobre este proceso, los acuerdos entre la AMD y la CERSS, y luego, entre ésta y el CONEP, se aceptaron sin mayor resistencia. Una vez incorporados los nuevos acuerdos, entregamos el Proyecto de Ley Unificado y Consensuado al senador Iván Rondón, Presidente de la Comisión, quien lo introdujo ese mismo día al plenario del Senado.

El apoyo político del expresidente Balaguer. Pero todavía faltaba obtener el visto bueno del expresidente Joaquín Balaguer y de su Partido Reformista Social Cristiano (PRSC). Una mañana de marzo de 2001 recibimos una llamada del senador José Hazim Frappier para tratar “un asunto urgente y muy importante”. Fui a su casa aquí en

¹¹³ Ibidem, *Párrafo II del artículo 80*.

¹¹⁴ Para conocer más detalles y examinar la documentación sobre este importante proceso, consultar el libro *Historia de una ley en dos milenios*, de Iván Rondón Sánchez.

la capital y de manera confidencial me dijo que al día siguiente él tenía una reunión con el Dr. Balaguer sobre el Proyecto de Seguridad Social. Me pidió que, en una sola hoja, le redactara una síntesis del proyecto con lo fundamental, para leérsela a Balaguer y tratar de obtener su visto bueno. Sabía que escribir tantas cosas importantes en tan poco espacio, era una encomienda extremadamente difícil.

Redacté lo esencial y luego comencé a reducirlo, siguiendo una técnica que nos había enseñado años atrás el amigo Dr. Jottin Cury Elías, cuando fue rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Logramos comprimirlo a página y media y al otro día temprano se lo entregamos al senador Hazim Frappier. En la nochecita nos comunicó muy contento que el Dr. Balaguer no tenía objeción al proyecto y que autorizaba aprobarlo. Meses atrás, la Comisión Permanente y el Equipo Técnico le habían hecho una presentación del Proyecto a los altos directivos del PRSC, pero era obvio, que solo el gran caudillo podía tomar una decisión tan trascendental. Ahora sí, por fin, teníamos el camino allanado para la aprobación de la propuesta, contando con el apoyo de los tres partidos mayoritarios.

El proyecto consensuado con los acuerdos señalados fue aprobado en dos lecturas en el Senado de la República. No obstante, en la Cámara de Diputados confluyeron todas las presiones de los grupos privados, gremiales y públicos sobre aquellos puntos que no quedaron como el traje a la medida de cada sector. Esos reclamos habían sido desestimados por la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado por recomendación del Equipo Técnico. Empero, teníamos la ventaja de que una buena parte de los diputados más representativos de todas las bancadas y partidos políticos habían participado activamente durante todo el proceso de diseño, redacción y concertación. Gracias a la gran apertura y estrategia de la Comisión Permanente del Senado, tanto la presidente de la Cámara de Diputados, Rafaela Alburquerque, como los líderes de las diferentes bancadas del PRD, del PLD, del PRSC y de otros partidos emergentes, estaban debidamente

documentados y habían formulado sugerencias que habían sido incorporadas al proyecto.

El espinoso tema de la cesantía. Dentro de los temas que se debatieron con el CNHE y en la Cámara de Diputados, estuvo la cesantía laboral, considerada por importantes sectores de empleadores como incompatible con el nuevo régimen de pensiones. Conocíamos algo del tema por referencias informales de los líderes del sector de zona franca, Ing. Luis Ml. Pellerano, Fernando Capellán, José Clase, Lic. Arturo Pequero y Lic. Ángel Rosario, entre otros. Consciente de su importancia, y previendo lo que podría venir, un año y medio antes les sugerí que contrataran un estudio técnico para fundamentar su posición y sus propuestas. Y que se lo entregaran a las autoridades y lo defendieran ante la opinión pública “porque los asuntos que queremos resolver dentro de un año, tenemos que justificarlos y promoverlos desde ahora”.

Lamentablemente, esto no se hizo, por lo que los argumentos del sector empleador sobre el tema se quedaron en generalidades, sin una sólida sustentación técnica y financiera. Durante la parte final de las negociaciones entre el Senado, CONEP y CNUS, el Lic. Carlos Guillermo León planteó el tema ilustrándolo con información real de la Cervecería Nacional Dominicana. Dado que la gran mayoría desconocía esa realidad, el tema quedó encima de la mesa, sólo como una preocupación de los empleadores.

El artículo 83 del Código de Trabajo establece dos tipos de cesantía: una por despido o desahucio y otra por retiro por vejez. El art. 58 de la Ley 87-01 consigna la incompatibilidad de recibir simultáneamente la cesantía por jubilación o retiro y una pensión por vejez, acorde con el referido artículo del Código de Trabajo. Pensamos que el problema se resolvía con la reiteración de este artículo en la Ley de Seguridad Social. Pero estábamos muy equivocados. Los empleadores de las zonas francas y de los hoteles y restaurantes, agrupados en la

Asociación Dominicana de Zonas Francas (ADOZONA) y en la Asociación Nacional de Hoteles y Restaurantes (ASONAHORES), respectivamente, así como varias asociaciones de pequeñas y medianas empresas privadas, continuaron insistiendo en que la cesantía debía ser eliminada, o reducida.

En la etapa final del Proyecto Unificado y Consensuado, el sector empleador planteó nuevamente su demanda de modificar la cesantía. Como no se tenían suficientes elementos de juicio, ni estudios que avalaran ese planteamiento, y en interés de evitar que el Proyecto fuera bloqueado, o retardado durante meses o años quizás, logramos que el Consejo Nacional de la Unidad Sindical (CNUS) aceptara que la Ley 87-01 dispusiese un estudio en 18 meses del tema de la cesantía, con dos condiciones: 1) que se respeten los derechos adquiridos por los trabajadores; y 2) que se determine la viabilidad de un seguro de desempleo, el cual debería contar con la no objeción de los trabajadores, los empleadores y el Gobierno. Fue así como al final se incluyeron dos párrafos en el Artículo 50 de la Ley 87-01.

El senador César Matías Pérez, de Mao, Valverde, declaró a la prensa que se había eliminado la cesantía. Aunque se trató de un error de interpretación, sus expresiones repercutieron en decenas de miles de trabajadores. Tuvimos que dedicar mucho tiempo para explicarle al país que la cesantía no había sido eliminada; que los derechos adquiridos se mantenían y que lo único que mandaba la ley era hacer un estudio para determinar la viabilidad de cambiar la cesantía por un seguro de desempleo; y que, en tal caso, se necesitaría el consentimiento expreso de los tres sectores que constituyen el diálogo tripartito. Incluso, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) tuvo que emitir un comunicado en espacio pagado reafirmando el derecho y la vigencia de la cesantía.

3. Los cambios finales en la Cámara Baja

Cambios en la composición del CNSS. Cuando en la primera versión del proyecto incluimos a 22 personas como miembros titulares del CNSS y una cantidad similar de suplentes, las críticas no se hicieron esperar, señalando que ello conduciría a una hipertrofia, a burocratismos y lentitud en la toma de decisión. Aceptamos la crítica y se redujo a 13 miembros¹¹⁵. Apegado a los principios enunciados en el art. 3 de la Ley, desde la primera versión el equipo se cuidó de no incluir en el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) a los aseguradores y proveedores, en interés de evitar conflictos de intereses y de asegurar la separación de funciones. La lógica es que las decisiones sobre el SDSS solo las tomen los financiadores y los beneficiarios.

Dentro de los cambios que aprobó la Cámara de Diputados se incluyó al IDSS como miembro titular del CNSS, lo cual explica la contradicción existente entre el art. 23 y su párrafo II, donde lo sitúa como invitado con voz, pero sin voto, no como miembro titular y permanente. El IDSS es el único asegurador y proveedor que fue miembro del CNSS. Otra inclusión que merece un comentario especial es la de la Asociación Médica Dominicana (AMD). Como se podrá observar, en el referido artículo no se mencionan a instituciones específicas como miembros del CNSS. En ningún caso se cita al CNUS o al CNHE, ni a ninguna de sus instituciones miembro, a pesar del apoyo que esos sectores brindaron al proyecto. Además, se incluyó a las enfermeras, posición que por demás se ganaron durante el proceso, no sólo por las aportaciones que formularon, sino como esforzadas trabajadoras de la salud.

¿Una tesorería privada de la Seguridad Social? Durante la discusión y concertación del Proyecto hubo sectores muy influyentes que

¹¹⁵ El CNUS y el CONEP habían propuesto sólo a 12 integrantes del CNSS.

propugnaron por el establecimiento de una tesorería privada, lo cual era totalmente inaceptable, como explicaremos en el Capítulo XVIII. Lamentablemente, en la Ley de Seguridad Social finalmente aprobada en la Cámara de Diputados, apareció un párrafo IV del artículo 86 en el cual se establece una tesorería privada. Esta fue una inclusión tan subrepticia que nos enteramos varios días después de la promulgación de la ley. Sólo hay que leer su redacción para darse cuenta de que el estilo y los términos utilizados son totalmente diferentes a los del resto de la pieza legislativa. Ante el hecho consumado, y ya como Gerente General del CNSS, libramos una larga batalla para que se preservara la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) como una entidad pública, única e independiente, y que se desestimara la “opción” de otra tesorería privada.

Además, se eliminó el párrafo I del artículo 86 sobre las “comisiones de las AFPs”, que ordenaba al CNSS revisar el porcentaje de la comisión variable de la AFP “a más tardar al término del sexto año de operación, en la medida en que se incrementa el fondo de inversión”. El objetivo era contribuir a la rentabilidad inicial de las AFP para evitar la quiebra de muchas de ellas y la entronización de monopolios, como ocurrió en otros países; y, luego de superado ese riesgo inicial, y previo estudio, que el CNSS redujese el límite del porcentaje de dicha comisión, a fin de acelerar la elevación de la rentabilidad de la cuenta personal del trabajador, que es el objetivo fundamental del sistema previsional¹¹⁶. Esta fue también otra gran sorpresa.

¹¹⁶ A continuación transcribimos el párrafo I del artículo 86, aprobado: “Párrafo 1: El límite de la comisión por rentabilidad extra a que se refiere el literal b) del presente artículo, será revisado por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), previo estudio de la Superintendencia de Pensiones, a más tardar al término del sexto año de operación del sistema previsional, con la finalidad de establecer una escala de reducción de dicho porcentaje de acuerdo al crecimiento del fondo de inversión”.

Evitar a toda costa el juego del ping pong. La Cámara de Diputados le introdujo los cambios descritos al proyecto, por lo que, de conformidad con la Constitución de la República, este tuvo que volver al Senado. Dado que varios senadores no estaban de acuerdo con algunas de las modificaciones aprobadas por los diputados, en una mañana la Dra. Milagros Ortiz Bosch, senadora por el Distrito Nacional, nos llamó a su oficina en el Senado y en presencia de los Lics. Ranulfo Rodríguez y Mariano Alcántara, nos dijo:

“Arismendi, quiero hablar contigo francamente frente a estos dos amigos nuestros como testigos. Has hecho un gran proyecto de seguridad social muy moderno, que tiene una gran consistencia técnica y financiera, que es solidario y que yo apoyo. Pero ahora tienes que hacer un esfuerzo, sacrificando lo mínimo de esa estructura lógica, para hacerlo un proyecto posible para la República Dominicana de hoy. Te lo pido encarecidamente porque yo sé, por experiencia propia, que el padre de un proyecto aspira a la perfección, pero es necesario hacerlo políticamente viable, aunque tengas que sacrificar algunos aspectos”.

Aceptamos el consejo de doña Milagros, porque “la perfección siempre es enemiga de lo bueno”. Había que evitar el juego del ping pong, entre ambas cámaras. En parte, los diputados querían reafirmar su independencia, poniéndole su sello especial a algunos puntos. El 24 de abril del 2001, el Senado de la República aprobó en segunda lectura la versión definitiva del proyecto, convirtiéndolo en ley, siendo promulgado por el Poder Ejecutivo el 9 de mayo del 2001. Ese fue, sin duda, un momento histórico. Quizás por pura coincidencia, o quién sabe por qué oculta razón, la Ley de Seguridad Social fue aprobada en un aniversario de la Revolución de Abril y firmada en

el Palacio Nacional en el aniversario del fallecimiento del Dr. José Francisco Peña Gómez¹¹⁷.

“El escenario¹¹⁸ que antecedió al inicio de la reforma se caracterizó por la atomización y exclusión de las instituciones destinadas a administrar y prestar los servicios y por la baja cobertura y grandes obstáculos al acceso de las familias más pobres y vulnerables; además, por grandes inequidades y desigualdades sociales, por la inexistencia o el incumplimiento de las normas y regulaciones, y por ineficiencias y costos elevados”.

“El diseño del nuevo SDSS estuvo fuertemente condicionado por la realidad preexistente, por lo que una premisa fundamental fue garantizar los derechos adquiridos por los trabajadores y las instituciones y empresas existentes, concediéndoles un período de transición con asistencia técnica para avanzar gradualmente en la transformación institucional y en la construcción del nuevo sistema”.¹¹⁹

“Construir un sistema de seguridad social universal, solidario, participativo, basado en la libre elección, en un pago per cápita, en un ambiente de competencia regulada entre aseguradores y proveedores públicos y privados, constituye una tarea muy compleja, delicada y dilatada, especialmente cuando se inicia

¹¹⁷ El Decreto fue elaborado el 09 de mayo, pero fue firmado por el Presidente de la República en el Palacio Nacional en una ceremonia especial el 10 de mayo a las 5.00 PM, en presencia del gabinete, diplomáticos, senadores y diputados y de los representantes de la Iglesia, de la sociedad civil, de los líderes sindicales y empresariales del país y de los organismos internacionales, con la participación del Presidente de El Salvador, Armando Calderón Sol.

¹¹⁸ UNAM, (2005). Instituto de Investigaciones Jurídicas. México

¹¹⁹ CIESS. (2005). *El nuevo derecho de las pensiones en América Latina*, Instituto de Investigaciones Jurídicas.

en escenarios nacionales e internacionales poco propicios. Ello implica vencer muchas resistencias, salvar grandes obstáculos, y crear una actitud y cultura favorable al cambio. Aunque exista la voluntad política de los principales centros de decisión y la necesidad sentida de parte de la mayoría de la población, es necesario enfrentar diversos retos”.¹²⁰

Ningún sistema social puede ser perfecto. Tampoco podría serlo un proyecto o sistema de seguridad social plural y tan complejo, ya que su propio diseño, redacción, concertación y aprobación, terminó siendo el resultado dialéctico de múltiples factores históricos condicionantes, de los aciertos y la aceptación de los temas centrales y de la convergencia e interacción de diversas fuerzas y sectores sociales con intereses convergentes, divergentes y excluyentes. Gracias a la clara conceptualización y fundamentación técnica, financiera y actuarial, el Equipo Técnico pudo preservar y garantizar el Proyecto, en cuanto a la estructura y la lógica interna del funcionamiento del SDSS, y al mismo tiempo, incorporar armónicamente decenas de propuestas que terminaron enriqueciéndolo. Por fin, el país logró dejar atrás, cuatro décadas de rechazos, de demandas y de proyectos frustrados, aprobando el único sistema de protección social universal, obligatorio, solidario, que era posible y sostenible en nuestro país.

¹²⁰ Ibidem.



SEGUNDA PARTE:

**UN DERECHO A LA SALUD BASADO EN
RECURSOS Y EQUILIBRIO FINANCIERO**

VII. UN DERECHO HUMANO SUSTENTADO EN RECURSOS

El Derecho Universal a la Salud (DUS) constituye, en esencia, el derecho a la vida y al bienestar físico y mental. La sustentación, garantía y sostenibilidad del acceso regular de todas y todos a los servicios garantizados del Plan Básico de Salud (PBS), como un derecho real, y no como una dádiva discrecional. Este derecho humano depende fundamentalmente: 1) del monto de los recursos financieros y humanos disponibles; 2) de la asignación de los recursos para garantizar la prestación de los servicios; y 3) de una contratación del personal de salud que incentive la dedicación y la productividad. El reconocimiento del carácter finito de los recursos disponibles siempre ha resultado tan “desagradable”, como necesario. Afortunadamente, cada vez resulta más evidente que los recursos constituyen el combustible imprescindible que mueve al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y que garantiza sus derechos.

Este capítulo es esencial porque en él exponemos la íntima relación existente entre el ejercicio del Derecho Universal a la Salud (DUS), el nivel del financiamiento disponible en cada estadio del desarrollo económico y social, y del Estado de derecho y desarrollo institucional. Además, explicamos el carácter condicionante de este derecho esencial sobre todos los sectores y actores que integran el

Seguro Familiar de Salud (SFS), y las provisiones establecidas en la Ley de Seguridad Social para garantizar la integralidad, universalidad e incondicionalidad del derecho universal a la salud.

1. ¿En qué consiste el derecho universal a la salud?

La salud, una condición esencial al ejercicio de los demás derechos.

Todo sistema económico presupone, en forma explícita o implícita, una determinada política social, especialmente en el campo de la educación y la salud. Los niveles de desarrollo de la productividad de la fuerza de trabajo, su aporte a la producción del excedente económico y la capacidad de negociación de los diferentes actores sociales, determinan la forma específica en cómo estas políticas se manifiestan en cada etapa del desarrollo nacional¹²¹.

La salud constituye la condición sine qua non para el pleno ejercicio de todos los demás derechos humanos, para el desarrollo adecuado de la capacidad productiva, innovadora y creativa, y para el bienestar y el disfrute pleno de la vida. Esta característica obliga a un tratamiento muy especial, condicionando la organización y el ejercicio profesional al acceso universal y obligatorio a los servicios de salud. Esta especificidad es válida aún en los países en donde predominan las leyes del mercado, por lo que el acceso a la salud, así como la gestión y prestación de los servicios médicos, *no pueden ser reducidos, ni tratados como si fuesen unas mercancías cualesquiera*, ya que está en juego la existencia misma.

Según la Defensoría del Pueblo, (2023), “El derecho a la salud,¹²² ocupa el primer lugar en el reclamo de los dominicanos. La insuficiente cobertura horizontal y vertical del seguro de salud, el despojo del aseguramiento al momento de la pensión, la exclusión de

¹²¹ Díaz Santana, Arismendi. (1996). *Modelos de Desarrollo y Políticas de Salud*. Editora Taller.

¹²² Defensor del Pueblo. (2023). *Informe Nacional de Derechos Humanos de República Dominicana 2023*

enfermedades y condiciones como la salud mental del aseguramiento en salud y los altos costos de los servicios, se encuentran entre las muchas situaciones que contribuyen a la vulneración de este derecho. El hecho de que las clínicas y hospitales sean señalados en la Segunda Encuesta Nacional de Derechos Humanos, entre los cuatro lugares de mayor vulneración de derechos del país refleja la distorsión de todo el sistema de salud y el desamparo de la población”.

De acuerdo a Lalonde, Marc. (1974), exministro de Salud de Canadá, la “buena salud es el lecho de roca sobre el que se asienta el progreso social”. Esa expresión, traducida al lenguaje popular del dominicano común, equivale a decir: “Lo importante es que no me falte la salud. Cuando hay salud, los demás problemas se resuelven. Sin salud, no hay ná”¹²³.

La salud y el desarrollo sostenible están estrechamente relacionados. No en vano, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas nos permitirá construir sociedades prósperas. Todavía hoy, muchas regiones alrededor del mundo se enfrentan a graves riesgos para la salud, como las altas tasas de mortalidad materna y neonatal, la propagación de enfermedades infecciosas y no transmisibles o una mala salud reproductiva. “Cada año mueren más de 6 millones de niños menores de 5 años, y solo la mitad de todas las mujeres de las regiones en desarrollo tienen acceso a la asistencia sanitaria que necesitan. De esta manera, con un alto porcentaje de la población afectada por una salud deficitaria y graves limitaciones para acceder a instalaciones sanitarias adecuadas, *“el desarrollo no puede ser adquirido ni mantenido*”¹²⁴.

¹²³ SESPAS/PROCISA, (2000). *Una Reforma para estar en Salud, Claves para profesionales del sector sanitario*.

¹²⁴ Llúcia, Ribot. (2020). *¿Qué papel juega la salud en el desarrollo sostenible?* <https://www.esciupnews.com/2020/05/14/salud-desarrollo-sostenible/>

Por esa razón, en la gran mayoría de los países del mundo¹²⁵, aun en aquellos donde las leyes del mercado y el neoliberalismo han penetrado más crudamente, al acceso a los servicios de salud se le concede un tratamiento especial. El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), a pesar de ser portavoces del libre mercado, reconocen el rol de los Estados modernos en garantizar el acceso de toda la población, a la educación, a la salud y a la seguridad social.

En un mundo en donde la competencia es fundamental, y en donde la productividad se desarrolla de manera progresiva mediante el avance tecnológico, las naciones serán tan ricas cuanto más saludable y productiva sea su gente. Y, por esa razón, todos los países desarrollados y los que están en un proceso de crecimiento sostenido, les asignan gran importancia a los programas sociales y, particularmente, al acceso de toda la población a servicios adecuados de salud y atención médica.

El estado de la salud, tanto individual como colectivo, es el resultado de la combinación de cuatro grandes determinantes que incluyen factores biológicos, medioambientales, nivel del ingreso y atención médica. Como señaló el Dr. Miranda Gutiérrez, Guido, (1988):

“El desarrollo general de un país constituye uno de los más importantes condicionantes de la situación de salud y, por ende, de la magnitud y orientación de la demanda. En efecto, en la medida en que el desarrollo general favorece adecuados niveles de alimentación, vivienda, educación, saneamiento básico, protección del medio ambiente, etc., las condiciones sanitarias tienden a mejorar, independientemente de la eficiencia del

¹²⁵ Díaz Santana, Arismendi. (2004). *Como se Diseñó y Concertó la Ley de Seguridad Social*. Editora Corripio

sistema de salud. *Los países desarrollados vieron reducir sus índices de mortalidad prematura mucho antes de que la ciencia médica incursionara en la medicina preventiva*¹²⁶. No obstante, esas grandes verdades, nos concentramos en el cuidado personal de la salud, por ser el ámbito de competencia directa del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

El ejercicio del derecho humano al acceso incondicional a los servicios y prestaciones de salud determina una demanda con características muy singulares:

- a) ***Demanda íntimamente vinculada a la propia existencia***: un derecho humano inalienable, premisa del pleno ejercicio de los demás derechos.
- b) ***Demanda imprevisible, inevitable e independiente*** de la capacidad de pago, con un alto riesgo de provocar la ruina económica familiar.
- c) ***Demanda inelástica, tan importante e indispensable que la misma se solicita, aun ante la elevación sostenida de su costo.***
- d) ***Tendencia natural a evitar o retardar su demanda***, ya que la misma pocas veces es deseada y constituye un signo de satisfacción y de estatus social.
- e) ***Se basa en una asimetría en la relación médico/paciente***, que genera una relación de dependencia de este último.
- f) ***Demanda inducida por la oferta, el paciente no toma las decisiones, pero es quién finalmente paga***, limitando la racionalidad y la libertad del usuario.

¹²⁶ Díaz Santana, Arismendi. (1996). *Modelos de Desarrollo y Políticas de Salud*. Editora Taller

- g) ***Constituye una producción social que trasciende la lógica mercantil***, ya que las leyes del mercado desconocen su naturaleza y especificidad.

“Por tratarse de un requerimiento de carácter inesperado, la sociedad precisa de una oferta básica lo más cercana posible a los usuarios, a cualquier hora del día y de la noche, todos los días del año. Este factor, por sí solo, representa un costo adicional, ya que implica una disponibilidad permanente de recursos humanos e infraestructura para atender los requerimientos eventuales de los pacientes¹²⁷” El cuidado médico constituye un servicio que solo puede ser concretado atendiendo a requerimientos específicos en el momento requerido, con el “agravante” de ser una demanda intransferible.

Por su carácter obligatorio y universal, en los sistemas de seguridad social el Estado tiene el compromiso inquebrantable e ineludible de garantizar el derecho a la protección social, *por encima e independiente de cualquier consideración mercantil, demanda grupal o interés particular*. Las leyes constituyen el marco legal que protege los derechos y las libertades de las personas, evitando los abusos de poder de las autoridades, y/o la oposición de las minorías privilegiadas a las reformas y conquistas legítimamente aprobadas. *La sustentación real del Estado de derecho reside en el imperio de la Ley y el orden, con estricta igualdad*.

No obstante, con frecuencia grupos y sectores políticos, gremiales y empresariales pierden de vista las características y especificidades del derecho universal a la salud, deshumanizando su contenido, y tratando de reducir el sistema de salud a “una oportunidad más de

¹²⁷ Ibidem

negocio”, de privilegios y corrupción, erosionando la equidad y la igualdad de acceso a un servicio vital.

La demanda de salud no es una mercancía cualquiera. Resulta crucial no perder de vista dos particularidades muy importantes derivadas del carácter universal del SDSS. Desde el punto de vista de las economías de mercado, no es lo mismo una demanda voluntaria de cualquier bien o servicio, que la demanda de una emergencia, un parto o una cirugía, especialmente en el marco de un sistema de protección social obligatorio, universal y regulado.

En el primer caso, el “consumidor” tiene la libertad de posponer la demanda y, además, disfruta de cierta capacidad de elección y de negocia-

ción, ya que es quién paga directamente el artículo durante el acto de compra. En tanto que, en el segundo, con frecuencia no puede evitar ni posponer la demanda (el tratamiento médico), y carece de capacidad de negociación frente al proveedor, ya que su cotización a la seguridad social es obligatoria, prepagada e independiente de dicha demanda, por lo que no es quien realiza directamente el pago del servicio prestado.

En el caso dominicano, debido a las deficiencias tradicionales de los servicios públicos ya señaladas, el sistema de seguridad social se vio obligado a conceder la participación de la iniciativa privada en cuanto a la administración y a la prestación de los servicios. Lamentablemente, *no siempre estas minorías reconocen que se trata de “una concesión”*

Sin el fortalecimiento sostenido de la medicina pública la garantía real de acceso a los servicios integrales de salud, sí o sí, resulta cada vez más remota. Desde hace dos décadas, el SDSS avanza cojeando como resultado del avance en la cantidad de afiliados y del retraso en la aplicación de las reformas estructurales previstas en la ley 87-01.

sujeta a la rectoría del Estado, al estricto cumplimiento de los objetivos y metas del país, y al reconocimiento de la especificidad de la demanda de salud. Y, además, que esta concesión está condicionada a una competencia regulada, mediante normas específicas para proteger a la población de cualquier abuso, sesgo o discriminación que afecte su derecho y/o su dignidad. Aunque la atención de la salud tiene un costo, la misma no puede ser considerada como una mercancía cualquiera. Vivimos en una era basada en el desarrollo tecnológico, la globalización y la apertura económica en donde, incluso, el propio cuidado de la salud es un servicio que se transa en los mercados¹²⁸.

Es oportuno recalcar el riesgo de que el predominio total de la medicina privada lucrativa termine erosionando el Derecho Universal a la Salud (DUS), encareciendo el costo de la atención médica, generando desequilibrios financieros y elevando el gasto familiar de bolsillo a niveles insostenibles. Desde luego, se sobreentiende que, tratándose de una demanda crucial e íntimamente ligada a la propia existencia, cualquier concesión privada del Estado debe estar debidamente regulada y supervisada por instituciones públicas independientes, para asegurar el cumplimiento de las normas y el cabal desempeño de las funciones asignadas por el sistema. *Además, presupone el compromiso ineludible e impostergable del Estado de realizar una reforma integral del sistema público de salud, de modo que sea capaz de garantizar la entrega de servicios médicos y de salud con calidad, oportunidad y calidez.* Sin el fortalecimiento sostenido de la medicina pública, la garantía real de acceso a los servicios integrales de salud, sí o sí, resulta cada vez más remota. Desde hace más de una década, el SDSS cojea, como resultado del avance en la cantidad de afiliados y del retraso en la aplicación de las reformas estructurales previstas en la ley 87-01.

¹²⁸ Díaz Santana, Arismendi. (2004). *Como se Diseñó y Concertó la Ley de Seguridad Social*. Editora Corripio

Finalmente, para la fundamentación del Seguro Familiar de Salud (SFS), el Equipo Técnico definió el “derecho universal a la salud”, como un derecho *de todos, real, concreto, socialmente definido por el Plan Básico de Salud (PBS), y financieramente garantizado*. La razón fundamental del abandono de la versión abstracta e indefinida del concepto de salud es que, desde el punto de vista del SDSS, la única acepción importante es la que cuenta con un nivel de financiamiento que la hace viable, sostenible y asequible a todos los dominicanos.

La supremacía absoluta del derecho universal a la salud. Dadas estas especificidades, *nada ni nadie puede estar por encima, ni siquiera a la par, del Derecho Universal a la Salud (DUS)* porque, insistimos, el mismo está íntimamente vinculado a la propia existencia humana y constituye el objetivo fundamental y determinante de cualquier política sanitaria inclusiva. Se trata del mandato supremo, del principio y del fin del Seguro Familiar de Salud (SFS). La supremacía del derecho universal a la salud condiciona el diseño, aprobación y ejecución de todas las políticas, planes y proyectos del sistema nacional de salud y de seguridad social.

Esta premisa fundamental lo condiciona todo. Desde el modelo de atención hasta la forma de contratación del personal y la modalidad de asignación de los recursos financieros y humanos. Desde la relación médico-paciente en los hospitales y consultorios, hasta la organización de la red nacional de salud por niveles de atención. En esencia, se trata de darle un contenido real y permanente a la consigna, “en salud, primero la gente” del Plan Estratégico Nacional en Salud 2030. *Si el derecho a la salud de los afiliados está limitado por los recursos disponibles, con mucha más razón también deben estar limitados, sin ninguna excepción, los derechos y beneficios de todos los sectores y actores que participan del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)*. Ningún interés particular, ni sectorial puede estar por encima, ni a la par, ni eclipsar, ni condicionar los intereses, derechos y prerrogativas

del gran soberano. *Desde luego, esta supremacía presupone la plena vigencia de un Estado de derecho y la existencia de instituciones fuertes e independientes.*

Esta supremacía absoluta del objetivo fundamental tiene un carácter dialéctico y su aplicación es universal. Por ejemplo, en las grandes empresas, cuyo objetivo supremo es maximizar las utilidades de las inversiones, todas las políticas, estrategias y decisiones, y todas las funciones de las áreas y departamentos de la compañía están condicionadas y son evaluadas según el grado de aporte al logro de ese objetivo.

Para nadie es un secreto la convergencia en un sistema de salud de carácter universal, obligatorio y plural de diversos sectores y grupos políticos, económicos y gremiales con intereses particulares, generalmente contrapuestos. La naturaleza obligatoria del sistema, y perentoria de la demanda de servicios médicos y de salud, determina una creciente participación de la demanda sanitaria en el contexto de la economía nacional. Un proceso que tiende a acentuarse con el aumento progresivo de la esperanza de vida. Actualmente, su peso relativo ya supera el 6.3 % del producto interno bruto (PIB), con una clara tendencia al ensanchamiento de las cuentas nacionales de salud. Ello explica por qué, cada vez, el crecimiento sostenido de la demanda llama más la atención de los grupos, privados y públicos, que interactúan dentro del sistema, especialmente de aquellos que solo ven en la salud una oportunidad de exacerbar su afán desmedido de lucro, vía ganancias y/o corrupción.

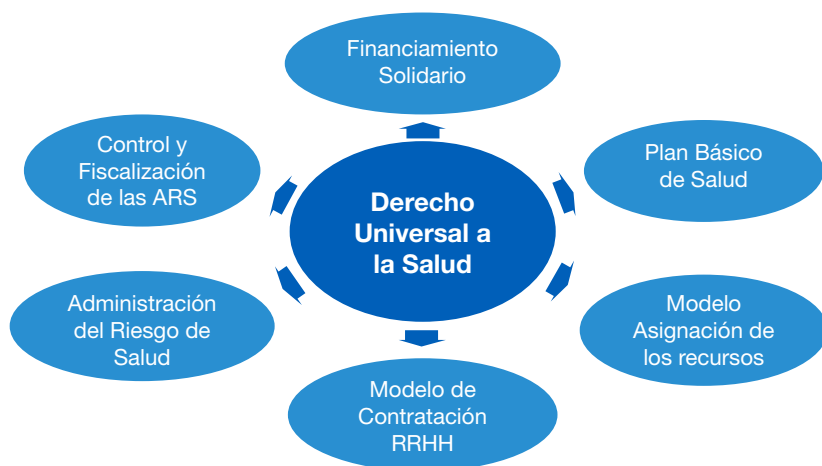
Desde el punto de vista del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y de los intereses de los afiliados y de la población en general, el riesgo de desviación y distorsión del derecho universal al cuidado de la salud resulta estereofónico. Por el lado privado, una tendencia a mercantilizar la administración y la prestación de los servicios médicos y de salud, en interés de asegurar una mayor participación en la “torta sanitaria nacional”, a costa de su especificidad. Y,

por el lado público, una tendencia ancestral y recurrente a centralizar la administración de los recursos en su afán de acumular más poder, para mantener niveles nocivos de politización, clientelismo y malversación de los recursos. Resulta evidente que ambas tendencias constituyen formas de negación y/o de reducción del Derecho Universal a la Salud (DUS).

Esta relación de supremacía del derecho a la salud sobre los sectores y actores es relativamente fácil de entender, pero un poco más difícil de aceptar, aplicar y sostener, especialmente en nuestro país, debido a tres situaciones concretas: 1) a la vigencia de una política ancestral de asignación de los recursos atendiendo a la oferta, la cual termina privilegiando y respondiendo más a los intereses políticos, gremiales y de los proveedores preferidos, que a las necesidades sentidas de la población; 2) a que, con frecuencia, el predominio creciente de la medicina privada impone el afán desmedido de lucro, subordinando y mercantilizando un servicio social esencial; y 3) a que la gran dispersión de los afiliados y pacientes limita notablemente su capacidad de demanda, presión y negociación frente a los tomadores de decisión. Esta dura realidad explica la resistencia y el bloqueo de las minorías influyentes a la aplicación integral de la Ley 87-01, especialmente en lo relativo a las reformas estructurales que la misma establece y que constituyen una condición esencial para el adecuado funcionamiento y la sostenibilidad del SFS.

Una estructura lógica y funcional para garantizar derechos. Consecuente con estas consideraciones, y ante el compromiso de asegurar, sí o sí, el acceso incondicional a los servicios de salud garantizados, el Equipo Técnico consignó funciones muy específicas dentro del Seguro Familiar de Salud (SFS), a fin de maximizar la eficiencia en la asignación y gestión de los recursos disponibles, para asegurar el equilibrio financiero del Plan Básico de Salud (PBS).

Gráfico 7.01
Funciones esenciales para garantizar el derecho universal a la salud



En primer lugar, estableció una modalidad de financiamiento solidario, compatible con el nivel del desarrollo nacional, garantizando el acceso igualitario de todos los afiliados, independientemente de su nivel de ingreso, edad y condición de salud, en cumplimiento del principio de universalidad establecido en la Ley 87-01.

En segundo lugar, dispuso la creación de un Plan Básico de Salud (PBS) único e integral, como la columna vertebral del SFS y la expresión concreta de los servicios de salud garantizados, basado en el equilibrio financiero entre los recursos disponibles y el costo de los servicios prestados.

En tercer lugar, incluyó un nuevo modelo de asignación de los recursos en función de la demanda de los afiliados para asegurar el acceso incondicional a todos los servicios garantizados por el PBS, con calidad y oportunidad adecuadas.

En cuarto lugar, estableció un modelo de contratación del personal con fuertes incentivos a la dedicación, al desempeño y a los servicios prestados, para fomentar la productividad, calidad y oportunidad de la entrega de los servicios médicos y de salud.

En quinto lugar, dispuso la administración del riesgo de salud para velar por el equilibrio financiero del PBS, la contratación y el pago oportuno a las PSS y minimizar los riesgos de fraudes y de prescripción de servicios innecesarios.

Y, en sexto lugar, creó la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para habilitar y supervisar a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), públicas y privadas, en el cumplimiento de las normas y procedimientos, en el desempeño y en la solvencia financiera. *En síntesis, el rol del Derecho Universal a la Salud (DUS) respecto a estas seis funciones equivale al del sol con respecto a los planetas que le circundan, sujetos a su poderosa esfera de influencia.*

La equidad es independiente de la cobertura garantizada. La cobertura de los servicios de salud garantizados guarda una estrecha correspondencia con el estadio de desarrollo económico y social de cada país. Aquí es importante distinguir entre la *cobertura vertical* y la *cobertura horizontal*. La primera se refiere a *la cantidad y calidad de los servicios médicos y de salud que el sistema garantiza a cada persona afiliada*, bajo la premisa del acceso igual para todos los derechohabientes. En cambio, la segunda determina *el alcance social de la protección*, indicando si se trata de un derecho limitado a grupos específicos, o si comprende a toda la población por igual. La distinción de estos conceptos es muy importante, ya que define la naturaleza y la composición de cada sistema de seguridad social.

Por ejemplo, un plan o seguro de salud podría tener una cobertura de servicios muy elevada (vertical), pero limitada sólo a un grupo o sector social específico (horizontal). O, por el contrario, podría tener una cobertura horizontal, incluyendo a todos los ciudadanos del país,

pero con una cobertura vertical de servicios limitada por los recursos disponibles. Obviamente, en la práctica se registran combinaciones entre ambos extremos, dependiendo del nivel de desarrollo económico y social, de la política social vigente y de la capacidad de negociación de los actores. Por ejemplo, los seguros sociales se inclinaron por una cobertura poblacional limitada sólo a los trabajadores asalariados, supuestamente privilegiando la cobertura vertical, es decir, la cantidad y calidad de los servicios médicos ofrecidos. En cambio, los sistemas de seguridad social tienden a proteger a toda la población, ajustando la cantidad y calidad de los servicios garantizados a la disponibilidad de los recursos.

La cantidad de servicios de salud garantizados será considerablemente mayor en un país del primer mundo que del tercero, debido a la diferencia en el nivel del ingreso per cápita y del salario promedio nacional. De acuerdo con la lógica del art. 60 de la Constitución, *a mayor nivel del ingreso y de los salarios, mayores serán los recursos disponibles y mayores los servicios garantizados por el Plan Básico de Salud (PBS)*. En la medida en que crece el producto interno bruto (PIB) y que se amplía el gasto social en salud, es posible elevar gradualmente el nivel de los servicios garantizados a toda la población. Obviamente, los sistemas de seguridad social, concebidos como un derecho humano universal, están compelidos a priorizar la cobertura horizontal sobre la vertical, en cumplimiento de los principios de equidad y universalidad.

Vale la pena señalar que la aplicación del principio de equidad es uniforme, constante e independientemente del nivel del desarrollo nacional, del monto de los salarios y de la cobertura de los servicios garantizados por el sistema de seguridad social. *La equidad garantiza el derecho de todas las personas a acceder y a recibir los mismos servicios garantizados, sin discriminación y sin tomar en cuenta su nivel de ingreso*. Por lo tanto, la equidad social es consustancial a los sistemas de seguridad social.

En pocas palabras, si bien la cobertura de los servicios de salud guarda una estrecha relación con el nivel del desarrollo económico y social, es decir, con el financiamiento; en cambio, la equidad social garantiza la igualdad de oportunidades y de acceso de todos los individuos, independientemente de la calidad y cantidad de los servicios disponibles. Es como ocurre en el seno de las familias, donde todos los miembros tienen los mismos derechos, tanto en los tiempos de abundancia como de escasez.

2. El financiamiento: garantía del derecho universal a la salud

Concretamente, ¿en qué consiste el derecho universal a la salud? Consiste en una prerrogativa garantizada, inalienable, muy segura, sí o sí, la cual puede ser exigida hasta por el más humilde ciudadano, en cualquier situación, condición, circunstancia y sin ningún pretexto, salvo, desde luego, en una situación de fuerza mayor de carácter nacional. Significa que es derecho tan incondicional y seguro que el afiliado está en libertad de acceder a cualquier clínica u hospital contratado por su Administradora de Riesgos de Salud (ARS). Y, además, que, en los casos extremos, la ARS está en la obligación de remitirlo a un centro de salud no contratado, bajo su estricta responsabilidad y costo, a fin de atenderlo de inmediato, sí o sí. *Esa es, justamente, la gran diferencia entre el Seguro Familiar de Salud (SFS) y la asistencia médica tradicional del sistema público dominicano.* Por ejemplo, esa es

Si el otorgamiento del derecho universal a la salud no supusiese una conquista social, un consumo específico de recursos y un costo adicional, carecería totalmente de sentido la resistencia permanente del establishment.

la gran ventaja entre un subsidiado al SENASA con derecho a exigir el servicio en el momento en que lo necesite, y un no afiliado sin seguro médico, que acude a un hospital público sin poder exigir un derecho, *“a ver si hay médicos, si pueden atender a mi hija y si hay medicinas”*. El primero recibe un servicio seguro basado en un derecho adquirido, mientras el último carece en absoluto de capacidad de reclamo y depende de una asistencia discrecional.

Recursos para asegurar el derecho al cuidado de la salud. Todavía algunas personas no comprenden, o quizás no quieren aceptar, que *la concreción de todo derecho humano lleva implícito un consumo determinado de recursos*. Al cometer el error de concebir el derecho a la salud como algo abstracto e indefinido, se obvia cuantificar el consumo de trabajo y de los demás recursos indispensables para garantizarlo y entregarlo. Es muy difícil prestar o ejercer un derecho sin incurrir en un costo. Resulta obvio, pero con frecuencia se reclama la inclusión de determinados servicios en el Plan Básico de Salud (PBS), *sin tomar en cuenta su costo y mucho menos sin identificar su financiamiento*.

Existe una relación inseparable entre el derecho a la salud y los recursos disponibles, sin importar la naturaleza del modelo económico, del sistema político vigente, ni del modelo de salud establecido. *En consecuencia, los derechos humanos no son absolutos ni abstractos, por lo que la calidad y la cantidad de servicios a garantizar en cada etapa del desarrollo nacional están condicionadas por el monto de los recursos disponibles*. El derecho incondicional a la salud implica un mayor compromiso y disciplina, una ruptura con el poder discrecional de las minorías y una reducción de la asimetría en la relación médico-paciente. Por eso, el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) genera una fuerte resistencia y, además, una tendencia a su desnaturalización de parte de las minorías privilegiadas. *Si el otorgamiento del derecho universal a la salud no supusiese una conquista social, un consumo específico de recursos y un*

costo adicional, carecería totalmente de sentido la resistencia permanente del establishment.

El carácter concreto, específico del derecho a la salud está implícitamente reconocido en el Art. 60 de la Constitución de la República al señalar que “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”. Queda claro que, de acuerdo con la Carta Magna, tanto la seguridad social como el acceso universal a “adecuados servicios de salud” constituyen *derechos garantizados en forma progresiva*, dependiendo del financiamiento disponible. ¿Qué sentido tendrían estos condicionantes, si no fuese por el costo de los servicios frente a la existencia de recursos limitados?

De acuerdo con el art. 01, el objetivo de la Ley 87-01 es establecer el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en el marco de la Constitución de la República, para regular y desarrollar los *derechos y deberes* recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al *financiamiento* para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales¹²⁹.

Consciente de la estrecha relación entre el nivel de los recursos disponibles y el ejercicio seguro de los derechos humanos esenciales como salud y educación, en el 2017 la oficina de OXFAM¹³⁰ en el país realizó una investigación titulada “*Se buscan recursos para garantizar derechos*”. El estudio concluyó que anualmente el Gobierno dominicano malgasta el 2.5 % del PIB por concepto de corrupción, impunidad, pago de “las botellas” de las nóminas públicas, duplicación de funciones públicas, gastos clientelares y las transferencias

¹²⁹ Consejo Nacional de Seguridad Social. (2024). <https://www.cnss.gob.do/>

¹³⁰ OXFAM, (2017). *Se buscan recursos para garantizar derechos, Cálculo del espacio fiscal para reorientar los recursos públicos malgastados a la garantía de derechos,*

innecesarias. Estas conclusiones confirman el señalamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que estimó entre el 30 % y el 40 % el desperdicio total en el uso del gasto público para la salud, a costa del Derecho Universal a la Salud (DUS).

Derecho a la salud, financiamiento y eficiencia. La relación es muy estrecha porque la dotación de recursos suficientes constituye la condición sine qua non, que algunos no entienden u olvidan. Y que, lamentablemente, genera mucha confusión en una buena parte de la opinión pública y de la población en general. ¿Puede un sistema universal, asegurar todos los servicios médicos, como un derecho sí o sí, en un país en vías de desarrollo y con bajos salarios? Desgraciadamente no. Porque el sentido común indica que *en todas las actividades humanas siempre existen recursos limitados, frente a las necesidades crecientes*. Y en el campo de la salud, no existe la posibilidad de multiplicar los panes y los peces, especialmente ante una mercantilización creciente de la atención médica, incluyendo a los propios servicios públicos. Aunque todavía muchos profesionales dicen que la salud no tiene “precio”, la atención médica sí tiene un “costo creciente”. Cada vez resulta más evidente que “nada es gratis, en este mundo”.

El nivel y la calidad de las prestaciones y servicios depende del financiamiento, del monto de los recursos disponibles y de la eficiencia de su gestión. Insistimos en que se trata de una ley universal que rige y se impone en todas las actividades y hasta en los Estados más poderosos. No olvidemos que la aprobación y ejecución de los programas y proyectos públicos depende de la magnitud del presupuesto nacional. ¿Acaso son los proyectos y programas públicos los que determinan el monto del presupuesto, o es este último, el que define los primeros?

Los sistemas públicos *asistenciales* se caracterizan porque “implícitamente cubren todos los servicios”. Pero todos sabemos que, en

la práctica y, al final del día, esos servicios no están garantizados, ni constituyen un derecho real, porque solo se prestan “hasta que se agoten los recursos”. Tratándose de un derecho humano esencial y vital, siempre es mejor tener asegurado, sí o sí, el 97 % de los servicios, que la “promesa” de un 100 %, sin ninguna garantía real. Como dice el refrán, “más vale un pájaro en manos, que ver un ciento volar”. Es aquí donde la eficiencia juega un papel determinante: tan importante es la cantidad de los recursos disponibles, como la eficiencia con que los mismos son asignados y gestionados por las instituciones estatales.

En este mundo mercantilizado, *un derecho carente de los recursos necesarios no es tal y deviene en una promesa vacía*, logrando, en el mejor de los casos, una asistencia social discrecional, en la cual el prestador decide, de manera unilateral, cuándo se entrega y cuál es la calidad del servicio, sin que el afiliado tenga el derecho a reclamarlo, ni mucho menos a exigirlo, sí o sí. Muchos lectores han tenido experiencias directas o cercanas sobre el tiempo de espera de los pacientes para acceder a servicios médicos y pruebas especiales, aún en los países desarrollados como Canadá, donde el ciudadano tiene derecho a todos los servicios. Recordemos los tiempos de espera para cirugías en los hospitales públicos, reseñados en el capítulo III.

Financiamiento en función del salario cotizante. Repetimos, en este mundo tan mercantilizado, el disfrute real de cualquier derecho sólo es posible si se cuenta con los recursos necesarios para garantizarlo de manera incondicional y regular. En el Régimen Contributivo, para asegurar el acceso al cuidado de la salud como un derecho, la Ley 87-01 dispuso una cotización del 10% del salario: un 3% descontado al trabajador y un 7% aportado por su empleador. No obstante, en la práctica, el financiamiento del Plan Básico de Salud (PBS) resulta un tanto erosionado, debido a varios factores:

- a) **Los bajos salarios** de más del 85 % de los trabajadores dominicanos.
- b) **Un alto nivel de evasión:** trabajadores no reportados por las empresas.
- c) **Un grado elevado de elusión:** reportes de salarios inferiores a los reales.

Estos tres factores limitan la cobertura del PBS, y reducen la solidaridad social, obligando a posponer la inclusión de importantes servicios demandados por la población. Pero, además, las mayores limitantes provienen de estas tres situaciones:

- a) ***La autoexclusión de las instituciones autónomas y descentralizadas***, contrario al carácter universal y obligatorio del SDSS, reduciendo la solidaridad social al excluir a los más altos salarios de que disfrutaban.
- b) ***La vigencia de un modelo de atención curativa, ineficiente y muy costoso***, cuya privatización creciente implica un costo mayor, frenando el aumento de la cobertura del Plan Básico de Salud.
- c) ***Una inflación general de los servicios y prestaciones de la salud***, superior al alza general de los salarios.

Una forma de ampliar la cobertura del derecho a la salud sería elevando el nivel del financiamiento, ya sea mediante un aumento general de los salarios y/o del aporte porcentual. Esta opción resulta muy limitada y poco probable en una economía cuyos empleos dependen fundamentalmente del turismo, de las zonas francas, del comercio y de decenas de miles de pequeñas y microempresas de baja productividad y salarios limitados. El 97 % de los trabajadores labora en empresas pequeñas, lo cual dificulta un alza general de los salarios.

Es posible y necesario reducir la evasión y la elusión, y también prohibir la autoexclusión de los planes de salud y de pensiones de las instituciones autónomas y descentralizadas. Pero estos esfuerzos no aportarían los ingresos suficientes para elevar el nivel del financiamiento, sobre todo si se mantiene intacto el modelo de atención. Estas realidades y limitaciones obligan a evitar el alza injustificable del costo de los servicios médicos contratados, una tarea muy compleja, especialmente en un sistema altamente medicalizado y privatizado.

Para contrarrestar y evitar estas limitantes, la Ley 87-01: 1) sustituyó el seguro de enfermedad por un seguro de salud; 2) estableció un primer nivel de atención como la puerta de entrada a la red de servicios; y 3) priorizó la estrategia de *promoción y prevención*, como la mejor y más racional alternativa para eliminar los costos innecesarios, agregar nuevos servicios y elevar el nivel de la salud y el bienestar general. *La ausencia de las reformas dispuestas por la Ley 87-01 está generando un desequilibrio financiero que se traduce en un gasto de bolsillo, en copagos establecidos al margen de la Ley 87-01 y en una lenta extensión de la cobertura de los servicios demandados por los afiliados.*

Un sistema de protección social de carácter universal y obligatorio concentra una cantidad muy considerable de recursos financieros y humanos, quiérase o no, convirtiendo a esta actividad en un mercado ampliamente apetecido. Solo hay que pensar que el gasto nacional en salud ya representa alrededor del 6.3 % del producto interno bruto (PIB), con una clara tendencia al crecimiento sostenido, tratándose de una demanda vital, indispensable y universal. Sólo a título de ejemplo, al final del 2024, el monto dedicado al cuidado de la salud de las personas del Régimen Contributivo (RC) superará los RD\$ 100,000 millones de pesos, a razón de más de 8,300 millones cada mes. Razón por la cual, es necesario proteger a esos recursos vitales de la corrupción, del clientelismo, de la malversación y del afán desmedido de lucro.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Ciertamente es necesario un cambio sustancial en el financiamiento mediante un mayor aporte gubernamental para reducir o eliminar el gasto de bolsillo que realizan las familias de menores recursos económicos, que son precisamente las que más se enferman y requieren del cuidado de su salud. *La seguridad social es precisamente el mejor y más transparente instrumento de asignación de los recursos del sector salud*, garantizándoles al país y a los gobiernos la mayor solidaridad, equidad y eficiencia posibles, para alcanzar la meta nacional del desarrollo sostenible en el campo de la salud individual y colectiva”¹³¹.

La fórmula de la garantía del derecho universal a la salud. No hay que ser un experto para comprender que el ingreso total per cápita destinado al plan básico de salud (PBS) se obtiene al multiplicar el salario promedio nacional cotizante, por el porcentaje de cotización establecido:

$$\begin{array}{ccccc} \text{Ingreso per cápita} & & & & \\ \text{para el PBS} & = & \text{Salario promedio} & \times & \text{Porcentaje de} \\ & & \text{nacional cotizante} & & \text{cotización} \end{array}$$

De igual forma, el costo per cápita de los servicios garantizados por el PBS es el resultante de multiplicar la demanda promedio (per cápita) de los servicios del PBS, por el precio promedio de dichos servicios en un momento determinado, como indica esta fórmula bien sencilla.

$$\begin{array}{ccccc} \text{Costo total per cápita} & & & & \\ \text{de los servicios} & = & \text{Demanda promedio} & \times & \text{Precio promedio} \\ \text{garantizados por} & & \text{de los servicios} & & \text{de los servicios del} \\ \text{el PBS} & & \text{del PBS} & & \text{PBS} \end{array}$$

¹³¹ OMS. (S/F). *Financiación de la atención de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud>

Dado que la condición fundamental para garantizar el Derecho Universal a la Salud (DUS) reside en el equilibrio entre el ingreso per cápita para el PBS y el costo total per cápita de los servicios de salud garantizados por el PBS, tenemos que:

$$\text{Ingreso per cápita para el PBS} = \text{Costo total per cápita de los servicios garantizados por el PBS}$$

Ahora bien, al integrar la primera y segunda fórmula, tenemos el siguiente resultado:

$$\text{Salario promedio nacional cotizabile} \times \text{Porcentaje de cotización} = \text{Demanda promedio de servicios de salud del PBS} \times \text{Precio promedio de los servicios del PBS}$$

Y, finalmente, despejando dicha fórmula:

$$\text{Demanda promedio de los servicios médicos del PBS} = \frac{\text{Salario promedio nacional cotizado} \times \text{Porcentaje de cotización}}{\text{Precio promedio de los servicios del PBS}}$$

De acuerdo con esta fórmula, y asumiendo una calidad y oportunidad constantes, la cantidad de servicios médicos garantizados por el Plan Básico de Salud (PBS), en un determinado estadio de desarrollo económico y social:

- a) **Se expande**, cuando aumenta el monto del salario promedio nacional cotizabile y/o el porcentaje de cotización establecido en la Ley 87-01, y viceversa.
- b) **Se contrae**, cuando aumenta el precio promedio de los servicios y prestaciones incluidos en el PBS, y viceversa.

Esta fórmula indica que la cantidad de servicios de salud garantizada depende directamente del monto de los recursos disponibles

para el PBS, y en relación inversa, del precio promedio de los salarios, tecnologías e insumos utilizados. En la práctica, estos resultados suelen ser más complejos, si tomamos en cuenta la calidad y oportunidad de los servicios de salud. Por ejemplo, si aumenta el precio promedio de determinados servicios, es posible que la cantidad se mantenga, pero a costa de una reducción de la calidad y/o de la dilación de su entrega, etc.

De esta fórmula general se deriva que, por ejemplo, con los mismos recursos limitados es posible garantizar mayor salud y bienestar a la gente, siempre que sean estables los precios promedios de los servicios y se alcance un alto nivel de eficiencia en la asignación y gestión de los recursos, como veremos en los próximos capítulos. Y, por el contrario, que *un aumento de los recursos disponibles no necesariamente garantiza un mayor nivel de protección social en salud*, si al mismo tiempo los precios se elevan en igual o mayor proporción y/o si los ingresos son asignados y gestionados incorrectamente, de manera ineficiente y sin garantía de retorno en servicios. Aquí vale la pena recordar el estimado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de que entre el 30% y el 40% de los recursos del sector salud constituye un gasto innecesario, porque carece de impacto positivo en la población.

Cabe señalar que *esta pérdida tan cuantiosa de los recursos limitados suele ocurrir en mayor grado en aquellos países que carecen de una política social inclusiva y equitativa, sin garantía real del Derecho Universal a la Salud (DUS)*. En esas naciones, predominan sistemas asistenciales, en donde el acceso a los servicios termina cuando se agotan los recursos, ya que ni su asignación ni su gestión responden al compromiso de maximizar derechos. En cambio, en aquellas naciones y sistemas en donde existen garantías reales de acceso incondicional, sí o sí, los resultados suelen ser muy diferentes, debido a que los recursos disponibles se asignan y reservan para cubrir la totalidad de los servicios garantizados, que en nuestro caso es el objetivo supremo del SDSS.

Esta fórmula confirma que el pleno ejercicio de los derechos humanos, aun los vitales como el derecho a la salud, guarda una estrecha relación con el estadio de desarrollo económico y social de cada país, y con la política de protección social vigente. Allí donde los recursos son más abundantes y existe una política social incluyente, esos servicios serán mayores para todos. De igual forma, allí donde sean menores, también lo serán los estándares nacionales en términos de cobertura y protección social. En pocas palabras, *al final del día, para el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), lo más importante es garantizar la igualdad de oportunidades y de acceso al cuidado de la salud de todos los individuos, sin ninguna exclusión.*

A simple vista, el hecho de que los recursos en salud sean limitados, induce a pensar que se trata de una desgracia nacional porque lo ideal sería que esta restricción no existiese. Nada más irreal, porque así es como funciona el universo en todas sus expresiones y componentes, incluyendo, desde luego, al sector salud. Hasta la velocidad de la luz tiene un límite. *Sin la escasez de recursos, el mundo sería muy distinto al que conocemos.* Afortunadamente, el principio de la escasez constituye un reto permanente para la humanidad, siendo la fuente de todas las necesidades y capacidades que impulsan el desarrollo tecnológico, la creatividad y la productividad.

Una incomprensión e inobservancia que anula el derecho a la salud. De esta exposición queda claro: 1) que el Derecho Universal a la Salud (DUS) reviste características y especificidades muy singulares; 2) que la supremacía de este derecho humano inalienable condiciona el rol y las funciones de todos los sectores y actores que integran el Seguro Familiar de Salud (SFS); 3) que cualquier concesión privada del Estado debe estar debidamente regulada y supervisada por instituciones públicas independientes, para asegurar el cumplimiento de las normas y el cabal desempeño de las funciones asignadas por el sistema; 4) que resulta ineludible e impostergable la obligación del

Estado de ejecutar las reformas consignadas en la Le 87-01 para entregar servicios médicos y de salud con calidad, oportunidad y calidez; 5) que la sustentación, garantía y sostenibilidad del acceso regular y universal a los servicios del PBS, como un derecho real, depende fundamentalmente de los recursos financieros y humanos disponibles; 6) que la garantía final de este derecho depende de la plena vigencia de un Estado de derecho y de instituciones independientes; 7) que el PBS concretiza el derecho universal al cuidado de la salud en cada estadio del desarrollo nacional; 8) que la cobertura de este derecho se expande o se contrae, de acuerdo a la forma de asignación de los recursos disponibles y a la modalidad de contratación del personal de salud; y 9) que la cantidad y calidad de los servicios garantizados, está en relación inversa del precio promedio de los servicios médicos y de salud incluidos en el PBS.

Cabe destacar que, sin estas previsiones, resulta imposible asegurar el necesario equilibrio entre los ingresos ordinarios del Seguro Familiar de Salud (SFS) y los egresos regulares destinados al pago seguro y regular de los servicios médicos y de salud demandados por los afiliados. La mayor diferencia entre el viejo Seguro Social y el nuevo sistema de Seguridad Social es el compromiso inquebrantable de este último de asegurar, a toda costa, el acceso a los servicios del PBS. Tan importante es la comprensión y el cumplimiento de estas funciones esenciales, que los próximos cuatro capítulos están dedicados a explicarlas en forma clara, sencilla y detallada.

VIII. UN FINANCIAMIENTO UNIVERSAL Y SOLIDARIO

En el capítulo anterior expusimos el doble rol del financiamiento, como condicionante y garante del Derecho Universal a la Salud (DUS), entendido éste como el acceso pleno e incondicional a los servicios y prestaciones sanitarias, garantizadas en un determinado estadio del desarrollo económico y social del país. Se señaló que este derecho no es absoluto ni abstracto, sino que se expresa de manera objetiva mediante un cuidadoso diseño del Plan Básico de Salud (PBS), procurando, en todo momento, la mayor correspondencia posible entre los recursos disponibles y el perfil epidemiológico de la población. Además, explicamos que la garantía del Derecho Universal a la Salud (DUS) constituye el objetivo supremo del Seguro Familiar de Salud (SFS); una condición sine qua non que implica, necesariamente, definir los roles y las funciones de todas las instituciones, sectores y actores, de modo que estén perfectamente alineados con el logro de este objetivo supremo.

En el presente capítulo continuamos examinando el tema del financiamiento, pero ahora concentrando la atención en las fuentes, modalidades y en los esfuerzos por maximizar los recursos destinados a garantizar la vigencia de los principios de universalidad y solidaridad social. La necesidad de garantizar iguales servicios médicos y de

salud a todos los dominicanos y residentes, independientemente de su nivel de ingreso y condición de salud, determina la obligatoriedad de cumplir con el principio de solidaridad social. Además, exponemos los fundamentos de la decisión de establecer una Tesorería de la Seguridad Social (TSS) única, centralizada y de carácter público-privado.

1. Aportes según la capacidad contributiva¹³²

Correspondencia necesaria entre los servicios y los ingresos. El salto histórico de un régimen de seguro social limitado y excluyente a un sistema de seguridad social universal, obligatorio y plural, con acceso regular a la salud como un derecho sí o sí, requiere de un diseño financiero coherente, viable, solidario y sostenible. *Resulta obvio que el derecho universal e incondicional al cuidado de la salud, se fundamenta en la necesaria correspondencia entre el monto de los ingresos disponibles¹³³ y el costo de los servicios y prestaciones garantizados.* Consecuente con la necesidad de garantizar el equilibrio financiero del SDSS, el art. 23 de la Ley 87-01, establece lo siguiente:

Párrafo V. “Los miembros titulares o suplentes que hubiesen aprobado decisiones del CNSS contrarias a la presente Ley y a sus normas complementarias, y/o que lesionen la estabilidad financiera del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), o de algunas de sus instituciones, serán solidariamente responsables de sus consecuencias morales y jurídicas, pudiendo ser obligados a una indemnización y/o reducidos a prisión de uno a cinco años,

¹³² CNSS. (2024). <https://www.cnss.gob.do/>

¹³³ El equilibrio financiero depende de la correspondencia entre las prestaciones garantizadas y el monto del financiamiento, a fin de asegurar la sostenibilidad del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

según la gravedad de la falta; las normas complementarias establecerán la normativa al respecto”.

El art. 7 de la Ley 87-01 establece que los ingresos del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) provendrán de tres regímenes de financiamiento, según la capacidad contributiva de cada segmento de la población beneficiaria. Dadas las grandes diferencias en el nivel del ingreso y en la capacidad contributiva de los diferentes grupos que integran la sociedad dominicana, y en interés de asegurar el acceso universal a los servicios, la Ley 87-01 se fundamenta en el principio de solidaridad social, para lo cual se crearon tres regímenes de financiamiento:

- a) ***Un régimen contributivo*** para los trabajadores asalariados públicos y privados, incluyendo a los empleadores, financiado por ambos, con aportes del Estado solo en su calidad de empleador.
- b) ***Un régimen subsidiado***, que protege a las familias sin capacidad contributiva, dirigido a los pobres y vulnerables, desempleados, discapacitados e indigentes, financiado íntegramente por el Estado, incluyendo a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inferiores al salario mínimo nacional.
- c) ***Un régimen contributivo subsidiado***, para los trabajadores por cuenta propia con ingresos, iguales o superiores a un salario mínimo nacional, mediante aportes del trabajador y un subsidio estatal, en proporción inversa al ingreso promedio de cada grupo laboral.

La Ley establece que “cada régimen tendrá una modalidad de financiamiento en correspondencia con su naturaleza y con la capacidad contributiva de los ciudadanos y del Estado Dominicano, asegurando el equilibrio financiero y la suficiencia de las aportaciones

contempladas. En el régimen contributivo, el aporte mensual es el 10% del salario cotizante (3% el trabajador más el 7% su empleador), asegurando la solidaridad social, ya que quienes ganan menos cotizan menos, con derecho a recibir *iguales servicios y prestaciones* según su necesidad, sin ninguna distinción, ni discriminación. Los tres regímenes contarán con fondos separados y contabilidad independiente¹³⁴, en interés de evitar el trasiego de recursos que rompa el equilibrio necesario entre, y al interior de cada uno de los tres seguros.

Gráfico 8.01

Solidaridad Social: Tres Regímenes de Financiamiento



El legislador aceptó la propuesta del Equipo Técnico de que el Estado, como tal, no contribuya a financiar al Régimen Contributivo¹³⁵, ya que en el mismo se agrupan todos los sectores con suficiente capacidad contributiva, por lo que no necesitan de la solidaridad financiera del Estado. *Cualquier aporte estatal en esa dirección reduciría*

¹³⁴ Así lo consigna el párrafo II del artículo 7.

¹³⁵ Díaz Santana, Arismendi. (1996). *Modelos de Desarrollo y Políticas de Salud*, Editora Taller.

sensiblemente los recursos destinados a proteger a las familias más pobres y vulnerables, con efectos ostensiblemente contrarios al principio de solidaridad social.

La pertinencia del Régimen Subsidiado¹³⁶, no solo se fundamenta en un mandato expreso de la Constitución de la República sino, además, en las políticas y estrategias de lucha contra la pobreza e indigencia y de reducción del gasto familiar de bolsillo. Según las encuestas realizadas¹³⁷, *el quintil que corresponde a la población más pobre y vulnerable gasta hasta un 30% de sus escasos recursos en atención médica y en la compra de medicamentos*, lo que constituye una barrera financiera al acceso a este derecho esencial.

En adición, existe un segmento social intermedio, muy amplio, que no es ni asalariado ni indigente, integrado por los trabajadores independientes, autónomos o por cuenta propia. Estos trabajadores representan el 57 % de la población económicamente activa (PEA) y contribuyen a generar cientos de miles de empleos y aportan cerca del 15% del PIB. De acuerdo con las encuestas de mano de obra del Banco Central, alrededor del 70% cuenta con capacidad contributiva, pero tienen la desventaja de carecer de un patrono solidario que cofinancie el costo de los tres seguros de la seguridad social. Obviamente, el 30 % restante califica para el Régimen Subsidiado a cargo exclusivo del Estado. Tomando en cuenta sus características socioeconómicas, la ley creó el Régimen Contributivo Subsidiado que es una mezcla de los dos regímenes anteriores. Estos trabajadores deberán aportar una parte del costo de su afiliación a la seguridad social, incluyendo a sus dependientes, y el Estado la otra,

¹³⁶ Se estima que a este régimen pertenecen 2.9 millones de personas, alrededor de 716,300 familias que viven en la extrema pobreza y en condiciones de salud muy vulnerables.

¹³⁷ Centro de Estudios Demográficos (CESDEM). (2000). *Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA), 1996 y 2002*, del ONAPLAN y PROFAMILIA y *Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares*, (1998), del Banco Central.

siempre en relación inversa al nivel promedio del ingreso de cada segmento laboral.

Con ello, el legislador quiso evitar los errores de otros países latinoamericanos en los cuales el trabajador independiente ha quedado virtualmente desprotegido, en una especie de limbo, teniendo él sólo, que aportar la totalidad de su afiliación a la seguridad social. Como demuestra la experiencia de América Latina, esa contribución resulta muy onerosa en relación con sus limitados e inestables ingresos, por lo que sólo una minoría ha optado por cubrirla, lo cual explica por qué en muchos países este importante sector no se ha incorporado masivamente a la seguridad social¹³⁸

En Argentina, por ejemplo, solo la cotización al régimen previsional asciende al 27 % del salario cotizable. Allí, el trabajador autónomo se encuentra en total desventaja, ya que él solo debe aportar el 27%, mientras sus homólogos asalariados solo contribuyen con el 11%, sin que necesariamente exista una diferencia tan notable en el nivel de sus ingresos. En la práctica, los trabajadores autónomos se sienten marginados, ya que se les mide con la misma vara que a un asalariado y se les exigen normas de afiliación como si fueran empresas, no obstante tener características laborales y modalidades de ingresos muy diferentes. Estos trabajadores tampoco califican para el régimen subsidiado, ya que la mayoría tiene capacidad contributiva.

Un sistema de seguridad social basado en bajos salarios. Desde luego, la primera y gran tarea que emprendimos al iniciar el diseño del nuevo sistema fue tratar de lograr el mayor nivel posible del financiamiento para los tres seguros que integran el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). En el caso del Seguro Familiar de Salud

¹³⁸ En el país, los trabajadores autónomos o por cuenta propia representan alrededor del 57 % de la población económicamente activa (PEA), frente a un 43% de los asalariados, por lo que constituyen la mayoría.

(SFS), por dos razones básicas: 1) porque constituye la máxima prioridad de todos los dominicanos, expresada y ratificada en todas las vistas públicas y en los talleres convocados por el Senado; y 2) porque el predominio de la medicina privada implica un costo adicional e inevitable, dadas las constantes insuficiencias de los hospitales y demás centros públicos, señaladas en el Capítulo III.

Después de analizar los niveles salariales existentes y de consultar a la Comisión Permanente de Seguridad Social, tuvimos que reducir a lo posible nuestras pretensiones iniciales. Los resultados del esfuerzo por elevar los recursos para el SFS terminaron confirmando la premisa del Equipo Técnico de que los recursos disponibles siempre constituyen el factor condicionante del Derecho Universal a la Salud (DUS) y del contenido del Plan Básico de Salud (PBS). Y que ignorar esta realidad solo conduce a un diseño desequilibrado, demagógico, inviable e insostenible del nuevo sistema.

La realidad es que el financiamiento del SDSS está determinado, como en todos los demás países de Latinoamérica y del mundo, por el nivel del desarrollo económico y social, y mucho más concretamente, por el ingreso per cápita y por el salario promedio nacional. Obviamente, en un país con una alta productividad general, su nivel de ingreso promedio será elevado y, posiblemente, su gasto nacional en salud y en pensiones también lo será, y viceversa. En nuestro país se da la gran paradoja de exhibir un alto crecimiento del producto interno bruto (PIB) sostenido durante varias décadas, *con un gasto social exiguo, en comparación con otras naciones de igual tamaño y nivel de desarrollo económico.*

De acuerdo con los informes del Banco Central de la República, *el salario real de los trabajadores dominicanos no guarda una correlación positiva con el ritmo de expansión de la economía nacional*¹³⁹.

¹³⁹ Valdez Albizu, Héctor. (2019). Recalcó la importancia de derramar el notable crecimiento económico que ha tenido el país, registrando un desempeño promedio de 6.56 % en los últimos cinco años.

Debemos recordar que los mayores empleos son creados por las zonas francas, el turismo, el comercio detallista, las microempresas y los servicios minoristas, actividades caracterizadas por trabajos de limitada calificación y productividad; bajos salarios y gran inestabilidad laboral.

Según Valdez Albizu, Héctor. (2019), gobernador del Banco Central. “Los reclamos de aumento salarial tienen su fundamento en la pérdida del valor real del salario mínimo durante los últimos años. Entre 2000 y 2010, el valor real del salario mínimo en República Dominicana se redujo a un ritmo de -0.7% anual. Se trata de una tendencia contraria a lo que se ha verificado en países vecinos. Según datos de la OIT, el salario mínimo real en Costa Rica y Panamá durante el período tuvo un crecimiento promedio anual de 1% ; en Guatemala de 1.4% y en Nicaragua de 5.6% .¹⁴⁰

Cuadro 8.01

Cantidad de afiliados y salario promedio, mayo 2024

Rango de Salario RD\$	Cantidad afiliados	Porcentaje del total	Salario promedio	% salario promedio
Menos de 5,000	9,000	0.4%	3,162.20	8.9%
5,001 - 10,000	82,286	3.6%	8,902.60	24.4%
10,001 - 15,000	312,962	14.0%	14,153.80	40.1%
15,001 - 30,000	1,152,356	50.1%	22,405.80	63.5%
30,001 - 50,000	381,333	16.6%	39,663.00	112.4%
Más de 50,000	362,686	15.8%	96,321.30	273%
Total	2,301,617	100.0%	35,272.40	100.0%

Fuente: Tesorería de la Seguridad Social, junio 2024

¹⁴⁰ Observatorio Político Dominicano. (2013). *Salario mínimo, pobreza y poder adquisitivo*.
<https://www.opd.org.do/index.php/analisis-politicas-publicas/empleo-y-pobreza-politicas-publicas/946-salario-minimo-pobreza-y-poder-adquisitivo>

En este sentido, constituye una agravante la autoexclusión del SDSS de las instituciones autónomas y descentralizadas, que son, precisamente, las que pagan los mejores sueldos y salarios del país. Esta precariedad salarial es la principal limitante financiera del Derecho Universal a la Salud (DUS), de la cobertura de servicios garantizados por el Plan Básico de Salud (PBS) y, en general, del fortalecimiento y avance del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Y esa característica también gravita por igual sobre el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia, y sobre el Seguro de Riesgos Laborales.

El 18.0% de los afiliados a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) percibe un salario inferior a RD\$ 15,001 pesos mensuales. Más de 1,153,000 afiliados reciben ingresos equivalentes al 63.5% del salario promedio cotizante. El 66.7% de las dos terceras partes de los cotizantes no llegaba a RD\$ 40,000 al mes. A mayo del 2024, solo la tercera parte de los cotizantes superaba el salario promedio nacional de 35,272.40. Otro aspecto relevante es que el salario promedio de los servidores públicos se situó en RD\$ 41,235.20 pesos, en tanto que el del sector privado fue de sólo 32,780.30, un 25.8% inferior. Solo el 31.9% de los cotizantes percibe ingresos por encima del salario promedio nacional, lo que indica que el restante 68.1% está siendo subsidiado por estos trabajadores, mediante el principio de solidaridad social establecido en el SFS de la Ley 87-01.

En el caso, por ejemplo, del Seguro Familiar de Salud (SFS), a mayo del 2024 el aporte del 10% del salario cotizante equivale a unos 3,361.46 por afiliado, para cubrir todos los servicios y las prestaciones incluidos en el llamado Plan de Servicios de Salud (PDSS) con una cobertura que, con toda razón, es considerada insuficiente por la gran mayoría de la población. Con este nivel de cotización, ¿es posible financiar todos los servicios y prestaciones que demanda una población cada vez más longeva y exigente de su derecho al cuidado de la salud familiar? ¿Es posible manteniendo intacto un seguro de enfermedad, curativo, costoso y excluyente?

No caben dudas de que, con las limitaciones financieras que impone el predominio de los bajos salarios existentes, resulta sumamente difícil, para no decir imposible, atender a todas las demandas de la población. Esta es una razón más que suficiente, que obliga al país a racionalizar la asignación y gestión de los recursos disponibles. No se necesita ser un experto para entender que, ante las limitaciones y dificultades para aumentar los recursos disponibles, la inclusión en el PBS de los servicios demandados por los afiliados obliga, necesariamente, a *iniciar las reformas del modelo de atención como lo dispone la Ley 87-01, y a eliminar las ineficiencias y distorsiones que encarecen el costo de los servicios y elevan el gasto familiar de bolsillo.*

Cotización de las parejas que trabajan. La solidaridad social es una herramienta eficaz en la redistribución del ingreso, porque se fundamenta en la transferencia de recursos de quienes tienen más, hacia los menos favorecidos. Por ejemplo, en el Seguro Familiar de Salud (SFS) el gerente de una empresa aporta mucho más que la conserje de esa empresa, a pesar de que tienen derecho al mismo Plan Básico de Salud (PBS) en igualdad de condiciones. Por ello, esta modalidad suele provocar algunas reacciones de parte de los trabajadores con ingresos superiores al salario promedio nacional. Durante los debates y las vistas públicas del Senado, siempre afloró la siguiente pregunta: ¿qué sucedería en los hogares en donde las parejas trabajan? ¿Tendrán que cotizar ambos? Y la respuesta siempre fue la misma: sí, porque ambos califican como afiliados titulares, debido a que figuran en la nómina de un empleador y cada uno recibe un salario mensual.

Este cuestionamiento obedecía a que, debido a la inexistencia de un sistema de seguridad social, durante tres o cuatro décadas, un amplio sector de la población se acostumbró a realizar un pago fijo mensual directo ¹⁴¹ a las igualas y seguros médicos por cada afiliado,

¹⁴¹ Más detalles en el próximo capítulo.

un esquema no solidario basado en una cuota uniforme (prima), independiente del nivel del ingreso familiar. *En cambio, en la seguridad social la contribución se basa en un porcentaje del salario, en interés de asegurar la solidaridad social a favor de los más necesitados.* El trasfondo de este cuestionamiento residía en el hecho de que, para los grupos con salarios superiores, el establecimiento de una contribución porcentual de su salario, por el mismo Plan Básico de Salud (PBS), implicaba un costo muy superior al monto pagado a una iguala médica o seguro de salud.

En todas las naciones, los sectores que más ingresos reciben terminan aportando más a los programas sociales dirigidos a las familias de bajos ingresos e indigentes, ya sea por la vía de un descuento al salario, o mediante un impuesto al ingreso imponible, o por ambas formas. A diferencia de los impuestos generales, lo que la Ley 87-01 garantiza es que esos recursos se queden en el sistema, acentuando una solidaridad social orientada a proteger a las familias más pobres y vulnerables, con mucha mayor eficiencia e impacto que por cualquier otra vía. Finalmente, para compensar en algo este costo adicional, la Ley 87-01 dispuso la exención de impuestos de las contribuciones a la seguridad social.

Presiones estereofónicas sobre el monto de la cotización. Dada la diversidad de los salarios vigentes en las distintas actividades económicas, el Equipo Técnico consideró necesario crear el concepto de *salario mínimo nacional (SMN)* a ser utilizado para todos los cálculos, sanciones y demás procedimientos previstos en los tres seguros del SDSS. Ello era necesario porque el Código de Trabajo establece cerca de una veintena de salarios mínimos generales y sectoriales para diferentes actividades económicas¹⁴². A fin de definir y facilitar

¹⁴² Dada la existencia de cerca de 20 salarios mínimos, se creó el salario mínimo nacional. El artículo 18 señala que “para fines de cotización, exención impositiva y sanciones, el salario

el funcionamiento del SDSS, la Ley 87-01 estableció el SMN como *el promedio simple de los tres salarios mínimos no sectoriales* previstos en el Código de Trabajo: un salario mínimo para las pequeñas empresas, un segundo mínimo para las medianas y un tercero para las grandes compañías.

Atendiendo a esta realidad y a las características específicas de cada uno de los tres seguros establecidos (Salud, Pensiones y Riesgos laborales), la Ley de Seguridad Social fijó un tope de cotización basado en una cantidad de SMN, más allá del cual la diferencia queda exenta. Por ejemplo, 10 SMN como cotización máxima para el Seguro Familiar de Salud (SFS), lo cual implica que cuando el salario de una persona es superior a 10MSN, su cotización sólo se calcula hasta ese límite. En cambio, la cotización tope para pensiones es de 20 SMN y para Riesgos Laborales a 10 SMN, aunque posteriormente fue reducida a 4 SMN.

La pregunta obligatoria que nos hacían era ¿por qué esta diferencia? ¿Por qué “discriminar a la salud”? Como el aporte al SFS es independiente de los beneficios recibidos, ya que el PBS es el mismo, mientras más alto sea el tope de cotización, mayor será el aporte para recibir los mismos servicios, elevando los riesgos e incentivos a la evasión y elusión. En cambio, en pensiones, el aporte constituye un ahorro para el retiro que se deposita íntegramente en la cuenta de capitalización de cada afiliado, por lo que, a mayores aportes, mayores pensiones y menor riesgo de evasión y elusión.

Durante las vistas públicas y los talleres, diversos expositores propusieron la eliminación del tope de cotización, argumentando que con ello se elevaría el monto general del financiamiento. La eliminación del tope cotizante perjudicaría notablemente a aquellos núcleos laborales con altos salarios, ya penalizados por el aporte porcentual

mínimo nacional será igual al promedio simple de los salarios mínimos legales del sector privado establecidos por el Comité Nacional de Salarios de la Secretaría de Estado de Trabajo”.

y por la obligatoriedad del descuento a la pareja que trabaja. En los países de América Latina y el Caribe donde no existen topes, los resultados han sido negativos, porque de una u otra forma la gente busca la manera de evadir y eludir ese tipo de contribución, cuando se impone más allá del sentido común y de la realidad del país.

La otra crítica nos planteaba exactamente lo contrario, proponiendo la reducción del tope a seis o siete salarios mínimos nacionales para el Seguro Familiar de Salud. Los cálculos y las estimaciones demostraron que esa reducción no sería financieramente viable ni sostenible, ya que ello obligaría a reducir los servicios médicos garantizados por el PBS, impulsando a decenas de miles de familias a la compra innecesaria de planes complementarios, incurriendo en otra doble cotización.

2. Sostenibilidad: conflicto entre costo y financiamiento

Recursos limitados frente a necesidades crecientes. No está de más insistir en que los servicios y las prestaciones que puede garantizar, sí o sí, el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), y cualquier otro sistema de protección social en el mundo dependen, en gran medida, de la modalidad y del monto del financiamiento disponible. En ese sentido, la Ley 87-01 previó dos grandes fuentes y tres combinaciones:

- a) ***Aportes del trabajador y de su empleador*** al Seguro Familiar de Salud (SFS) Contributivo, basado en el 10% del salario cotizante (3% el trabajador y 7% el empleador), hasta un límite de 10 salarios mínimos nacional (SMN). Además, el 9.97 % (2.87 % el titular y 7.10 % la empresa) para el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS) con un tope de cotización de 20 SMN. Y un 1.0% para el Seguro de Riesgos Laborales (SRL), solo cubierto por el empleador, hasta 4 salarios

mínimos. Estos aportes incluyen al Estado, pero sólo en su calidad de empleador.

- b) **Asignación ordinaria del presupuesto nacional**, para financiar las prestaciones y servicios cubiertos por el Régimen Subsidiado, a favor de las familias más pobres y vulnerables, cubriendo la atención médica y las pensiones no contributivas. Estos recursos deben entregarse a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y ésta, a su vez, transferirlos al SENASA para pagar a los hospitales según la cantidad de servicios prestados, disposición esencial que, sin embargo, no se está cumpliendo.
- c) **Una combinación de aportes y subsidios**, para afiliar a los trabajadores por cuenta propia o autónomos con capacidad contributiva, con una cotización de estos y un subsidio gubernamental para compensar la falta de un empleador solidario, en razón inversa al nivel del ingreso promedio del sector.

Un sistema mixto de financiamiento. Durante los debates sobre el proyecto de ley, la Asociación Médica Dominicana (AMD)¹⁴³, cuestionó la modalidad de financiamiento del proyecto, señalando que el país debería seguir el ejemplo de Canadá, una nación altamente desarrollada, en donde el financiamiento del sistema de salud se realiza a través de impuestos y no como un porcentaje del salario. El Equipo Técnico señaló que, si bien existen países como Canadá, Inglaterra, España y otros desarrollados, donde impera un financiamiento basado en impuestos generales, otros países, también avanzados, tienen otras modalidades igualmente válidas y funcionales.

En el caso dominicano, dada la cultura, tradición y debilidad institucional, al momento del diseño de la Ley no existían las garantías reales de que los gobiernos asignen y entreguen, con regularidad y

¹⁴³ Hoy Colegio Médico Dominicano (CMD).

exactitud, los recursos obtenidos a través de impuestos generales, siempre sujetos a la disponibilidad del fisco y a la coyuntura política. Recordemos que durante muchas décadas el Estado no aportó al IDSS el 2.5 % del salario consignado en la Ley 1896. Incluso, no sólo el Estado no fue un pagador confiable sino, tampoco, varias grandes empresas estatales que se retrasaron en la entrega a tiempo de las aportaciones obrero-patronales al IDSS. Por esas razones, aquí resultaba mucho más viable y confiable un sistema basado en aportes especializados sobre el salario cotizante, captados y administrados en forma autónoma y transparente por el propio sistema de seguridad social, con arreglo estricto a los porcentajes establecidos, y al debido respeto del principio de la separación de los fondos¹⁴⁴.

Un financiamiento basado en impuestos liberaría al empleador del aporte, traspasándolo directamente a los contribuyentes, acentuando la desigualdad social. Pero la falta de institucionalidad siempre juega en contra de los intereses de la mayoría de la población. Hace más de una década, el CNSS destina fondos millonarios aportados exclusivamente al Seguro Familiar de Salud (SFS), para cubrir el costo de la atención médica por accidentes de tránsito

Al fin de cuenta, son los contribuyentes quienes cargan con la mayor cuota de la seguridad social, ya sea por la vía de los impuestos generales, o mediante el aporte “obrero-patronal” ... la cotización de la empresa forma parte del costo de producción, por lo que se traspasa íntegramente al precio de los bienes y servicios y recayendo, finalmente, sobre los consumidores.

¹⁴⁴ Aunque el aumento de los niveles de salario generalmente es más lento que el alza en los precios de los bienes y servicios, esta modalidad tiene la gran ventaja de que el recaudo es directo y autónomo.

(FONAMAT), a pesar de que esta práctica está taxativamente prohibida en la Ley 87-01¹⁴⁵.

Cabe recordar que el SDSS incluye el financiamiento vía el presupuesto nacional para el Régimen Subsidiado, el Contributivo Subsidiado y para el pago de la contribución del propio Estado como empleador. De modo que, en realidad, se trata de un sistema de financiamiento mixto. Si bien en el sector contributivo se continúa con el esquema tradicional de los seguros sociales del mundo, basado en un porcentaje del salario cotizante, lo cual garantiza mayor solidaridad social, en cambio, los regímenes Subsidiado y Contributivo Subsidiado se nutren de impuestos, a través del Fondo General de la Nación.

Al fin de cuenta, son los contribuyentes quienes cargan con la mayor cuota de la seguridad social, ya sea por la vía de los impuestos generales, o mediante el esquema tradicional del aporte “obrero-patronal”. No olvidemos que la cotización obligatoria de la empresa forma parte del costo de producción, por lo que se traspaasa íntegramente al precio de los bienes y servicios, recayendo, finalmente, sobre los consumidores. Lo cierto y real es que, independientemente del costo y de su modalidad, *el financiamiento de la seguridad social siempre dependerá del nivel del desarrollo nacional y del carácter incluyente o no de las políticas fiscal y social vigentes.*

Asignación per cápita de los recursos. Tomando en cuenta que se trata de una condición indispensable para asegurar el Derecho Universal a la Salud (DUS) de manera incondicional, la Ley dispuso la asignación de los recursos en función de la cantidad de afiliados a cada Administradora de Riesgos de Salud (ARS), pública y privada, por igual. Este mecanismo asegura, por ejemplo, que una ARS con 500,000 afiliados reciba mensualmente el doble de recursos que

¹⁴⁵ CNSS, (2001). *Ley 87-01 artículo 119.*

otra ARS con sólo 250,000. Esta modalidad de asignación induce a las ARS a elevar el nivel de satisfacción de los usuarios, tanto para conservar la membresía actual, como para ampliarla, lo que indiscutiblemente coadyuva al mejoramiento de la calidad y oportunidad de los servicios.

Una de las virtudes del nuevo sistema es que los ingresos de las administradoras de riesgos de salud (ARS) no dependen, en absoluto, de su naturaleza pública o privada, ni tampoco del tipo de vinculación política, o de su influencia burocrática y administrativa. *La asignación per cápita de los recursos del Seguro Familiar de Salud (SFS) constituye una reforma revolucionaria que modificó radicalmente la forma de distribución de los recursos.* La consagración del derecho a la libre elección le otorga al afiliado un gran poder de decisión frente a las ARS y a las PSS, cuyos ingresos respectivos ahora dependen directamente de las preferencias de los afiliados al solicitar sus servicios, pudiendo cambiarlas cuando no les satisfagan.

Esta modalidad de asignación garantiza que los recursos de la seguridad social se orienten según las decisiones de los propios beneficiarios: *“donde van las preferencias de los afiliados, van los recursos de la seguridad social”.* Ello implica un cambio importante en la asignación de los recursos públicos a las instituciones de salud, los cuales tradicionalmente han sido entregados en función de la oferta, de los intereses políticos y de las presiones gremiales, en gran medida, de espaldas a las demandas reales de la población usuaria de los servicios. *En el sector público, todavía esa irracionalidad tradicional está vigente, a pesar de su demostrada incapacidad para incentivar a los centros de salud más eficientes y a los recursos humanos con mayor dedicación y desempeño,* como se explicará en el capítulo IX. Lejos de incentivar la calidad y oportunidad de la atención médica, la asignación a la oferta penaliza a los hospitales eficientes que reciben una mayor demanda de servicios, permitiendo que los proveedores deficientes disfruten de recursos excedentes, debido a la reducción de la demanda.

En síntesis, la combinación del derecho a la libre elección con la nueva modalidad de asignación per cápita de los recursos constituye la manera más eficiente y racional posible de colocar al afiliado en el centro del proceso. *La entrega de una cápita mensual garantiza la asignación de los recursos a las ARS en función de las preferencias de los afiliados, en tanto que el pago por los servicios prestados induce a las PSS a entregar servicios más satisfactorios, en términos de calidad, oportunidad y trato considerado.*

Condiciones determinantes del equilibrio del PBS. Para ilustrar más claramente los factores que determinan el equilibrio financiero del PBS, realizaremos algunos cálculos sencillos, asumiendo 1,000 cotizantes, 2,000 afiliados¹⁴⁶, RD\$ 35,000 pesos de salario cotizante promedio y una demanda media de 1 servicio médico per cápita mensual, aplicando las siguientes fórmulas simplificadas:

$$\text{Ingreso mensual disponible} = \% \text{ de aporte} \times \text{salario cotizante} \times \text{cantidad de cotizantes}$$
$$3,335,500 = 9.53\% \times 35,000 \times 1,000$$

$$\text{Costo mensual de los servicios} = \text{cantidad de servicios} \times \text{costo promedio} \times \text{cantidad afiliados}$$
$$3,335,500 = 1 \times 1,667.75 \times 2,000$$

Como la garantía del Derecho Universal a la Salud (DUS) depende del equilibrio entre el ingreso mensual disponible y el costo mensual de los servicios, tenemos:

$$\text{Ingreso mensual disponible} = \text{Costo mensual de los servicios}$$
$$\% \text{ aporte} \times \text{salario cotizante} \times \text{cotizantes} = \text{Cantidad de servicios} \times \text{costo medio} \times \text{cantidad afiliados}$$
$$9.53\% \times 35,000 \times 1,000 = 1 \times 1,667.75 \times 2,000$$

¹⁴⁶ Se asume un promedio de un dependiente por cada titular cotizante

El ingreso mensual disponible prácticamente no varía¹⁴⁷, ya que el porcentaje de cotización está establecido en la Ley 87-01 y el monto del salario cotizante es estable y no depende del CNSS; y dado que la cantidad de afiliados (titulares y dependientes), está determinada por la universalidad del SDSS¹⁴⁸. En esas condiciones, queda claro que el equilibrio financiero del Plan Básico de Salud (PBS) depende, fundamentalmente, *de la cantidad promedio de los servicios médicos demandados y del costo promedio de los servicios prestados*. En consecuencia, cualquier variación significativa de estos dos factores podría producir un impacto negativo en el sistema, afectando el derecho universal a la salud. Veamos dos ejemplos:

$$\text{Cantidad de servicios} = \frac{\text{Ingreso mensual disponible}}{\text{Costo servicio} \times \text{cantidad de servicios}}$$

$$\text{Cantidad de servicios} = \frac{3,335,500}{1,750 \times 2,000} = 0.953 \text{ servicios mensual por afiliado}$$

Por ejemplo, la elevación del costo promedio de los servicios de 1,667.75 a 1,750.00, implicaría un costo mensual de 3,500,000, con un faltante de 164,500 (3,335,500-3,500,000) el cual, de mantenerse en el tiempo, *obligaría a reducir los servicios por afiliado de 1.0 a 0.953 o, en su defecto, a elevar los copagos en 164,500 mensuales, sólo para los 2,000 afiliados del ejemplo*.

¹⁴⁷ Podría experimentar pequeñas variaciones con muy escaso impacto en estos resultados, por lo que podemos considerarlo constante.

¹⁴⁸ Si la cantidad de cotizantes y afiliados aumentara, también aumentaría el ingreso disponible y la cantidad de servicios demandados, de modo que los resultados serían más o menos similares.

$$\text{Costo medio de los servicios} = \frac{\text{Ingreso mensual disponible}}{\text{Cantidad de filiados} \times \text{cantidad servicios}}$$

$$\text{Costo medio de los servicios} = \frac{3,335,500}{2,000 \times 1.2} = 1,389.79$$

El mismo impacto negativo ocurriría si la cantidad de servicios por afiliado aumentara de 1.0 a 1.2 mensual, dejando constantes los demás factores. En tal situación, la demanda mensual de los 2,000 afiliados subiría de 2,000 a 2,400, con la siguiente disyuntiva: o reducir el costo promedio por servicio de 1,667.75 a sólo 1,389.79, o en su defecto, convertir el nuevo déficit anual de 667,100 en un copago adicional, sólo para los 2,000 afiliados del ejemplo.

De estas fórmulas se desprende que, ante un ingreso mensual fijo, un aumento del costo promedio de los servicios genera un déficit financiero el cual, de mantenerse, terminaría reduciendo la cantidad de servicios garantizados, y/o elevando los copagos, y viceversa. Además, en estas condiciones, un aumento injustificado del costo de los servicios prestados implica un gasto adicional que, de mantenerse, obligaría a reducir la cantidad y/o la calidad de los servicios per cápita garantizados y/o a aumentar el gasto familiar de bolsillo.

¿Incremento de la cotización o mayor control y eficiencia? Como ya hemos señalado en repetidas ocasiones, la posibilidad de atender la creciente demanda de la población de más servicios médicos garantizados se enfrenta a la existencia de recursos limitados por el nivel del ingreso nacional per cápita y por el monto de los salarios. Ante esta realidad, al país se le presenta la siguiente disyuntiva: 1) *incrementar los ingresos, elevando la cotización y los copagos del Seguro Familiar de Salud (SFS)*; o 2) *reducir los costos innecesarios, implantando un verdadero Plan Básico de Salud (PBS)*, eliminando el seguro de enfermedad curativo, ineficiente y altamente costoso, todavía vigente.

Resulta más que obvio que, en las condiciones actuales, no se justificaría un aumento de la cotización obrero-patronal, sólo para mantener vigente las ineficiencias, distorsiones y privilegios del viejo modelo de atención, como ya señalamos en el capítulo IV. En cambio, y aunque no exento de grandes resistencias y obstáculos, lo que sí es posible es aplicar las reformas estructurales de que dispone la Ley 87-01. Consciente de ello, la Comisión Permanente del Senado estableció: 1) un primer nivel de atención, basado en la estrategia de atención primaria de salud para todos los afiliados; 2) un *nuevo modelo de asignación y gestión de los recursos públicos* del sector salud, en función de las preferencias y necesidades de la población; y 3) *un modelo de contratación de los recursos humanos, que incentive la dedicación y el desempeño, entre otras reformas orientadas al mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.*

3. Recaudo y pago centralizados con gestión compartida

¿Pago directo o centralizado? El diseño del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) crea un escenario totalmente diferente y mucho más complejo que los modelos de cotización y pago aplicados por el IDSS y por las igualas médicas y los seguros de salud. Esta complejidad se deriva de las principales características del nuevo sistema: 1) la libre elección de los afiliados; 2) la existencia de tres seguros con financiamientos diferentes e independientes; y 3) el carácter plural de la administración y provisión de los servicios y prestaciones. Esta nueva configuración obligó a establecer un novedoso modelo de cotización, recaudo y dispersión centralizado y transparente, sin precedentes en América Latina y el Caribe.

Luego de analizar las experiencias pasadas aquí y en la región, y de evaluar las diferentes opciones, concluimos que, para garantizar la eficiencia, transparencia y funcionalidad del SDSS, la única solución viable y sostenible era establecer un sistema centralizado de recaudo

y pago, *pero con gestión compartida entre el sector público y privado*, para asegurar su eficiencia y evitar su politización. A fin de sortear duplicidades y redundancias, se creó un Sistema Único de Información y Recaudo (SUIR), una Tesorería de la Seguridad Social (TSS) independiente y un Patronato de Recaudo e Informática de la Seguridad Social (PRISS), con participación pública y privada. En términos prácticos y de acuerdo con el mismo:

- a) **Todos los empleadores afilian a sus trabajadores** mediante un formato establecido por la TSS. Además, cada mes remiten las “novedades” o cambios en la nómina y en los salarios percibidos.
- b) **UNIPAGO depura la información recibida**, a fin de detectar cualquier duplicidad e incoherencia, y procede a validar y remitir la información a la TSS.
- c) **Las empresas e instituciones realizan el descuento correspondiente** a sus trabajadores, con arreglo a los porcentajes de cotización y a los límites del salario cotizable de cada uno de los tres seguros, agregando la cuota patronal, y pagarán a la TSS en los plazos establecidos.¹⁴⁹
- d) **La TSS cruza la información recibida con la base de datos del SUIR** y luego de validarla, procede a dispersar las cotizaciones, según los componentes internos del Seguro Familiar de Salud (SFS).
- e) **La TSS realiza la dispersión del recaudo a las cuentas individuales** de cada afiliado y la transfiere a la AFP correspondiente, y distribuye los demás componentes del SVDS. *Esta dispersión se efectúa al mismo tiempo y, en igualdad de condiciones*, para todas las AFP, públicas y privadas.

¹⁴⁹ El límite del salario cotizable del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia equivale a 20 veces el salario mínimo nacional, en tanto que para el Seguro Familiar de Salud es de 10 veces y para el Seguro de Riesgos Laborales es en la actualidad de apenas 6 veces

- f) **La TSS le transfiere a cada ARS el monto resultante de multiplicar la cápita** establecida por la cantidad de afiliados registrados en cada ARS, y distribuye los demás componentes del SFS al mismo tiempo y en igualdad de condiciones para todas las ARS, públicas y privadas.
- g) **Las ARS ¹⁵⁰, a su vez, pagarán a cada PSS** en función de los servicios del PBS autorizados y prestados a los afiliados registrados.
- h) **El Ministerio de Hacienda transfiere a la TSS** el monto de la cápita correspondiente a los afiliados al régimen subsidiado ¹⁵¹.
- i) **La TSS transfiere al SENASA el monto total correspondiente al régimen subsidiado ¹⁵².**
- j) **El SENASA paga a los hospitales y demás centros de salud**, según la cantidad de servicios prestados a los afiliados subsidiados.
- k) **La TSS transfiere al IDOPPRIL los aportes destinados al Seguro de Riesgos Laborales.**

Obviamente, este recaudo y pago centralizado de la TSS eliminó las debilidades e imprecisiones del sistema antiguo, redujo el costo de operación de las ARS y las AFP y garantizó funcionalidad y transparencia en el manejo de todos los recursos del SDSS. Pero, sobre todo, le simplificó el manejo administrativo al 95% de los empleadores del país, constituido por pequeñas empresas e instituciones con limitaciones en informática y en personal especializado.

¹⁵⁰ CNSS (2001). *Ley 87-01 artículo 171*.

¹⁵¹ Este paso no se está cumpliendo de acuerdo a la Ley, generando serias distorsiones e ineficiencias.

¹⁵² En la práctica, sólo la pequeña proporción de la cápita que se transfiere directamente a la TSS.

En la práctica, una de las mayores dificultades residía en la aplicación de la solidaridad social. De haberse mantenido la vieja modalidad de pago directo a las ARS y las AFP, las grandes empresas, donde predominan salarios superiores al promedio nacional, tendrían que entregar el remanente a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), acompañado, en cada caso, de un voluminoso expediente con la cantidad y los comprobantes de pago a todas las ARS y AFP seleccionadas por sus trabajadores. Además, este procedimiento resultaría muy costoso e imposible de aplicar en las pequeñas y microempresas, que constituyen la inmensa mayoría de los empleadores, especialmente porque éstas no podrían pagar íntegramente a las ARS y AFP seleccionadas por sus empleados, debido a los bajos salarios predominantes, teniendo que esperar el remanente de las grandes empresas.

Una fuerte resistencia basada en experiencias pasadas. El pago directo a las administradoras de riesgos de salud privadas predominó durante más de tres décadas, debido a la existencia de dos sistemas de aseguramiento paralelos y mutuamente excluyentes: la empresa contrataba y pagaba directamente a la iguala o al seguro médico por todos sus trabajadores afiliados, sin la necesidad de compensación debido al pago de una póliza fija mensual y a la inexistencia de la solidaridad social y la libre elección, y sin el conocimiento ni la intervención del IDSS. Las experiencias traumáticas y los enfrentamientos del pasado con el sector público fueron tan fuertes que al principio los líderes del sector privado rechazaron enérgicamente la propuesta de una tesorería pública y centralizada, señalando que el Estado no había sido un pagador confiable.

Las igualas y seguros médicos recordaron con insistencia que el IDSS contrató servicios privados al Policlínico Naco y a otros centros privados y luego pagó demasiado tarde o no honró las deudas contraídas. Por su parte, el sector sindical y popular y los representantes gubernamentales plantearon su oposición al pago directo, señalando

que el mismo promovería la privatización y la selección adversa, en contra de la población más pobre y enferma.

A ambos, les explicamos que el diseño del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) crea un escenario totalmente diferente y más complejo que el anterior, debido a que introduce cinco nuevas características hasta entonces inexistentes.

En primer lugar, las empresas e instituciones cotizantes tendrán que diferenciar las aportaciones para cada uno de los tres seguros contemplados en la Ley de Seguridad Social (Pensiones, Seguro Familiar de Salud y Riesgos Laborales), cada seguro con un salario cotizable y un porcentaje distinto¹⁵³.

En segundo lugar, cada trabajador afiliado, junto a su familia, tiene el derecho a elegir a la ARS y a la PSS que mejor le convenga¹⁵⁴, única forma de asegurar que el sistema de protección social esté realmente al servicio del afiliado. En ese entonces, el proceso era bien simple debido a que eran las empresas e instituciones empleadoras las que seleccionaban a un único asegurador (igual a o seguro privado). En cambio, la libre elección diversificaba considerablemente las opciones del afiliado titular.

En tercer lugar, para evitar la propensión de las aseguradoras a seleccionar sólo a los sanos y a discriminar a los más enfermos, la Ley prevé el establecimiento de primas según el riesgo¹⁵⁵ (por ejemplo: menores de cinco años, mujeres en edad fértil, mayores de 60 años, población de cualquier edad con enfermedades crónicas y la población “normal”), o sea, por lo menos habría cinco categorías y capitales diferentes. La disyuntiva era clara: o el nuevo sistema establecía un pago ponderado según el riesgo real, o jamás se eliminaría la

¹⁵³ CNSS (2001). *Ley 87-01 artículos 3 y 120*.

¹⁵⁴ *Ibidem*, artículo 169.

¹⁵⁵ *Ibidem*, artículo 169.

“selección adversa” en contra de las mujeres¹⁵⁶, de los más enfermizos, de los más pobres y de los grupos más vulnerables.

En cuarto lugar, dado el principio de integralidad, los seguros que la Ley establece contemplan diferentes prestaciones y servicios que serán administrados por diferentes entidades y proveedores. Tal es el caso de los subsidios por maternidad, enfermedad y discapacidad y los servicios de estancias infantiles¹⁵⁷, y las transferencias a las superintendencias, entre otros.

Y en quinto lugar, los 300 trabajadores de una empresa de Zona Franca podrían seleccionar, digamos, a 15 ARS y a 5 AFP diferentes. Además, los empleadores tendrían que realizar pagos directos a las compañías de seguro para cubrir el seguro de vida; también, sendos pagos a las dos superintendencias y pagos directos al Fondo de Solidaridad Social para las pensiones¹⁵⁸.

Estamos hablando de múltiples factores y de varias decenas de posibilidades, lo cual ofrece una idea de la complejidad de su manejo por parte de todas las empresas e instituciones cotizantes, dado que el 95% de los empleadores del país son pequeñas empresas e instituciones con limitaciones en informática y personal especializado. Por todas estas razones, resultaba más que obvio que el recaudo centralizado por parte de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) resultaba más eficiente al emplear la tecnología más avanzada, reduciendo considerablemente el costo de operación del SDSS y de las ARS y las AFP.

En la práctica, e independientemente de la voluntad de sus sostenedores, el pago directo colocaría al Estado en el último eslabón del

¹⁵⁶ La experiencia demuestra que durante la edad reproductiva la mujer demanda alrededor de un 70% más de servicios de salud que el hombre de la misma edad, de ahí la tendencia a discriminarla.

¹⁵⁷ CNSS (2001). *Ley 87-01 artículo 140*.

¹⁵⁸ La solidaridad social se aplica en forma diferente en el Seguro Familiar de Salud que en el Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia (ver artículo 3 de la Ley 87-01).

proceso de pago, ya que la entrega del remanente a la TSS tendría que ir acompañada, en cada caso, de un voluminoso expediente con los comprobantes de pago a todas las ARS y AFP seleccionadas por los trabajadores de cada empleador. En vista de que cualquier verificación gubernamental necesariamente tendría que ser a posteriori, habría que establecer cuál sería la responsabilidad del empleador ante una liquidación equivocada.

Finalmente, aun en el mejor de los casos, este esquema no eliminaría la duda expresada sobre el pago puntual y total por parte del Estado. En primer lugar, debido a que las instituciones gubernamentales, así como los organismos descentralizados y las empresas públicas, también cotizan al sistema en su calidad de empleadores y como tales tendrían que efectuar pagos directos a las iguales y seguros médicos. Vale la pena señalar que la principal objeción de los proveedores privados era por el temor de que el pago se retrase, burocratice, politice y corrompa, como en muchas otras áreas. En segundo lugar, un esquema de pago directo por capitación presupone la creación de mecanismos de compensación, puesto que en la gran mayoría de los casos la cotización de las pequeñas empresas no sería suficiente para cubrir la asignación per cápita. ¿A quién, sino al Estado, le correspondería el manejo de un supuesto fondo de compensación en salud?

Habría que preguntarse si el Estado hubiese aceptado quedarse sólo con el “trabajo sucio” del manejo financiero de un remanente entregado con retardo y, aun así, si lo hubiese cumplido con eficiencia, siendo el eslabón final del proceso, lo que lo colocaría en una posición pasiva e incómoda, frente a cualquier reclamo de asignación indebida de los recursos.

Otra gran dificultad sería en el caso de los trabajadores informales e independientes, los cuales, por su propia naturaleza, están dispersos y carecen de una organización mínima y hasta de registros contables. Sería un grave error subestimar su participación, tanto desde el punto

de vista social, como del mercado potencial¹⁵⁹ que representan y del impacto en la estabilidad política y social del país. La pregunta del millón: ¿estarían los aseguradores privados dispuestos a gestionar el pago directo de alrededor de 450 mil microempresas con un promedio de tres o cuatro trabajadores afiliados?¹⁶⁰ Si la respuesta es negativa, entonces habría que crear otra tesorería paralela.

Afortunadamente, luego de semanas de discusiones y debates, logramos convencer a los tres sectores de que mantener un esquema de pago directo a las ARS implicaría la negación del derecho a la libre elección familiar. Además, se perdería la oportunidad de establecer un sistema solidario y de implantar un pago per cápita ponderado según el riesgo individual para evitar la “selección adversa”. Sin estas conquistas, la reforma se limitaría a un nuevo maquillaje para continuar haciendo “más de lo mismo”, ya que el usuario continuaría siendo una “población cautiva”, permanentemente expuesta a discriminaciones sociales lesivas a su dignidad.

En pocas palabras, lo que estaba en juego no era sólo una forma de pago, sino la funcionalidad completa del sistema y la vigencia real de los principios de equidad, igualdad, solidaridad y universalidad. Estos argumentos, objetivos y dramáticamente expuestos mediante cálculos y ejemplos, fueron compartidos por el sector de los empleadores, quienes comprendieron que el pago directo les implicaría procedimientos engorrosos, más trabajo y más personal, sin recibir nada a cambio.

¹⁵⁹ Este sector constituye el principal componente de la población económicamente activa (PEA) del país, fluctuando entre un 42 y 45% del total, dependiendo de la situación del sector formal de la economía, que ocupa entre un 37 y 40%.

¹⁶⁰ En el período de estas discusiones no existía el SENASA y por lo tanto, se asumía que los afiliados al Régimen Contributivo Subsidiado podrían escoger libremente la ARS de su preferencia.

¿Quién enfrenta la evasión y la elusión? El control de la evasión y elusión constituye una necesidad vital del sistema a fin de aumentar las recaudaciones y garantizar los derechos, la solidaridad y la equidad. Este tipo de fiscalización (verificación de nóminas, cruce de información, etc.) consume muchos recursos y requiere de una inversión legal que el Estado no podía delegar, debido a su responsabilidad de identificar y perseguir la evasión y elusión.

Salvo que la función de recaudo fuera muy bien pagada, los aseguradores no se interesarían en cobrarle a las empresas pequeñas, con salarios promedios por debajo de la media, sin planes complementarios y con mayor riesgo de pagar con retrasos. Además, habría que definir cómo aplicar este modelo en las provincias y municipios donde no existan aseguradores privados y/o éstos no tengan la capacidad técnica y administrativa suficiente.

Para concluir, insistimos en que el pago por capitación a todos los aseguradores y proveedores, públicos y privados, así como la libre elección familiar, impiden cualquier intento de asignación discrecional y arbitraria de los recursos de la seguridad social, eliminando la politización y burocratización del proceso. Además, la obligatoriedad de pagar al mismo tiempo a todos los aseguradores públicos y privados, invalida la posibilidad de tráfico de influencias, de extorsiones y/o de favoritismos. Queda claro que solo un moderno y ágil sistema de recaudo, distribución y pago centralizado, posibilita la funcionalidad de un sistema de seguridad social universal, obligatorio, plural, eficiente y sostenible. Finalmente, una Tesorería de la Seguridad Social (TSS) centralizada como la descrita no existía en Colombia, ni en Argentina, ni en Chile, ni en ningún otro país con un sistema plural, público y privado. *Una solución fruto de la necesidad y de la originalidad de los dominicanos.*

IX.

PBS: LA CONCRECIÓN DEL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD

Con el objetivo supremo de garantizar el Derecho Universal a la Salud (DUS), la Ley 87-01, que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), estableció el Plan Básico de Salud (PBS), con una triple función: 1) garantizar la mayor cantidad posible de servicios médicos y de salud, con los recursos disponibles; 2) impulsar un modelo de atención eficiente, capaz de maximizar el impacto en la situación de salud y bienestar de todos los derechohabientes; y 3) garantizar el necesario equilibrio financiero entre cotizaciones y prestaciones para asegurar su viabilidad y sostenibilidad. *El PBS constituye la columna vertebral del Seguro Familiar de Salud (SFS)*, porque está llamado a racionalizar los recursos disponibles para ampliar la cobertura de los servicios y prestaciones cubiertos y garantizados. En pocas palabras, *la garantía real del derecho universal a la salud depende de un PBS equilibrado y sostenible*. Es el responsable de ponerle nombre y apellido, límite y precisión al DUS.

La Ley de Seguridad Social responsabilizó a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) como la instancia técnica calificada y al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) como el órgano rector del Sistema, del diseño, aprobación, ejecución y supervisión del PBS, así como de su desarrollo gradual y progresivo, tal

y como lo establece el Art. 60 de la Constitución de la República y la propia Ley 87-01.

El establecimiento del PBS con estas tres funciones esenciales implica un gran reto, ya que involucra un cambio trascendental en el modelo de atención, transfiriendo derechos y poderes especiales a todos los dominicanos por igual. Por tal razón, su diseño y desarrollo ha estado lleno de resistencias y obstáculos que han dilatado su concreción, ya sea por incomprensión o por bloqueos al cambio. El conocimiento de sus características, de sus premisas financieras y de la lógica interna de su funcionamiento, contribuirá a una mejor edificación de los afiliados y de la opinión pública, así como a reducir los conflictos y tensiones entre los diferentes actores y sectores del SDSS.

1. ¿Por qué un Plan Básico de Salud?

Un seguro básico de salud para garantizar el derecho de todos.

En esencia, los seguros constituyen un recurso muy valioso, porque socializan los costos y riesgos de daños catastróficos entre el universo de la población cubierta; son una forma de amortiguar aquellos gastos imprevistos que, por su magnitud, pudieran llevar a la ruina a cualquier negocio, institución o familia, incluso de clase media. Tales son los casos, por ejemplo, de los seguros contra incendio, contra el riesgo de accidentes de tránsito y del seguro de vida, entre otros. En todos estos casos, se aplica la lógica solidaria de “hoy por ti y mañana por mí”.

Los seguros de salud protegen a las personas, cubriendo el costo de un embarazo o contra el riesgo de contraer una enfermedad, especialmente cuando se requiere de un tratamiento tan complejo o prolongado que resulte muy costoso, llegando a *comprometer el ahorro, la tranquilidad y hasta el patrimonio familiar*. Este riesgo es mayor tomando en cuenta que, con frecuencia, se trata de complicaciones de salud impredecibles, inesperadas e impostergables, como señalamos

en el Capítulo VI. Al estar cubiertos contra esta eventualidad mediante el pago de una cotización mensual, los seguros de salud constituyen una valiosa herramienta para “prorratar y socializar” en el tiempo cualquier gasto de consideración. En consecuencia, la solidaridad social implícita en todo seguro de salud universal garantiza la protección social contra costos inesperados de las familias, independientemente de su nivel de ingreso, capacidad contributiva y situación de salud. *En pocas palabras, en términos prácticos, el objetivo del seguro de salud es garantizar el acceso al cuidado de la salud, reduciendo a su mínima expresión el riesgo de quiebra y el gasto familiar de bolsillo.*

Estudios realizados aquí y en diferentes países por organismos internacionales y agencias calificadas demuestran que *una de las principales causas de quiebra de las micros y pequeñas empresas es la ausencia de un seguro de salud*, que amortigüe el impacto del tratamiento de una enfermedad catastrófica o compleja en el seno de la familia, incluso de clase media. Otros estudios han llegado más lejos aún, revelando que millones de familias en el mundo han caído en situación de pobreza e indigencia debido a la falta de una adecuada protección social solidaria.

Durante las vistas públicas del Senado, algunos grupos criticaron el concepto de seguro de salud, señalando que el mismo envuelve un contenido mercantil, que desnaturaliza y limita el derecho al cuidado de la salud de las familias. Esa posición parte de la falsa premisa de que “la salud no tiene precio” y de que el PBS debe incluir todos los servicios, ignorando la realidad objetiva de la existencia de recursos limitados. Además, responde a la práctica asistencial de salud pública de *ofrecer todos los servicios médicos, sin garantía real de ninguno*. En un sistema de protección social universal y obligatorio, la función de un seguro familiar de salud es vital, asegurando el acceso, sí o sí, a todos los servicios garantizados por el PBS.

El Plan Básico de Salud como la concreción del DUS. En esencia, el PBS constituye la forma concreta de definir el contenido real del “Derecho Universal a la Salud (DUS)”, en cada estadio del desarrollo nacional. *Para que pueda ser garantizado y demandado de manera objetiva, el derecho a la salud debe estar perfectamente definido. No puede ser una abstracción, ni estar sujeto a la discrecionalidad, ni a interpretaciones interesadas y circunstanciales*, como sucede con la llamada “asistencia social”, una oferta hueca, sin garantía real de derechos, tanto de los Ministerios de Salud Pública, como de los Seguros Sociales.

Dado que los derechos humanos constituyen conquistas sociales trascendentes, generalmente obtenidas mediante una prolongada lucha de intereses, su vigencia y sostenibilidad *no puede depender de la “buena fe” ni de la interpretación discrecional de ninguna de las partes involucradas, ni siquiera del Estado.* Y mucho menos, cuando se trata de un seguro de salud por el cual el trabajador cotiza con muchos sacrificios y se presta en condiciones mercantiles. Por esa razón, el PBS debe definir claramente cuáles servicios incluye, y hasta qué límites, y cuáles excluye, respondiendo al mandato “*del desarrollo progresivo*” del art. 60 de la Constitución de la República y de la propia Ley 87-01.

¿Ustedes se imaginan la cantidad de conflictos que se producirían a diario, si cada uno de los sectores y actores interpretase a su manera, y según sus propios intereses, qué significa “el derecho universal a la salud”, y cuáles servicios e intervenciones incluye? Por un lado, los aseguradores tratarían de reducir su cobertura para ganar más, mientras que, por el otro, los proveedores demandarían la inclusión de todos los servicios e intervenciones para facturar más y elevar sus ingresos. Y también los afiliados procurarían obtener el máximo de servicio, con el menor aporte posible. Téngase en cuenta que sí, a pesar de las especificaciones codificadas del catálogo de servicios e intervenciones y del catálogo de medicamentos del Plan

de Servicios de Salud¹⁶¹ (PDSS), todavía existen interpretaciones, confusiones y conflictos; ¿cuál sería la situación de no contar con estos listados detallados?

En consecuencia, el PBS comprende “todos los servicios de mayor necesidad y demanda” para el cuidado de la salud de todos los afiliados, en igualdad de condiciones, y con libre acceso a todas las intervenciones garantizadas. Dado que los recursos son limitados y que cada servicio de salud tiene un costo, *el PBS no puede ser un simple listado sin costeo y sin contar con la debida apropiación de los recursos correspondientes*, como lo fue en el IDSS y en Salud Pública. Su garantía y acceso es independiente del nivel del salario, del monto de la cotización mensual, del sexo, de la edad y de la carga familiar, ya que se basa en los principios de universalidad y de solidaridad social.

Como una primera aproximación, en realidad, el PBS no difiere mucho de la llamada “canasta de bienes y servicios” que consume regularmente una familia promedio. En sentido general, el costo del Plan Básico de Salud (PBS) se determina de la misma forma y con la misma lógica y metodología utilizada para calcular el costo de la vida de una familia típica dominicana. Y se maneja, con el mismo sentido común, realismo y responsabilidad con que una ama de casa administra el presupuesto familiar. Pero con la gran diferencia de que, mientras en este existen varias “canastas” según el nivel del ingreso familiar, en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) *sólo existe un Plan Básico de Salud (PBS), válido para todos los dominicanos y residentes legales.*

¿Es posible incluir todos los servicios en el plan? Desde el punto de vista humano, lo más elemental sería que el PBS incluyese todos los

¹⁶¹ El Plan de Servicios de Salud (PDSS) es un reemplazo ilegal del Plan Básico de Salud (PBS) establecido por la Ley 87-01 de Seguridad Social, el cual 23 años después no ha sido implantado.

servicios médicos y de salud que necesita la población para mantener, conservar y restablecer su salud y bienestar. Al igual que en el seno familiar, los padres quisieran comprar todos los servicios y comodidades que reclaman sus hijos, y que ellos mismos desean. Conscientes de que se trata de una aspiración popular, los partidos políticos y los candidatos siempre ofertan todo, a sabiendas de que no podrán cumplir con todas las promesas de campaña, porque los recursos son limitados.

Más realista es la Constitución de la República, la cual señala en su “artículo 60: 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”. Las limitaciones constitucionales de este derecho universal saltan a la vista de todos, al enfatizar en que el Estado estimulará el desarrollo progresivo de una adecuada protección. El condicionante “el desarrollo progresivo” indica claramente que no es posible garantizar de inmediato todos los servicios y prestaciones, para todos los ciudadanos, por lo que los demás servicios se irán incorporando de manera “gradual y progresiva”, como ratifica, con absoluta claridad, la Ley 87-01. La razón de esta inevitable restricción es una clara expresión del compromiso real de garantizar derechos, sin pretextos ni excusas, y del reconocimiento implícito del “principio económico de la escasez”¹⁶², es decir, del carácter limitado de los recursos disponibles. Cualquier exceso o desviación sería pura demagogia en contra del Derecho Universal a la Salud (DUS).

Y esa limitante proviene precisamente del carácter universal de la seguridad social y de la desigual distribución del ingreso personal.

¹⁶² El principio de escasez se fundamenta en la realidad objetiva de que siempre las necesidades individuales y sociales tienden a crecer más rápidamente que los recursos disponibles. Responde a una ley universal que obliga a establecer prioridades y a elevar la productividad y la eficiencia. En el campo de la salud, el financiamiento disponible resulta limitado, en relación a una demanda creciente de atención médica.

Siempre es posible garantizar todos los servicios de salud a una minoría, o a un determinado grupo social privilegiado, aun en los países en vías de desarrollo; ya sea porque esa minoría cuenta con los recursos propios necesarios para cubrirlos, o porque tiene poder y/o capacidad de presión para cargárselo al Estado, a costa de los impuestos de todos los contribuyentes. Pero, cuando se trata de un servicio *igual, obligatorio y universal*, la situación resulta muy diferente, debido a la existencia de millones de familias pobres y vulnerables, con iguales derechos y con aportes limitados y/o inexistentes.

Desde luego, esta limitación de recursos, que no es una limitación cualquiera, no impide que esos servicios sean ofertados libremente a quienes puedan pagar su costo adicional. Lo que la Constitución y la Ley 87-01 indican es que, en una primera etapa, determinados servicios muy especializados no forman parte del Plan Básico de Salud (PBS), sencillamente porque los recursos no alcanzan para *garantizarlos a toda la población, como un derecho incondicional, con recursos provenientes de salarios bajos*. Vale la pena señalar que los servicios excluidos del PBS solo son aquellos de menor frecuencia y demanda, pero de alta complejidad y costo, conocidos popularmente como algunos tratamientos catastróficos. “Los sistemas universales son caros. Sin embargo, ello no inhibe que ciertos países en otras regiones del mundo con niveles de riqueza similares a los de la región adoptaran tempranamente pilares universales modestos, que luego fueron completando con pilares contributivos

De la misma forma en que una familia no puede mantener una casa con un costo mensual y un nivel de comodidad más allá de lo que les permiten sus ingresos ordinarios, un país tampoco puede sostener un PBS con un costo superior a sus posibilidades reales. Como dice el refrán popular, “no se pueden extender los pies más allá de la sábana”.

o mejores prestaciones universales”¹⁶³. Esta gradualidad también se aplica a la salud.

En cada nación, el contenido y la cobertura del PBS constituyen una resultante del estadio del desarrollo nacional y de las demandas y capacidad de movilización de la población. Las limitaciones económicas y financieras señaladas del SFS determinan el carácter *básico* del Plan Familiar de Salud, debido al compromiso de asegurar el acceso incondicional de toda la población. Bajo el compromiso de que, como señala la Constitución, su contenido y cobertura se irán extendiendo, progresivamente, de acuerdo con el crecimiento de la economía, del ingreso per cápita y del nivel general de los salarios. Es exactamente igual que como ocurre en el seno familiar: la cantidad y calidad de los bienes y servicios adquiridos aumentan en la medida en que se incrementan los ingresos y viceversa.

Un país en proceso de crecimiento puede considerarse avanzado en términos de salud y de equidad, si su plan básico de salud incluye la gran mayoría de los servicios e intervenciones de mayor impacto en la salud colectiva e individual. De la misma forma en que una familia no puede mantener una casa con un costo mensual y un nivel de comodidad más allá de lo que les permiten sus ingresos ordinarios, un país tampoco puede sostener un PBS con un costo superior a sus posibilidades reales. Como dice el refrán popular, “no se pueden extender los pies más allá de la sábana”.

En materia de cobertura de salud, resulta vital comprender que, desde el punto de vista del derecho universal a la salud, es mucho más seguro, aconsejable y sostenible contar con un PBS que garantice el acceso seguro, por ejemplo, al 98 % de la demanda, que aceptar una oferta del 100 %, sin garantía real ni sostenibilidad en el tiempo de ningún servicio. Al final del día, lo que necesitan las familias no son

¹⁶³ CEPAL, Filgueira, Fernando. (2014). *“Hacia un modelo de protección social universal en América Latina”*.

promesas vacías, sujetas a la “disponibilidad y discrecionalidad de los políticos y proveedores”, sino garantías efectivas de acceso incondicional a servicios oportunos y de calidad. Como versa otro refrán popular, *“más vale un pájaro en manos, que ver un ciento volar”*.

Vale la pena aclarar que el PBS sólo incluye los servicios de salud que requieren los individuos, es decir, sólo los *servicios para el cuidado de la salud de las personas*. No incluye los servicios de salud colectivos, como el saneamiento ambiental, el agua potable, las acciones contra el ruido, las campañas contra las epidemias y contra las enfermedades trasmisibles por vectores, entre otras. Estas acciones están a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) y cuentan con programas y presupuestos específicos e independientes del SDSS.

Todos los servicios, pero sin garantía real de ninguno. Es importante reiterar el riesgo real de quebrantar el equilibrio entre la calidad y cantidad de los servicios de salud, y los recursos disponibles para demandarlos y pagarlos. Los grupos más radicalizados suelen demandar y presionar por la inclusión de *“todos los servicios”*, sin cuantificar ni identificar las fuentes y magnitudes de los recursos adicionales necesarios. Cualquier servicio incluido en el PBS sin calcular ni identificar los recursos necesarios para garantizarlo elevaría el riesgo de desequilibrio financiero, empujando al sistema a reducir la calidad y oportunidad del cuidado de la salud, y a degradar este derecho legítimo, a una dádiva discrecional.

Generalmente, estas demandas son hijas de un enfoque muy radical y tradicional, de una práctica ancestral, en donde la salud pública presta servicios sin calcular ni controlar su costo, contratando los recursos humanos sin exigir dedicación, productividad y desempeño adecuado. Y en donde los recursos y los incentivos se asignan, generalmente atendiendo a presiones gremiales y políticas, al margen del objetivo fundamental de garantizar derechos reales, de manera oportuna y con calidad, erosionando el Derecho Universal a la Salud

(DUS). La falta de disciplina y de control en la asignación de los recursos se traduce en *servicios asistenciales insuficientes, sin garantía de derechos, y prestados “hasta que los recursos se agotan”*. Esta lógica equivale a *“tener derecho a todo, pero sin garantía real de nada”*.

Servicios ofrecidos fuera del Plan Básico de Salud. Desde luego, los servicios médicos excluidos y/o limitados por el PBS por falta de financiamiento, pueden y deben ser brindados por el Estado en forma gratuita a las familias más pobres y vulnerables, mediante un financiamiento adicional a la red pública de salud. Tal es el caso, por ejemplo, de algunos medicamentos de alto costo. Además, se asume que los hospitales públicos ofertarán esos servicios especializados a los pacientes de ingresos medios y altos, cobrándoles tarifas razonables de recuperación del costo. También permite que el sector privado los oferte, a través de seguros complementarios o mediante el cobro directo a los pacientes. De hecho, en el país existen patronatos¹⁶⁴, fundaciones, ONG e instituciones sociales de caridad, que acopian recursos por diversas fuentes para entregar estos servicios a las familias de bajos ingresos, y a la población en general, mediante tarifas razonables. En definitiva, la exclusión de determinados servicios médicos en el PBS obedece a la necesidad de preservar el equilibrio financiero y garantizar derechos, lo cual no excluye, sino que presupone, su prestación mediante otras modalidades de financiamiento y acceso.

Planes y servicios complementarios de salud. Precisamente, el art. 133 le permite a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), públicas y privadas, ofertar planes complementarios de salud para acceder en forma prepagada a servicios, procedimientos o intervenciones no cubiertos por el PBS, ya sea para disfrutar de un mayor confort y/o de una mayor cobertura. Generalmente incluyen planes

¹⁶⁴ Por ejemplo, el Patronato Contra el Cáncer, el Instituto Dermatológico, el Instituto Dominicano de Cardiología, el Patronato, entre otros.

odontológicos, medicina ambulatoria no incluida en el Catálogo de Medicamentos, cirugías electivas, servicios de ambulancia terrestre y aérea, mayor cobertura en los tratamientos catastróficos y servicios de rehabilitación, entre otros.

Están destinados a aquellos grupos sociales con mayor capacidad contributiva, acostumbrados a recibir un servicio médico más integral, confortable y personalizado. Estos planes y servicios son ofertados y demandados fuera del PBS, y son cubiertos mediante pagos directos al asegurador a cargo del afiliado derechohabiente, y en algunos casos, con aportes de su empleador. La Ley 87-01, también contempla la contratación de Planes Familiares de Salud prepagados a las ARS con coberturas similares al PBS, para personas no afiliadas al SFS. Desde hace más de un lustro, la supervisión de estos planes está a cargo de la Superintendencia de Seguros.

2. ¿Cómo se calcula el costo y la cápita del PBS?

Un plan de salud genérico a partir del perfil epidemiológico. Diseñar un plan básico de salud (PBS) no es una tarea fácil, ya que es necesario interpretar con la mayor precisión posible las necesidades, gustos y preferencias de toda la población, y luego, dentro de éstas, seleccionar las de mayor impacto en la salud, a fin de que su costo se adecúe al financiamiento disponible. Por su carácter universal, es un producto genérico, en el sentido de que no puede responder a las necesidades particulares de un determinado sector o segmento social, pero tampoco puede ignorarlas. No se trata de un traje diseñado a la medida, sino uno genérico, compatible con cualquier “anatomía”, utilizando medidas promedio, adaptables a cualquiera de los grupos de afiliados.

Durante las vistas públicas y los talleres convocados por la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado, los grupos más radicalizados señalaron que el derecho al cuidado universal a la salud

implicaba el acceso inmediato e incondicional a todos los servicios de salud. En el otro extremo, grupos conservadores postulaban que este derecho se limitase a la atención primaria, a algunos servicios ambulatorios y a la hospitalización general. En todo momento, el Equipo Técnico tuvo muy claro el alto riesgo para el proyecto de aceptar, por un lado, demandas excesivas basadas en el “todo o nada”, y, por el otro, demandas conservadoras y excluyentes, porque al final del día ambas terminarían perpetuando el estatus quo, acentuando las desigualdades y generando muchas frustraciones sociales.

En cada nación, el contenido y la cobertura del PBS terminan siendo una resultante del desarrollo nacional, del nivel general de los salarios, de las demandas sociales y de la capacidad de movilización de la población. De la misma forma en que una familia no puede mantener una casa con un costo mensual y un nivel de comodidad más allá de lo que le permiten sus ingresos ordinarios, un país tampoco puede sostener un PBS con un costo superior a sus posibilidades reales. Durante las vistas públicas, insistimos en que *el contenido del PBS se construye por etapas, como el dominicano promedio construye su casa, ya sea block a block o mediante el pago, mes tras mes, de una hipoteca.*

Tratándose de un derecho humano universal y vinculado a la propia existencia, y dadas las limitaciones señaladas, resulta crucial definir los servicios y prestaciones a ser garantizados por el PBS, a partir del perfil epidemiológico de la población. El perfil epidemiológico es elaborado por médicos salubristas y demógrafos, con la colaboración de los médicos especialistas de las diferentes áreas de salud. Constituye un recurso fundamental porque define el estado de los indicadores de salud y bienestar general. Indica, cuantifica y jerarquiza las causas de enfermedad y mortalidad de la gente, permitiendo identificar y cuantificar con precisión los servicios, intervenciones y tratamientos de mayor demanda e impacto en la salud y en el bienestar de todo el colectivo nacional.

Seleccionar las tecnologías más efectivas y de costos asequibles.

Una vez identificados los servicios, intervenciones y tratamientos de mayor demanda e impacto, se procede a definir las tecnologías y los equipos a utilizar. Como se sabe, generalmente existen diferentes procedimientos y técnicas para resolver un determinado problema de salud, por lo que es necesario escoger aquellos que garanticen, por un lado, el mayor impacto y el menor riesgo a la salud, y por el otro, el menor costo posible. En pocas palabras, los diseñadores se enfrentan al delicado reto de *seleccionar las tecnologías y los tratamientos más compatibles con el nivel del desarrollo nacional y con los recursos disponibles*. Exactamente igual que como ocurre en las decisiones familiares.

Este punto es importante y polémico, particularmente entre el personal de salud, ya que muchos médicos especialistas, por razones profesionales entendibles, prefieren las tecnologías más avanzadas, apegados todavía al viejo criterio de que “la salud no tiene precio”. También se enfrenta a la natural preferencia de la mayoría de los afiliados y familiares por las tecnologías y equipos de diagnóstico e intervención de última generación, sin importar su costo. Esta tendencia se acentúa considerablemente cuando se trata de los seguros de salud prepagados y cuando es el médico especialista quien toma la decisión por el paciente.

Al seleccionar las tecnologías a utilizar en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), es muy importante tomar en cuenta su impacto en el costo y en la cobertura social. Si se favoreciera la última generación tecnológica, con un costo muy elevado porque la misma es controlada por uno o por pocos proveedores, el gasto del PBS se elevaría tanto que arriesgaría la universalidad y su sostenibilidad. Desde luego, esta restricción sólo opera para el PBS, pudiendo ser utilizada para los grupos sociales que la prefieran y puedan pagarla al margen del SDSS, ya sea a través de planes complementarios y/o mediante pagos directos.

Por el contrario, si se optara por una tecnología muy tradicional e invasiva por su bajo costo, posiblemente se extendería el período de internamiento y recuperación, reduciendo su impacto en la salud, induciendo a gastos innecesarios de bolsillo, entre otras consecuencias. Al final del día, *la opción tecnológica que se adopte deberá guardar una adecuada relación entre su costo e impacto en la salud, y el nivel del ingreso y del salario nacional*. Aquí la gradualidad vuelve a jugar su papel equilibrador, bajo la premisa de que esas decisiones y coberturas serán revisadas y actualizadas en la medida en que el país alcance nuevos niveles de ingreso nacional y per cápita.

¿Cómo determinar las frecuencias y tarifas de los servicios de salud? La *frecuencia o demanda promedio* de salud es el resultado de dividir la demanda total anual de cada servicio, entre la población total afiliada¹⁶⁵. Este importante indicador permite estimar la demanda total futura del servicio, tomando en cuenta el sexo, la edad, la educación y el nivel de ingreso, entre otros factores. En cambio, el cálculo del costo y de las tarifas promedio resulta una tarea más compleja y laboriosa, porque generalmente es cuestionada por los aseguradores y proveedores. Ello así debido a que de su nivel promedio dependen el costo total del PBS, las utilidades de las ARS y de las PSS y el equilibrio financiero del PBS.

Los expertos suelen formular algunas correlaciones entre las frecuencias de los principales servicios. Por ejemplo¹⁶⁶, cada 1,000 afiliados demandan 4,800 consultas externas, 1,250 emergencias, 200 internamientos y 380 días de hospitalización. Otra referencia muy usada es por cada 100 alumbramientos, cuántos terminan siendo cesáreas y cuántos partos normales, etc. Datos solo a título de ejemplo.

¹⁶⁵ También puede ser calculada tomando como referencia un grupo amplio y representativo de la población, siempre que exista correspondencia entre la demanda del grupo y los miembros del grupo.

¹⁶⁶ Valores utilizados solo a título ilustrativo, no necesariamente reales.

Tratándose de un plan universal, lo que cuentan son los resultados promedios, como una expresión representativa de las condiciones socialmente necesarias y aceptables a nivel nacional. Por lo tanto, el precio y las tarifas promedio sólo constituyen un valor de referencia, representativo del conjunto, fundamentalmente útil para estimar la demanda general de los servicios, como parte del esfuerzo para calcular el costo general del PBS y, más adelante, para administrar el riesgo de salud y monitorear la demanda real de los servicios por PSS. No está de más recordar que la cantidad de servicios de salud garantizados está en relación inversa de las frecuencias y de las tarifas y honorarios, por lo que es preciso encontrar el punto de equilibrio.

¿Cómo se calcula el costo del plan básico de salud? En el cálculo del costo total y de la cápita del Plan Básico de Salud (PBS), es necesario considerar siete conceptos claves:

- a) **Frecuencia promedio**, igual a la demanda nacional de un determinado servicio, dividida entre la población total, clasificada por sexo y edad, entre otros criterios.
- b) **Demanda total del servicio**, el resultado de multiplicar la frecuencia *promedio de cada servicio*, por el total de la población beneficiaria.
- c) **Tarifa o costo promedio del servicio**, dividiendo el *gasto total* del servicio, entre la cantidad total del servicio prestado a nivel general.
- d) **Costo total de cada servicio**, multiplicando la *demanda total*, por la tarifa o costo promedio de cada servicio a ser incluido en el PBS.
- e) **Costo total anual del plan básico de salud**, resultante de la sumatoria de todos los costos totales de todos los servicios incluidos.

- f) **Costo total anual por afiliado**, dividiendo el costo total anual del PBS, entre la población total.
- g) **Costo mensual o per cápita**, el resultado de dividir el costo total anual, entre la cantidad de afiliados, y luego entre los 12 meses.

El costo total de cada uno de los servicios es la resultante de multiplicar el total de los servicios a ser demandados, por su precio o tarifa promedio. La sumatoria del costo total de cada uno de los servicios arroja el costo total del Plan Básico de Salud (PBS). Luego, a este monto se le agrega el costo de la administración del riesgo, para obtener el costo total final. A su vez, este se divide entre la cantidad de afiliados para llegar al costo per cápita anual y, finalmente, dividirlo entre 12 para definir la cápita mensual del PBS.

Queda sobrentendido que, tanto las frecuencias como los precios y tarifas promedios están sujetos a cambios y fluctuaciones por factores internos y externos al SFS, por lo que es necesario prever una reserva financiera para enfrentar imprevistos y su actualización periódica, como lo establece la Ley 87-01. Finalmente, resulta crucial evaluar el grado de cumplimiento del PBS de las tres funciones establecidas más arriba a fin de realizar los correctivos y ajustes que resulten pertinentes en interés de asegurar su viabilidad y sostenibilidad. *Es muy importante desvirtuar la idea de que el PBS es un simple listado de servicios incluidos, independientemente de su costo y sostenibilidad. No equivale a la lista de compra mensual en el supermercado.* El Catálogo de Cobertura del PDSS 9.0¹⁶⁷ contiene 11,434 servicios, agrupados en 46 subgrupos incluyendo promoción y prevención, consultas, servicios odontológicos, análisis de laboratorios y estudios especiales,

¹⁶⁷ SISALRIL (2023) *Catálogo de Cobertura del Plan de Servicios de Salud (PDSS)*. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Cat%C3%A1logo+de+Cobertura+del+Plan+de+Servicios+de+Salud+%28PDSS%29>.

internamientos, cirugías menores y mayores, partos y cesáreas y tratamientos catastróficos, entre otros. Por su parte, el Listado de Medicamentos¹⁶⁸ cubre unos 621 fármacos, clasificados en 30 categorías, las cuales incluyen medicinas, anestésicos, antibióticos, vacunas y hasta reconstituyentes. Ambos catálogos son revisados y actualizados cada dos años.

Lo más aconsejable sería diseñar el Plan Básico de Salud (PBS), integrando todos los servicios médicos (insumos básicos e intermedios) necesarios para garantizar cada producto final, tal y como lo identifica la población. Este reagrupamiento y clasificación permitiría conocer el costo total de todos los servicios finales, incluyendo los insumos, medios diagnósticos y honorarios necesarios para su entrega, de acuerdo con los protocolos de atención vigentes. Por ejemplo, agrupar e integrar todos los servicios derivados de una consulta externa, tales como, honorario de la consulta, costo de los exámenes de laboratorios, de los estudios especiales y de los medicamentos, etc., ya que de esa forma se tendría una información más clara del costo total promedio de cada gran servicio integral, clasificado según la especialidad y complejidad. Y, además, simplificaría el proceso de evaluación de las reclamaciones de las PSS y la administración del riesgo a cargo de las ARS.

¿Cómo se calcula la cápita del PBS? A mayo del 2024, el salario cotizable promedio se redondeó en RD\$ 35,272.40 pesos, por lo que el 9.53% destinado a financiar el PBS ascendió a RD\$ 3,361.46 mensuales por titular, para garantizar los servicios médicos y de salud a todos los afiliados, titulares y dependientes. La cápita mensual del PBS se determina dividiendo el monto destinado al cuidado de la salud de las personas (3,361.46) entre el promedio de la carga familiar (2.06)

¹⁶⁸ SISALRIL (2023). *Listado de Medicamentos del PDSS*. https://www.sisalril.gob.do/phoca-download/documentos/listado_medicamentos_pdss.pdf

integrada por el titular (1.0), más el cónyuge y los hijos menores estudiantes (1.06), lo cual arroja unos RD\$ 1,631.78 mensuales por afiliado. Esta cápita constituye el techo, la gran limitante del costo del PBS, y define el punto de equilibrio que garantiza la sostenibilidad del SFS en la actualidad, y el acceso, como un seguro sí o sí, a los servicios garantizados. *Cualquier exceso por ignorancia, entusiasmo o mala fe, reduciría la capacidad del sistema para garantizar la demanda regular e incondicional de los servicios de salud garantizados por el PBS.*

$$\begin{aligned} \text{Cápita del PBS} &= \frac{\text{Salario cotizante promedio} \times \% \text{ del aporte PBS}}{\text{Titular} + \text{promedio de dependientes del titular}} \\ \text{Cápita del PBS} &= \frac{35,272.40 \times 9.53\%}{1.0 + 1.06} = \frac{3,361.46}{2.06} = 1,631.78 \end{aligned}$$

De acuerdo con esta fórmula, la cápita mensual del Régimen Contributivo que establece el CNSS, basada en los cálculos de la SI-SALRIL, aumenta en forma directamente proporcional al monto del salario cotizante promedio, ya que el porcentaje del aporte destinado al PBS es fijo y está definido por la Ley 87-01. Y, desde luego, podría disminuir si, por alguna razón imprevisible, disminuyese el salario cotizante promedio, como ocurrió durante la pandemia. A su vez, la cápita podría subir o bajar de acuerdo al índice de dependencia¹⁶⁹, es decir, a la cantidad de afiliados dependientes por titular. Por ejemplo, en la medida en que se reduce la fertilidad, la cantidad de hijos por mujer disminuye y también el índice de dependencia. En nuestro

¹⁶⁹ El índice de dependencia expresa la cantidad de afiliados a cargo de cada titular, siempre que no sea un asalariado y que no aporte al SFS. Por ejemplo, los hijos menores de 21 que estudian y no trabajan, y/o el cónyuge que no cotiza. Si el padre y la madre cotizan, para los fines del SDSS, ambos son titulares. Vale la pena señalar la importancia del índice de dependencia y que el mismo suele ser muy estable, cuantitativamente hablando.

caso, de acuerdo con los reportes de la TSS, por cada cotizante se registran 1.06 dependientes, totalizando 2.06 como el núcleo familiar promedio del régimen contributivo.

De lo anterior se desprende que la cantidad de los servicios médicos y de las intervenciones quirúrgicas a ser incluidas en el PBS, está determinada por *un techo predefinido por seis factores: 1) el nivel general de los salarios; 2) el porcentaje total de la cotización; 3) el límite del salario cotizable; 4) el porcentaje destinado al cuidado de la salud de las personas; 5) la cantidad de dependientes por titular; y 6) el nivel de evasión y de elusión*. Nótese que de estos seis factores, cuatro resultan invariables porque el CNSS no puede modificarlos: el porcentaje de cotización, el límite del salario cotizable, el porcentaje destinado al PBS, y la cantidad de dependientes por titular. Y, además, el nivel general de los salarios, si bien es variable, no depende del CNSS. De ahí nuestra insistencia sobre el carácter limitado de los recursos disponibles del SDSS, de la necesidad de definir claramente los servicios y prestaciones garantizados por el PBS y de la importancia de la administración del riesgo de desequilibrios financieros, como la garantía real para acceder al cuidado de la salud, como un derecho incondicional, como veremos en el próximo capítulo.

La cápita es el monto que la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) le transfiere a cada ARS, pública o privada, por el costo mensual del PBS, en función de la cantidad de afiliados registrados. Huelga decir que, a diferencia de lo que ocurría antes de la Ley 87-01, ahora la cápita es calculada por la SISALRIL y aprobada por el CNSS, el cual, como Órgano Rector del Sistema, es el único facultado para aprobar y revisar la cápita mensual del PBS.

3. Premisas técnicas del equilibrio financiero del PBS

Premisas técnicas y financieras del cálculo del costo del PBS. Tanto el diseño como los cálculos del PBS se realizan haciendo el mayor

esfuerzo por maximizar la cantidad y calidad de los servicios incluidos y garantizados. Es lo que hace exactamente una pareja empeñada en satisfacer las mayores necesidades familiares del mes con el salario mensual percibido. Una vez elaborada la lista de compra de los bienes y servicios necesarios, se procede a considerar, cuidadosamente, la relación calidad/precio/volumen de cada uno, definiendo los criterios y premisas de la decisión, ya que éstos serán los criterios para su compra, utilización y consumo. Esa lógica se aplica a todos los bienes y servicios porque constituye la guía general de una administración sabia, que garantice el equilibrio entre los ingresos y egresos del hogar para llegar a fin de mes sin sobresaltos. Durante este ejercicio, esa familia está consciente de los riesgos y de las consecuencias financieras de apartarse de esa planificación.

Ahora, permítannos ilustrar este punto tan importante mediante unos ejemplos caseros muy sencillos. ¿Qué pasaría a final del mes, si en vez de comprar aceite de soya de producción nacional, la pareja comprara un aceite de oliva importado, con un costo del 100% superior? ¿Cuáles serían los resultados si la compra incluyese un queso importado holandés, para hacer los sándwiches semanales, en vez del queso criollo programado? ¿Cómo afectaría el presupuesto familiar si por descuido se duplicara el consumo de electricidad? ¿Cuál sería la situación si se sustituyese la carne de pollo por camarones importados? Desde luego, estas decisiones erradas y alejadas del presupuesto establecido, apartadas de las premisas establecidas sobre la cantidad y calidad de los bienes y servicios, crearían una situación deficitaria que tendría que ser corregida de inmediato, imponiendo una mayor disciplina y control, tanto en las compras como en el uso de los recursos disponibles.

Es como cuando el fabricante señala las condiciones “técnicas” adecuadas para el uso de su producto, en interés de optimizar su aprovechamiento y, al mismo tiempo, de advertir sobre los riesgos, los peligros y las posibles consecuencias de determinados descuidos, excesos

e inobservancias. Por ejemplo, para reducir los riesgos de accidentes de tránsito y elevar la seguridad del conductor y de los pasajeros, los fabricantes de neumáticos indican los límites de la presión del aire, de la carga máxima, de la velocidad, de la temperatura del aceite del motor y de las condiciones del clima, entre otros factores. Los fabricantes e instaladores de los ascensores especifican claramente las condiciones técnicas para asegurar su óptimo funcionamiento: carga máxima, cantidad de personas, tiempo de revisión y mantenimiento, etc.

Guardando las proporciones, y recuperando el nivel de la exposición, esos ejemplos sencillos nos permiten ilustrar cómo se estructura un PBS, y cuáles son los criterios y premisas considerados para maximizar la cantidad y calidad de los servicios médicos garantizados. La lógica del proceso de diseño, planificación y ejecución es la misma, aunque sólo mucho más compleja, tratándose del derecho universal de la salud (DUS). Veamos, algunos ejemplos.

Vigencia de un verdadero plan básico de salud. Lamentablemente, dos décadas después, todavía el SDSS carece de un verdadero Plan Básico de Salud (PBS), a pesar de constituir la columna vertebral del Seguro Familiar de Salud (SFS), siendo indebidamente reemplazado por un Plan de Servicios de Salud (PDSS) con prestaciones limitadas. Este PDSS fue elaborado sin el debido rigor técnico, por lo cual se desconocen las características técnicas, las premisas financieras y las recomendaciones y precauciones para su aplicación. De entrada, esta falta de fundamentación contribuye a la toma de decisiones importantes sin contar con un marco de referencia apropiado, que contribuya al uso adecuado de los recursos y a la prestación de los servicios dentro de los estándares de calidad, oportunidad y costos implícitos en el PBS.

Equivale a la construcción de un gran centro comercial o una gran obra pública, sin que los ingenieros y maestros de la obra conozcan las especificaciones técnicas ni las características de los materiales

previstos, ni los precios promedios utilizados para el cálculo del costo de cada una de las áreas del edificio, así como de los equipos y maquinarias a ser instalados. Además, la carencia de criterios objetivos impide una prestación en correspondencia con las premisas del PBS, dificultando una sana y adecuada administración del riesgo. Equivale a una navegación sin brújula, solo orientada por la luna. El desconocimiento, la inobservancia y/o el incumplimiento de los parámetros y criterios técnicos y financieros del PBS reducen considerablemente la garantía del acceso al cuidado universal a la salud como un derecho humano inalienable.

Prescripción de los medicamentos más costo-efectivos. El consumo de medicamentos es uno de los renglones más costosos e imprescindibles en el cuidado de la salud de las personas. Según los datos del Banco Central, representa el 68% del gasto familiar de bolsillo, por lo que requirió de un tratamiento especial del Equipo Técnico. Observando las experiencias de la gran mayoría de los países del mundo, incluyendo a los más desarrollados y ricos, se llegó a la conclusión de que lo más conveniente es la prescripción de medicamentos bioequivalentes, por principio activo. Estamos hablando de medicinas genéricas de impacto comprobado por la OMS, pero fabricadas por diversos laboratorios en condiciones de competencia, lo cual reduce significativamente su costo y precio. Así las cosas, lo más natural y lógico es que el cálculo de su costo en el PBS se realice tomando como referencia el precio promedio del mercado, logrando mayor accesibilidad y una economía significativa para la inclusión de otros servicios necesarios.

Un PBS basado en medicinas de “marca” tendría un costo adicional innecesario y tan elevado que terminaría excluyendo a la mayoría de la población, especialmente de los estratos de menores ingresos, acentuando el gasto de bolsillo. Y, por vía de consecuencia, la libre prescripción y el pago de las medicinas patentizadas generan presiones financieras insostenibles sobre el costo de un PBS universal,

igualitario y obligatorio. No hay que ser un experto en el tema para deducir la alta conveniencia de esta decisión y las consecuencias negativas que tiene para los afiliados y para el PBS mantener la prescripción de las medicinas patentadas de cuyo costo adicional los médicos reciben una comisión.

Estrategia de atención primaria por niveles de complejidad. El acceso directo a los centros de salud más especializados constituye una práctica heredada de los sistemas mercantiles y excluyentes, en donde el Estado no asume la responsabilidad de garantizar una protección integral a toda la población, como un derecho humano esencial e independientemente del nivel de ingreso. Esta nueva responsabilidad constitucional obliga a establecer la organización de la red nacional de salud, por niveles de complejidad de la demanda. Las consultas ambulatorias representan un importante renglón del costo del PBS, no solo por las visitas al médico, sino, además, por los servicios de diagnósticos que se derivan y son inducidos de las mismas.

La economía de la salud dispone de múltiples evidencias de que, alrededor del 80% de las consultas se originan por simples quebrantos de salud que pueden ser atendidos de manera eficiente y rápida en el primer nivel de atención, basado en la estrategia de atención primaria de salud. Por tal razón, la Ley 87-01 dispuso la organización de la red en tres niveles de acuerdo a la complejidad de la demanda de salud. En consecuencia, una de las premisas básicas del PBS es la creación de un primer nivel de atención, como puerta de entrada a la red nacional de salud, con suficiente capacidad resolutoria para promover la salud, extender los años de vida saludables y reducir el costo de la atención para incluir más servicios. Además, para atender y resolver, por lo menos, las tres cuartas partes de los quebrantos de salud, utilizando tecnologías y recursos asequibles a nivel local y barrial. Ello permite descongestionar y descentralizar los grandes centros de salud, reducir el costo y el tiempo de los traslados, así como el tiempo de espera

para ser atendidos. Lamentablemente, esta premisa del PBS aún está pendiente, con un costo considerable para el SFS.

Práctica médica de acuerdo a los protocolos de atención. Un PBS correctamente diseñado y calculado supone el cumplimiento de los protocolos de atención, cuyo objetivo es estandarizar los procesos, hasta donde sea posible, para lograr *los mejores resultados clínicos al menor costo posible y con mayor seguridad para el paciente*. En la medida en que estos protocolos no se cumplen y cada médico aplica su propio “librito”, en esa medida el costo se eleva innecesariamente por encima de las posibilidades del SFS. Los protocolos constituyen una valiosa guía general en beneficio tanto de los pacientes como del personal de salud. No sólo son indispensables para racionalizar los costos sino, además, constituyen un parámetro fundamental para calificar, de manera objetiva y fuera de toda duda, el nivel del desempeño profesional.

Plena vigencia de un Estado de derecho con instituciones independientes. La estabilidad y el equilibrio del PBS dependen, en un alto grado, de la aplicación de las leyes, reglamentos, premisas y demás normas regulatorias, en condiciones de igualdad y equidad para todos los sectores, actores e instituciones. La garantía de los derechos humanos establecidos requiere de la vigencia real de un Estado de derecho, con instituciones independientes capaces de garantizar el imperio de las leyes, por encima de cualquier grupo o sector interesado en abortar el proceso de cambio.

Contratación aprovechando las economías de escala. Cuando se trata de un PBS, estamos hablando de cantidades millonarias de servicios médicos, de grandes volúmenes de demandas estimadas con bastante precisión. Ello permite negociar y concertar acuerdos “al por mayor” basados en demandas garantizadas a los proveedores de servicios de salud (PSS), a cambio de un costo unitario menor. Esta

situación se observa claramente en una clínica privada en la diferencia del costo, por ejemplo, de una cesárea cuando la paciente carece de un seguro médico y realiza un pago directo, y de la tarifa que le cobra a una ARS sobre la base de una demanda anual masiva.

El alto costo del incumplimiento de las premisas del PBS. A pesar de esta lógica sana, más de dos décadas después, todavía el país no cuenta con un verdadero Plan Básico de Salud (PBS), no obstante constituir la columna vertebral del SFS. Y, obviamente, tampoco se exige el cumplimiento cabal de sus premisas técnicas y financieras. Lamentablemente, en todos los partidos y gobiernos ha faltado una firme voluntad política de “cumplir y hacer cumplir” las reformas estructurales establecidas en la Ley 87-01 que creó el SDSS.

En consecuencia, los resultados de esta recurrente inobservancia de la Ley son un creciente desequilibrio financiero del PBS y la imposición ilegal de copagos millonarios que erosionan el presupuesto familiar y que bloquean el libre acceso al cuidado de la salud, como un derecho universal e incondicional. Además, explica la lenta inclusión de los servicios médicos que reclaman los afiliados, generando cada vez más insatisfacción. Por tales razones, 23 años después, el Seguro Familiar de Salud (SFS) cojea, caminando lentamente, debido a que los avances cuantitativos en la cobertura no han estado acompañados de los cambios cualitativos en la calidad. Todavía permanece intacto el viejo modelo de atención privatizado, curativo, excluyente y costoso, quedando pendientes las reformas estructurales necesarias para elevar la calidad, oportunidad y satisfacción a un nivel socialmente aceptable y compatible con el rápido crecimiento de la economía nacional.

X. EQUILIBRIO Y SOSTENIBILIDAD: ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

En el capítulo IX, explicamos cómo el Plan Básico de Salud (PBS) fue concebido con el objetivo primordial de *garantizar la mayor cobertura sanitaria posible, en interés de maximizar su impacto en la salud de la población*, asegurando el equilibrio financiero indispensable para garantizar el acceso universal e incondicional a los servicios de salud incluidos. Además, explicamos cómo se calcula y cuáles son las principales premisas y los supuestos sanitarios, técnicos y financieros necesarios para preservar su funcionalidad y sostenibilidad.

En todas las naciones, la experiencia demuestra que estas premisas y condiciones, *ni se producen, ni se cumplen por generación espontánea*, por lo que, necesariamente, requieren de instituciones especializadas e independientes, con la misión específica de cumplir y hacer cumplir la vigencia plena de las condiciones y premisas técnicas y financieras previstas e indispensables para el equilibrio del PBS. Esta necesidad es mayor aún, tomando en cuenta la pluralidad de proveedores de servicios de salud, públicos y privados, animados por intereses particulares, los cuales, *de no ser monitoreados y controlados*, podrían comprometer la cobertura, la calidad y la oportunidad de los servicios, en desmedro del Derecho Universal a la Salud (DUS).

En el presente capítulo se describen las principales modalidades de fraudes y los daños a la seguridad social, tomando como referencia la extensa experiencia de los Estados Unidos, así como las estrategias para su detección, control y sanción. Luego se explican los tipos de riesgos que podrían erosionar el equilibrio financiero y la sostenibilidad del PBS, y cuán importante es la función de administración del riesgo para garantizar el acceso universal a la salud. Y, finalmente, a la luz de estos razonamientos, se explica la naturaleza de los conflictos entre las ARS y las PSS y se analiza el argumento de que las ARS son intermediarias que deben desaparecer.

1. Fraudes millonarios contra el Medicare y el Medicaid

Control y vigilancia permanente del FBI contra los fraudes. La mayoría de los proveedores son profesionales honestos y cumplen estrictamente con la ley. No obstante, anualmente una minoría incurre en diversas modalidades de fraudes, con pérdidas que fluctúan, en los Estados de la Unión, entre un 3% y un 10% del gasto en atención de la salud. En la medida en que crecen los multimillonarios presupuestos anuales del Medicare y del Medicaid, también crecen los riesgos de desequilibrios financieros, a causa de fraudes de “un ejército de estafadores, ansiosos por saquear el programa”, citando el calificativo del Federal Bureau of Investigation¹⁷⁰. La cantidad de fraudes anuales millonarios al Medicare y Medicaid en los EE. UU. demuestra la necesidad de establecer controles estrictos para evitar pérdidas cuantiosas en contra de los beneficiarios del sistema de salud¹⁷¹. Según las autoridades del Social Security:

¹⁷⁰ AARP. (2018). *El fraude a través de Medicare*. <https://www.aarp.org/espanol/dinero/estafas-y-fraudes/info-2019/medicare.html>

¹⁷¹ United, Healthcare. *Fraud Waste and Abuse Information*. https://myhpnmedicaid.com/Fraud-Waste-and-Abuse-Information-Providers/?sc_lang=es

“El fraude a través de Medicare, generalmente involucra a proveedores de servicios de salud o a proveedores de equipos médicos falsos que facturan al programa por servicios, equipos o medicamentos que en realidad no proporcionan, o que inflan el costo de esos artículos. *Algunos, incluso, falsifican el diagnóstico de los pacientes para justificar pruebas innecesarias, cirugías y otros procedimientos, o escriben recetas de medicamentos para pacientes a quienes nunca han examinado.* Otros usan la información real del paciente, a veces obtenida a través del robo de identidad, para crear reclamaciones falsas”.¹⁷²

“El fraude al Medicaid es un abuso que totaliza casi miles de millones de dólares de los contribuyentes cada año, desperdiciando fondos que de otra manera pudieran utilizarse para cumplir con las verdaderas necesidades de salud de miles de pacientes. Estas prácticas abusivas y fraudulentas no solo aumentan los costos del Medicaid, sino que multiplican los riesgos y los potenciales daños a los pacientes, quienes son sometidos a una multiplicidad de procedimientos arriesgados y sin regulación”¹⁷³

Una agencia especializada en el control del riesgo de fraudes. *Todo acto fraudulento contra el Medicaid y Medicare es considerado un delito federal, siendo perseguido por una agencia especializada en controlar este riesgo con el apoyo del FBI, con penas muy severas. Para prevenir, detectar, perseguir y someter a los PSS violadores, los Estados crearon la División de Protección al Consumidor de la Procuraduría General, (Federal Trade Commission [FTC]), una dependencia de la Procuraduría*

¹⁷² AARP. (2018). *El fraude a través de Medicare*. <https://www.aarp.org/espanol/dinero/estafas-y-fraudes/info-2019/medicare.html>

¹⁷³ Medicare Fraude. (S/F). <https://www.medicaidfraudhotline.com/es/what-is-fraud.php>

El delito de fraude a la seguridad social es tan cuantioso y costoso que las autoridades norteamericanas ofrecen recompensas que rondan los mil dólares, mientras en otros Estados pagan hasta el 30% del total recuperado. En los Estados Unidos, el catálogo de fraudes detectados y clasificados incluye una veintena de formas

Federal cuya misión principal es educar a los consumidores sobre cómo reconocer los fraudes y los abusos y cómo presentar una queja ante la agencia apropiada. El delito de fraude a la seguridad social es tan cuantioso y costoso que las autoridades norteamericanas ofrecen recompensas que rondan los mil dólares, mientras en otros Estados pagan hasta el 30% del total recuperado.

En los Estados Unidos, el catálogo de fraudes detectados y clasificados incluye una veintena de formas, descritas en detalles en las páginas del Medicare y del Medicaid, con versiones en español y en varios idiomas más. Por razones de espacio, aquí solo señalamos los fraudes más importan-

tes desde la óptica dominicana: 1) cobro por servicios no provistos a los pacientes; 2) facturación de servicios médicos más costosos que los realmente prestados; 3) exámenes innecesarios con riesgos para la salud de las personas; 4) prescripción de medicamentos innecesarios y más costosos; 5) tratamientos o terapias excesivas o inapropiadas; 6) ofrecer o aceptar comisión por prescripción de medicamentos y de servicios de diagnósticos; y 7) cobrar o aceptar dinero por la remisión de asegurados a especialistas y/o a otros centros de salud.

Anualmente, todas estas prácticas ilegales representan *una merma millonaria de recursos, que erosionan la solvencia financiera* y reducen el impacto y la efectividad de ambos programas sanitarios, principalmente a las familias de ingresos medios y bajos de Norteamérica. Estos ejemplos demuestran que el riesgo de fraudes es real en todas

partes y que *la administración del riesgo de salud es absolutamente necesaria, dondequiera que exista el afán de lucro y la propensión al despilfarro y a la corrupción.*

Médicos dominicanos condenados por fraudes al Social Security. Lamentablemente, médicos dominicanos se han involucrado en estas prácticas ilegales, siendo descubiertos y condenados por fraudes en Estados Unidos de Norteamérica, y luego deportados al país:

- a) ***Deportó al médico Rafael González Pantaleón***¹⁷⁴, luego de seis años preso en cárceles estadounidenses, por varios fraudes estimados en US\$25 millones.
- b) ***El doctor Salomón Melgen, fue acusado de 46 cargos de fraude al Medicare*** por US\$190 millones de dólares ¹⁷⁵.
- c) ***Cuatro dominicanos implicados en fraudes al Medicare y Medicaid***¹⁷⁶ por 1,300 millones de dólares, en complicidad con médicos brasileños arrestados por el FBI.

Aunque en estos delitos solo ha participado una minoría de médicos y del personal de salud, esta práctica ilegal ha ido creciendo en el país, sin llegar a penalizarse, documentarse y trascender como en los Estados Unidos. Si estos fraudes millonarios se producen y reproducen constantemente en un país como los Estados Unidos, en donde los delitos federales están fuertemente penalizados y

¹⁷⁴ Méndez, Federico. (2006). *EEUU deportará a médico González Pantaleón*. <https://www.diariolibre.com/actualidad/eeuu-deportar-a-mdico-gonzalez-pantalen-LODL84836>

¹⁷⁵ El Caribe. (2014). *Salomón Melgen acusado de 46 cargos de fraude al Medicare por US\$190 MM*.

<https://www.elcaribe.com.do/sin-categoria/salomon-melgen-acusado-46-cargos-fraude-medicare-por-190/>

¹⁷⁶ Cruz Tejada, Miguel. (2017). *Cuatro dominicanos implicados en fraude Medicare y Medicaid*. <https://noticia.do/fraude-medicare-y-medicaid/>

perseguidos por agencias calificadas como el FBI, y donde existen instituciones fuertes, y son condenados sin contemplación por tribunales y jueces probos, *¿qué no está sucediendo en nuestro país, con instituciones tan débiles y una cultura de impunidad tan arraigada?* De manera extraoficial y periodística se señalan decenas de miles de casos que, de una u otra manera, atentan contra el equilibrio financiero y la sostenibilidad del PBS. Recordemos que un exgerente del IDSS y un exministro de Salud Pública (MSP) denunciaron la existencia de grupos organizados que realizan acciones ilícitas lucrativas en contra de esas instituciones, distrayendo los limitados recursos disponibles para garantizar el Derecho Universal a la Salud (DUS).

Un ejemplo debidamente documentado demostró que una minoría de médicos poco éticos se dedica a cometer fraudes y plagios, abandonando el juramento hipocrático. Según una investigación publicada por el periódico HOY, obtenida de fuentes médicas oficiales y del propio Colegio Médico Dominicano (CMD), solo 60 de 5,000 artículos publicados en las revistas médicas “especializadas” son originales. Estos fraudes y plagios masivos se realizan para aumentar el puntaje necesario para obtener subespecialidades y residencias médicas. Y lo más grave del caso es que esa práctica viene de lejos y es conocida y consentida por el propio CMD, por las autoridades de Salud Pública y por las sociedades médicas especializadas. Esta compleja situación fue confirmada por los doctores Nelson Rodríguez Monegro y Bernardo Defilló, quienes señalaron públicamente que la falsificación y el plagio de artículos es una vieja práctica que revela “la existencia de una cultura de fraude sin consecuencias, y de una sociedad éticamente enferma”¹⁷⁷.

¹⁷⁷ Ortiz, Altagracia. (2019). *El fraude de los médicos*.

^h<https://hoy.com.do/el-fraude-de-los-medicos/>

Estos fraudes millonarios en USA, en los cuales se han involucrado reconocidos médicos dominicanos, y las denuncias de plagios de casi 5,000 artículos de revistas por médicos del país, desnudan una situación lamentable y vergonzosa que constituye una alerta, que no deja lugar a dudas, del alto riesgo de desequilibrio del PBS por parte de “una minoría de estafadores”¹⁷⁸, cuyos fraudes e inconductas demuestran la necesidad de una adecuada y eficiente administración del riesgo de salud, contra estas prácticas lesivas al SFS.

2. Controlar el riesgo para garantizar el derecho universal a la salud

Concepto general de riesgo. Daykin, CD. (2004) definió el riesgo como “la posibilidad de que algo salga mal y tenga consecuencias desafortunadas, arruine los planes de la institución o reduzca las posibilidades de alcanzar sus objetivos”. Adentrándose un poco más al tema, señaló que: “*La gestión del riesgo debe considerarse como un elemento vital de la gestión de las instituciones de seguridad social*”¹⁷⁹. Por su parte, la Dra. Garib, MC. (2003)¹⁸⁰, señala que las atenciones a la salud “implican la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, atribuibles a diversos factores, y generan un aumento en el riesgo de exposición a reclamaciones y/o acciones judiciales y a un mayor costo global de dichas atenciones”. Alguien dijo, con mucho sentido común, que “*sólo el pasado carece de riesgos*”. “Desde el comienzo de

¹⁷⁸ Ese es exactamente el calificativo que emplean las autoridades norteamericanas para calificar a estos violadores de las leyes.

¹⁷⁹ Daykin, Christopher. (2004). *Administración Financiera y Gestión de Riesgos de la Seguridad Social*, Asociación Internacional de Seguridad Social (ISSA), Informe Técnico 15, Beijing.

¹⁸⁰ Garib, Chomalí y Miranda Suárez, Francisco. (2003). *Gestión de Riesgos en la Atención de Salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad*, May, Vol. 14, No. 4.

los tiempos el hombre ha tenido que enfrentarse a muchos riesgos. El reconocimiento, control y la posible eliminación de estos ha sido un desafío constante”.¹⁸¹

En pocas palabras, el riesgo de déficit del Plan Básico de Salud (PBS) existe y se acentúa: 1) por la garantía y el compromiso del SFS de asegurar los derechos de los afiliados, sí o sí; 2) por la existencia de recursos limitados frente a necesidades y demandas crecientes; 3) por la concurrencia de sectores y actores con intereses económicos y políticos muy diferentes al interés de los derechohabientes; 4) por la alta propensión a la politización, al clientelismo y a la corrupción; y 5) debido a un acelerado proceso de privatización de la salud en nuestro país.

El riesgo de desequilibrio solo es real cuando existen garantías de derechos. El concepto de riesgo de desequilibrio financiero está íntimamente vinculado al derecho al acceso universal al cuidado de la salud. Para que una conquista social se convierta en un derecho real, es preciso rodearla de garantías suficientes de que su ejercicio: 1) está libre de incertidumbres prevenibles; 2) está disponible de manera efectiva e incondicional bajo cualquier circunstancia razonable; 3) cumple con los estándares de calidad y oportunidad; y 4) está exenta de barreras y costos imprevistos.

El control del riesgo constituye una condición sine qua non en todo sistema social basado en la garantía de derechos, porque el necesario equilibrio financiero no surge, ni se produce, por generación espontánea. *La necesidad de controlar los factores de riesgo se impone cuando existe el compromiso firme de garantizar servicios de salud con recursos limitados.* La disyuntiva es muy clara: controlar los riesgos de los posibles desequilibrios, o renunciar al acceso a la salud como un derecho universal, sí o sí.

¹⁸¹ Daykin, Christopher. (2004). *Administración Financiera y Gestión de Riesgos de la Seguridad Social*, Asociación Internacional de Seguridad Social (ISSA), Informe Técnico 15, Beijing.

Gráfico 10.01

Principales factores de riesgos de desequilibrios del PBS

¿Cuál institución importante en el mundo ha logrado sostenerse sin disciplina, sin orden, sin reglas claras, sin controles y sin supervisión? Ninguna. En esencia, en el Seguro Familiar de Salud (SFS), la administración del riesgo llena la misma función que la *División de Protección al Consumidor de la Procuraduría Federal de Estados Unidos*. Ejerce funciones de control y monitoreo equivalentes a la Contraloría General de la República (CGR) y/o a la Dirección General de Contrataciones Públicas (DGCP). Desempeña funciones similares a la contraloría interna de cualquier gran empresa o corporación. *Un sistema de seguridad social sin administración del riesgo sería como un juego de pelota sin reglas y sin árbitros, donde impere la ley del más fuerte, permitiendo que los intereses privados prevalezcan sobre los intereses sociales.*

Es importante no perder de vista que ahora no se trata de un seguro social con una cobertura excluyente, limitada a una minoría de los trabajadores de bajos ingresos, y *sin ninguna garantía de derechos*. Tampoco de un programa de asistencia social del Ministerio de Salud Pública (MISPAS) para las familias de escasos recursos, *sin ninguna seguridad de acceso*, y cuyos “derechos” terminan al agotarse el

presupuesto gubernamental. Obviamente, en ambos casos el riesgo de desequilibrios financieros ha estado totalmente ausente, porque existen consecuencias y porque en estas dos instituciones públicas nunca han existido garantías reales del Derecho Universal a la Salud (DUS).

Precisamente, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) nunca necesitó una administración del riesgo, porque nunca asumió el compromiso legal de garantizar derechos. Tampoco lo asumieron las viejas igualas médicas y los seguros privados de salud, ya que podrían aumentar el cobro mensual (la prima) transfiriendo tranquilamente el riesgo de desequilibrios a los indefensos afiliados, debido a la ausencia total de regulación oficial que protegiera sus derechos. Ahora y aquí se trata de todo lo contrario. El Estado dominicano tiene la obligación legal de asegurar el acceso regular de toda la población a todos los servicios garantizados, de acuerdo con los estándares de calidad y oportunidad establecidos. *El hecho real de que el mismo no se cumpla a cabalidad no constituye una falla ni de la Ley, ni del SDSS, sino de las autoridades.*

¿Cuán importante es el control del riesgo para el sistema? Cuando un sistema es excluyente, como lo fue el Seguro Social Dominicano, e inseguro, como lo es la “asistencia social” del MISPAS y ahora del Servicio Nacional de Salud (SNS), el derecho a la salud carece de importancia. *La valoración del riesgo de desequilibrio depende directamente del compromiso real de garantizar el acceso seguro e incondicional al cuidado de la salud de todas las personas, y en igualdad de condiciones.* Para los sistemas excluyentes, tanto el monto del financiamiento como la cantidad de servicios a entregar a la población constituyen variables “manejables”, condicionadas por “la disponibilidad de los recursos”, el afán desmedido de lucro y las presiones gremiales.

En esas condiciones, el riesgo real de desequilibrio resulta inexistente, ya que, cuando se agotan los recursos o el costo de la atención

se eleva, sencillamente se reduce la cantidad y calidad de los servicios prestados. Y punto. En esos casos, el equilibrio se restablece siempre a costa del libre acceso al derecho universal de los más débiles y con menos representación y capacidad de reclamo. *La experiencia internacional indica claramente que la gestión del riesgo de salud pierde su esencia y relevancia, resultando absolutamente innecesaria:*

- a) **Allí donde no existe un plan básico obligatorio**, con servicios garantizados para todos los derechohabientes.
- b) **Allí donde los planes de salud solo están orientados a una parte de la población**, generalmente la de mayores ingresos.
- c) **Cuando los afiliados insatisfechos carecen de libre elección** del asegurador y del proveedor que mejor satisfaga sus necesidades.
- d) **Cuando las aseguradoras pueden elevar el costo de los Planes de Salud** (la cápita o prima) en cualquier momento.
- e) **Allí donde no existen, o no se cumplen, las normas y regulaciones** sobre la relación contractual entre los derechohabientes y los aseguradores y prestadores.
- f) **En países donde los aseguradores y las prestadoras llenan ambas funciones** simultáneamente,
- g) **Allí donde las instituciones gubernamentales son débiles, están muy politizadas** y ejecutan la supervisión y sanción, sin la debida profesionalidad.

En cambio, en los países *donde existen garantías reales al acceso universal, la valoración del riesgo tiene una importancia capital, de extrema sobrevivencia para el sistema.* Y adquiere plena validez y pertinencia, cuando el compromiso nacional tiene ribetes universales, reales e igualitarios. Los factores que determinan la necesidad del control del riesgo son: 1) la garantía del acceso como un derecho universal; 2) el carácter limitado de los recursos disponibles; y 3) la imposibilidad

de un aumento unilateral de la cápita. *Vale la pena repetirlo, el IDSS nunca administró el riesgo de desequilibrio porque nunca garantizó los servicios a sus afiliados, sencillamente, porque el costo de la politización y de la corrupción era traspasado constantemente a los afiliados, con servicios de menor calidad y oportunidad.*

Como señala el Dr. Severino, Fulgencio (2004), “El equilibrio entre los aportes y los gastos es un importante objetivo por conseguir en el financiamiento. Para lograrlo se necesita que los costos de las prestaciones se correspondan con los posibles ingresos, vía las fuentes de financiamiento, porque de lo contrario se producirá un déficit”¹⁸². Este es un señalamiento correcto y cardinal, ya que Fulgencio Severino reconoce abiertamente que *los servicios médicos y de salud solo pueden ser garantizados mediante el equilibrio entre el costo de las prestaciones garantizadas y el monto de los recursos disponibles.*

Ahora bien, dada la existencia y el cruce de tantos intereses creados, resulta lógico reconocer que *dicha correspondencia jamás se producirá por generación espontánea, ni a partir de la buena fe de los proveedores de los servicios (PSS).* Con lo cual queda claramente establecida la necesidad absoluta de que el Seguro Familiar de Salud (SFS) cuente, sí o sí, con una administración del riesgo de salud que evite tales desequilibrios. Desde luego, siempre que exista el compromiso real de asegurar el Derecho Universal a la Salud (DUS), por encima de cualquier interés particular, gremial o sectorial. *Resulta inexplicable que, luego de este planteamiento tan certero, se pretenda satanizar y hasta negar la necesidad de la administración del riesgo para garantizar el equilibrio financiero del PBS.*

El alto riesgo de transferir el riesgo a los afiliados. La noción de riesgo está presente en todos los sistemas de salud, y más aún en las

¹⁸² Severino, Fulgencio. (2005). *Sistema Dominicano de Seguridad Social*, Rostro de la Anhelada Protección Social. PROSISA.

actividades lucrativas, en donde el afán de lucro, privado y público suele desviar los procesos de sus objetivos y metas esenciales, transfiriendo el riesgo a los afiliados y/o denegando los servicios y las prestaciones. En la práctica, existe la posibilidad de que las consecuencias y el costo del daño (riesgo) recaigan sobre los propios asegurados, especialmente cuando éstos no están organizados y carecen de información y orientación suficientes y oportunas. El cobro de diferencias o copagos no establecidos por la Ley 87-01, es un claro ejemplo.

Como se señaló en el capítulo IX, el PBS presupone el estricto cumplimiento de los supuestos y premisas con que se diseñó y aprobó. *Cualquier desviación recurrente generaría un desequilibrio financiero y actuarial permanente, con un serio impacto en la calidad y oportunidad de los servicios, erosionando el derecho universal al cuidado de la salud.*

La ausencia de las reformas estructurales previstas en la Ley 87-01, la posposición de la atención primaria y la vigencia de un modelo de atención curativo, excluyente y costoso, han generado crecientes desequilibrios financieros que se cubren con el pago de diferencias (copagos ilegales) para poder acceder a los servicios. Es como tener que volver a pagar para poder acceder a un derecho prepagado. Esta transferencia del riesgo constituye *la mayor distorsión financiera y social impuesta al Seguro Familiar de Salud (SFS).*

El riesgo de desequilibrio en los ingresos generales podría ocurrir: 1) si el salario cotizante promedio evolucionara muy lentamente y/o resultara inferior, debido, por ejemplo, a una recesión económica; 2) si las tasas de evasión y elusión resultaran mayores que las estimadas; 3) si se redujeran las reservas financieras del Plan Básico de Salud (PBS); y 4) si se combinaran los riesgos señalados.

Por su parte, existe el riesgo del aumento del costo del PBS debido: 1) a una frecuencia y demanda de los servicios de salud superior a la media estimada; 2) al incumplimiento de los protocolos de atención, con un exceso en los servicios; 3) a la elevación de los precios de los bienes y servicios de salud por encima de *la tendencia histórica*; 4) a

reajustes salariales del sector salud mayores a la tendencia prevista; 5) a la utilización de equipos y tecnologías de punta en atenciones no especializadas, ni esenciales; 6) al acceso directo a especialistas para tratamientos simples que corresponden a la atención primaria; 7) a la formación de monopolios para imponer altos precios y condiciones onerosas; y 8) a la prescripción innecesaria de medicamentos y demás bienes y servicios, entre otras causales.

Es importante señalar que estos riesgos están presentes, tanto en la provisión pública como en la privada, sólo con matices diferentes. Lógicamente, un equilibrio tan importante, que depende de tantas variables y de la administración y prestación de sectores con funciones e intereses muy diversos, *no puede ocurrir de manera fortuita, ni por generación espontánea. El mismo tiene que ser, sí o sí, el resultado consciente, planificado y sistemático de entidades especializadas e independientes, capaces de llenar a cabalidad este cometido.* Dos razones fundamentales indujeron al Equipo Técnico y a la Comisión Permanente del Senado a establecer las ARS públicas y privadas: 1) las ineficiencias tradicionales del sector público y las debilidades de sus instituciones; y 2) la existencia previa a la Ley 87-01 de unas 40 igualas médicas y seguros de salud privados. Aquí se impuso el respeto estricto de los derechos adquiridos por los afiliados y por las iguales y seguros privados.

La corrupción y el afán de lucro acentúan los desequilibrios. Aunque generalmente se asume la inexistencia del afán de lucro en las instituciones públicas, lo cierto es que la recurrente corrupción, el clientelismo, el despilfarro y la administración de los recursos de manera irresponsable y sin consecuencias, terminan surtiendo efectos similares al afán de lucro privado, elevando el riesgo de desequilibrio y de insostenibilidad del PBS.

A estos vicios, se agregan políticas muy liberales en cuanto a la dedicación, compromiso y cumplimiento contractual de los recursos humanos agremiados, y a la existencia de un personal excesivo, que limita

sensiblemente la productividad y el desempeño. *Estas prácticas espurias, estimadas entre un 30% y un 40% del presupuesto gubernamental por la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituyen la hermana gemela del afán desmedido del lucro privado. Su monto es tan importante, dados los limitados recursos disponibles, que de ninguna manera podrían ser ignorados ni subestimados, especialmente al hablar de la administración del riesgo de la salud para garantizar derechos.* Dado que las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) reciben un ingreso per cápita que no pueden alterar, *el afán desmedido de lucro de éstas incentiva el riesgo a denegar o dilatar la autorización de los servicios, a limitar las tarifas y honorarios y a retrasar los pagos a las PSS.*

Por su parte, en las proveedoras de salud privadas (PSS) los riesgos suelen ser distintos, pero igualmente perturbadores. Como señalamos más arriba, *el afán de lucro y el pago por servicios prestados incentivan la propensión a prescribir servicios innecesarios y/o de dudoso impacto en la salud.* En no pocos proveedores, la inexistencia de un tope de facturación constituye una tentación permanente a abultar los servicios prestados, y a percibir regalías de los laboratorios y productores de equipos médicos y quirúrgicos por las prescripciones inducidas.

A continuación, resumimos las revelaciones sobre las modalidades más comunes y negativas de los fraudes médicos en el país, expuestas y documentadas por las comunicadoras Pantaleón, Doris. (2023) y Ortiz, Altagracia. (2022):

- a) **“El pago de “incentivos” para lograr derivaciones de los pacientes hacia servicios médicos se está generalizando en el país”,** poniendo en riesgo la sostenibilidad de las empresas que no lo hacen, y la salud de los pacientes ¹⁸³.

¹⁸³ Pantaleón, Doris. (2023). Juntos Lloramos, Historias que no se olvidan, Pág. 129

- b) **Pago de “coimas” de hasta RD\$ 50,000 pesos para ser nombrado en Salud Pública**, en el caso de los médicos, y de entre 20 y 30 mil para las enfermeras y bioanalistas.¹⁸⁴
- c) **“Daños intencionalmente a los equipos de los hospitales**, para beneficiar negocios que funcionan en sus alrededores y, en ocasiones, diagnósticos equivocados a los pacientes”.¹⁸⁵
- d) **Minorías organizadas provocaron fallas y averías en las instalaciones y equipos**; en ocasiones para garantizar su funcionamiento hubo que militarizar el centro y colocar cámaras de seguridad.¹⁸⁶
- e) **Crecimiento vertiginoso de cateterismos, angioplastias e implantes de stents** (endoprótesis) en pacientes que real o supuestamente necesitan de un procedimiento cardiovascular¹⁸⁷.

Ambas periodistas coinciden, en sus respectivas publicaciones, en que tanto el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), como el Colegio Médico Dominicano (CMD), las sociedades médicas especializadas y las universidades del país, conocen desde hace décadas la existencia de estos fraudes y plagios. Ante los escándalos provocados por estos reportajes y los testimonios de médicos apegados a la ética profesional, esas instituciones han prometido públicamente realizar las investigaciones de lugar, pero, en cada caso, el tema ha quedado como una denuncia en los medios de comunicación, sin llegar a los tribunales, primando la impunidad y complicidad. “Solo se trata de un escándalo más, sin solución, como muchos otros”, afirman.

Las revelaciones de esas dos valientes periodistas no dejan lugar a dudas de la existencia de un pequeño pero muy activo grupo de

¹⁸⁴ Ibidem, Pág. 130

¹⁸⁵ Ibidem, Pág. 132

¹⁸⁶ Ibidem, Pág. 132

¹⁸⁷ Ortiz, Altagracia. (2022). El Comercio del Dolor, Pág. 46

médicos, abogados y de centros de salud, dedicados a fomentar fraudes mediante prácticas médicas reñidas con la ética contra el Seguro Familiar de Salud (SFS). Estas acciones, no sólo afectan y ponen en riesgo la salud y el bienestar de cientos de miles de pacientes sino, además, representan un costo millonario que contribuye al desequilibrio financiero del PDSS (PBS), acentuando el gasto familiar de bolsillo.

Una modalidad de pago esencialmente conflictiva. Dado que la cápita del PBS es fija, y sólo la puede establecer y modificar el CNSS, las administradoras de riesgos de salud (ARS) operan con un techo financiero definido por el monto de la cápita y la cantidad de afiliados. Pero, no obstante, las ARS están obligadas a garantizar el acceso incondicional de todos los afiliados a todos los servicios y prestaciones garantizados por el PBS. *En pocas palabras, enfrentan el reto de garantizar servicios de salud indefinidos y variables, a cambio de un ingreso mensual predefinido, prepagado e invariable.*

Claro que en estas condiciones su nivel de ingreso (su techo financiero) podría aumentar, pero con la particularidad de que, al mismo tiempo y en igual proporción, se elevarían sus compromisos frente a los nuevos afiliados. Por tales razones, sus utilidades o excedentes están en relación inversa al monto de los pagos a las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS), y directa de la detección a tiempo de cualquier fraude y/o exceso de facturación. Pero también existe el riesgo de que el afán desmedido de lucro las induzca a discriminar a los afiliados por sexo y edad, y a reducir y dilatar los servicios garantizados. Para contrarrestar esta tendencia y proteger a los afiliados, la Ley 87-01 creó a la SISALRIL con la capacidad legal y funcional de habilitar, regular, supervisar y sancionar a las ARS que resulten infractoras.

En cambio, el compromiso de las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) es muy distinto y suele ser contrapuesto. El riesgo de desequilibrio del PBS suele ser mayor, debido a que los proveedores carecen de límites en el monto de la facturación y tienen la facultad

de prescribir sus propios servicios. Lamentablemente, la gran mayoría de las PSS presta sus servicios sin ningún compromiso ni empatía con el SDSS, con frecuencia *ejerciendo la medicina sin tomar en cuenta la necesidad de garantizar el equilibrio financiero del PBS* y, más aún, desconociendo la lógica, las premisas y la disciplina implícitas en su funcionamiento.

Además, existe la agravante de la insuficiente fiscalización de las PSS de parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS). El mejor ejemplo es el incumplimiento de los protocolos de atención, y la inacción de las autoridades para fiscalizar y garantizar su cumplimiento. Otro ejemplo es el rechazo en las emergencias de pacientes en estado crítico, teniendo los familiares que realizar un depósito previo de una cantidad unilateralmente fijada por el proveedor, aun estando el paciente asegurado. Y también, los casos, cada vez más frecuentes, de retención de cadáveres hasta el pago de la facturación de las clínicas, incluso en centros públicos de salud. En esas situaciones deshumanizantes, las autoridades se han limitado a realizar exhortaciones al cumplimiento de las leyes.

Todavía, la relación contractual entre las ARS y las PSS descansa en el *pago por servicios prestados, modalidad que incentiva la curación, medicación y facturación, en ocasiones independientemente de las previsiones y premisas del PBS*. Es importante tener en cuenta que las PSS pueden prescribir con toda libertad profesional los servicios que ellas mismas ofertan, y al mismo tiempo, recetar los análisis, estudios y medicamentos de los cuales normalmente reciben una compensación económica, facultades agravadas por la asimetría en la relación médico-paciente. Estas ventajas incentivan a no pocas PSS a prescribir servicios innecesarios y más costosos para elevar la facturación, como se señaló en el caso de los Estados Unidos. Cabe reconocer que la mayoría de las PSS observa un comportamiento apegado tanto a la Ley 42-01 como a la Ley 87-01, y a sus respectivos reglamentos.

Ante esta realidad, queda clara *la coexistencia de dos tipos de empresas lucrativas con intereses contrapuestos*, y en gran medida excluyentes, debido a la contratación y al pago exclusivo por servicios prestados. Mientras que el pago per cápita tiende a inducir a las ARS a fomentar programas y acciones de promoción y prevención para extender los años de vida saludables, la contratación de las PSS por servicios prestados incentiva la defensa de los viejos modelos curativos y medicalizados, que subestiman las actividades preventivas del primer nivel de atención. No obstante, a pesar de estas diferencias, ambas entidades privadas tienen en común el afán de lucro, por lo que, con frecuencia, *los afiliados terminan siendo las víctimas del fuego cruzado de esta lucha de intereses*. El impacto negativo resulta mayor cuando las instituciones públicas no cumplen a cabalidad con sus funciones y cuando no existe una adecuada coordinación entre el MISPAS, la SISALRIL y el CNSS.

El artículo 173 de la Ley 87-01 previó esta contradicción e incluyó modalidades contractuales entre las ARS y las PSS más transparentes y armónicas, basadas en la estrategia del riesgo compartido¹⁸⁸. En esencia, se trata de definir un costo estandarizado, pagado en condiciones similares, independientemente de las particularidades de cada caso específico, lo cual reduciría significativamente el proceso de facturación y de glosa, al menos de la gran mayoría de los servicios prestados. A pesar de la previsión de la Ley 87-01, lamentablemente todavía no se ha avanzado en esta dirección.

¹⁸⁸ El riesgo compartido es un moderno sistema de contratación y pago que permite establecer costos y tarifas para un mismo servicio o tratamiento, basados en los protocolos de atención y en el costo promedio de las intervenciones durante un período de tiempo determinado. Esta relación contractual entre las ARS y las PSS establece criterios técnicos y sanitarios mediante reglas claras y adecuados controles, establecidos de mutuo acuerdo, al término del tiempo convenido, las condiciones son revisadas y ajustadas de mutuo acuerdo

3. Administrar el riesgo para asegurar el equilibrio financiero

Predominio creciente de la medicina prepagada. Como se señaló en el capítulo IV, las primeras igualas médicas dominicanas surgieron en las décadas de los 70 y 80, aprovechando el rezago, la inercia y el carácter excluyente del Seguro Social ya que expulsaba a los empleados privados con salarios medios y altos y excluía a todos los servidores públicos. Con los auspicios del presidente Balaguer, varios grupos médicos crearon planes de salud para llenar este creciente vacío, afiliando a los funcionarios y empleados de las diferentes instituciones públicas y de las empresas privadas, grandes y medianas.

Las igualas médicas y los seguros de salud ofertaban una cantidad determinada de servicios médicos, a cambio de una prima o cápita mensual predeterminada. Por su característica, esta modalidad implicaba un riesgo *al ofertar servicios ilimitados a un costo fijo y prepagado*. “El *gerenciamiento en salud* es básicamente un sistema que intenta controlar los costos de atención de la salud a través de un control (sic) cuidadoso de los momentos, personas, lugares y acciones relacionadas con el cuidado médico, pero su efecto es *prevenir la utilización innecesaria de los servicios de salud*”¹⁸⁹. ¡Más claro, ni el agua!

De acuerdo con Gutiérrez, C. (2021), *no ha sido fácil para el gremio médico adaptarse a tan dinámicos y complejos cambios en el entorno de su práctica profesional*, incluyendo las diversas modalidades de compensación, las cuales oscilan entre modelos de capitación hasta el pago directo por servicios. El médico ha debido aprender a manejar riesgos implícitos en la práctica de

¹⁸⁹ Mariano Fischer. (s/f). *Cambios en las profesiones de salud*. https://www.academia.edu/5719789/cambios_en_el_modelo_de_medico

su profesión, y riesgos financieros generados por el sistema y su forma de remuneración¹⁹⁰.

A despecho de estos cambios, la formación profesional del médico dominicano continúa siendo esencialmente la misma que hace medio siglo. *Carece de nociones básicas sobre economía de la salud, de gerencia por resultados y de técnicas administrativas para elevar la productividad, eficiencia y satisfacción.* Y, además, en muchos casos, suele desconocer los derechos de los pacientes, y carece de una cultura hacia la calidad y la excelencia, con una lamentable propensión a la mediocridad de muchos.

Rol e importancia de la intermediación. En forma recurrente, gremios profesionales y círculos de la izquierda demandan eliminar a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), calificándolas de simples intermediarias, utilizando una fuerte connotación peyorativa. *Ovildan que la intermediación es un resultado histórico, natural e inevitable de la división social del trabajo y del desarrollo de la productividad,* que data de miles de años antes de Jesucristo. Por lo tanto, constituye una necesidad y realidad insoslayable en todas las economías y sociedades, tanto de mercado, como centralmente planificadas. La intermediación es un servicio que se valoriza y acentúa progresivamente con el desarrollo tecnológico, de los medios de comunicación, del transporte y con la diversificación y globalización de los mercados.

En las comunidades primitivas el artesano mantenía un contacto directo con sus clientes, los conocía y les vendía él mismo sus productos, por lo que no precisaba de un tercer agente para realizar sus ventas. Tampoco lo necesitaba el consumidor final para hacer

¹⁹⁰ Gutiérrez, C. (2021). Docente de la PUCMM de las maestrías de Gestión de Riesgos y Tesorería y Gestión Bancaria y Financieras en las materias de gestión de riesgos financieros y manejo de renta fija y derivados financieros.

sus compras. En esas condiciones, los “intermediarios” eran simples *acaparadores de mercancías* que obtenían beneficios a costa del productor y del consumidor, una actividad deleznable y absolutamente improductiva e innecesaria, ya que no agregaba ningún valor al proceso.

Pero, en la medida en que ha aumentado la escala de producción y la variedad de bienes y servicios ofertados y demandados, y que los mercados se amplían y diversifican, la única forma de colocar y vender las mercancías producidas a distancia es mediante el comercio, el transporte, la comunicación y la mercadotecnia, a través del intercambio local, regional, nacional, internacional y ahora mundial. En estas condiciones, la intermediación aporta un valor agregado inestimable al proceso de producción social. *Es un intermediario no porque sea improductivo e innecesario, sino, todo lo contrario, porque ahora su labor permite reconstituir la necesaria relación entre el productor y el consumidor, de la única forma en que modernamente es posible.*

La mejor demostración de que el intermediario y el comercio en general son necesarios y agregan un valor a los bienes y servicios finales, reside en la diferencia entre el precio de un racimo de plátanos adquirido en la finca y ese mismo producto comprado en un supermercado. Desde luego, si usted optara por ir a la finca, lo obtendría a un precio menor, pero tendría que agregarle el costo del transporte, del tiempo de traslado y regreso y la molestia de tener que pagar en efectivo, entre otras diferencias. Al final del día y en condiciones normales, cuando usted calcule y le agregue todos estos costos “extras pero necesarios”, es muy posible que concluya que la segunda opción le resulta mucho más económica y cómoda, gracias al aporte invaluable de los “intermediarios”. Desde luego, estamos asumiendo transparencia durante el proceso, lo cual no siempre ocurre. El hecho de que existan intermediarios inescrupulosos, que abusan de su influencia para elevar sus ganancias, no invalida la necesidad y el rol económico de esa actividad.

¿Cómo sería la economía y la vida moderna sin la “intermediación”? ¿Cómo podría América Latina vender sus materias primas en los Estados Unidos, en Europa y hasta en China? Y a la inversa, ¿cuál sería nuestro estándar de vida y nivel de satisfacción, si el comercio internacional no contara con personas y empresas dedicadas a colocar en nuestros centros comerciales decenas de miles de productos fabricados a 12,000 kilómetros de distancia?

¿Cuánto esfuerzo y tiempo tendría que emplear una familia para planificar y contratar pasajes, hoteles, tours, diversiones, restaurantes, etc., directamente con cada uno de los productores “directos” de estos servicios, en cada uno de los países y lugares a visitar, sin la “intermediación” de tour operadores especializados, presenciales o virtuales, a través del Internet? ¿Cuánto tiempo le tomaría buscar información y procesarla para conocer esos centros y servicios? ¿Cuánto le costaría al director de un hospital o clínica mantener contacto directo, y relación comercial, con cada uno de los fabricantes de los equipos, instrumentos, insumos hospitalarios y medicamentos de todas y cada una de las especialidades? ¿Quiénes podrían demostrar que eliminando a esos “intermediarios” la vida sería más sencilla, más placentera y menos costosa? ¿Quién?

¿Son las ARS simples intermediarias? En la práctica, los aseguradores de salud representan a millones de afiliados dispersos y carentes de cohesión, organización e información veraz en su demanda de servicios a los médicos y a los hospitales y clínicas, aprovechando las economías de escala para obtener tarifas más razonables y sostenibles. La compra por volumen explica la gran diferencia entre las tarifas que las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) contratan con las PSS y lo que éstas les cobran a los pacientes directos, no asegurados. *Las ARS llenan una función similar a los tours operadores, obteniendo tarifas de grupos más atractivas que las que pagaría un turista individual al demandar los servicios de transporte, alojamiento, diversión y excursión, y de un largo etcétera.*

Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) son al PBS, lo que los partidos políticos son a la democracia. A pesar del creciente descrédito y cuestionamiento de esos partidos, a nadie se le ocurre plantear su eliminación, concentrándose en exigir su adecentamiento y la eliminación de sus privilegios. Cuando los congresistas no representan adecuadamente a los electores, lo correcto y lo sensato no es eliminar el Congreso, sino realizar un mayor esfuerzo para elegir a mejores diputados y senadores. *La solución más lógica y constructiva no conduce a eliminar la función, sino a elegir mejor a los funcionarios.* Por esta misma razón, si se considera que las ARS no están llenando su función institucional, lo cual en sentido general es cierto, lo lógico sería solicitar su evaluación a fin de proponer las reformas necesarias para mejorar su desempeño. O demandar mayor firmeza de la SISALRIL. La Fundación Seguridad Social Para Todos (FSSPT) ha propuesto contratar a una consultora calificada e independiente para realizar una evaluación objetiva, tanto de la función como de las ARS, sin que haya sido tomada en cuenta.

Las ARS no son simples intermediarias ya que, además de su función negociadora frente a las PSS, a nombre de los afiliados, deben: 1) organizar y articular a las PSS por niveles de atención, para optimizar el acceso y el uso de los recursos disponibles; 2) identificar y monitorear los factores de riesgos que puedan afectar el costo, la calidad y oportunidad de la atención, y 3) detectar a tiempo los excesos y fraudes para preservar la sostenibilidad financiera del Plan Básico de Salud (PBS).

Llama la atención que, durante más de tres décadas de pleno esplendor de cerca de 40 iguales médicas y seguros de salud privados, ni las organizaciones profesionales ni la opinión pública objetaron su función social, ni las rechazaron argumentando que eran simples intermediarias. Durante ese largo período, no se cuestionó su función porque todas fueron creadas y gestionadas por médicos y porque nunca ejercieron realmente una verdadera administración del riesgo,

ya que, al no estar reguladas y ejercer, al mismo tiempo, la administración y la provisión de los servicios médicos, fácilmente podrían traspasarles el riesgo a los afiliados. En cambio, se cuestionan ahora, a pesar de estar reguladas y que la Ley 87-01 separó la administración de la provisión, y luego de que muchos médicos propietarios las vendieron a inversionistas no médicos. El cuestionamiento es ahora porque, mal que bien, han comenzado a administrar el riesgo y a detectar costosos fraudes.

Si las ARS desaparecieran, millones de afiliados dispersos, desinformados y desorientados, quedarían sin representación. Al carecer del contrapeso que representan las ARS en la contratación y vigilancia contra las PSS infractoras (médicos, clínicas, laboratorios y farmacias, entre otras), *los afiliados tendrían que pagar tarifas más altas, y tanto el costo de los servicios, como el gasto de bolsillo, crecerían más rápidamente.* El PBS se tornaría más excluyente, estratificado y unilateral, alejando la posibilidad de asegurar el acceso universal al cuidado de la salud como un derecho real, y de alcanzar una seguridad social más justa y equitativa para todos.

Pero, además, en términos prácticos, ¿qué entidad negociaría las tarifas y luego les pagaría a las PSS? ¿Cómo se evitaría el riesgo de

Si las ARS desaparecieran, millones de afiliados dispersos, desinformados y desorientados, quedarían sin representación. Al carecer del contrapeso que representan las ARS en la contratación y vigilancia contra las PSS infractoras (médicos, clínicas, laboratorios y farmacias, entre otras), los afiliados tendrían que pagar tarifas más altas, y tanto el costo de los servicios, como el gasto de bolsillo, crecerían más rápidamente.

sobre facturación, de los abusos, excesos y fraudes? ¿Y quién velaría por el equilibrio y la sostenibilidad del PBS? ¿Cuáles serían las oportunidades de una reclamación de un afiliado aislado, frente a una PSS poderosa y políticamente relacionada? ¿Cuál sería el contrapeso natural al afán desmedido de lucro de las PSS? La importancia de estas funciones resulta más que obvia. ¿Quiénes se beneficiarían de la vuelta a un pasado tan excluyente y costoso con un nuevo IDSS, ahora universal y más burocratizado, politizado y corrompido? ¿Los afiliados o los políticos y los gremios profesionales? ¿Cuánto han avanzado las instituciones públicas para garantizar servicios eficaces, eficientes, oportunos y de calidad? ¿Cómo ignorar que, según las propias encuestas oficiales, la mayoría de la población prefiere los servicios privados, a pesar de ser mucho más costosos?

Uno de los puntos más luminosos de la Ley 87-01 ha sido, sin duda, la creación del Seguro Nacional de Salud (SENASA), una entidad pública que ha logrado niveles de gestión y desempeño superiores a los del IDSS. Para dimensionar el reto y el éxito alcanzado debemos tomar en cuenta que el SENASA es la ARS mayor del país, ya que a mayo del 2024 contaba con más de 7.4 millones de afiliados: 5.8 millones del Régimen Subsidiado más otros 1.6 millones de afiliados contributivos.

Es muy importante resaltar que en una buena parte de esos resultados satisfactorios inciden dos grandes factores: 1) un estricto cumplimiento de la asignación de los recursos para garantizar, sí o sí, la demanda de los afiliados; y 2) una capacidad gerencial inducida por la necesidad de competir en igualdad de condiciones, con las ARS privadas y de autogestión. Estos dos factores condicionantes reducen a su mínima expresión la tradicional tendencia pública a politizar las decisiones, al clientelismo, al despilfarro y a burocratizar los procesos. Y, desde luego, *los resultados serían muy diferentes, si se llegase a convertir al SENASA en un monopolio, eliminando la competencia, la libre elección y la garantía de acceso seguro a los servicios de salud.*

La irrenunciable necesidad de control y monitoreo. Pronto, el Equipo Técnico comprendió que para asegurar el equilibrio y la sostenibilidad del PBS, era imprescindible reconocer la existencia de riesgos y amenazas que podrían desvirtuar y frustrar los objetivos y metas del Seguro Familiar de Salud (SFS). En el campo de la medicina, ocurre como en el béisbol, donde las zonas de bolas malas (desequilibrios) son mucho más amplias que las de strike (equilibrio): *en el cuidado de la salud, las amenazas de desestabilización son considerablemente mayores, persistentes y espontáneas, que los factores que coadyuvan a su estabilidad y sostenibilidad.* En pocas palabras, es necesaria una estrategia nacional de prevención, control y seguimiento de los riesgos contra el cuidado de la salud en un contexto de pluralidad, de acceso universal, de derecho a la libre elección, de compromiso con la calidad y oportunidad, así como de fijación central de la cápita, entre otros factores.

Todas las sociedades democráticas de cualquier país con un mínimo de institucionalidad requieren de un contrapeso, como una condición indispensable para garantizar el equilibrio institucional, evitando excesos, abusos de poder y denegación de derechos. Si en nuestro país, con un culto tradicional al presidencialismo, hasta el Poder Ejecutivo es fiscalizado por el Congreso Nacional ¹⁹¹. ¿Por qué el sector salud y la seguridad social tendrían que ser la excepción? ¿A quién le conviene el caos y los excesos del libre mercado, del libre accionar de la corrupción, de la impunidad y de la malversación de los fondos públicos? ¿A los afiliados? Si esta supervisión y si este contrapeso no han sido los deseados, en vez de demandar su eliminación, lo lógico sería exigir que sean mejor fiscalizados.

Desde luego, esta exigencia no sólo incluye a todas las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) sino, también, a todas las Proveedoras

¹⁹¹ Por lo menos así lo establece la Constitución de la República.

de Servicios de Salud (PSS), porque ambas son necesarias para el buen funcionamiento del Seguro Familiar de Salud (SFS), y ambas se rigen por el afán de lucro, no solo privado, sino también público.

Claro que el afán de lucro induce a muchas ARS a desnaturalizar su rol y a utilizar su influencia sólo para su propio provecho. En el país se registran millares de denuncias y quejas de los afiliados sobre servicios denegados, la falta de información y el maltrato recibido. Lamentablemente, no existe una evaluación independiente y objetiva sobre este tema, pero, como ocurre también frente a las denuncias y quejas contra las PSS, *lo más probable es que se trate de minorías de las ARS y de las PSS, cuyas prácticas desleales y afán de lucro desmedido terminan comprometiendo la imagen de todo el colectivo.*

Nunca confundir la función con el funcionario. En los países con instituciones débiles, la regulación y supervisión de las ARS ha dejado mucho que desear, generando distorsiones e insatisfacción de la población. Por tales razones, la Ley 87-01 creó la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) con la suficiente independencia y recursos para informar, orientar, apoyar y defender a los afiliados en sus reclamos, tanto frente a las ARS como a las PSS. *Pero, no obstante, existen evidencias de que, en la generalidad de los casos, la permisividad oficial ha consentido y validado prácticas socialmente inadmisibles e ilegales.*

Insistimos en la necesidad de no confundir la *función con el funcionario*. Al analizar este tema, es necesario distinguir, por un lado, la función de administrar el riesgo de salud que establece claramente la Ley 87-01 y, por el otro, el nivel de desempeño de las ARS actuales. Y dentro de éstas, identificar cuáles cumplen y cuáles no; a cuáles hay que eliminarle la habilitación y cuáles necesitan superar las limitaciones y fallas detectadas, so pena de ser deshabilitadas definitivamente. Eso sería lo justo, lo legal y lo conveniente para el país.

Más allá de este límite razonable, la demanda por la eliminación de las ARS sin exigir una evaluación previa, objetiva e independiente induce a pensar que el verdadero objetivo es *eliminar cualquier tipo de control y de fiscalización objetiva e independiente. Un esfuerzo de las minorías para seguir ejerciendo una medicina curativa, privatizada, liberal y discrecional, sin necesidad de garantizar derechos, ni de cumplir con los protocolos; prescribiendo exámenes y medicamentos excesivos para recibir gratificaciones que riñen con la ética profesional y que elevan el costo del cuidado de la salud y el gasto familiar de bolsillo.*

En realidad, las críticas contra la intermediación no obedecen a una posición coherente, ni de principios. Más bien, se trata de planteamientos ideológicos insostenibles a la luz de las evidencias históricas señaladas. Para ser coherentes habría que criticar y rechazar la “intermediación” de los “visitadores a médicos”. Todo lo contrario, esta intermediación es aceptada y aplaudida, debido a la entrega y aceptación gustosa de gratificaciones por las prescripciones interesadas y con frecuencia poco éticas, que afectan la salud y los bolsillos de los pacientes y del SFS. Además, tendrían que rechazar y condenar prácticas intermediarias bastante comunes: 1) cobrar comisiones a los laboratorios por la prescripción de los análisis; 2) cobrar comisiones a los centros de diagnósticos por los estudios especiales; y 3) cobrar comisiones a los demás colegas, por la referencia de pacientes. Se trata de un doble rasero de parte de una minoría muy influyente, en contraste con el juramento hipocrático. *Lógicamente, todas estas prácticas espurias encarecen innecesariamente el sistema de seguridad social y reducen la cantidad de servicios de salud que pueden ser garantizados por el PBS.*

Fallas esenciales de las ARS frente a los afiliados y a las PSS. Ante la ausencia de evaluaciones objetivas sobre las ARS, consultamos a decenas de expertos y consultores muy vinculados al desempeño de las ARS. La gran mayoría reconoce la pertinencia de la administración

del riesgo para evitar desequilibrios en el PBS, pero señala las siguientes fallas.

- a) **Con relación a sus afiliados:** 1) no justifican su decisión de “no cobertura”, ni sobre los ajustes no pagados; 2) son indiferentes ante el cobro unilateral y elevado de los médicos; y 3) no defienden a los pacientes con las diferencias en exceso que cobran las clínicas en internamiento.
- b) **Con relación a las PSS:** 1) utilizan diversas interpretaciones para pagar a las PSS entre 35 y 45 días; y 2) si la PSS no presenta los reclamos en una fecha, automáticamente le posponen el pago por 30 días más.
- c) **Sobre las glosas de los servicios:** 1) objetan glosas, con la simple explicación: “servicio o valor no razonable”; 2) en internamientos y emergencias, se requiere una auditoría física de cada ARS; 3) no tienen fechas ni compromisos para auditar y deciden cuántas cuentas van a auditar, sin importar el tiempo que lleven sin acudir, lo cual se convierte en una retransa para realizar los reclamos.

Además, existen quejas sobre la resistencia a la actualización de las tarifas, sobre la asignación de códigos a los nuevos médicos, y sobre el trato a las PSS que solicitan explicación por diferencias, o sobre la denegación de cobertura de servicios prestados y/o para la revisión de las tarifas. Las glosas, los trámites administrativos y las auditorías son muy lentos y diferentes en cada ARS. Los reclamos por emergencias suelen ser una fuente de conflictos, ya que las clínicas deben tener la certeza de quién cubrirá el costo.

Una práctica violatoria de la Ley 87-01 es la creciente dilación de las ARS en el pago de las reclamaciones de las PSS, según los testimonios de consultores de entera credibilidad. Se trata de una tendencia inadmisibles, que atenta contra la transparencia y funcionalidad del

Sistema y que, al final del día, termina encareciendo, innecesariamente, el costo de la prestación de los servicios médicos, y acentuando tensiones. Es cierto que algunas glosas resultan más complejas y hasta conflictivas, por lo que requieren de un tiempo mayor al establecido en la Ley 87-01. Pero, de acuerdo con las denuncias recibidas, la tendencia reciente es a dilatar el pago de prácticamente todas las reclamaciones en ocasiones durante dos y hasta tres meses, con el agravante de que cada vez son más las ARS, tanto públicas como privadas, que se suman a esta práctica ilegal y lesiva. Después de ponderar el rol de las ARS y de reconocer su rol en el equilibrio financiero, uno de los médicos consultados exclamó: “Las ARS son un mal necesario”.

Una de las más notorias deficiencias de prácticamente todas las ARS es su falta de contacto regular con sus afiliados, con frecuencia reduciéndolos a una cápita mensual y a un código digital. Y esta falla es extensiva a la relación con la opinión pública en general. La falta de información veraz y de orientación oportuna no sólo genera una sensación de lejanía, sino, además, provoca mucha confusión sobre su rol y sus funciones. Por ejemplo, con frecuencia, tanto afiliados como congresistas y comunicadores sociales, les solicitan directamente a las ARS la inclusión de determinados servicios médicos, porque desconocen que esa es una función exclusiva de la SISALRIL que solo puede ser aprobada por el CNSS. Un servicio de gran utilidad que deberían ofrecer las ARS privadas, especialmente las más grandes, es un análisis detallado del perfil de la demanda de los afiliados.

La experiencia indica que todas esas objeciones y quejas son ciertas y perjudiciales para el funcionamiento regular del SDSS, para la protección de los afiliados y para la propia imagen de las ARS. Desde luego, no existen evidencias para señalar que se trata de conductas generalizadas, sino más bien, de prácticas dañinas que realizan minorías en su afán desmedido de lucro, aprovechando las debilidades institucionales existentes.

Preferencias y satisfacción de los afiliados. Desde hace varios años, la Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS) realiza encuestas de satisfacción de los afiliados a sus seis ARS, mediante la contratación de los servicios de Gallup Dominicana. Un 90.7 % de los encuestados se sintieron muy satisfechos con su ARS (25.9 %) y satisfechos (64.8 %), en tanto que sólo el 6.2 % no: insatisfecho (5.2 %) y muy insatisfecho (1.0 %), con un 3.1% indiferente, según la Encuesta Gallup. La medición arrojó un 86.2 % de satisfacción, subiendo a un 89.2% en el 2018. El 88.1 % afirmó positivamente que recomendaría su ARS, mientras el 11.0 % lo negó. A su vez, el 64.1 % señaló que no cambiaría su ARS (40.7 %) o que es muy poco probable que lo haga (23.4 %), en tanto que el 32.9 % indicó que era probable (16.3 %), algo probable (7.6 %) y bastante probable un 5.2 %.

La valoración más reciente e independiente fue realizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), mediante la Encuesta Barómetro de Salud, para el Plan Estratégico Nacional (PLANDES 2030). En el mismo se señala que:

“Al evaluar la satisfacción de hombres y mujeres sobre la gestión realizada por su ARS en el último año, se puede observar que, en general, las mujeres mostraron niveles de satisfacción más elevados en comparación con los hombres. La mayoría (26.44% y 32.73% hombres y mujeres) revelaron estar satisfechos, y el 12,23% y el 14.03% muy satisfechos. Esto se traduce en que las ARS tienen buen servicio al cliente, independientemente de asuntos de cobertura, y (que) el afiliado se encuentra satisfecho con la gestión”.¹⁹²

¹⁹² MISPAS. (2023). *Plan Estratégico Nacional en Salud*, (PLANDES 2030), pág. 78

Luego de semanas de análisis y consultas, al Equipo Técnico le quedó muy claro que la imperiosa necesidad de garantizar el Derecho Universal a la Salud (DUS), obliga al control y monitoreo permanente de todos los factores de riesgos que podrían afectar el equilibrio financiero del plan básico de salud (PBS). Que este equilibrio no surge de manera espontánea, ya que el ejercicio de la medicina incluye prácticas, poco éticas, y conflictos de intereses que incrementan innecesariamente el costo del cuidado de la salud de los afiliados al SDSS. Se ponderó la documentada experiencia de los Estados Unidos, donde las acciones fraudulentas constituyen un constante dolor de cabeza para los administradores del Medicare y del Medicaid, por el costo multimillonario e innecesario contra el sistema y por el impacto en la salud de millones de estadounidenses. Además, las evidencias locales no dejaron margen de duda de que también en nuestro país existe la misma propensión a prácticas en contra de la salud de los afiliados y de la salud financiera del SFS. Ante este riesgo creciente, y las evidencias presentadas, hubo consenso total de que la administración del riesgo constituye una condición sine qua non para asegurar la viabilidad y sostenibilidad del PBS, y por ende, del Derecho Universal a la Salud (DUS).

XI. EFICIENCIA: NUEVO MODELO DE ASIGNACIÓN Y CONTRATACIÓN

En los capítulos anteriores ha quedado claro que el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) carece de capacidad limitada para aumentar los ingresos disponibles. No puede disponer de un alza general de los salarios, ni tampoco elevar el porcentaje de la cotización para el Seguro Familiar de Salud (SFS). Aunque sí puede y debe combatir la evasión y la elusión, ella, por sí sola, nunca representaría un ingreso suficiente para elevar la cantidad y calidad de los servicios de salud, al menos al ritmo en que lo demandan los afiliados.

Ante esta realidad, a los diseñadores del sistema no nos quedó otro remedio que poner el mayor énfasis posible en introducir las reformas estructurales necesarias para mejorar la eficiencia general del sistema nacional de salud. En este punto, el Equipo Técnico tuvo muy presente dos importantes señalamientos: 1) de la OMS, sobre el desperdicio de entre un 30% y un 40% del gasto total en salud en la mayoría de los países; y 2) el estimado del Dr. Amiro Pérez Mera de que, con el modelo de atención vigente, el costo de la cobertura universal equivaldría al 16.8% del PIB. Resultaba obvio que, ante estas realidades, solo existían dos posibilidades de garantizar el Derecho Universal a la Salud (DUS): 1) superando el viejo

modelo de atención curativo, costoso y excluyente; y 2) reduciendo la brecha existente entre la oferta pública y la privada. En tal sentido, la Ley 87-01 dispuso un conjunto de reformas en el sistema público de salud, a fin de mejorar la calidad y oportunidad de la atención médica.

Este capítulo está básicamente dedicado a fundamentar el contenido y la importancia de tres grandes reformas. La primera, válida para todo el sistema, consistente en la organización de la red nacional de salud por niveles de atención, basada en la estrategia de atención primaria. Y las otras dos, centradas en el sector público: una reforma del modelo de asignación de los recursos en función de la demanda de los afiliados, y la otra, el establecimiento de una modalidad de contratación de los profesionales de la salud que garantice una mayor dedicación y desempeño. Estos tres grandes cambios, orientados a elevar el aprovechamiento de los recursos disponibles, constituyen las mejores opciones disponibles para ampliar la cantidad y calidad de los servicios garantizados al universo de los afiliados.

1. Superar el modelo curativo, costoso y excluyente

Articulación funcional de la red de servicios por niveles de atención. Obviamente, un sistema obligatorio, universal y solidario necesita optimizar el aprovechamiento, tanto de los recursos financieros y humanos, como del equipamiento y la planta física. Ello implica contar con una organización funcional de acuerdo con la complejidad de la demanda de los servicios médicos y de salud. Tanto la infraestructura como la remuneración del personal implican una fuerte inversión, que es necesario aprovechar al máximo para elevar los niveles de eficiencia y eficacia del Seguro Familiar de Salud (SFS). Cualquier desorganización, indisciplina, privilegio, impericia y/o falta de articulación implica un desperdicio de recursos y de oportunidades que conspiran contra el DUS.

Resulta elemental reconocer la diferencia, por ejemplo, entre una demanda de atención por una simple gripe, que por una neumonía; por un aumento momentáneo de la presión, que por un principio de infarto; y, además, entre un chequeo médico rutinario y una emergencia. En pocas palabras, las demandas de salud y asistencia médica van desde un simple malestar sin mayores consecuencias, hasta enfermedades complejas que pueden afectar la salud, el bienestar y hasta la vida. Estamos hablando de algo muy obvio y elemental, ya que está presente en todos los sectores y actividades. Existe una gran diferencia entre la demanda de cambiar un cheque en una sucursal bancaria del barrio, y la solicitud de un préstamo hipotecario para construir una casa, o de un préstamo para financiar la instalación de una empresa industrial.

Sin embargo, con una altísima frecuencia, en nuestro país los pacientes todavía acuden directamente a un especialista para atender un simple quebranto de salud, el cual puede y debe ser atendido con éxito en el primer nivel de atención, sin pérdida de tiempo. Es muy común llevar a los hijos recién nacidos a un pediatra especialista para el chequeo rutinario mensual del peso y del crecimiento, cuando podría ser atendido con igual eficiencia en una unidad primaria cercana a su casa. Igual ocurre con el chequeo regular de la presión y del peso de un afiliado en tratamiento para prevenir la hipertensión. Estos son solo algunos ejemplos costosos del uso inadecuado de los recursos del sistema de salud, que se verifican diariamente por miles y miles, y que totalizan millones de casos al año, con una subutilización de recursos especializados que generan un alto costo innecesario, muy por encima del estimado en el cálculo del PBS.

Atendiendo a esta realidad cotidiana y objetiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció tres niveles de atención de los servicios de salud, según la complejidad, la cantidad y el costo de los recursos necesarios para brindarlos con eficiencia, eficacia y calidez. Se trata de una organización tipo piramidal ascendente, la cual

se inicia con un Primer Nivel de Atención (PNA) especializado en atender las demandas por simples quebrantos y de brindar servicios especializados de promoción y prevención de la salud. Este primer nivel es considerado por la Ley 87-01 como la puerta de entrada a la red nacional de salud. Los expertos estiman que, un primer nivel con suficiente capacidad resolutive puede atender y resolver adecuadamente entre el 75 % y el 80 % de la demanda nacional, utilizando tecnologías y medios muy asequibles, efectivos y de bajo costo. Otra ventaja del PNA es su cercanía a la población afiliada, estableciendo una relación más personalizada con el personal de salud, restableciendo la imagen del otrora médico de cabecera, o de familia.

Además, existe un segundo nivel, también ambulatorio, para atender los casos que superan la capacidad del primero y que son referidos por éste a médicos especialistas con experiencias y medios diagnósticos más específicos. Y, un tercer nivel hospitalario, para los pacientes que requieren de un tratamiento y/o de una intervención de mayor complejidad y especialidad¹⁹³. Es muy importante recalcar que el impacto en la salud de los tres niveles de atención depende de su articulación funcional, es decir, de una adecuada comunicación, cooperación y complementación permanente entre los recursos humanos de los tres niveles, en interés de brindar al paciente el mejor servicio posible. Las ventajas que ofrece esta modalidad de organización resultan evidentes: eleva el estado de salud y bienestar, mejora el uso de los recursos disponibles, descongestiona los grandes hospitales y clínicas y ahorra tiempo y recursos. Y, además, todos los servicios están exentos del pago de los afiliados de cualquier diferencia o cuota moderadora, reduciendo sensiblemente el gasto familiar de bolsillo.

En términos formales, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) ha establecido una clasificación de los centros de

¹⁹³ MISPAS. (2023). *Plan Estratégico Nacional en Salud (PLANDES 2030)*, Pág. 220

salud por niveles de atención, la cual adolece de poca funcionalidad por las carencias, limitaciones e ineficiencias descritas en el capítulo IV. En primer lugar, por las debilidades y deficiencias del primer nivel de atención a escala nacional, debido a su limitada capacidad resolutoria; en segundo lugar, por la incierta relación y conexión con el segundo y el tercer nivel de atención; en tercer lugar, por la escasa disponibilidad de centros primarios en la zona urbana donde vive y trabaja la mayoría de la población; en cuarto lugar, por la permisibilidad y facilidad con que la población puede acudir directamente a cualquier nivel de atención, para solicitar cualquier servicio primario; y en quinto lugar, por la creencia popular de que acudir a una unidad primaria de salud es perder el tiempo, debido a la experiencia de décadas de baja calidad, de falta de recursos y de discontinuidad de los servicios. Y este tema nos lleva a la reorganización integral de la red pública de salud.

Racionar los costos para elevar la cantidad de servicios del PBS. La cantidad de bienes y servicios que una familia puede comprar durante el mes depende directamente del ingreso familiar, e indirectamente, de los precios de los productos que demanda. Lo mismo ocurre con el Plan Básico de Salud (PBS), cuya cantidad de bienes y servicios garantizados está en relación inversa del costo promedio de dichos servicios.

Dada la rigidez relativa del ingreso, mientras más estables sean los costos y los precios, mayor y más sostenible será la cantidad de servicios médicos que incluirá y garantizará el PBS. Y, por el contrario, *a mayor precio promedio de los servicios médicos, menor será la cobertura garantizada del PBS*, salvo que al mismo tiempo se hayan aumentado el salario y/o el aporte al SFS, lo cual es muy poco probable que ocurra.

Se trata de un gran reto, ya que el precio promedio de los servicios médicos tiende a crecer con mayor rapidez: 1) ya sea por el alza del costo de las medicinas, insumos, equipos médicos producidos

por una industria sanitaria altamente concentrada y poderosa a escala mundial; 2) por factores macroeconómicos como la inflación y el alza de la tasa de cambio; 3) por los aumentos de salarios y honorarios de los médicos y demás profesionales de la salud; y 4) debido al predominio de un modelo de atención curativo, ineficiente y costoso, que estimula la prestación y facturación excesiva, elevando las frecuencias y los precios por encima de los estándares establecidos en el PBS.

Dado que varios de los factores inflacionarios están fuera del alcance del SDSS y del CNSS, el sistema dispuso la transformación de un seguro de enfermedad en un seguro familiar que fomente la salud y prevenga las enfermedades, a fin de reducir la demanda por causas prevenibles y tratables oportunamente, con eficacia y bajo costo en el primer nivel de atención.

Al final del día, cualquier desequilibrio recurrente provocado por costos innecesarios reducirá la cantidad y/o la calidad de los servicios de salud garantizados y, por ende, la protección social. Como ya señalamos, para neutralizar esta tendencia, la Ley 87-01 dispuso la aplicación *de un primer nivel de atención basado en la estrategia de atención primaria*, como el único camino seguro para aumentar los servicios, elevar la salud, asegurar la sostenibilidad, reducir los copagos y elevar la satisfacción de la gente.

Controlar los conflictos de intereses de las PSS que encarecen el costo. El riesgo de encarecimiento innecesario del costo de la atención médica es permanente y tiende a incrementarse, debido a la facultad de los proveedores de servicios de salud (PSS) de prescribir sus propios servicios. Este conflicto no se limita a la venta de los propios servicios sino, además, se extiende a la prescripción de análisis a los pacientes referidos a los laboratorios y de estudios a los centros diagnósticos especializados, de los cuales, con frecuencia, reciben una comisión. Esta práctica está prohibida en muchos países porque eleva

innecesariamente el costo de la atención, siendo tipificada como una falta grave a la ética profesional, aunque todavía es muy frecuente en el país.

Cada vez resulta más común la prescripción de pruebas y procedimientos innecesarios a cambio de incentivos financieros, como los documentaron Altagracia Ortiz y Doris Pantaleón en el capítulo anterior. Uno de los ejemplos más típicos es la prescripción de medicamentos patentados muy costosos, a pesar de existir ofertas similares, bioequivalentes, con igual cantidad del principio activo, una práctica muy común para recibir ingresos y atenciones especiales de parte de las compañías farmacéuticas. También se remiten a pacientes a especialistas o centros médicos donde existen intereses y acuerdos financieros, incluso en los casos en que no es necesario o beneficioso para los pacientes. Es importante señalar que la mayoría de los médicos y de las clínicas cumplen con las normas establecidas y actúan con integridad y ética, respetando los derechos del paciente y procurando brindarle el mejor servicio posible.

En nuestro país, la organización de la red nacional de salud por niveles de atención resulta más formal que funcional. En el sector público, debido a la concentración de los servicios en los grandes centros hospitalarios, con escasa relación operativa entre los centros regionales, municipales y locales, debido a la poca articulación funcional entre los mismos. Vale señalar, por ejemplo, que *el 92% de los hospitales municipales carece de una ambulancia*, lo cual induce a la población a saltar la estructura formal de la red pública. Y en el sector privado, con frecuencia el ánimo excesivo de lucro incentiva una atención indistinta, en el mismo local y por el mismo profesional, de la demanda de los pacientes, sin una clara línea divisoria entre los niveles de atención y las estrategias correspondientes.

2. Asignación de los recursos según la demanda de los afiliados

Despolitizar y desburocratizar la atención médica. El pleno ejercicio del derecho universal a la salud presupone un cambio significativo en el sistema público. Es necesario eliminar las tradicionales deficiencias de la atención pública, las cuales fueron ampliamente descritas en el capítulo IV. *No es posible asegurar una protección universal a favor de las familias más pobres y vulnerables, dependiendo fundamentalmente de una oferta privada basada en un lucro con frecuencia desmedido.* Atendiendo a la realidad objetiva del país, no existe otra alternativa que transformar a los hospitales y demás centros públicos de salud en garantes y productores de servicios oportunos, de calidad y satisfactorios. *La verdad es que la viabilidad y sostenibilidad del Seguro Familiar de Salud (SFS) depende de un equilibrio aceptable entre la oferta pública y la privada.*

Para entregar servicios públicos oportunos y de calidad, es imprescindible despolitizar, desconcentrar, desburocratizar y humanizar los procesos, otorgándoles real autonomía a los hospitales y demás centros públicos y capacidad gerencial a sus recursos humanos. En tal sentido, la Ley de Seguridad Social en sus artículos 172 y 173 dispuso la ejecución de los cambios indispensables en los modelos de asignación de los recursos y de contratación del personal, con la finalidad de avanzar de manera gradual hacia el necesario equilibrio entre la oferta pública y la privada. Esta meta nacional constituye una necesidad imperiosa para reducir costos, elevar la eficiencia, y minimizar el gasto familiar de bolsillo, de acuerdo a los objetivos de la Ley 87-01 y de las previsiones de la Ley 42-01, General de Salud.

La politización del presupuesto fomenta la mediocridad. Los presupuestos históricos del sector público de salud limitan la productividad

y eficiencia, porque su asignación no responde al compromiso de garantizar derechos, con el agravante de que los pacientes y afiliados carecen, en absoluto, de la libre elección para reorientar el proceso a su favor, generando una actitud paciente y resignada. Debido a que la remuneración no depende de la cantidad de la población atendida y satisfecha, el servicio público presenta una configuración totalmente contraria a las necesidades de la población: un horario de servicios especializados muy limitado, elevado ausentismo, paros y huelgas frecuentes, politización, indisciplina e incumplimientos, un trato considerado a los pacientes y el deterioro de los equipos y de la planta física. No hay que ser un experto para entender que la mediocridad predominante es el resultado natural de la combinación

de todas estas falencias. Desde luego, estamos hablando de resultados promedios: desde RRHH muy dedicados, abnegados y comprometidos, hasta irresponsables e indolentes, con frecuencia con la complicidad e indiferencia del gremio y las autoridades correspondientes.

El predominio de esta modalidad concentra el poder en los políticos y gobernantes de turno, cuyas decisiones suelen responder más a criterios y coyunturas políticas, que a las necesidades y demandas de la población. Además, constituye el escenario ideal para las presiones de los gremios de salud en interés de obtener cada vez más beneficios, con menos resultados a favor de la población. Como contrapartida,

El predominio de esta modalidad concentra el poder en los políticos y gobernantes de turno, cuyas decisiones suelen responder más a criterios y coyunturas políticas, que a las necesidades y demandas de la población. Además, constituye el escenario ideal para las presiones de los gremios de salud en interés de obtener cada vez más beneficios, con menos resultados a favor de la población.

la concentración de los recursos en el nivel central limita de manera notable la autoridad, capacidad y autonomía de las autoridades locales para orientar los recursos a satisfacer a la población.

Esta asignación tradicional no contribuye a elevar la eficiencia en el gasto, ni a maximizar la cantidad de servicios garantizados, ni a elevar la calidad e impacto en la salud individual y colectiva. Todo lo contrario, fomenta el enriquecimiento ilícito, el clientelismo, la corrupción y la mediocridad. Su mantenimiento, dos décadas después de aprobada la Ley de Seguridad Social, revela la falta de compromiso y de voluntad política para garantizar una mayor cobertura de servicio a los afiliados y a la población en general.

La existencia de nóminas hipertrofiadas consume la mayor parte del presupuesto, limitando los recursos para prestar los servicios a la población. Esta distorsión explica por qué siempre existen recursos para pagar las nóminas, y con mucho menos frecuencia, para comprar las medicinas e insumos y para el mantenimiento regular de la infraestructura.

Mientras los hospitales públicos operan con presupuestos históricos fijos, en las clínicas privadas la asignación de los recursos responde estrictamente a la demanda. Es crucial no perder de vista que la creciente preferencia por los servicios privados, a expensas de los públicos no se explica, necesariamente, por el carácter privado del centro de salud, sino fundamentalmente por los resultados obtenidos. *Y es que lo que realmente determina la diferencia en el nivel de eficiencia entre la oferta pública y la privada es la forma de asignación de los recursos y de contratación del personal profesional.* Todo ingreso *fijado y garantizado de antemano* tiende a fomentar la mediocridad, reduciendo la eficiencia, ya que el aumento de la productividad no resulta esencial para la existencia del centro de salud; en cambio, todo ingreso *determinado a posteriori* y pagado de acuerdo a los resultados obtenidos, termina estimulando la dedicación, el compromiso y el desempeño.

La rigidez presupuestaria impide la asignación de más recursos a los hospitales que mejoran la calidad, oportunidad y el trato considerado a los pacientes. Al aumentar la demanda, sin contar con los recursos adicionales correspondientes, disminuye la calidad de los servicios, y descienden la moral y la motivación del esforzado personal, mientras los hospitales deficientes continúan recibiendo los mismos recursos, a pesar de la reducción de los pacientes.

En interés de corregir estas distorsiones y de garantizar la mayor cobertura posible con los ingresos disponibles, la Ley 87-01 les transfiere a los afiliados el poder de asignar los recursos en función de sus propias necesidades, mediante la libre elección de la ARS y de las PSS de su preferencia, con derecho a cambiarlas cuando no les satisfaga. A pesar de que nada es perfecto y que aún existen muchas distorsiones en su aplicación, este procedimiento estimula a las aseguradoras y proveedoras a mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, ante la necesidad de asegurar un flujo mayor de pacientes para elevar sus ingresos.

Reducir el presupuesto histórico para elevar la eficiencia pública.

La asignación histórica a la oferta contraviene el objetivo de maximizar la cantidad de servicios prestados con calidad y oportunidad. En la práctica, consiste en distribuir los recursos disponibles de acuerdo a las partidas tradicionales del gasto hospitalario, independientemente de la dedicación y de la cantidad y calidad de los servicios prestados a los pacientes. Implica el pago de salarios y demás prestaciones al personal, sin ninguna garantía de obtención de resultados adecuados. Esa asignación no contribuye a fortalecer el Derecho Universal a la Salud (DUS) ni a elevar la eficiencia general; se realiza sin calcular ni evaluar el costo real de los servicios, ni la productividad de los recursos humanos empleados. Se establece y asigna a partir de una proyección tradicional (llamada histórica) del gasto de los años anteriores, y sin evaluar su impacto en la satisfacción, ni en los objetivos y ni en

las metas prometidas. Vale la pena reiterar que, salvo excepciones, los presupuestos históricos arrojan costos muy elevados debido al exceso de personal, al ausentismo, al clientelismo y a la improvisación y malversación, factores que erosionan el avance hacia el derecho universal a la salud.

En respuesta a la necesidad de eliminar gradualmente todas las distorsiones en la asignación de los recursos públicos al SDSS, y que vulneran sensiblemente el objetivo supremo de garantizar este derecho universal, la Ley 87-01 introdujo importantes reformas, a fin de asegurar la soberanía de los derechohabientes. En efecto, dispuso: 1) la asignación per cápita de los recursos en condiciones de total igualdad para todas las ARS, públicas y privadas; 2) la entrega directa de todas las cotizaciones y subsidios a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), para ser distribuidos de acuerdo a la naturaleza de cada uno de los tres seguros; 3) la distribución de parte de la TSS de todas las cotizaciones y subsidios a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), públicas y privadas, en las proporciones establecidas en la Ley; y 4) la contratación y pago de las ARS a todas las PSS, públicas y privadas, de acuerdo a las tarifas y honorarios acordados y en función de la cantidad de servicios prestados.

Lamentablemente, y de espaldas al propio mandato de la Ley 87-01, desde el inicio del SFS subsidiado, hace más de dos décadas, las autoridades nacionales no han cumplido con estas disposiciones, manteniendo la vieja práctica de asignación directa a los hospitales y demás centros públicos de salud. Esta entrega directa le impide al Seguro Nacional de Salud (SENASA), pagar a las PSS públicas en función de los servicios prestados, como manda la Ley 87-01 y ocurre en el régimen Contributivo, erosionando la garantía real del DUS.

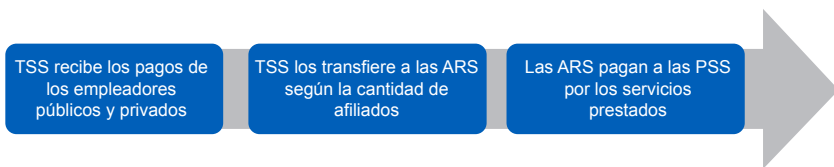
Una distorsión notable en la asignación al contributivo y al subsidiado. Contrario a la disposición expresa de la Ley 87-01, el

mantenimiento del presupuesto histórico explica la enorme diferencia de la cápita del Régimen Contributivo en relación a la cápita del Régimen Subsidiado, a expensas de la calidad y oportunidad de la atención a las familias más pobres y vulnerables. Mientras la cápita contributiva ya asciende a RD\$ 1,683.22 pesos, la cápita subsidiada apenas llega a 259.43, representando solo el 15.4% de la primera, para cubrir el mismo PBS.

De acuerdo a la Ley 87-01, en la asignación al Régimen Contributivo: 1) la TSS recibe los pagos mensuales de los empleadores públicos y privados; 2) la TSS los transfiere a las ARS el monto resultante de multiplicar la cápita por la cantidad de afiliados; y 3) las ARS pagan a las PSS por los servicios prestados a sus afiliados. Ver gráfico 11.01. La libre elección y *el pago a posteriori* a las PSS no sólo aseguran la entrega de servicios de mejor calidad y oportunos, sino, además, las inducen a brindar un tratamiento más continuo y personalizado, ya que es la única forma de aumentar la afluencia de pacientes y la facturación mensual. *Aquí es muy importante resaltar que en el Régimen Contributivo, el Estado también paga regularmente a la TSS por cada uno de sus empleados, en cumplimiento estricto de la Ley de Seguridad Social.*

Gráfico 11.01

Asignación a la demanda: garantía real de acceso a los servicios



En cambio, la asignación al Subsidiado se realiza en franca violación de la Ley 87-01 y de las normas descritas. Al margen del procedimiento establecido: 1) el MISPAS recibe un presupuesto fijo mensual de Hacienda y le traspasa *directamente* al Servicio Nacional de Salud (SNS) el monto correspondiente al régimen Subsidiado; y 2) el SNS lo asigna *directamente* a los hospitales y demás centros de salud, independientemente de los servicios prestados, y sin tomar en cuenta ni fiscalizar, la dedicación y desempeño de los RRHH. Paralelamente, el MISPAS entrega directamente a la TSS la cápita del régimen Subsidiado, la cual es considerablemente menor y es transferida al SENASA. Y, finalmente, PROMESE entrega las medicinas ambulatorias a los hospitales y centros de salud.

Gráfico 11.02

Asignación a la oferta: sin garantía real de acceso a los servicios



Como puede apreciarse poniendo un poquito de atención, esta modalidad de asignación de los recursos resulta muy costosa y poco productiva. Mientras en el Contributivo las PSS reciben ingresos luego de la prestación de los servicios, en el subsidiado se hace todo a la inversa: se adelanta el pago a las PSS (hospitales y centros de salud) con independencia del volumen y la calidad de los servicios prestados. *Esta práctica, no garantiza el Derecho Universal a la Salud (DUS), ya que el empleo de los recursos no se traduce necesariamente en servicios a los afiliados.* A diferencia del Contributivo, en este caso no existen incentivos ni pagos a la dedicación y al desempeño, ya que las asignaciones no guardan relación con los resultados obtenidos.

Desde luego, este proceso tan confuso como ilegal y acomodaticio abre una brecha creciente entre la asignación teórica al subsidiado y la que realmente llega a las familias más pobres y vulnerables. Ello así, porque en teoría, *el gasto multimillonario en nóminas supernumerarias, cargado a la cápita subsidiada, en la práctica no llega a los subsidiados porque nunca se traduce en servicios prestados*. En esencia, con el mantenimiento de los presupuestos históricos transferidos directamente a las PSS públicas, se logra burlar la reforma del SDSS, manteniendo intacto el viejo modelo de atención, acentuando la desigualdad social, y la mediocridad, minimizando la solidaridad social y multiplicando el gasto familiar de bolsillo.

La explicación de esta conducta dual e ilegal responde al interés supremo de garantizar ingresos fijos y seguros a los proveedores, sin que exista el compromiso de éstos de un retorno en servicios oportunos y de calidad. Una modalidad que, en vez de subsidiar a los más pobres, subsidia al personal supernumerario que no trabaja, agudizando la desigualdad social. *Una modalidad que paga poco a quienes realmente trabajan y demasiado a quienes no cumplen con el contrato laboral*.

Según el PLANDES 2030, la “implementación simultánea del Primer Nivel de Atención y el financiamiento del Régimen Subsidiado vía SFS (igualando la cápita con el contributivo) aporta los siguientes resultados: 1) mayor eficiencia en el gasto público en salud, produciendo mayor cantidad de servicios con los mismos recursos; y 2) disminución del gasto de bolsillo de los hogares”¹⁹⁴. Mayor claridad, es imposible.

Autonomía hospitalaria para elevar la capacidad resolutive local.

Para elevar el impacto y la satisfacción de la atención médica en los hospitales públicos, resulta imprescindible *mejorar los servicios locales*

¹⁹⁴ Clasificaciones más detalladas incluyen un cuarto nivel de atención para los tratamientos de máxima complejidad.

de salud, porque es ahí donde la población demanda y recibe la atención que necesita. Este objetivo esencial requiere la transformación *de los grandes centros públicos de salud en empresas sociales, con autonomía financiera y control real de los recursos humanos*. La concentración de las decisiones en el nivel central constituye la mayor limitante de la capacidad resolutoria y de la gestión de los hospitales y de los demás centros públicos de salud. Esta concentración excesiva es una expresión concreta de la ausencia de garantía del Derecho Universal a la Salud (DUS), y de la politización de las decisiones, del clientelismo, del burocratismo y del uso indebido de los recursos públicos.

El fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los hospitales constituye la condición esencial para *reducir la privatización y el gasto familiar de bolsillo*. La autonomía hospitalaria es indispensable para garantizar la entrega de servicios integrales, oportunos y de calidad a la población, especialmente a las familias más pobres y vulnerables. En el sector privado y en los hospitales de autogestión, las decisiones fundamentales se toman en el propio centro de servicio y con la mayor rapidez posible, lo que explica su creciente afluencia, incluso de la gente de escasos ingresos.

En cambio, en el sector público tradicional se procede al revés. La contratación de los recursos humanos, las compras, la reparación de los equipos y el mantenimiento de la infraestructura están centralizados en la capital, a cargo de una élite politizada y burocratizada, que se mantiene desconectada de la realidad del hospital y de las necesidades y urgencias de la población. Las quejas de los directores de hospitales son muy frecuentes, dadas las veces que tienen que reiterar la solicitud de una compra o de la reparación urgente y la tardanza en ejecutarse. Por eso, *dado que la mayor prioridad de la población es recuperar la salud, prefiere acudir a los centros privados, a pesar de su costo, carente de prejuicios entre lo público y lo privado*.

La asignación fija a los hospitales genera *grandes frustraciones* a los directores y a los recursos humanos. A pesar del esfuerzo por mejorar

los servicios, los médicos no reciben una adecuada *compensación por su desempeño; todo lo contrario, ganan lo mismo que quienes ni acuden ni trabajan*. Y los directores, tampoco reciben los recursos adicionales necesarios para atender una mayor demanda de insumos, medicamentos y mantenimiento, entre otras necesidades básicas. La asignación fija del presupuesto termina generando impotencia y mediocridad. Y es que, *ni la contratación del personal, ni la asignación de los recursos están orientados a garantizar los derechos de los pacientes*.

Los hospitales de autogestión son más eficientes. Por hospital de autogestión entendemos aquellos centros descentralizados y que disfrutan de autonomía en la toma de decisión durante todo el proceso de producción y entrega de los servicios médicos y de salud. Reciben recursos totales o parciales en proporción directa con la cantidad de servicios prestados, y cuentan con una gerencia técnicamente calificada, con capacidad para *contratar al personal y asignar los recursos en función de la demanda efectiva de la gente*.

En general, los hospitales de autogestión logran una mayor aceptación, en la medida en que se nutren de una combinación basada en asignaciones presupuestarias *más ingresos variables, según los servicios prestados*, tal y como lo establece la Ley 87-01 en su artículo 173. A su vez, el ingreso de los recursos humanos suele incluir *un pago fijo mensual, más incentivos crecientes en función de la dedicación y el desempeño*. Lógicamente, el hecho de que una parte importante de sus ingresos dependa de las preferencias y demandas de los afiliados, constituye un poderoso incentivo a mejorar la calidad y oportunidad de la atención, en un legítimo interés de elevar sus ingresos.

De igual forma, en la medida en que una parte importante de los ingresos recibidos por estos centros hospitalarios dependa del volumen y la calidad de los servicios prestados, en esa misma medida esta modalidad de asignación contribuirá a una merecida compensación por el esfuerzo realizado para elevar y mantener una atención a la

altura de la necesidad y expectativa de la población. Lógicamente, esta combinación induce a centrarse en las necesidades de los pacientes, *estableciendo horarios mucho más extendidos y flexibles con cero interrupciones, con un trato más considerado a los pacientes y familiares, con un suministro continuo de insumos y medicinas, y con un mantenimiento regular de la infraestructura.* Se trata de un círculo virtuoso, donde los médicos y los centros ganan más, en la medida en que atienden mejor a los pacientes. Una autogestión real garantiza una *mayor eficiencia* en la asignación de los recursos: *mayor autoridad* para exigir la dedicación y el rendimiento de los recursos humanos; *mayor flexibilidad* para adaptarse a las necesidades de la población y a los cambios locales; y *mayor compromiso* y acercamiento a los afiliados y a los líderes comunitarios.

A pesar de estas realidades, la falta de compromiso real de garantizar el Derecho Universal a la Salud (DUS), explica por qué cuando se establecen planes de reformas al sistema público de salud, el énfasis fundamental se centra en el “fortalecimiento de la rectoría” del sistema y en mejorar los programas centrales y regionales. De manera implícita, se relega a un plano muy secundario la autonomía real de los hospitales y demás centros de salud, y su capacidad para elevar la calidad y oportunidad de la atención médica a las familias más pobres y vulnerables. *Lamentablemente, la mayoría de las propuestas para el fortalecimiento de la rectoría y la capacidad de conducción, terminan acentuando más la concentración y centralización de las decisiones que corresponden al nivel local.* Con frecuencia, la desconcentración se limita a una mejor distribución geográfica de las unidades, y pocas veces, se orienta a establecer nuevas modalidades de asignación de los recursos y de contratación del personal para propiciar la autonomía real de los hospitales.

Asignación per cápita de los recursos. La falta de información y orientación sobre los fundamentos del Seguro Familiar de Salud

(SFS) explica por qué muchos interlocutores no tienen una idea clara del costo de los servicios que reclaman. Generalmente, estas demandas provienen de los gremios profesionales, de grupos de izquierda y de políticos demagogos, debido a que en la administración pública las decisiones no se toman con arreglo al costo de producción. Recordemos que una de las manifestaciones de la falta de garantía oficial del Derecho Universal a la Salud (DUS) es la ausencia de controles y del cálculo del costo de la entrega de los servicios médicos. Ello anida la tendencia recurrente a demandar lo mejor y lo más completo, con frecuencia perdiendo de vista la odiosa, real e inevitable “limitación de los recursos”.

Esos grupos tampoco tienen conciencia, o no quieren reconocer, que *la ineficiencia e improductividad del modelo curativo vigente bloquean el acceso de las familias más pobres; y además, erosionan la solidaridad social, acentúan el gasto familiar de bolsillo y reducen la calidad de la atención, afectando su eficacia y satisfacción*. Aunque muchos profesionales y políticos suelen denunciar las deficiencias de los hospitales y centros públicos, con frecuencia la atribuyen sólo al predominio de presupuestos insuficientes. Desde luego, se trata de una media verdad, obviando el hecho real de que, independientemente de la limitación presupuestaria, en la administración pública los costos son muy elevados debido a la politización, al clientelismo y a la malversación. *La pérdida entre el 30% y el 40% en los hospitales públicos, a la que se refiere la OMS, es independiente del monto del presupuesto ejecutado.*

Dado que la corrección de estas ineficiencias constituye una condición indispensable para asegurar el derecho universal a la salud de manera incondicional, la Ley dispuso la asignación de los recursos en función de la cantidad de afiliados con que cuente cada Administradora de Riesgos de Salud (ARS), pública y privada. Este mecanismo asegura, por ejemplo, que una ARS con 500,000 afiliados reciba mensualmente el doble de recursos que otra ARS con sólo 250,000.

El objetivo fundamental de la asignación per cápita mensual es garantizar la igualdad y la especialización de los fondos para la compra de los servicios garantizados que demandarán los afiliados. *Se trata de un cambio sin precedentes en relación con la vieja modalidad del gasto en función de una oferta, notablemente divorciada de la demanda de la población.* Con la ventaja adicional de que estimula un trato más considerado a los derechohabientes, ya que los ingresos de cada ARS dependen exclusivamente de la cantidad de afiliados, por lo que la capacidad para conservarlos, así como para ampliarlos, depende del nivel de satisfacción de los usuarios, lo que indiscutiblemente coadyuva al mejoramiento de la calidad y oportunidad de los servicios.

Además, la asignación de una cápita mensual constituye una demostración palpable del Derecho Universal a la Salud (DUS), ya que le asigna a cada ARS la misma cantidad de dinero mensual por cada afiliado, independientemente de su estatus social y nivel de ingreso, sin importar que se trate del más encumbrado gerente o funcionario, o de la más humilde trabajadora de la empresa. Además, con igual derecho al mismo PBS, de los afiliados al régimen contributivo, al subsidiado y al contributivo subsidiado.

Una de las virtudes del nuevo sistema es que ahora los ingresos de las administradoras de riesgos de salud (ARS) no dependen, en absoluto, de su naturaleza pública o privada, ni tampoco del tipo de vinculación e influencia con las esferas políticas, burocráticas y administrativas. En síntesis, la asignación per cápita de los recursos del Seguro Familiar de Salud (SFS) según las preferencias de los afiliados, *constituye un aspecto revolucionario que les transfiere poder de decisión*, de conformidad con los modernos esquemas de aseguramiento y prestación de los servicios de salud.

Los afiliados asignan los recursos según sus preferencias. Esta modalidad de asignación garantiza que los recursos de la seguridad social se orienten según las decisiones de los propios beneficiarios: “*donde van las preferencias de los afiliados, van los recursos de la seguridad social*”. Ello implica un cambio importante en la asignación de los recursos públicos a las instituciones de salud, ya que tradicionalmente los mismos han sido entregados en función de la oferta, es decir, de los intereses políticos y de las presiones gremiales, siempre de espaldas a la demanda real de la población usuaria de los servicios.

En el sector público, todavía esa disociación histórica está vigente, a pesar de su demostrada incapacidad para incentivar a los centros de salud más eficientes y a los recursos humanos con mayor dedicación y desempeño. Su vigencia aún, en franca violación del mandato de la Ley 87-01, penaliza a los hospitales que reciben una mayor demanda de servicios, permitiendo que los proveedores deficientes disfruten de recursos excedentes, debido a la reducción de la demanda en esos hospitales. Y, peor aún, *penaliza fuertemente a los médicos y demás profesionales de la salud que realmente trabajan, recibiendo, sin embargo, iguales salarios, aumentos y pensiones que quienes no cumplen con su contrato laboral.*

En síntesis, la capitación y el derecho familiar a seleccionar al asegurador y proveedor tienden a inducir, de manera espontánea, gradual y generalizada, a los aseguradores y proveedores a ofrecer servicios continuos y de calidad. La asignación per cápita determina que los ingresos de estas entidades dependan básicamente de la cantidad de personas protegidas, en tanto que la libre elección induce a la entrega de servicios oportunos y satisfactorios, so pena de perder su afiliación y ver reducidos sus ingresos regulares.

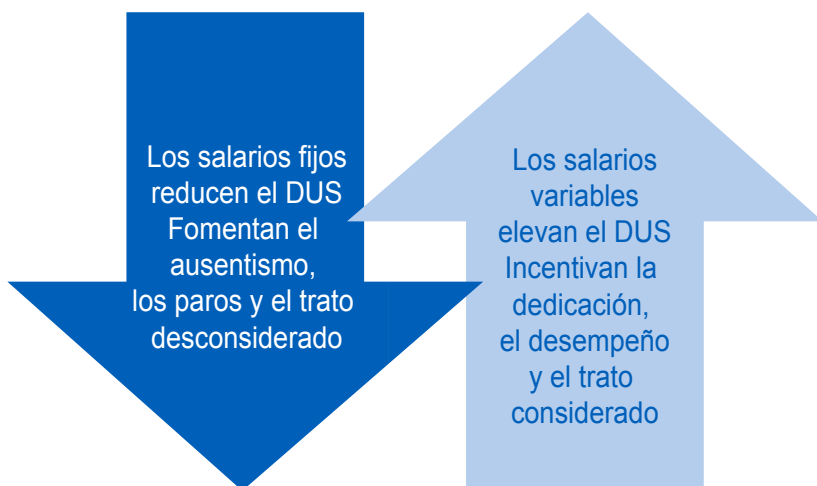
3. Elevar la productividad de los profesionales de la salud

Nueva contratación para elevar la dedicación y la productividad. La eficiencia de los recursos humanos constituye una condición

esencial para maximizar el Derecho Universal a la Salud (DUS). Los médicos, las enfermeras y el resto del personal de salud representan el recurso más importante para alcanzar y fortalecer la capacidad resolutoria de los hospitales y demás centros de salud: 1) porque la atención médica continúa dependiendo del uso intensivo de recursos humanos altamente calificados; 2) porque son los responsables de garantizar la productividad, calidad y calidez de los servicios prestados; y 3) porque concentran la mayor proporción del gasto hospitalario y del costo de producción de los servicios de salud.

Gráfico 11.03

Impacto en el DUS según modalidad de contratación de los RRHH



Sin embargo, la modalidad de contratación tradicionalmente aplicada en el sector público está muy lejos de contribuir a llenar este cometido. La experiencia demuestra, fuera de toda duda razonable,

que el pago de un salario fijo, sin tomar en cuenta, ni vincularlo, a la dedicación, a la productividad y al desempeño, lejos de coadyuvar al objetivo de “en salud, primero la gente”, fomenta el ausentismo, el trato desconsiderado y la falta de compromiso con la calidad y oportunidad de los servicios. Y más aún, provoca un distanciamiento preocupante entre el interés del sistema público de “satisfacer las necesidades de las familias más pobres y vulnerables” y la posibilidad de recibir un retorno adecuado, en términos de servicios médicos satisfactorios y suficientes. Por tales razones, la Ley de Seguridad Social estableció una modalidad mixta de contratación y pago para asegurar un nivel de dedicación y productividad compatible con el Derecho Universal a la Salud (DUS). En efecto, el art. 173 dispuso una contratación basada en un salario fijo básico, más incentivos crecientes por el logro de las metas, niveles de calidad, resultados obtenidos y desempeño.

Dadas la tradición y las condiciones actuales del sistema público de salud, la combinación de salario básico fijo, más incentivos crecientes, de acuerdo con la dedicación y el desempeño, constituye la forma más adecuada para premiar el rendimiento del personal, y al mismo tiempo, inducir a un tratamiento más humanizado y respetuoso de los derechos de los pacientes. No obstante constituir un mandato expreso de la Ley, y a despecho de todas las ventajas que esta combinación le reporta tanto a los recursos humanos, como a los pacientes, todavía se mantiene un sistema de contratación y pago fijo, *con aumentos cíclicos de los salarios de manera uniforme, igualitaria e independiente de la dedicación, de la productividad, del desempeño y de la satisfacción de los pacientes.*

Impacto de la contratación de los RRHH con salarios fijos. Dos décadas después, este gasto sin retorno obstaculiza el acceso regular y oportuno de la población a los servicios de salud como un derecho, sin correspondencia con el principio de “en salud, primero la gente”.

Todo lo contrario, anida el ausentismo, los paros e interrupciones, el trato desconsiderado, la mediocridad y la insatisfacción, relegando al afiliado a una relación subordinada, secundaria y defensiva.

Aquí vale la pena recordar que el estudio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) y Capacity Plus, en el año 2011 en 18 hospitales regionales y provinciales, encontró: 1) que las nóminas estaban muy abultadas, con personal inactivo por largos períodos que no asiste y cobra, y personal que tiene dos trabajos al mismo tiempo; 2) que prácticamente ninguno de los médicos asiste todos los días a su trabajo; 3) que los médicos trabajan, en promedio, 45 % del tiempo; y 4) que no existe supervisión ni sanción a los recursos humanos negligentes.

Los pagos de salarios fijos e iguales, y sin garantía real de retorno en servicios oportunos y de calidad, *constituyen una distracción inaceptable y costosa de los limitados recursos del sistema público de salud*. La falta de registros de asistencia y de rendición de cuenta hace depender de la buena fe el cumplimiento laboral. ¿Cuál es la real garantía del Derecho Universal a la Salud (DUS) de un sistema sanitario, cuyo funcionamiento depende de la libre voluntad y del cumplimiento espontáneo y discrecional de los recursos humanos contratados para garantizarlo?

Estos resultados indican que cerca de la mitad de los profesionales de la salud reciben un salario sin rendir a cambio un servicio aceptable a la población, reduciendo el impacto de los recursos limitados destinados a la población más pobre y vulnerable. *El dispendio abierto de estos recursos multimillonarios se traduce en un aumento más o menos similar al gasto de bolsillo familiar*. Pero, además, revelan que los médicos dedicados y cumplidores están cargando con toda la responsabilidad de la asistencia médica a pesar de ganar lo mismo, lo cual constituye una injusticia y un incentivo perverso contra la dedicación y la superación. Desde el punto de vista del DUS, resulta inadmisibles la existencia de un personal supernumerario que no trabaja y/o que

no aporta lo suficiente, porque ello implica una flagrante violación a la ley General de Salud 42-01, y una denegación del derecho a la protección social, especialmente de las familias más necesitadas.

En estas condiciones, mantenidas durante largas décadas, no hay que extrañar que el país se ubique entre los peores posicionados en los indicadores de salud, lo cual no se corresponde con sus logros alcanzados en el crecimiento económico de las últimas décadas. Como señala la Fundación Plenitud, persiste una baja calidad en la prestación y una pobre valoración de la capacidad resolutive pública.

“La gestión centralizada del sistema público dirigido a la población pobre actúa como un multiplicador de ineficiencias, creando tensiones traumáticas entre las autoridades del sector y los sindicatos de los médicos y de otras profesiones afines. Esto se tradujo en serios problemas de gobernabilidad por décadas..., donde el conflicto se resuelve a través de una negociación. Por esta razón, estos conflictos no tienen carácter circunstancial y tienden a convertirse en crónicos, obedeciendo a una condición estructural del sistema”¹⁹⁵.

Estos resultados indican que cerca de la mitad de los profesionales de la salud reciben un salario sin rendir a cambio un servicio aceptable a la población, reduciendo el impacto de los recursos limitados destinados a la población más pobre y vulnerable. El dispendio abierto de estos recursos multimillonarios se traduce en un aumento más o menos similar al gasto familiar de salud.

¹⁹⁵ Fundación Planitud. (2017). *Salud, visión de futuro: 20 años después*. <https://fundacionplenitud.org/wp-content/uploads/2020/06/Salud-vision-futuro-20-anos-despues.pdf>

La Ley de Seguridad Social previó estas distorsiones. En todas las encuestas y evaluaciones, la mayoría de los pacientes se quejaba de la calidad de la atención de los centros públicos de salud. Y, en contraposición, señalaba que reciben una mejor atención y servicio cuando acuden a una clínica privada. Dado que la gran mayoría de los médicos especialistas trabaja tanto en el sector público como en el privado, queda claro que la explicación de esta diferencia, tanto en el trato como en la dedicación y en la productividad, reside en la modalidad de contratación de los recursos humanos. En la clínica privada, los ingresos dependen directamente de la cantidad de pacientes atendidos, lo cual induce a un tratamiento más considerado y personalizado, sin interrupciones y con horarios más extendidos. En cambio, en el sector público, la garantía de un ingreso fijo y estable a los médicos no estimula la dedicación, ni el desempeño, ni el trato considerado.

A pesar de constituir un mandato legal y de su importancia para reducir la brecha entre lo público y lo privado, el sector público continúa asignando los recursos en la forma tradicional a los hospitales, en contravención del mandato expreso de la Ley 87-01. Mientras la asignación de los recursos responda a las presiones e intereses de los políticos, de los gremios y de los proveedores, de espaldas a las necesidades de la gente, la insatisfacción popular continuará creciendo, acentuando la privatización y el gasto familiar de bolsillo.

En consecuencia, *el pleno ejercicio del derecho universal a los servicios de salud garantizados requiere, necesariamente, la eliminación gradual del tradicional financiamiento a la oferta, así como el establecimiento de modalidades de contratación basadas en la dedicación y el desempeño*. Desde luego, ningún sistema es perfecto, pero resulta obvio que estas nuevas modalidades tienden a reducir las asimetrías en la relación médico-paciente, a disminuir la brecha entre los servicios públicos y privados, y a minimizar el gasto familiar de bolsillo. No obstante, dos décadas después de iniciado el SDSS, estas reformas continúan pendientes de ejecución, a pesar de ser un mandato expreso de la Ley 87-01.

XII. AVANCES, OBSTÁCULOS Y REFORMAS PENDIENTES

El impacto del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en la concreción del Derecho Universal a la Salud (DUS) y en el bienestar familiar, puede medirse desde dos grandes dimensiones: 1) en relación a los avances a partir de la transformación del viejo Seguro Social en un moderno SDSS; y 2) en relación a los logros obtenidos, versus los resultados prometidos y demandados por los dominicanos.

En cuanto a la primera, las evidencias acusan un crecimiento sostenido de la cobertura y del acceso a los servicios de salud. De un seguro social individual y excluyente, con una cobertura de apenas el 5.7%, a un seguro familiar de salud (SFS) que cubre a más del 98.5% de la población, incluyendo a las familias más humildes del país. Pero, sobre la segunda dimensión, los resultados revelan servicios insuficientes, desigualdades e insatisfacciones, con un desequilibrio financiero que acentúa al gasto familiar de bolsillo. Estos resultados son una consecuencia del retraso de dos décadas del inicio de las reformas estructurales dispuestas por la Ley 87-01 y de las distorsiones que obstaculizan el libre acceso a los servicios y prestaciones garantizadas. A continuación, presentamos una síntesis de los resultados obtenidos, de los obstáculos existentes y de las reformas pendientes para el fortalecimiento del Seguro Familiar de Salud (SFS).

1. Avances, limitaciones, obstáculos y retrasos

Crecimiento sostenido de la población afiliada. La cobertura poblacional del Seguro Familiar de Salud (SFS) ya supera el 98.5% en términos nominales, ocupando uno de los primeros lugares de la región. A mayo del 2024, la afiliación totalizó 10,503,076, de una población estimada en 10,774,547. Este aumento constituye un salto cuantitativo muy importante, ya que durante cuatro décadas el Seguro Social apenas logró afiliarse al 5.7% de la población total, siendo uno de los más limitados y atrasados de América Latina. Al final del 2020, las nuevas autoridades afiliaron al Régimen Subsidiado (RS) del SENA-SA a dos millones de dominicanos, la mayoría en situación de precariedad económica, social y sanitaria, incluyendo a una parte de los trabajadores por cuenta propia.

Cuadro 12.01

Cantidad de afiliados al SFS del Régimen Contributivo

Años	Titulares	Dependientes	Adicionales	Totales
2008	966,146	707,328	18,785	1,692,250
2010	1,152,861	1,140,803	70,419	2,364,083
2015	1,513,634	1,649,407	176,797	3,339,838
2020	1,847,991	2,140,541	226,371	4,214,903
2023	2,097,791	2,226,907	252,370	4,577,068
2024 mayo	2,113,664	2,241,052	254,461	4,609,177

Fuente: SISALRIL, CNSS, agosto 2024

De acuerdo con los boletines del CNSS¹⁹⁶, al inicio del SFS del Régimen Contributivo en diciembre 2008, los afiliados eran 1,692,250 del Régimen Contributivo, más 1,224,643 del subsidiado, para un total de 2,916,902. A mayo del 2024, 16 años después,

¹⁹⁶ CNSS. (2024). *Boletines mensuales*, junio 2024

los afiliados llegaron a 10,503,076, el contributivo con 4,609,177 y el subsidiado con 5,783,169. Vale la pena señalar que, mientras al inicio los afiliados de bajos ingresos (subsidiados) sólo representaron el 41.9% del conjunto, en la actualidad éstos equivalen al 55.1 % del total, un claro indicador del contenido social solidario del SFS. Al corte de mayo del 2023, los titulares eran 2,113,664 (48.5 %) y 2,241,052 (51.5 %) los dependientes directos, para una relación de 106 dependientes por cada 100 titulares del Régimen Contributivo.

Los afiliados al SFS del Régimen Contributivo han crecido de 1,692,250 en diciembre del 2008 a 4,609,177 a mayo del 2024, es decir, en un 272.4%, incluyendo a los afiliados dependientes adicionales que comprenden a los padres, suegros e hijos mayores de 21 años, los cuales se elevaron de sólo 18,785 en 2008, a 254,461 en el mismo período¹⁹⁷.

Cuadro 12.02
***Cantidad de afiliados al SFS del Régimen Subsidiado,
2008-2024***

Años	Total	Masculino	Femenino
2008	1,224,643	545,438	679,205
2010	2,013,786	904,636	1,109,150
2015	3,317,405	1,572,793	1,704,612
2020	5,746,839	2,853,424	2,893,415
2023	5,690,186	2,824,789	2,865,397
2024 mayo	5,783,169	2,874,475	2,908,694

Fuente: SISALRIL/CNSS abril 2024

Por su parte, la afiliación al Régimen Subsidiado creció un 464.6%, al pasar de 1,224,643 al 2008 a 5,783,169 al 2024. Los hombres

¹⁹⁷ Ibidem

registran el mayor crecimiento con un 517.9%, en tanto que las mujeres lo hicieron en el 421.9%. Entre el 2007 y el 2019, el régimen contributivo concentró la mayor afiliación, tanto en titulares como en dependientes. Sin embargo, la situación cambió con la señalada afiliación masiva a finales del 2020 como parte de la lucha contra el COVID-19. De igual forma, durante la mayor parte del tiempo el régimen contributivo aventajó en afiliación a los hombres, relación que ha tendido a nivelarse. En sentido general, este proceso ha cumplido con el objetivo de propiciar la igualdad de género en la afiliación de titulares y dependientes del Régimen Subsidiado (RS)¹⁹⁸, mientras en el Régimen Contributivo la afiliación resulta un tanto a la inversa, por razones laborales.

Cuadro 12.03

Cantidad de afiliados contributivos por tamaño del empleador

Tamaño	Cantidad de afiliados	Salario promedio RD\$	Cantidad de empleadores	Afiliados/ empleador
Hasta 10 empleados	287,436	20,837	76,042	3.58
De 11 a 50 empleados	379,250	27,705	18,042	21.0
De 51 a 150 empleados	221,653	36,769	2,760	80.3
Más de 150 empleados	1,413,278	40,004	1,564	903.6
Total	2,301,617	35,272	100,408	221.1

Fuente: TSS, abril 2024

De acuerdo a la TSS, 287,436 trabajadores son reportados por 76,042 pequeños empleadores, para un promedio de 3.4 trabajadores, mientras que en el otro extremo 1,413,278 afiliados están concentrados en sólo 1,564 empleadores, a razón de 903.6 cotizantes per cápita, la gran mayoría perteneciente a las instituciones

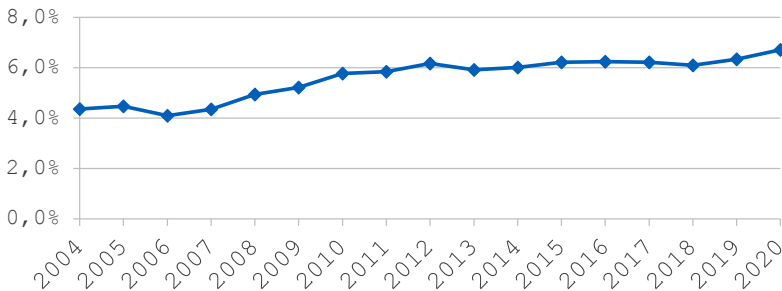
¹⁹⁸ CNSS, (2021). *Segundo boletín trimestral*, junio 2021

públicas. Los empleadores privados representan el 99.4% y los públicos sólo el 0.6%.

Incremento del gasto total en salud como % del PIB. El gasto nacional en salud ha experimentado un importante crecimiento absoluto y con relación al producto interno bruto (PIB), gracias al carácter obligatorio y universal de la afiliación y del financiamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Este resultado se explica por el incremento progresivo de la cantidad de afiliados titulares y dependientes, tanto del régimen contributivo como del subsidiado.

Gráfico 12.01

Porcentaje del gasto total en salud como % del PIB



Durante largas décadas, el gasto nacional en salud apenas se situó alrededor del 4.2 % del PIB, con tendencia al estancamiento, a pesar del crecimiento sostenido de la economía dominicana. Pero con el inicio del Seguro Familiar de Salud (SFS), y especialmente del régimen contributivo, el gasto ha crecido de manera sostenida, superando por primera vez el umbral del 6.0 % del PIB en el 2012, con aumentos ligeros durante los años siguientes, como indica el gráfico 12.01. No obstante, todavía el país no se acerca al porcentaje que registran otras naciones de América Latina con crecimiento económico similar.

Lamentablemente, al cierre de esta edición, no existía información actualizada sobre la magnitud del gasto nacional en salud.

Cuadro 12.04

***Ingresos y egresos SFS regímenes Contributivo y Subsidiado
Diciembre 2008-marzo 2024, en millones RD\$***

Conceptos	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Balance acumulado
Ingresos	1,522,952.0	139,527.8	1,684,051.1
Egresos	1,533,836.6	146,323.6	1,690,176.0
Saldo acumulado	(10,884.6)	(6,795.6)	(6,124.9)

Fuente: CNSS, primer Boletín Trimestral, junio 2024

Los ingresos acumulados del SFS entre el 2008 y el marzo del 2024, ascendieron a RD\$ 1,684,051.1 millones de pesos, de los cuales RD\$ 1,522,952.0 correspondieron al régimen Contributivo (90.5%) y RD\$ 139,527.8 al Subsidiado (8.2%) millones de pesos, más otros ingresos por RD\$ 21,571.3 millones (1.3%). En cambio, los pagos del SFS totalizaron RD\$ 1,690,176.0 millones de pesos, de los cuales RD\$ 1,533,838.6 millones (90.8%) se concentraron en el régimen contributivo y RD\$ 146,323.6 millones (8.7%), en el régimen subsidiado, con RD\$ 10,013.8 millones (0.6%) por pagos a los pensionados, ver cuadro 12.04. Obsérvese la enorme diferencia entre ambos regímenes a pesar de que, como vimos, el subsidiado supera al contributivo en afiliados. En cuanto a las cotizaciones al régimen contributivo, incluyendo los intereses, los trabajadores aportaron el 28.5%, en tanto que los empleadores, incluyendo al Estado como tal, cargaron con el 71.5%.

Lenta evolución de la cápita mensual del régimen subsidiado. La Ley 87-01 dispone la entrega a la TSS de todos los fondos de la Seguridad Social, a fin de que ésta los asigne a las ARS de acuerdo a la cápita y a la cantidad de afiliados. Como ya se explicó en el capítulo anterior,

en el caso del régimen subsidiado, *el gobierno debe entregar la cápita completa a la TSS y ésta, a su vez, transferirla al SENASA*, para pagar a los hospitales en función de los servicios prestados, garantizando así la asignación de los recursos de acuerdo a las necesidades de la población. Este es el procedimiento exacto que aplica el propio gobierno en el régimen contributivo, entregando a la TSS las cotizaciones correspondientes a los servidores públicos.

No obstante, contraviniendo a la Ley 87-01 y el propio procedimiento utilizado con los empleados públicos, en el régimen subsidiado, *el gobierno solo le entrega a la TSS una cápita de RD\$ 259.43 pesos mensuales para las familias más pobres y vulnerables afiliadas*. Esta cápita apenas representa el 15.4 % de la cápita del régimen contributivo ascendente a 1,683.22, a pesar de que el Plan Básico de Salud (PBS) es único e idéntico para todos los afiliados, independientemente del régimen financiero al que pertenezcan, de su situación económica y del estado de salud de los afiliados.

El presupuesto mensual dedicado a los afiliados subsidiados es entregado directamente al Servicio Nacional de Salud (SNS), entidad que administra todos los hospitales y demás centros públicos de salud. *Se trata de una distorsión muy lamentable*, ya que, como señalamos, la Ley dispone la entrega al SENASA y el pago a los centros de salud (PSS) de acuerdo a los resultados obtenidos. La experiencia pública demuestra que *la entrega de dichos recursos directamente a los hospitales no se realiza en función de los servicios prestados a los afiliados, denegando sus legítimos derechos*. En la práctica, esta modalidad nunca ha garantizado la prestación oportuna y regular de los servicios, ya que *más que atender a las necesidades de los afiliados, responde a los intereses y presiones políticas, gremiales y comerciales*.

Como se señaló en el capítulo XI, los presupuestos fijos, basados en asignaciones históricas, e independientes del desempeño y de los servicios prestados, nunca han garantizado un buen servicio, ya que fomentan nóminas hipertrofiadas, horarios limitados, ausentismo,

paros y huelgas, carencias de medicinas e insumos y descuidos de los equipos y de la planta física. En cambio, la asignación de los recursos a través del SENASA y el pago a los hospitales de acuerdo a los servicios prestados asegura el Derecho Universal a la Salud (DUS), incentivando adecuadamente a los hospitales y al personal más eficiente y dedicado a continuar sirviendo de manera eficiente, oportuna y humanizada, cada vez a más afiliados satisfechos.

Cuadro 12.05

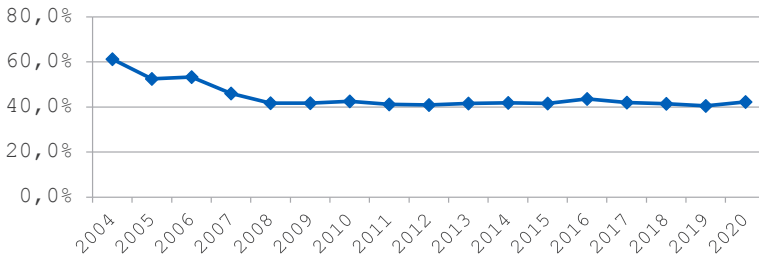
Cápita mensual contributiva y subsidiada

Años	Cápita PBS Contributivo	Cápita PBS Subsidiado	Subsidiado Contributivo
2010	612.37	142.53	23.3%
2015	755.53	187.04	24.8%
2020	916.79	233.52	25.5%
2021	1,337.81	233.52	17.5%
2023	1,683.22	259.43	15.4%
2024	1,683.22	259.43	15.4%

Fuente: Boletín CNSS, Boletín SENASA, 2021-2024

Insuficiente participación del gasto público en salud. Durante las últimas dos décadas, el gasto público en salud se ha mantenido rezagado en relación con el rápido crecimiento de la economía nacional. Si bien creció entre el 2004 y el 2008 a consecuencia del inicio del régimen Contributivo, a partir de entonces acusa un estancamiento relativo, muy preocupante por su impacto negativo en la solidaridad y equidad social. Este gasto público insuficiente, agravado por una asignación y una gestión notoriamente ineficientes, como se señaló en el Capítulo XI, está generando un elevado gasto familiar de bolsillo, al obligar a la población, incluyendo a una buena parte de las familias más pobres y vulnerables, a acudir a los centros privados en procura de una mejor atención y servicios médicos oportunos.

Gráfico 12.02
Porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total



Como promedio, el presupuesto público para salud ha fluctuado alrededor del 2.3 % del PIB, dentro del cual apenas el 1.7 % se destina al cuidado de la salud de las personas. De acuerdo con los últimos estimados disponibles, el gasto familiar de bolsillo rivaliza con el monto de dicho presupuesto, el cual dista mucho del 5.0% del PIB que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que establece la Estrategia Nacional de Desarrollo (END).

Un desequilibrio financiero que erosiona el derecho universal a la salud. Como ya hemos señalado en varias ocasiones, el equilibrio financiero del PBS constituye la condición sine qua non del ejercicio regular e incondicional del Derecho Universal a la Salud (DUS). En consecuencia, su garantía real depende de la necesaria correspondencia entre el nivel de los recursos disponibles y el costo de los servicios de salud garantizados. Además, ha quedado claro que cualquier desequilibrio entre ambos, inevitablemente terminará erosionando el DUS, ya sea reduciendo la cantidad y/o la calidad de los servicios, o incrementando el gasto familiar de bolsillo.

Como muestra el gráfico 12-02, antes del inicio del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) el gasto de bolsillo superaba con creces el gasto público en salud, rondando el 62% del total. A

partir de septiembre del 2007, con el inicio del régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS), el gasto privado familiar descendió al 43 % del gasto nacional en Salud. Sin embargo, desde entonces el mismo *no ha reducido su peso específico, a pesar del crecimiento sostenido de la población afiliada al SFS*. El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) aprobó el Plan de Servicios de Salud (PDSS), suplantando, de manera indefinida, al Plan Básico de Salud (PBS) consagrado en el Art. 129 de la Ley 87-01. El PDSS incluye copagos generalizados al margen del SDSS, los cuales, a pesar de su carácter provisional, todavía permanecen vigentes y creciendo.

Es oportuno resaltar la *inconsistencia existente entre el logro de una cobertura del 98.5% de la población total y la permanencia de un gasto de bolsillo de alrededor del 43%*, cuando precisamente uno de los objetivos de la Ley 87-01 es reducirlo a su mínima expresión. Hace varios años que no se calcula el gasto familiar de bolsillo, pero cualquiera que sea el monto final, estos resultados revelan un preocupante desequilibrio financiero del PDSS, cuyo costo recae, íntegramente, sobre los trabajadores asalariados, incluyendo a los afiliados de menores ingresos. Este costo oneroso constituye una inevitable consecuencia de la vigencia de un modelo de atención puramente curativo, costoso y excluyente, agravado por la postergación del inicio del primer nivel de atención basado en la estrategia de atención primaria de salud.

Reducción relativa y absoluta de las reservas del PBS/SFS. En los últimos años, se registra una reducción absoluta y relativa de las reservas financieras del PBS, un margen de holgura necesario para atender cualquier contingencia imprevista, tanto a mediano como a largo plazo. Los especialistas en seguridad social expresan gran preocupación por sus consecuencias negativas sobre la garantía del Derecho Universal a la Salud (DUS). A mayo del 2024, dichas reservas presentaron su nivel más bajo durante prácticamente todo el período, con un saldo de RD\$ 2,464,728,638 pesos, un monto muy inferior al registrado al final del

2018, e incluso, por debajo del disponible al final del 2015, hace ya 8 años. Y este saldo es preocupante porque debería registrar una tendencia creciente en la medida en que el régimen contributivo va creciendo en afiliados y en el monto de las operaciones anuales totales.

Cuadro 12.06

Reservas técnicas de la Cuenta Cuidado de la Salud de las Personas, 2015-2024

Años	Monto en RD\$
2015	6,309,916,715
2018	7,378,933,471
2023	4,863,699,281
2024 mayo	2,464,728,638

Fuente: CNSS, TSS, mayo 2024

No hay que ser un experto para comprender que cualquier acuerdo que genere un costo adicional recurrente sin identificar su financiamiento, acentuaría el desequilibrio existente, lo cual obligaría: 1) a eliminar o denegar servicios de salud esenciales; 2) a reducir la calidad y oportunidad de la atención; 3) a elevar aún más el gasto familiar de bolsillo; y 4) a aumentar la cotización mensual de los trabajadores y empleadores. Es necesario tomar conciencia de que, dos décadas después, el Seguro Familiar de Salud (SFS) se encuentra en un punto de inflexión, debido a que todavía se mantiene vigente el viejo modelo de atención mercantilizado, curativo, costoso y excluyente. En consecuencia, como ya hemos señalado en múltiples ocasiones, en las actuales condiciones, la atención primaria de salud constituye la forma viable y equilibrada, capaz de elevar los indicadores sanitarios, de agregar más servicios al PBS y de aumentar las tarifas especializadas.

Distorsión en la asignación de los fondos del PBS. El desequilibrio financiero del PBS se acentúa *debido a la asignación indebida e ilegal*

de una parte importante del fondo para el cuidado de la salud de las personas. El CNSS autorizó la utilización de estos recursos para cubrir el costo de la asistencia médica por los accidentes de tránsito. A marzo del 2024, por este concepto se habían erogado RD\$ 14,676.1 millones de pesos, los cuales debieron dedicarse a ampliar los servicios del PBS¹⁹⁹. Esta decisión contraviene, tanto la letra como el espíritu, de la Ley 87-01, la cual en su Art. 119 señala claramente que el Seguro Familiar de Salud (SFS) “*no comprende los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, ni de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, los cuales están cubiertos por la Ley 4177 sobre Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor, y por el Seguro de Riesgos Laborales, establecido por la presente Ley*”, en los artículos 185 y siguientes. *Además, esta disposición violenta el principio de la separación de los fondos de la seguridad social.*

La razón de esta exclusión obedece al principio de que el costo de la atención médica por accidentes de tránsito debe corresponder a los causantes del daño y nunca a los trabajadores asalariados. La no aplicación de este principio alienta la irresponsabilidad de los conductores de vehículos de motor, contribuyendo a mantener al país con la más alta tasa de muertes por accidentes de tránsito del mundo.

Creación y funcionamiento del SENASA. Indudablemente, uno de los mayores logros durante estas dos décadas del SDSS ha sido la creación y el funcionamiento del Seguro Nacional de Salud (SENASA), una ARS pública con personería jurídica y patrimonio propio. En interés de preservar y fomentar la participación pública en la administración del riesgo de salud, la Ley 87-01 le concedió el privilegio de operar legal y simultáneamente en los tres regímenes de financiamiento:

¹⁹⁹ CNSS. (2023). Ver los Boletines Mensuales del CNSS, 2015-2024.

- a) **En el régimen contributivo**, compitiendo en igualdad de condiciones con las ARS privadas y autoadministradas.
- b) **En el régimen subsidiado**, con la afiliación exclusiva de las familias más pobres y vulnerables, con financiamiento directo del Estado, y
- c) **En el régimen contributivo subsidiado**, con la afiliación exclusiva de los trabajadores por cuenta propia, un régimen aún pendiente de ejecución.

El SENASA opera mediante la separación de los fondos para cada uno de estos tres regímenes. Los afiliados subsidiados están obligados a demandar los servicios públicos, con derecho a ser referidos a los centros privados contratados, solo en los casos de ausencia de la atención pública. En el contributivo, buena parte de su éxito se debe a que, tanto el acceso incondicional a los servicios garantizados por el PBS, como la libre elección de los afiliados, requieren de un personal calificado y de decisiones oportunas, al margen del clientelismo y del afán de lucro público. A diferencia del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), el SENASA cuenta con una organización funcional y dinámica, dotada de personal calificado, utilizando una plataforma tecnológica de alta generación que le ha permitido llenar, en un ambiente competitivo, el cometido para el cual fue creado.

Estancamiento del equilibrio entre lo público y lo privado. El PLANDES 2030 reveló que “El 55.0% de las personas entrevistadas indicaron estar poco satisfechas, muy poco satisfechas o nada satisfechas con la calidad de los servicios públicos. En el caso de los servicios privados fue lo opuesto; el 55.0% dijo estar muy satisfecho o satisfecho con la calidad de los servicios”. A esa misma conclusión había llegado la Fundación Juan Bosch al afirmar que, “si en 2015 las ARS en el régimen contributivo destinaban el 87.5% de sus pagos a los prestadores privados de salud, en 2019 destinaron el 92.9%; en

La gran mayoría de los millones de afiliados al régimen Contributivo, incluyendo a los contributivos del SENASA, acude al sector privado porque allí no existen interrupciones, el trato es más personalizado y la jornada diaria de los especialistas es mucho más amplia, segura y personalizada.

consecuencia, la proporción de los pagos a los prestadores públicos bajó aún más, del 12.5% al 7.1% en el mismo lapso²⁰⁰. No obstante, a pesar de todos los esfuerzos realizados, no ha sido posible actualizar estos resultados.

Uno de los objetivos vitales de la Ley 87-01 es propiciar el equilibrio entre lo público y lo privado para garantizar el Derecho Universal a la Salud (DUS), minimizando el gasto familiar de bolsillo. Para ello, dispuso cambios estructurales para elevar la eficiencia, calidad y oportunidad de los servicios públicos. Tratándose de un derecho humano esencial, vital, establecido mediante un sistema

de protección social universal y obligatorio, es necesario *evitar a toda costa que el acceso al cuidado de la salud esté condicionado o bloqueado por el predominio del ánimo de lucro de los administradores y proveedores privados*. Pero, además, y como una contrapartida absolutamente necesaria, también evitando que las instituciones públicas continúen siendo politizadas, burocratizadas y permeadas por la corrupción y la impunidad.

Dos décadas después, todavía el país no dispone de un estudio oficial sobre la evolución de la participación pública y privada en la administración del riesgo y en la provisión de los servicios y prestaciones del Seguro Familiar de Salud (SFS), que arroje luz sobre el estado actual de esta importante relación.

²⁰⁰ Fundación Juan Bosch. (2020). *Crisis en el País, Ganancias en las AFP y las ARS, noviembre 2020*.

Lamentablemente, contrario al interés de la población y de la Ley 87-01, todavía el sector público de salud arrastra las deficiencias, limitaciones y discontinuidades que tradicionalmente han inclinado, de manera notoria, la balanza hacia la medicina privada. *La gran mayoría de los millones de afiliados al régimen contributivo, incluyendo a los contributivos del SENASA, acude al sector privado porque allí no existen interrupciones, el trato es más personalizado y la jornada diaria de los especialistas es mucho más amplia, segura y personalizada.* No es posible ocultar la falta de voluntad política del Estado, tomando en cuenta la ausencia de cambios estructurales importantes en el área de la salud pública, *luego de 10 períodos gubernamentales y de siete presidentes, post Trujillo, correspondientes a los tres partidos políticos más importantes.*

Como señala el PLANDES 2030, “Los grandes ganadores de la gran reforma que significó la entrada en vigencia del SFS son proveedores privados, lo cual debe tenerse en cuenta para posibles negociaciones conducentes a la redistribución de financiamientos actuales y futuros, destinados a la ampliación de la cobertura y del impacto de la atención primaria”²⁰¹.

Por fin, en julio del año 2015 se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS), mediante la Ley 123-15, como una entidad pública, provista de personalidad jurídica, con autonomía administrativa, financiera y técnica y patrimonio propio. Con esta separación, el Ministerio de Salud Pública continúa con la rectoría, conducción y regulación sanitaria; con la supervisión de los servicios públicos y privados, y con la planificación y ejecución de los programas de salud colectiva.

Mortalidad materna y nivel socioeconómico. En 2023, el Servicio Nacional de Salud (SNS) registró una mortalidad materna de 143 por cada 100,000 nacimientos vivos, con importantes disparidades en relación a la zona fronteriza. El informe reconoce que la República

²⁰¹ MISPAS. (2023). *Plan Estratégico Nacional en Salud (PLANDES 2030)*, pág. 220

Dominicana se encuentra entre los 12 países con mayores tasas de mortalidad materna, por encima del promedio de la región. No obstante, el SNS indica que la mortalidad materna registra una tendencia a la baja²⁰².

La incidencia de la tasa de mortalidad materna resulta 2.2 veces mayor en las provincias más deprimidas. Además, es más elevada donde existe una mayor concentración de pacientes de otras nacionalidades: haitianos, venezolanos, argentinos y asiáticos, entre otros. Las autoridades estiman que entre un 26 % y un 30 % del presupuesto público de salud es destinado a la atención de estas pacientes por razones humanitarias.

Incumplimiento de los artículos de la Ley 87-01. Vale la pena señalar el incumplimiento total o parcial de importantes artículos de la Ley 87-01 que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), una muy lamentable situación que ralentiza el proceso y debilita la debilidad institucional del país:

- a) **El párrafo del art. 143**, el cual dispone que “los subsidios mensuales a las instituciones prestadoras de servicios de salud se transformen en una compra de servicios para pacientes del régimen Subsidiado y del Contributivo Subsidiado.
- b) **El art. 172 de la Ley 87-01**, que ordena a la SISALRIL regular las condiciones mínimas de los contratos entre las ARS y las PSS, “propiciando formas de contratación bajo la modalidad de riesgos compartidos, en interés de fomentar relaciones mutuamente satisfactorias”.

²⁰² MISPAS (2024). *Indicadores de mortalidad materna siguen con tendencia a la baja*. <https://presidencia.gob.do/noticias/mispas-indicadores-de-mortalidad-materna-siguen-con-tendencia-la-baja>

- c) **El art. 173 de la Ley 87-01**, dispone que la SISALRIL promueva y regule la contratación de los profesionales de la salud, basada en un sueldo fijo básico, más incentivos por el logro de metas, niveles de calidad, resultados obtenidos y desempeño dentro de los estándares establecidos.
- d) **El párrafo II del art. 173²⁰³** establece que las tarifas mínimas de los honorarios profesionales serán establecidas y revisadas anualmente por un Comité Nacional de Honorarios Profesionales.
- e) **El párrafo II del art. 140**, que le ordena al CNSS establecer el aporte porcentual al SFS de los pensionados y jubilados de los regímenes Contributivo y Contributivo Subsidiado, de acuerdo a su condición social y económica, procurando la mayor solidaridad social posible.

2. Propuestas para elevar la calidad del cuidado de la salud

Aprobar y ejecutar un PBS integral, equilibrado y sostenible. Aunque, de acuerdo con la Ley 87-01, el Plan Básico de Salud (PBS) constituye la columna vertebral del Seguro Familiar de Salud (SFS), 23 años después todavía no ha sido implementado, siendo suplantado por un Plan de Servicios de Salud (PDSS), mutilado, tradicional y con copagos generalizados y coberturas limitadas.

Como se sabe, el inicio del SFS del Régimen Contributivo fue postpuesto en 7 ocasiones por desacuerdos sobre el costo del PBS y la cápita mensual, debido a la ausencia de información confiable sobre las frecuencias, precios y tarifas a nivel nacional. Las estadísticas oficiales eran bastante imprecisas, mientras que las informaciones privadas eran muy variadas, incompletas y carentes de validación oficial.

²⁰³ En diversas ocasiones la SISALRIL ha convocado a dicho Comité sin que se haya podido avanzar lo suficiente para obtener los resultados esperados.

Para resolver este impasse que duró más de cinco años, sugerimos y luego se acordó iniciar el SFS utilizando un Plan Básico de Salud Provisional (PBSP) durante dos años, con algunos copagos, a fin de dar tiempo suficiente para recabar y acumular información representativa a nivel nacional. A pesar de haberse superado con creces las limitaciones iniciales, se mantiene el PDSS y el PBS continúa sin aplicación.

Establecer el primer nivel y aplicar la estrategia de atención primaria. La organización funcional de la red nacional de servicios y la estrategia de atención primaria constituyen los prerrequisitos más importantes para asegurar el equilibrio, la sostenibilidad y la extensión del Seguro Familiar de Salud (SFS). El art. 152 de la Ley 87-01 establece el primer nivel de atención (PNA) *como la puerta de entrada a la red nacional de salud*, basado en una estrategia de atención primaria de salud (APS) al alcance de todos, centrada en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades.

Esta reforma incluye: chequeos periódicos para mantener la salud y prevenir a tiempo cualquier complicación evitable, visitas domiciliarias a pacientes impedidos y seguimiento regular de los enfermos crónicos, todo sin copagos por las consultas, análisis, y medicamentos. Estas unidades de salud estarán cercanas a la población, lo que facilitará su acceso, reducirá el tiempo de espera y descongestionará los grandes centros de salud, públicos y privados. Además, reducirán el costo general, permitiendo: 1) eliminar los copagos ilegales e innecesarios; 2) agregar más servicios demandados por los afiliados; 3) extender los años de vida saludables; y 4) elevar las tarifas y honorarios de los servicios especializados del segundo y tercer nivel de atención.

Asignar los recursos públicos para garantizar derechos. La asignación de los recursos de acuerdo con las necesidades de los afiliados se corresponde con el compromiso de asegurar el Derecho Universal a la Salud (DUS), con acceso incondicional a los servicios garantizados. Como ya hemos señalado, en la asignación al subsidiado todavía

existen trabas, distorsiones y violaciones que reducen su impacto social. Con el desmonte gradual del presupuesto histórico no solo se cumpliría con una disposición de la Ley 87-01, sino que, además, se generaría una sinergia ganar-ganar. Los afiliados recibirán una atención más oportuna, integral, continua y personalizada, en tanto que el personal de salud percibirá más ingresos directamente vinculados a su dedicación, a la eficiencia y al trato considerado a los pacientes.

Vale la pena reiterar que, salvo excepciones, los presupuestos históricos arrojan costos muy elevados debido al exceso de personal, al ausentismo, al clientelismo y a la improvisación y malversación, factores que erosionan el avance hacia el DUS. La urgencia e impacto de la nueva asignación de los recursos queda evidenciada por el hecho de que, solo *con el 80 % del presupuesto anual del SNS, es posible triplicar la entrega de atención médica* a favor de las familias más pobres y vulnerables, reduciendo, sensiblemente, el gasto familiar de bolsillo.

Contratar a los RRHH incentivando la dedicación y el desempeño. El propósito del nuevo modelo de contratación de los recursos humanos es elevar la calidad y oportunidad de los servicios públicos, *en interés de reducir la privatización de la salud y el gasto familiar de bolsillo*. Como ya señalamos, el Art. 173 de la Ley 87-01 dispone una contratación basada en un salario base fijo, más ingresos variables en función de la dedicación y el desempeño, con la finalidad de elevar la productividad, calidad y oportunidad de los servicios públicos.

Ha quedado ampliamente demostrado que el pago fijo y uniforme del salario en nada contribuye a elevar la eficiencia en el uso de los recursos. La situación es crítica porque, aparte de una jornada de sólo cuatro horas, los estudios citados demuestran que la misma sólo se cumple en un 45% como promedio. La ausencia de pagos según el desempeño, la falta de supervisión de los recursos humanos y de sanciones por negligencias, los altos niveles de ausentismo y la ausencia de controles de la asistencia explican la insatisfacción generalizada de

los pacientes, debido a una calidad insuficiente y a las largas horas de espera, muchas veces de hasta cinco horas, para las consultas ambulatorias. Lamentablemente, esta situación no ha cambiado y posiblemente ha empeorado con el tiempo.

La contratación de los RRHH con amplios incentivos a la dedicación, como plantea el art. 173 de la Ley 87-01, *no solo triplicaría la cantidad de servicios públicos prestados a la población más pobre sino, además, al menos duplicaría los ingresos que recibirían los médicos dedicados y productivos, así como el resto del personal de salud*. Sería un acto de justicia sin precedente, porque sobre este personal dedicado actualmente recae todo el peso del trabajo de miles y miles de médicos que cobran sin rendir ninguna labor, y hasta reciben aumentos y pensiones iguales. Este cambio, unido a la aplicación del nuevo modelo de asignación de los recursos, no sólo beneficiaría notablemente al personal de salud, sino también a millones de afiliados obligados a acudir al sector privado, incurriendo en un elevado gasto familiar de bolsillo que les impide salir de la pobreza.

Afiliar a los trabajadores autónomos. Los trabajadores por cuenta propia representan el 57 % de la población económicamente activa (PEA) del país y tienen características económicas, laborales y organizativas diferentes a los asalariados, y a la población más pobre y vulnerable. Por tal motivo, la Ley creó el Régimen Contributivo Subsidiado (RCS), financiado con un aporte de los trabajadores, y complementado con un subsidio gubernamental inverso al nivel del ingreso promedio de cada segmento de los autónomos. Ante la novedad de este régimen y la incertidumbre sobre su costo fiscal, se ordenaron tres estudios independientes, los cuales confirmaron la viabilidad técnica y financiera del RCS.

De acuerdo con el Lic. Rosa, Chanel. (2009).²⁰⁴, sin lugar a duda, “El inicio del Régimen Contributivo Subsidiado (RCS) constituye uno de los principales desafíos del actual Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), ya que, para lograr una ampliación efectiva de la cobertura y disminuir el gasto de bolsillo de la población, es fundamental la protección en materia de salud de los grupos de la economía informal. Podríamos concluir que el porcentaje de la población dominicana que estaría afiliada a este régimen estaría entre un 30% y 35%. En ese sentido, y visto que no basta la obligatoriedad legal, se hace necesario el diseño de opciones novedosas que resulten atractivas para esta parte de la población”.

No obstante, lejos de realizar un esfuerzo creativo para viabilizar la puesta en marcha del RCS, algunos técnicos y autoridades propusieron eliminar el régimen contributivo subsidiado e incorporar esa población a uno de los dos regímenes restantes. Ese proyecto de ley fue rechazado por amplios sectores, incluyendo al empresariado, siendo desestimado. Lamentablemente, las autoridades nacionales y el CNSS optaron por afiliar a los trabajadores por cuenta propia al régimen subsidiado del SENASA, obligándolos a acudir a servicios públicos considerados de baja calidad, incompletos y poco oportunos. Su afiliación al subsidiado los priva de cotizar y ahorrar para su retiro durante la vejez, a pesar de que el 70% tiene capacidad contributiva, de acuerdo con las encuestas de mano de obra del Banco Central. Y, además, el país pierde la posibilidad de avanzar gradualmente hacia la formalidad laboral de este gran contingente de trabajadores.

²⁰⁴ PUCMM, Friedrich Ebert Stiftung. (2009). *El Nuevo Modelo de Salud: Inicios, Rutas y Dificultades*. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribel08002.pdf>

Crear el FONAMAT. La Ley 87-01 excluyó del Plan Básico de Salud a los tratamientos médicos a consecuencia de los accidentes de tránsito y dispuso la creación del Fondo Nacional de Atención Médica por Accidentes de Tránsito (FONAMAT), considerando que este costo no deben pagarlo los trabajadores, sino los causantes del daño. No obstante, a pesar de la prohibición expresa del art. 119, el CNSS decidió cubrir su costo con cargo al fondo para la atención a las personas, recursos destinados exclusivamente a financiar el PBS. Urge crear el FONAMAT, a fin de liberar recursos millonarios indebidamente asignados, para destinarlos a ampliar la cobertura de los servicios demandados por la población.

Reducir gradualmente los copagos al margen de la ley. Los copagos al margen de la Ley 87-01 penalizan injustamente a las familias más pobres y vulnerables, ya que se aplican de manera uniforme e independientemente del nivel de ingreso de los pacientes, afectando sensiblemente al principio de solidaridad social, y surtiendo el mismo efecto que un impuesto regresivo. Atendiendo a que la OMS los considera como una barrera inaceptable al libre acceso a los servicios esenciales de salud, la Ley de Seguridad Social sólo establece un copago el cual corresponde al 30%²⁰⁵ del consumo de los medicamentos ambulatorios autorizados.

Los copagos por honorarios médicos son los más críticos y negativos porque son establecidos unilateralmente, carecen de límites, se cobran de manera informal y pueden ser elevados en cualquier momento, sin previo aviso ni autorización. En primera instancia, lo más justo y racional sería establecer un tope por consulta, eliminando cualquier cobro adicional por la visita complementaria para entregar los resultados de los análisis dentro de los próximos 15 días a partir de la consulta. Además, una vez establecido el primer nivel de atención, elevar las

²⁰⁵ CNSS (2001). Ver el art. 130, Ley 87-01

tarifas y honorarios de todos los servicios especializados del segundo y tercer nivel, e iniciar el desmonte gradual del límite del copago en proporción a dichos aumentos.

Hacia una solución integral y racional de los medicamentos. El consumo de medicamentos constituye una condición sine qua non para recuperar la salud y el bienestar, extender los años de vida saludables, e incluso, para preservar la propia existencia. Aun así, los fármacos son tratados como una mercancía cualquiera. *Las encuestas del Banco Central indican que este renglón representa el 30 % del gasto nacional en salud y el 68 % del gasto familiar de bolsillo.*

En tal sentido, a fin de reducir este costo, convendría definir una política nacional de medicamentos, que incluya: 1) la prescripción obligatoria de los medicamentos basados en la bioequivalencia del principio activo; 2) la revisión y actualización del Catálogo de Medicamentos del PBS; 3) la fijación de los límites de cobertura de los medicamentos ambulatorios, tomando en cuenta la edad, el sexo y los tratamientos especiales debidamente certificados; 4) la regulación del Ministerio de Salud Pública de los precios de los medicamentos genéricos, dejando libre los precios de las medicinas patentadas; 5) la opción de los afiliados a medicamentos patentados, cubriendo el 100% del costo adicional; y 6) una campaña de información y orientación a la población.

Establecer un historial médico único digital. Con una frecuencia cada vez mayor, los especialistas nacionales e internacionales favorecen y demandan el establecimiento de un historial clínico único digital para cada paciente. Además de la evidente reducción del costo, uno de los principales beneficios es que el mismo facilitaría y agilizaría el diagnóstico, el tratamiento y las prescripciones médicas.

Esta propuesta se apoya en las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS): 1) posibilita la atención médica basada en datos históricos del paciente; 2) aporta información para

un correcto diagnóstico, basado en los antecedentes y en su situación actual; 3) permite realizar consultas médicas entre los especialistas de distintas áreas; 4) facilita la toma de decisión sobre el tratamiento más adecuado en cada caso y situación; y 5) facilita el seguimiento de la evolución de la salud del paciente.

En síntesis, no caben dudas de que el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) constituye la más importante conquista social después de la Constitución de la República, y que su impacto ha sido muy positivo en cuanto a la universalidad de la afiliación. Pero también resulta evidente que existen limitaciones, distorsiones y obstáculos que frenan el avance al Derecho Universal a la Salud (DUS). La persistencia de un alto gasto familiar de bolsillo, de elevados indicadores de mortalidad materno infantil y general, y la brecha entre la demanda pública y privada de la población, constituyen resultados que denuncian la persistencia de un sistema sanitario puramente curativo, privatizado, excluyente y costoso.

Ante el riesgo de la pérdida de dinamismo del Seguro Familiar de Salud, el país requiere de un mayor empoderamiento de la población y de un liderazgo estatal con visión de futuro, capaz de impulsar, en forma gradual y progresiva, las reformas estructurales previstas en la Ley 87-01 y pendientes de ejecución 23 años después. Afortunadamente, cada vez más autoridades nacionales y sectoriales, sectores populares, grupos de la sociedad civil y de la opinión pública comprenden la necesidad de convertir este problema en una excelente oportunidad para preservar la cobertura poblacional y elevar los servicios públicos en calidad, oportunidad y satisfacción para todos.

3. ¿Eliminar el Derecho Universal a la Salud (DUS)?

Un nuevo intento por volver al pasado para multiplicar los privilegios. En diciembre de 2021, la “Coalición Seguridad Social Digna” presentó su propuesta de modificación de la Ley 87-01, en un intento

de reducir el Derecho Universal a la Salud (DUS) a un servicio asistencial, como ha sido la tradición pública durante más de seis décadas. De acuerdo con la misma, “el Seguro Nacional de Salud (SENASA) tendrá a su cargo la protección y garantía de las *necesidades* de cobertura en la *enfermedad* para todos los dominicanos y extranjeros con residencia regular en el país”.

La propuesta elimina el Plan Básico de Salud y se concentra en “atender las enfermedades”, bajo la vieja costumbre de *“ofrecer todos los servicios e intervenciones, pero sin garantía real de ninguno”*. En pocas palabras, se intenta volver al viejo modelo tradicional, con lo cual el derecho universal a la salud queda reducido a un servicio asistencial y discrecional. Vale la pena recordar que en 2023 el Colegio Médico Dominicano (CMD) exigió incluir “el 100% de todos los servicios médicos”, sin costeo ni definición del financiamiento. *¿Cómo garantizar el DUS y el equilibrio financiero de un sistema que ofrece servicios ilimitados con recursos limitados e indefinidos?*

De acuerdo con el art. 23 de la propuesta: “Solamente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social estará facultado para dictar resoluciones para el funcionamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social”. Esa propuesta, retrotraería al país a 70 años atrás, justamente a los mejores tiempos de la dictadura de Trujillo, en donde el Seguro Social era una dependencia directa de la entonces Secretaría de Salud Pública. La concentración burocrática de estas altas decisiones financieras y técnicas a cargo exclusivo del Ministerio de salud pública generaría mayor incertidumbre, debido al predominio de instituciones muy débiles, con una práctica ancestral de clientelismo, corrupción, privilegios y controles gremiales.

La concentración de tanto poder en el ministro de salud permitiría al gremio que promueve la propuesta elevar las nóminas sin asegurar resultados. *¿Qué garantía real de derecho tendría la población en medio de las recurrentes presiones por aumentos de salarios sin prestación de servicios, sin cumplir horarios ni rendir cuentas?* Estas propuestas no dejan

ninguna duda de que lo que se persigue es secuestrar al sistema de seguridad social, para multiplicar el poder y el control de los políticos, de los gremios profesionales y de los proveedores favoritos.

¿Eliminar el CNSS como el órgano rector del SDSS? El párrafo I del art. 23 de la propuesta señala que “el Consejo Nacional de la Seguridad Social tendrá un carácter consultivo y de diálogo social, por lo cual no podrá dictar normas de ninguna índole”. Además de degradarlo a un órgano *no deliberativo*, elimina su pluralidad y representatividad democrática al disponer una composición exclusiva de funcionarios públicos, reforzando el interés de asegurar una estructura totalmente centralizadora, clientelista y burocratizada, con ribetes dictatoriales y negadores de las prácticas democráticas de larga data.

En realidad, causa asombro la unilateralidad de estas propuestas en pleno siglo XXI. En la inmensa mayoría de los países, la seguridad social depende del ministerio de trabajo: 1) porque de los tres seguros que incluye el SDSS, al menos dos están íntimamente vinculados al mundo laboral: el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS) y el Seguro de Riesgos Laborales (SRL); y 2) porque en la inmensa mayoría de las naciones esa práctica constituye la continuación histórica de los seguros sociales.

Una de las razones subyacentes del rechazo del SDSS y de la propuesta de un sistema centralizado es el temor de las minorías de perder los poderes y privilegios de siempre. Como se ha demostrado en los capítulos anteriores, la garantía real del derecho universal a la salud depende de una mayor eficiencia en la asignación de los recursos disponibles, de mayor responsabilidad, cumplimiento y disciplina del personal y de mayores controles y supervisión. La máxima aspiración de estos grupos es asegurar y continuar con el ejercicio liberal de la medicina, sin cumplir con los protocolos y sin rendir cuentas sobre su desempeño. Favorecen un modelo de asignación de los recursos, sin garantía de retorno en servicios oportunos y de calidad, manteniendo

prácticas que, inevitablemente, conducen a exclusiones sociales y a mayores gastos de bolsillo para las familias dominicanas.

Y es que, el verdadero acceso al cuidado universal a la salud, como un derecho incondicional, resulta totalmente incompatible con la indisciplina, la discrecionalidad, la ausencia de controles, el ausentismo, las jornadas de trabajo limitadas y la carencia de una adecuada supervisión. Los médicos que asisten regularmente y cumplen con los estándares de desempeño y productividad, serán los mayores beneficiarios de estas reformas, ya que recibirán más ingresos como justa compensación por su mayor compromiso, dedicación y desempeño.

Finalmente, tres puntos esenciales: 1) no todo lo público es ineficiente, ni todo lo privado es de mejor calidad; 2) en países donde los servicios públicos son adecuados y aceptados por la población, la privatización de la salud y de la educación ha sido muy limitada, y viceversa; y 3) la defensa del SDSS no se justifica porque haya alcanzado los objetivos y metas prometidos sino, más bien, porque ha superado muchas de las exclusiones y privilegios del viejo sistema, y porque puede ser mejorado en todos los sentidos y direcciones.



TERCERA PARTE:

**CAPACIDAD DE AHORRO, INVERSIÓN Y
ACUMULACIÓN PARA EL RETIRO**

XIII.

UN PAÍS PROGRESANDO CON GENTE SIN FUTURO

A pesar de las transformaciones económicas, políticas y sociales registradas durante la segunda mitad del siglo pasado, señaladas en el capítulo IV, hasta antes de la Ley de Seguridad Social, la República Dominicana era un país que progresaba con gente sin futuro, debido a la carencia de una política social a favor de la población envejeciente. Las exclusiones de la Ley 1896 que creó el Seguro Social Dominicano, unida a la inercia prolongada del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) durante más de cuatro décadas, acentuaron el desamparo y la desprotección social contra la vejez y la discapacidad laboral. Recordemos que, además de la exclusión de los trabajadores con salarios medios y altos, el Seguro Social expulsaba a los afiliados que superaban el tope salarial establecido, perdiendo éstos para siempre el monto de las cotizaciones y las utilidades del fondo acumulado para su retiro.

Este doble carácter excluyente del Seguro Social obligó a la creación y desarrollo de decenas de planes de retiro, establecidos por las principales empresas privadas del país, interesadas en retener a sus trabajadores mediante planes de pensión atractivos. De igual forma, las empresas estatales y las instituciones autónomas y descentralizadas siguieron el ejemplo de las privadas, ante el creciente vacío

previsional. Y, además, diversos grupos de trabajadores organizados en sindicatos y gremios lograron crear por ley planes de pensiones en beneficio de sus trabajadores. Como resultado de este proceso necesario y espontáneo, al inicio del nuevo milenio en el país existía un archipiélago previsional con planes de retiro con contribuciones, prestaciones y administraciones muy disímiles, como explicaremos a continuación.

1. **Desprotección social de los envejecientes.**

La permanente mezquindad del Estado dominicano. De conformidad con la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares del Banco Central de la República, al final del 1998, la principal fuente de ingresos de los pensionados dominicanos eran los sistemas de seguridad social de los Estados Unidos de Norteamérica, y de otros países donde decenas de miles de dominicanos laboraron durante el tiempo suficiente como para regresar al país disfrutando de una pensión. En efecto, de los ingresos para pensionados y jubilados registrados por dicha encuesta, medio siglo después, el 47.6% correspondía a fuentes externas y sólo el 7.4% provenía del Seguro Social Dominicano. Obsérvese que *los jubilados por planes privados (8.4%) superaban a los pensionados del IDSS (7.4%), sin agregar el 31.3% que provenía de las empresas.*

Llama la atención que, de acuerdo con la misma encuesta del Banco Central, el gasto público para pensiones y jubilaciones, es decir, las otorgadas por el IDSS (Ley 1896), y por la Secretaría de Estado de Finanzas (Ley 379), apenas alcanzaban el 12.7% del total, porcentaje muy inferior al gasto proveniente de las empresas, y sensiblemente menor al flujo externo por el mismo concepto. Estas informaciones evidencian dos puntos relevantes: 1) el escaso desarrollo del Seguro Social Dominicano en materia previsional, no sólo por el limitado número de beneficiarios sino, además, por las reducidas pensiones

otorgadas; y 2) la notoria mezquindad del Estado Dominicano con respecto a la población envejeciente, como un reflejo de la insuficiencia del gasto social del país.

Cuadro 13.01

Ingreso de los pensionados y jubilados según fuente, 1998

Fuente	RD\$	Porcentaje
Del exterior	2,294,100,000	47.6 %
De las empresas	1,519,500,000	31.3 %
Fondos privados	401,200,000	8.4%
Seguro Social	356,500,000	7.4 %
Del Estado Dominicano	253,200,000	5.3 %
Total	4,824,400,000	100.0 %

Fuente: Banco Central, Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares, ENGIH, 1998

Estos resultados le sirvieron de argumento al Equipo Técnico de la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado para enfrentar las constantes críticas y oposición a la propuesta de que el Estado otorgue pensiones solidarias (no contributivas) a la población mayor de 60 años que vive en condición de pobreza e indigencia. Estas objeciones provenían de personas ancladas en el pasado, presas del criterio de que la protección contra la vejez era solo un derecho laboral, propio de los viejos seguros sociales, y no *un derecho universal*, consagrado en las Constituciones y en los modernos sistemas universales de seguridad social.

Escasa cobertura y pensiones exiguas. Muy a pesar de las transformaciones económicas y los grandes avances experimentados durante las últimas décadas, *teníamos un país que progresaba con gente sin futuro*. Lógicamente, esta contradicción se convirtió en un caldo de cultivo para las demandas de un verdadero régimen de seguridad social, especialmente en lo que concierne a los planes de retiro.

A finales de la década del 90, en la cúspide de la discusión del Proyecto de Ley de Seguridad Social, el país tenía 642,000 personas en edad de retiro, con 60 años o más. De esa cantidad, solo un 15% contaba con algún tipo de pensión, mientras *el 85% de los mayores de 60 años estaba abandonado a su propia suerte*. A pesar de su aporte al progreso nacional durante décadas, muchas de estas personas tenían que trabajar hasta el día de su muerte. Otras vivían de la caridad pública, y algunas, con un poquito más de suerte, subsistían gracias a la ayuda de un hijo agradecido. *Sólo una minoría de los envejecientes contaba con un futuro cierto y despejado*.

Es importante destacar la escasa cobertura que para entonces tenía el IDSS y que nunca logró incrementar. El Seguro Social Dominicano apenas contaba con 570,000 afiliados, un 12% de la Población Económicamente Activa (PEA), y al inicio del presente siglo sólo tenía alrededor de 32,500 personas pensionadas, aproximadamente el 5.1% de la población mayor de 60 años. Tras medio siglo de operaciones, *el IDSS tenía solo un pensionado por cada 18 trabajadores activos*, uno de los indicadores más negativamente dramáticos de toda América Latina. En el conjunto de la región, estábamos muy atrasados ya que América Latina y el Caribe ya tenían un pensionado por cada 6 o 7 trabajadores activos. Para el mismo período, en los países desarrollados ya existía un pensionado por menos de 4 trabajadores activos. La principal explicación de esta enorme brecha era la baja cobertura, agravada por el hecho de que el IDSS expulsaba, sin ninguna compensación, a sus afiliados que lograban aumentar sus ingresos.

Inequidad social en las pensiones públicas. La inexistencia por más de medio siglo de una política de Estado en materia de pensiones y jubilaciones, a despecho de las transformaciones económicas, laborales y sociales registradas, no sólo prohijó un archipiélago previsional como veremos más adelante, sino, además, creó las condiciones

para el desarrollo de grandes inequidades sociales. *Lamentablemente, en el campo previsional es donde se expresan con mayor crudeza y desenfreno las desigualdades sociales, incluso entre los propios trabajadores.*

Pero otro drama que condicionó la reforma del régimen previsional fue el hecho de que más de las dos terceras partes de la población que tenía el “privilegio” de contar con alguna pensión, recibía ingresos tan insuficientes que no le alcanzaban, “ni para comprar las medicinas”, como dijo una señora en una de las vistas públicas.

Esto es así porque el 50% de los pensionados de la República Dominicana tenía pensiones inferiores a los RD\$ 800 pesos mensuales²⁰⁶ y el 65% inferiores a RD\$ 2,000 pesos. Entonces, la pensión promedio se estimaba en RD\$ 1,500 pesos, monto insuficiente, dados los altos niveles del costo de la vida para satisfacer las necesidades esenciales. *Lo más trágico es que ya en el Estado Dominicano, llamado a reducir las desigualdades y las iniquidades sociales, coexistían pensiones inferiores a RD\$ 400 pesos con otras de RD\$ 285,000²⁰⁷ pesos, es decir, 712 veces superiores.*

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) otorgaba pensiones a más de 9,500 sexagenarios y septuagenarios de escasos recursos económicos. Su monto apenas llegaba a RD\$ 350 pesos mensuales, el cual no se modificó durante años, a

más de las dos terceras partes de la población que tenía el “privilegio” de contar con una pensión, recibía ingresos tan insuficientes que no le alcanzaban “ni para comprar las medicinas”, como dijo una señora en una de las vistas públicas.

²⁰⁶ Alrededor de US\$ 45.00 mensuales de entonces.

²⁰⁷ No es que éstas sean necesariamente elevadas, sino que las otras son muy bajas

pesar de que con el mismo no se cubría ni una sola receta de las tantas medicinas que compraban esos ancianos. Consciente de que esa mísera pensión no sólo empobrecía a quienes las recibían, sino fundamentalmente a quienes las otorgaban, en la Ley de Seguridad Social se estableció que “a partir del primero de enero del 2002, la pensión mínima que otorga el Estado Dominicano a la población envejeciente a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), equivaldrá al 60 por ciento del salario mínimo público, indexado según el incremento del salario mínimo público”²⁰⁸, actualización que no se cumple.

Pero tampoco el panorama previsional en el sector privado era halagüeño, aunque mucho mejor que en el público. Existían alrededor de 23,000 afiliados a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), *creadas y ya operando antes de la reforma previsional* que estableció la capitalización individual, con un ahorro estimado en más de RD\$ 4,500 millones de pesos. Tanto la afiliación como la cotización y la administración de los fondos para el retiro estaban sujetas a una relación puramente bilateral, basada en interpretaciones discrecionales, sin ningún marco regulatorio que amparara al trabajador ante la justicia dominicana, frente a cualquier conflicto o reclamo.

Trabajadores afiliados al IDSS sin récord actualizado. Una de las fuentes de mayores injusticias en materia previsional residió en la falta de control y seguimiento de las aportaciones por parte del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). Como se sabe, para tener derecho a una pensión del Seguro Social era necesario haber realizado 840 cotizaciones semanales. De lo anterior se desprende que, si bien el monto de la pensión a recibir del sistema de reparto sólo dependía

²⁰⁸ Ley 87-01. (2001). Párrafo del artículo 65. Lamentablemente, todavía no se ha cumplido con este mandato.

del salario promedio del último año de cotización, para tener derecho a la misma, era preciso acumular esa cantidad de semanas de aportes durante su vida laboral. No importaba el monto aportado, pero sí la cantidad de cotizaciones realizadas.

En diversas ocasiones, cuando el IDSS no contaba con los ingresos necesarios para pagar la nómina de sus empleados y las facturas de sus proveedores preferidos, el director general acudía a uno o varios de los principales contribuyentes para solicitarles que adelantaran el pago de las cotizaciones y así evitar protestas y un escándalo político. Pero, dada la ausencia total de garantía y respeto a los derechos previsionales de los afiliados, superada esa urgencia financiera, con frecuencia el Instituto dejó de registrar los nombres de los trabajadores cotizantes, quedando sus récords desactualizados, afectando el récord personal de decenas de miles de trabajadores cotizantes. A partir de los últimos años, el proceso comenzó a digitalizarse, quedando décadas de los viejos aportes en registros manuales mediante procedimientos arcaicos en folders con hojas sueltas y escritas a mano²⁰⁹.

Entre abril del 1984 y octubre del 1989 fuimos contratados como consultor técnico del IDSS, asesorando directamente al “director-gerente”. En varias ocasiones acompañamos al director de turno a visitar al Central Romana para negociar un acuerdo de adelanto del pago de las cotizaciones. Imagínese el lector cual era la crítica situación financiera del IDSS y las implicaciones para el plan de retiro, si los ingresos no alcanzaban para cubrir las nóminas y el suministro básico a los hospitales, mucho menos para acumularse en el fondo de pensión. Incluso el IDSS llegó a utilizar el fondo de retiro de sus propios empleados para pagar las nóminas, con notables retrasos en el saldo de esa deuda. Recordemos que la Ley 1896 no separó los ingresos de las cotizaciones, permitiendo utilizarlos a discreción, y con visión

²⁰⁹ Fuimos testigos de miles de expedientes desordenados llenados a mano y en folders tirados en el piso de un depósito húmedo.

cortoplacista, a costa del plan de retiro. No hay que ser un experto para entender que esa crítica situación era el resultado de la ausencia de garantía de derechos, de la politiquería, del clientelismo y de las nóminas supernumerarias, como se explicará más adelante.

“Uno de los avances del sistema de capitalización individual, que refleja las debilidades del anterior sistema de reparto, ha sido su capacidad de llevar un registro detallado de las contribuciones individuales de cada trabajador, evidentemente favorecida por la modernización de los sistemas de información y tecnologías de comunicación del Estado Dominicano. Una de las dificultades para el reclamo de los derechos adquiridos por el trabajador, en el sistema de reparto, ha sido precisamente la falta de organización de la información, lo cual ha suscitado en repetidas ocasiones reacciones de protestas y demandas públicas por parte de los sectores afectados. Por otro lado, denuncias sobre mal uso de los fondos de pensiones o malas inversiones que afectaron la liquidez de dicho sistema han sido frecuentes, siendo el Estado el que ha debido subsidiar el déficit con fondos del presupuesto nacional”²¹⁰.

La falta de control, custodia y supervisión de los récords de los afiliados favoreció la ocurrencia de fraudes, así como la retención de las aportaciones por parte de los empleadores públicos y privados. Esta situación fue muy frecuente en el caso de las empresas estatales. Durante largo tiempo, el Consejo Estatal del Azúcar (CEA), la Corporación de Empresas Estatales (CORDE) y la Corporación Dominicana de Electricidad (CDE), las llamadas “tres C”, dejaron de cumplir a tiempo con sus obligaciones con el Seguro Social. Con ello se incurrió

²¹⁰ Suero, Pamela y Matos, Rosa. (2016). *Envejecimiento demográfico: desafío al Sistema de Seguridad Social en República Dominicana*. ONE, División de Investigaciones.

en una doble violación a la Ley, ya que no sólo esas empresas dejaron de realizar sus propias aportaciones sino que, además, retuvieron indebidamente, las cotizaciones de sus trabajadores.

Por razones políticas, esta situación fue silenciada durante mucho tiempo por las autoridades del IDSS, más complacientes con la administración gubernamental de turno, que comprometidas con la protección de sus afiliados. Como resultado de esta complicidad, *muchos trabajadores han tenido serias dificultades para recibir su pensión, ya que en su récord personal no aparecen todas las cotizaciones realizadas.*²¹¹.

Desde luego, la falta de control y seguimiento, unido al tráfico de influencia y al enriquecimiento ilícito, determinaron un alto nivel de evasión y elusión, el cual no sólo incluía a las más importantes empresas estatales, sino también, a un buen número de empresas privadas. En el IDSS se les daba un seguimiento especial a las tres “C”: COR-DE, CEA y CDE, porque eran de las más grandes aportantes. De acuerdo con estimaciones realizadas por el propio IDSS, la evasión en las cotizaciones oscilaba entre un 40 % y un 50 %. Naturalmente, esta propensión a evadir el pago de las cotizaciones era ilegal y se explicaba en buena medida por las deficiencias de los servicios de salud ofrecidos, por la ausencia de una protección integral de la familia y por el hecho de que el monto de la pensión no dependía del nivel del salario cotizable, ni de la cantidad de cotizaciones realizadas. Y, desde luego, por una creciente corrupción administrativa, a nivel de los altos ejecutivos y también de los famosos “inspectores del IDSS”, en su mayoría controlados por una de las centrales sindicales.

Como ha quedado demostrado, el panorama previsional dominicano no podía ser más desolador, a pesar de los grandes avances del país: desprotección social generalizada, predominio de pensiones exiguas que perdían su poder adquisitivo al no ser actualizadas,

²¹¹ Esta limitación afecta el cálculo del bono de reconocimiento que establece la Ley 87-01 a favor de los afiliados que cambian de régimen provisional.

y discontinuidad en los registros de las aportaciones de los afiliados. Es importante señalar que el rezago histórico del Seguro Social Dominicano en cuanto a protección social, unido a *las debilidades e ineficiencias del IDSS, incentivaron fuertemente la creación y expansión de múltiples planes de retiro públicos y privados*, complementarios y alternativos. Y, desde luego, el hecho de que la mayoría operaba en mejores condiciones que el Seguro Social, contribuyó a condicionar las características del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y en particular, del Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia, como explicaremos más adelante.

Un pensionado es sinónimo de pobre o indigente. Además de ese panorama sombrío, nos encontramos con problemas más serios que arrastraba el país en materia previsional, como el hecho de que las pensiones se otorgaban y luego no existía ninguna política ni mecanismo que garantizara la preservación de su poder adquisitivo. Por ello, muchos de los expositores dijeron durante las vistas públicas y los talleres que *“ser pensionado del IDSS era una condena segura a la pobreza e indigencia, desde el principio o en muy poco tiempo”*.

En los largos debates sobre el tema, siempre expusimos dos casos que reflejaban dramáticamente esta situación: ex generales de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, pensionados en los años 80, a los cuales, a finales de los 90, su pensión terminaba siendo inferior a la de un segundo teniente recién pensionado. La pensión del general fue más o menos adecuada en su momento, *pero por cuanto nunca se actualizó de acuerdo con el costo de la vida, la misma fue perdiendo su poder adquisitivo hasta convertirse en sal y agua*. Similar situación ocurría, por ejemplo, con exrectores de la UASD, quienes fueron pensionados honrosamente en los años 80 y ya a finales de los 90 recibían un monto cercano a la pensión promedio, al punto de que cualquier empleado de tercera categoría disfrutaba de ingresos superiores al que fue el más alto funcionario de la más vieja Universidad del Nuevo

Mundo. Tal fue el caso dramático de la Dra. Josefina Padilla Vda. Sánchez, quien en vida nos autorizó y alentó a que la pusiéramos de ejemplo, ya que habiendo ocupado la Vicerrectoría Académica y en su momento recibido una pensión adecuada, en poco más de una década la misma equivalía a la pensión reciente de un empleado promedio de la UASD.

Estos son solo algunos ejemplos del gran problema que presentaba el régimen previsional antes de la Ley de Seguridad Social, ya que, no sólo eran pocos los que recibían una pensión, sino que, aún éstos, no disfrutaban durante mucho tiempo de su nivel de vida y de su nuevo estatus laboral, porque al no actualizarse las mismas perdían poder adquisitivo.

Como se señaló en la primera parte del presente libro, el Seguro Social nació con deficiencias estructurales que le impidieron satisfacer las expectativas de los trabajadores. Una de estas limitaciones fue la existencia de un *tope de cotización muy bajo, adicionalmente agravado por un tope de exclusión*, lo que determinaba cotizaciones limitadas y luego la pérdida de los derechos adquiridos. La solidaridad social se desvanecía al excluir a los segmentos laborales con mayor capacidad contributiva. La mejor expresión de la falta de solidaridad era el hecho de que más del 98 % de las pocas pensiones otorgadas por el IDSS equivalían a la mínima²¹². La estrechez era tal, que esa misma

La mejor expresión de la falta de solidaridad era el hecho de que más del 98 % de las pensiones otorgadas por el IDSS equivalían a la pensión mínima. La estrechez era tal, que esa misma pensión era recibida tanto por los trabajadores que aportaron durante 20 años o más, como por aquellos que cotizaron menos de 10 años.

²¹² Además, la igualación de las pensiones se debía al hecho de que se elevaban las pensiones mínimas sin actualizar las demás.

pensión era recibida, tanto por los trabajadores que aportaron durante 20 años o más, como por aquellos que cotizaron menos de 10. Llama la atención la alta cantidad de pensiones otorgadas por “invalides²¹³” en relación con las pensiones por vejez. La existencia de un alto número de pensiones de las primeras con relación a las segundas constituye otra evidencia de la discrecionalidad y de las distorsiones del Seguro Social y del sistema público de reparto.

Otro drama que sellaba este panorama sobre el sistema previsional era el hecho de que, de acuerdo con la Ley 1896, se requerían de 840 cotizaciones semanales para tener derecho a la pensión básica, y lamentablemente la gran mayoría de los trabajadores no alcanzaba a reunir este requisito, a pesar de que esos 840 aportes semanales apenas equivalían a 16 años de trabajo. Otros tantos de miles de afiliados fueron víctimas de la evasión y de la desactualización de sus récords. Pero por demás, como la Ley del Seguro Social era excluyente, ya que dejaba fuera del sistema a aquellos con un salario superior a los RD\$ 4,004 pesos²¹⁴, muchos que contribuyeron por años al sistema previsional del Seguro Social terminaron perdiendo sus derechos adquiridos. *El IDSS los excluía, pero no les devolvía los fondos acumulados.*

2. Creación y desarrollo de los planes de retiro privados

Ausencia de un marco regulatorio. La ausencia total de una política estatal en materia previsional y, lógicamente, de un marco regulatorio, propició muchas injusticias, privilegios y distorsiones en la creación y el desarrollo de la mayoría de los planes de pensiones existentes en el país, hasta que entró en vigor la Ley 87-01 que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y el Seguro de

²¹³ Estas pensiones no requieren el cumplimiento de una determinada edad por lo que son susceptibles de ser otorgadas por “conveniencia” o “complacencia”.

²¹⁴ Equivalente a US\$88.00.

Vejez, Discapacidad y Supervivencia (SVDS). Como veremos, este vacío jurídico prohió el surgimiento de planes excluyentes, que sólo protegían al trabajador dentro del estrecho margen de la propia empresa, institución o sector, según su naturaleza.

Muchos trabajadores, como por ejemplo Juan Isidro Pérez, quienes pertenecieron a planes particulares de pensiones durante 15 años, cuando fueron despedidos o salieron de la empresa por cualquier razón, sólo recibieron el monto de sus aportaciones y los intereses acumulados, en el mejor de los casos indexados de acuerdo a la inflación. Luego Juan Isidro comenzó a trabajar en un banco comercial que tenía un plan de pensiones y al cumplir otros 15 años de labor salió del mismo por vejez. Allí nuevamente recibió sus aportaciones más los intereses acumulados. Al igual que en la empresa anterior, su empleador no le entregó el monto de los recursos aportados por la empresa ni las utilidades obtenidas.

Este ejemplo real demuestra las debilidades del archipiélago previsional: 1) Juan Isidro trabajó 30 años y al final de su vida laboral no recibió una pensión, debido al carácter fragmentado y mutuamente excluyente de los planes de pensiones a los cuales cotizó; 2) nunca disfrutó del aporte mensual de su empleador, ya que éste no estaba obligado a entregarlo, debido a la ausencia de una política previsional a favor de los trabajadores; y 3) mientras tanto, el Estado Dominicano permaneció indiferente ante esta situación, a todas luces injusta. *Esta pérdida de derechos también ocurría con miles de trabajadores dominicanos que emigraron del país en la búsqueda de mejores oportunidades.* Por eso, la Ley de Seguridad Social consigna que “el SDSS podrá establecer convenios de protección recíproca de los ciudadanos de otras naciones residentes en el país y de los ciudadanos dominicanos residentes en otros países”²¹⁵.

²¹⁵ CNSS (2001). Ver el párrafo del artículo 5 de la ley 87-01.

En los planes de retiro de varias instituciones del sector público dominicano existe una disposición que permite reconocer una determinada cantidad de años de servicio en otras instituciones públicas. Pero aun en estos casos, el mismo está limitado a la cuarta o quinta parte del tiempo requerido para disfrutar de una pensión. Así lo contemplan los planes de retiro de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y del Banco Central de la República Dominicana, y otros más.

Las grandes empresas crearon planes de retiro privados. Ante la inercia del Seguro Social y el avance del país, decenas de empresas e instituciones comenzaron a crear o a contratar planes de retiro privados para sus trabajadores. Justo es reconocer que muchos de estos planes de pensiones reunían todos los requisitos técnicos, legales, actuariales y financieros de un sistema moderno de retiro. Vale la pena señalar, y solo a título de ejemplo, que el plan de retiro del Grupo E. León Jiménes entonces contaba con 3,500 empleados cotizantes y ya tenía un fondo acumulado superior a RD\$ 650 millones de pesos, *mientras el IDSS, con más de 450,000 afiliados, no tenía un centavo acumulado en su plan de pensión, e incluso, le debía más de 200 millones al plan de retiro de sus propios empleados.* Según se nos informó, el plan de retiro del Grupo E. León Jiménes estaba totalmente “fondeado” y era auditado anualmente por una de las compañías de actuarios más reconocidas del mundo. Al igual que este, ya existían en el país otros planes bien organizados y estructurados, de acuerdo con las normas técnicas y actuariales universalmente aceptadas.

El diseño de esas cajas de pensiones se cimentó en estudios actuariales realistas, tomando en cuenta la edad y las características socioeconómicas de la población trabajadora de esas empresas e instituciones. La mayoría les garantizaba a sus afiliados entre un 70 % y un 80 % del salario promedio final, dependiendo principalmente de la cantidad de años de trabajo, del monto de la cotización y del fondo

acumulado. Cabe señalar que estos planes de retiro empresariales se basaban en el sistema de capitalización individual, según el cual, cada trabajador recibía una pensión de acuerdo al fondo acumulado en su cuenta personal. El objetivo esencial de esos planes era, no sólo garantizar un ingreso digno mediante una pensión a largo plazo al momento del retiro, sino, principalmente, estimular al trabajador a permanecer en la empresa asegurándole, al final de sus años laborales, una jubilación segura y adecuada. El principal argumento a favor de estos planes, y de su exclusión en los casos en que el trabajador dejara la empresa, era el costo que implicaba la contratación y el entrenamiento al tener que reemplazar a un profesional o técnico altamente calificado.

Una característica general que tenían estos planes es que para financiarlos incluían un aporte del trabajador y otro del empleador, salvo algunas excepciones. En muchos de ellos el aporte del trabajador oscila entre un 4 o un 8%, y la cotización del empleador entre un 8 y un 14%, mientras que en algunos la aportación era del 50% y 50%. Existían casos excepcionales, como el plan de la Falconbridge dominicana, donde el aporte lo realizaba totalmente la empresa. Paradójicamente, en algunos casos los trabajadores de determinadas empresas saldrían perjudicados con la Ley 87-01, porque habían logrado planes de retiro mucho más ventajosos, razón por la cual el SVDS previó *la concertación de acuerdos contractuales complementarios con aportes adicionales, ya sea de ambas partes, o solo a cargo de la empresa.*

...estas cajas de pensiones particulares explican la formación de un “archipiélago previsional”. O sea, la existencia de muchas “cajitas, cajas y cajones” de retiro, creados sin ninguna regulación ni supervisión oficial, generalmente animadas de las mejores intenciones.

De acuerdo con la estructura y organización, estos planes particulares de pensión generaban dos fondos: un primero, donde se asentaban los recursos que le retenían a los trabajadores, y un segundo, contentivo de las contribuciones de la empresa y las utilidades. Esto así, porque el trabajador solamente tenía derecho a disfrutar de la totalidad de los aportes, incluyendo los realizados por su empleador más las ganancias, *si llegaba a la edad de retiro laborando en la empresa*. Si salía antes, o era cancelado, lo único que recibía era la parte que había aportado, más los intereses ganados, reteniendo la empresa las aportaciones que había hecho en beneficio del empleado. De modo que sólo existía solidaridad empresarial al momento del retiro del trabajador. *La Ley 87-01 cambió esta disposición, y dispuso que el fondo de la empresa fuera prorrateado entre todos los trabajadores afiliados de la empresa en proporción al aporte y al tiempo, lo cual se tradujo en una ganancia significativa para todos los beneficiarios de esos planes de retiro particulares.*

Al final del día, esta proliferación de diversos planes de retiro, sin contar con un marco jurídico que los regulara, contribuyó a crear más de dos decenas de planes con coberturas, derechos, financiamiento, organización y funcionamiento muy disímiles, con frecuencia, excluyentes y con protección limitada e incierta. La mayoría de estos planes de retiro fueron elaborados por el Ing. Hernando Pérez Montas, asesor actuarial del IDSS y consultor privado sobre la materia. No obstante estas limitaciones y exclusiones, debido a las largas décadas de inercia del Seguro Social Dominicano, estos planes privados constituyeron la única vía expedita para que una parte de los trabajadores y empleadores pudiese formalizar planes de retiro, con vistas a asegurar el futuro de su fuerza productiva. En pocas palabras, se logró lo mejor posible, dentro de un escenario incierto que duró más de medio siglo, sin una política de Estado de protección social universal contra la vejez y la discapacidad.

Archipiélago previsional, público y privado. Como resultado natural de la inercia del IDSS, en el campo previsional surgieron cajas y planes de pensiones, en beneficio de los trabajadores de las instituciones públicas, en adición a los planes de las empresas privadas grandes y organizadas. En la inmensa mayoría de los casos, estos planes fueron demandados y concertados en los pactos colectivos de condiciones de trabajo.

Lógicamente, la inexistencia absoluta de un orden jurídico que reglamentara en lo más mínimo estas cajas de pensiones particulares explica la formación de un “archipiélago previsional”. O sea, la existencia de muchas “cajitas, cajas y cajones” de retiro, creados sin ninguna regulación ni supervisión oficial, generalmente animados de las mejores intenciones e intereses. En la mayoría de los casos, sin cálculos actuariales ni financieros sólidos; con gran debilidad institucional y jurídica, incluyendo normas y procedimientos que daban pie a muchas discrecionalidades, privilegios y denegación de derechos. Por ejemplo, planes que contabilizan hasta tres años como “cotización adicional”, por el simple desempeño de una función dirigenal dentro de la institución y/o del gremio.

Las cajas de pensiones existentes podrían clasificarse en tres grandes categorías: 1) las cajas complementarias, que garantizaban un suplemento de la pensión que recibirían los afiliados al IDSS; 2) las cajas sustitutivas, para aquellos empleados privados que devengaban más de RD\$ 4,004 pesos y para los demás trabajadores excluidos del Seguro Social; y 3) los planes especiales para los médicos, maestros, funcionarios y empleados de la UASD y para los funcionarios y empleados del IDSS.

En el área sectorial, los trabajadores lograron, por ejemplo, la Caja de Pensiones y Jubilaciones de los Trabajadores de la Construcción; la Caja de Pensiones y Jubilaciones de los Trabajadores Portuarios; la Caja de Pensiones y Jubilaciones de los Chóferes; y el Fondo para el Bienestar de los Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos, entre

otros. Y en lo que concierne a las instituciones descentralizadas, el Banco de Reservas, el Banco Central, la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), entre otras instituciones autónomas, crearon planes de retiro para proteger a sus trabajadores. También decenas de empresas privadas, por ejemplo, el Grupo León Jiménes, la Falconbrige Dominicana, el Banco Popular Dominicano, la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM), entre otras empresas del país.

Entre las instituciones públicas que actualmente cuentan con planes propios vale la pena señalar: 1) el Banco de Reservas; 2) el Instituto de Previsión Social del Congresista Dominicano (INPRES-CONDO); 3) el Plan de Pensiones del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFFAA); 4) el Instituto Nacional de Bienestar Magisterial (INABIMA); 5) el Fondo de Retiro, Jubilaciones y Pensiones de la Junta Central Electoral (JCE); 6) el Fondo de Retiro del Poder Judicial; 7) el Plan de Pensiones del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL); 8) el Plan de Retiro de la Suprema Corte de Justicia; y 9) el Plan de Pensiones de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). *Diversos estudios e informes internacionales critican la notoria fragmentación del sistema previsional dominicano, por la carga de desigualdades y privilegios.*

Los planes más llamativos fueron el plan de retiro de los funcionarios y empleados del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y, además, el de los médicos del Seguro Social a través de la Agrupación Médica del IDSS (AMIDSS). En ambos casos, los beneficios otorgados distaban del cielo a la tierra, en relación con los contemplados en la Ley 1896 para los trabajadores cotizantes al Seguro Social obligatorio. Claro que el gran aporte provenía del IDSS como empleador, con recursos fruto de las cotizaciones de los pobres trabajadores afiliados. En pocas palabras, estábamos en presencia de la gran paradoja de que, *aunque las aportaciones eran insuficientes para garantizarle una pensión digna a los propios trabajadores cotizantes del*

Seguro Social, no lo eran, sin embargo, para financiar planes de retiro con prestaciones varias veces superiores a las de los propios afiliados.

La Ley 87-01 que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social reconoce, protege e incorpora a las cajas y planes de pensiones, siempre y cuando éstos les garanticen a los trabajadores, o al menos estén en condiciones de garantizarles, una prestación igual o superior a la que establece la nueva ley. Esta disposición permitió que los trabajadores optaran por mantenerse dentro de éstos, si entendían que les convenía a sus legítimos intereses y, en caso contrario, les daba la libertad de insertarse en el nuevo sistema general de pensiones. Además, la Ley 87-01 les ofreció a los planes de retiro existentes la ayuda técnica de la Superintendencia de Pensiones (SIPEN) y de los demás organismos del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), para adecuarse a la nueva política de protección, regulación, orientación y supervisión de esos fondos de pensiones. *Vale la pena recalcar que esta concesión es congruente con el principio de respeto a los derechos adquiridos, tanto por los trabajadores como por las instituciones y empresas existentes antes de la Ley 87-01, con la única condición de ser habilitadas, reguladas y supervisadas por el SDSS.*

Planes de retiro discrecionales sin formalidad jurídica. La falta de una legislación nacional y de la intervención directa y oportuna del Estado en rol de protector del interés común, prohió muchas distorsiones en ese proceso, dando origen a dos grandes modelos de organización y gestión. Existían planes de pensiones organizados, con personería jurídica, estructura y administración independiente de la empresa madre, como el caso ya señalado de E. León Jiménez y muchos, con revisión actuarial anual y rendición de cuentas a sus beneficiarios. Pero también existían planes de retiro en los que las empresas podían utilizar a discreción los recursos aportados, tanto por ellas como por sus trabajadores, como capital de trabajo. De suerte que, si esa empresa hubiese quebrado, también hubiesen

desaparecido los fondos aportados por los propios trabajadores y por ella misma²¹⁶.

Ese riesgo desapareció totalmente con la Ley de Seguridad Social. Para que esos fondos existentes se mantuviesen más allá de una transición de dos años, deberían contar con una expresión jurídica independiente y con patrimonio y contabilidad separados de la empresa o institución que los prohiaba. Y, como si esto fuera poco, ahora están sometidos a la habilitación, regulación y vigilancia periódica de la Superintendencia de Pensiones (SIPEN) y de las demás instancias del nuevo sistema.

Otra característica que tenían esos planes de pensiones, sobre todo los de las instituciones y empresas grandes y organizadas, es que establecían pensiones discrecionales para sus altos ejecutivos y profesionales, generalmente financiadas solo por la empresa. Esta práctica se mantiene vigente en varios planes, por ejemplo, del Banco Central, del Banco de Reservas y de grandes empresas del país. Consciente de que su costo no afecta a los demás trabajadores, el legislador fue sabio cuando estableció que:

“El empleador y sus dependientes podrán firmar pactos o convenios colectivos, incluyendo prestaciones superiores a las otorgadas por el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), siempre que una de las partes, o ambas, cubran el costo de éstas. Carecerá de validez jurídica cualquier pacto colectivo o convenio particular que excluya o incluya prestaciones inferiores en cantidad o calidad a las consignadas en la presente Ley y sus normas complementarias.”²¹⁷.

²¹⁶ De hecho, esta situación ocurrió en varias oportunidades.

²¹⁷ CNSS (2001). Ver el artículo 9, párrafo I de la ley 87-01.

Ahora bien, un aspecto importante y delicado es el hecho de que esos planes de pensiones cuentan con su propia reglamentación, administración y fiscalización, generando muchos privilegios y conflictos de intereses. Su directiva está integrada por altos gerentes, funcionarios del área financiera y de recursos humanos y algún representante de la base y/o del sindicato, quienes administran o gestionan esos recursos y deciden cuánto, dónde y cuándo invertirlos. El reglamento en que se sustentan esas pensiones es aprobado por la propia institución o empresa, vale decir, por la misma administración del plan, dando un amplio margen para decisiones coyunturales y discrecionales, con posibles consecuencias negativas para el plan y para la mayoría de los participantes.

100,000 trabajadores sin constancia de sus derechos adquiridos.

Era cuestión de tiempo para que las autoridades decidieran eliminar al IDSS, ya reducido a una enorme carga financiera para el gobierno y sin resultados para los trabajadores. La inoperancia y el alto costo del Instituto fueron el resultado inevitable de una politiquería incontrolable que lo asfixió durante más de medio siglo, y de los grupos de presión con demandas excesivas y limitados servicios, en perjuicio de sus afiliados. Pero la propuesta de disolución no tomaba en cuenta la situación de decenas de miles de ex afiliados en trámite de su pensión y/o en espera de recibir el bono de reconocimiento que plantea la Ley 87-01. Estimamos en unos 100,000 los trabajadores sin constancia de sus derechos adquiridos, distribuidos en tres grandes grupos:

- a) **5,000 ex trabajadores de las centrales azucareras** afiliadas al IDSS, que ya formalizaron su solicitud de pensión, sin que hayan sido atendidos.
- b) **60,000 trabajadores activos**, ex afiliados al IDSS, quienes al inicio del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia

(SVDS) tenían menos de 45 años y pasaron a cotizar al Sistema de Capitalización individual.

- c) **35,000 trabajadores pasivos**, quienes durante años aportaron al IDSS, y por diversas razones no estaban afiliados al Seguro Social al inicio del SVDS.

La Ley 87-01, en su artículo 42, ordena determinar la deuda actuarial del IDSS, mientras que el artículo 43 dispone calcular y entregar un bono de reconocimiento a todos los afiliados al Seguro Social con menos de 45 años, al momento de vigencia del nuevo sistema de pensiones. Ese bono de reconocimiento “ganará una tasa de interés anual del dos por ciento (2 %) por encima de la inflación, redimible al término de la vida activa del trabajador”.

Siendo Gerente General del CNSS, se contrató una firma internacional que calculó la deuda actuarial del IDSS y determinó el monto de los derechos adquiridos por todos los trabajadores dominicanos afectados por el cambio del sistema previsional. Lamentablemente, al salir de la Gerencia General ese estudio, como otros dispuestos por la Ley, fue engavetado por lo que, 23 años después, más de 100,000 trabajadores que cotizaron por décadas al IDSS carecen de una constancia oficial sobre los años y la cantidad de cotizaciones al Seguro Social. Esa firma entregó un estudio, lo más detallado que pudo, estimando en RD\$ 22,300 millones de pesos el monto de los derechos adquiridos por los trabajadores cotizantes al IDSS con menos de 45 años, un monto muy importante para la época. De acuerdo a la Ley 87-01, ese bono debería crecer a un 2.0% real anual, equivalente a más de RD\$ 250,000 millones de pesos actuales.

Antes de la eliminación del IDSS, señalamos la urgente necesidad de crear una comisión técnica de alto nivel, con capacidad legal para definir y calcular este derecho, como un acto de justicia social. Sin ese reconocimiento, miles y miles de trabajadores tendrían menos recursos acumulados y recibirían pensiones más bajas al momento

de su retiro, agudizadas por los pronósticos de una tasa de reemplazo insuficiente. En tal sentido, sometimos una propuesta formal a la Comisión Bicameral de Seguridad Social del Congreso, a cargo del proyecto de ley de disolución del IDSS.

Propusimos proteger y preservar los archivos del IDSS y crear una Comisión Técnica Legal y Actuarial para recibir, estudiar y formular recomendaciones sobre las solicitudes de pensiones en curso de los antiguos afiliados al IDSS, en un plazo de 12 meses a partir de la disolución del Instituto. Además, para recibir las nuevas solicitudes de pensión y/o de reconocimiento de los derechos adquiridos de los trabajadores que cotizaron durante los años de vigencia de la Ley 1896. Como resultado de dicha gestión, en la Ley 13-20 se incluyó el siguiente artículo.

Artículo 38. Situación de pensiones en trámite²¹⁸. “Las pensiones por vejez que se encuentren en trámite ante el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) o pendientes de solicitud por las y los interesados y que correspondan a derechos adquiridos al amparo de la Ley 1896, serán solicitadas ante la Dirección General de Jubilaciones y Pensiones (DGJP) del Ministerio de Hacienda, quien (;?) estará en la obligación de crear los instrumentos necesarios para reconocer dichos beneficios”.

La Dirección General de Jubilaciones y Pensiones (DGJP) ha recibido decenas de miles de solicitudes de antiguos afiliados al IDSS, en reclamo de una pensión por sus derechos adquiridos. Estas solicitudes son examinadas caso por caso, a fin de determinar su validez, de acuerdo a la normativa y a los procedimientos vigentes. Durante el

²¹⁸ El Día. (2019). *Diputados convierten en ley proyecto que elimina el IDSS y crean el Indoppril*. <https://eldia.com.do/diputados-convierten-en-ley-proyecto-que-elimina-el-idss-y-crean-el-indoppril/>

2022, el Poder Ejecutivo otorgó más de 20 mil pensiones por cuenta del IDSS y el monto de las pensiones fue elevado a RD\$ 10,000 pesos, que es la pensión mínima del sector público.

Actualmente, se depuran más de 31,375 solicitudes, pero muchas carecen de la documentación mínima requerida, por las razones antes señaladas. Miles de solicitantes enfrentan muchas dificultades, ya que nunca recibieron constancia de sus aportes, ni del IDSS ni tampoco de su empleador, con el agravante de que decenas de miles de pequeñas y medianas empresas carecen de información y registros contables. En miles de casos, ya esas empresas no existen o cambiaron de dueños, dejando atrás o destruyendo muchos archivos, ya que las leyes dominicanas sólo obligan a conservarlos durante cinco años. Además de la documentación requerida, los solicitantes deben demostrar haber aportado un mínimo de 400 cotizaciones semanales. *Como resultado de estos retrasos, se estima que unas 7,000 personas murieron esperando ser pensionadas.*

En síntesis, al inicio del diseño del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en el país existía un archipiélago previsional, fruto de la ausencia de una política de protección integral, universal y uniforme de los envejecientes y de un marco jurídico apropiado. Teníamos un Seguro Social rezagado, con una cobertura muy limitada en relación con la cantidad de trabajadores afiliados y pensionados, agravada por las exclusiones, por el otorgamiento de muy pocas pensiones, con montos insuficientes y por la ausencia de indexación para garantizar su poder adquisitivo.

Como contrapartida, los grupos laborales organizados y con capacidad de negociación habían logrado leyes y/o reglamentos con planes de pensiones para sus trabajadores con coberturas y financiamiento muy disimiles entre sí. Y finalmente, un grupo de las más grandes empresas públicas y privadas ya contaba con planes de retiro para sus ejecutivos, profesionales y trabajadores con alcances y contenidos también muy diferentes. La generalidad de los planes de retiro

privados, sectoriales o particulares otorgaban mejores pensiones y contaban con una administración aceptable. Estos grandes contrastes entre la cobertura y los servicios públicos y privados, mantenidos y acentuados durante más de cuatro décadas, *indujo a una buena parte de los trabajadores dominicanos a preferir los servicios privados, tanto en pensiones como en salud, por considerarlos más eficientes y confiables*, factor que terminó condicionando las características del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS) de la Ley 87-01, así como el carácter plural de la administración de sus fondos.

Vale la pena resaltar que, al igual que en el área de la salud, la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado, aceptó, reconoció y ayudó a los diversos planes de pensiones existentes, siendo coherente con el principio de respetar los derechos adquiridos por decenas de miles de trabajadores afiliados a los planes privados. Y, en adición, les ofreció el concurso técnico de la SIPEN para que pudieran adecuarse a las nuevas normas y procedimientos establecidos. Un sistema de protección social universal, obligatorio y solidario, basado en principios y en derechos iguales para todos y todas, no puede ser excluyente de nada ni de nadie que cumpla con la Ley y acepte su regulación y fiscalización. Los derechos adquiridos no podían estar sujetos a la política de “tierra arrasada”.

XIV.

CAPACIDAD DE AHORRO DEL SISTEMA PÚBLICO DE REPARTO

La decisión más difícil y comprometedora durante todo el diseño del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) fue, ¿reparto o capitalización individual? La única ventaja de haber comenzado tardíamente una reforma social, es que nos permitió conocer las características y limitaciones de cada sistema para tomarlas en cuenta al diseñar el nuestro. La Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado y su Equipo Técnico acordaron previamente inclinarse por el sistema de pensión que garantizara el mayor ahorro, inversión y acumulación posible, por constituir el ahorro el recurso fundamental para asegurar una pensión digna y sostenible para todos, sin daños colaterales permanentes a los demás afiliados y a los contribuyentes. La universalidad del derecho a una pensión digna nos obligó a minimizar cualquier carga fiscal del régimen contributivo, a fin de garantizar más recursos públicos a favor de las pensiones solidarias, no contributivas, para combatir la pobreza e indigencia.

Tratándose de un sistema previsional de largo plazo, y de una prestación en dinero, fue necesario realizar cálculos actuariales y financieros, para medir objetivamente la capacidad de ahorro previsional de ambos sistemas. Suerte que ya el Banco Central, el Secretariado Técnico de la Presidencia y el Consejo Nacional de Hombres

de Empresas (CNHE) habían contratado a la Hewitt Associates, una consultora internacional, para comparar ambos sistemas, el cual arrojó valiosas y oportunas informaciones. En este capítulo sintetizamos los principales cálculos, evidencias y conclusiones presentadas a los senadores y diputados, luego de evaluar la capacidad del sistema público de reparto para capitalizar y acumular el ahorro previsional necesario para garantizar la mayor pensión posible a los trabajadores dominicanos.

1. Un desequilibrio financiero original y permanente

Objetivo fundamental del sistema público de reparto. Desde la proletarización de la fuerza de trabajo, producto de su separación de la propiedad y de la separación del control de los medios de producción, la clase trabajadora ha sentido la necesidad de contar con los medios suficientes para vivir con dignidad sus años de retiro del mundo laboral. Ante la pérdida definitiva de la propiedad, muchas formas y modalidades de ayuda mutua fueron ensayadas, quedando, finalmente, las pensiones y jubilaciones públicas como la opción más viable planteada por los propios trabajadores, sentando las bases para los primeros seguros sociales en Alemania a finales del siglo XIX. Como resultado de la orfandad material y de las consistentes demandas sociales, esta solución pronto logró gran aceptación social y comenzó a extenderse por toda Europa y luego por los demás continentes, como ya explicamos en el capítulo II.

Más adelante, luego de la Primera Guerra Mundial y con la creación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los seguros sociales recibieron un mayor impulso, siendo institucionalizados mediante un acuerdo de la OIT en el 1944. Cuatro años después, a finales de la Segunda Guerra Mundial, esta protección social fue consagrada como un derecho esencial en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el 1948. En 1952, la OIT adoptó la

famosa Resolución 102 que define los programas y reivindicaciones mínimos de la seguridad social, incluyendo al sistema de pensiones y jubilaciones.

Desde entonces, la gran mayoría de los países han establecido sistemas públicos de reparto, con la finalidad de proteger a los trabajadores durante los años de retiro. Este sistema tiene por objetivo garantizar una pensión por vejez, en reemplazo del ingreso dejado de percibir por el trabajador al momento de su retiro de la actividad laboral remunerada. La pensión equivale a un porcentaje del salario promedio devengado y se financia mediante aportes regulares del trabajador activo y de su empleador. Esta cotización es depositada en un fondo de ahorro común, que se acumula e incrementa, y del cual luego se extraen los recursos para entregar la pensión mensual de por vida del pensionado o jubilado. Se le conoce como un sistema de beneficios definidos, con el gran atractivo de que los afiliados conocen de antemano el porcentaje del salario que recibirán al momento de su retiro, de acuerdo a los años de cotización establecidos en la ley o el reglamento.

Todo sistema social está históricamente determinado por las condiciones y premisas económicas y sociales que le dieron origen. El sistema de reparto responde a una necesidad histórica y ha llenado una importante función social durante la vigencia y esplendor de los seguros sociales. El seguro social y con él, el sistema público de reparto, responden a una etapa específica del desarrollo económico, social, laboral, demográfico y tecnológico, que se ha prolongado durante más de un siglo.

Su diseño inicial fue una respuesta concreta a las características económicas y sociales prevalecientes: 1) un proceso de industrialización y de pauperización creciente; 2) un crecimiento sostenido de la demanda de fuerza de trabajo; 3) una protección social con frecuencia limitada sólo a los trabajadores asalariados de las grandes empresas; 4) bajos niveles de esperanza de vida, tanto al nacer como

al pensionarse; y 5) una alta tasa de crecimiento demográfico. Obviamente, su viabilidad y sostenibilidad en el tiempo dependen de la capacidad del sistema previsional para adaptarse a las grandes transformaciones tecnológicas, económicas, demográficas y laborales de la sociedad moderna. *En términos sociales, ningún sistema es perfecto ni eterno, ya que está condicionado por los factores económicos, financieros, culturales e ideológicos que le dieron origen.*

El costo promedio de las pensiones siempre supera el aporte total. El gran atractivo del sistema público de reparto reside en que entrega pensiones de por vida, con independencia total del fondo acumulado por el trabajador, con el solo requisito de haber cumplido con los años de aporte establecidos. A fin de conocer mejor los límites de esta característica y los riesgos de déficits y desequilibrios implícitos, vale la pena señalar que, por ejemplo, un plan de pensión con un aporte del 10% del salario y una tasa de reemplazo del 80%, *presupone 8 meses de cotización para asegurar un mes de pensión.*

$$\text{Meses de aportes} = \frac{\text{Porcentaje de reemplazo } 80\%}{\text{Porcentaje de cotización } 10\%} = \frac{80}{10} = 8 \text{ meses por cada mes de pensión}$$

En este ejemplo, tenemos un aporte del 10% frente a una tasa de reemplazo del 80%, lo que nos indica que *para cubrir un mes de pensión se necesitan 8 meses de cotización (80%/10%)*. Obviamente, en estas condiciones, asumiendo 360 meses de cotización (30 años), la pensión garantizada apenas equivaldría a unos 45 meses (360/8), aproximadamente 3.5 años. Si se estima una pensión promedio de 16.1 años, quedarían unos 12.6 años *sin recursos propios para cubrirla*. Desde luego, durante la primera etapa del sistema de reparto, donde todos los aportes se invierten, los años de pensión garantizados casi se duplican, debido a la acumulación tanto del ahorro como de los

intereses de las inversiones. Pero ello no anula su esencia deficitaria, sólo la reduce.

Estos simples resultados demuestran que todos los sistemas de retiro, sean de reparto o de capitalización individual, están obligados a entregar pensiones por un monto total *muy superior a las aportaciones acumuladas* de por vida por los trabajadores y sus empleadores. Este exceso se explica porque, lógicamente, en la inmensa mayoría de los casos, la tasa de reemplazo o porcentaje de la pensión (80%) supera, con creces, al porcentaje de cotización (10%), especialmente cuando no existe la debida correspondencia entre los años de aporte (30) y los años de pensión (16.1).

Más tarde o más temprano, alguien tendrá que pagar esta diferencia. En los seguros sociales excluyentes y de cobertura limitada, inicialmente este déficit se cubre con los aportes de los trabajadores activos y, como veremos más adelante, en última instancia termina cubriéndolo el Estado, es decir, todos los contribuyentes, incluyendo a la mayoría excluida de una pensión. Pero, en la medida en que los viejos seguros sociales excluyentes son superados por los nuevos sistemas de seguridad social universales, esta solución resulta más inequitativa y contraproducente, ya que ahora la mayor responsabilidad del Estado es garantizar las pensiones solidarias, no contributivas, a favor de los envejecientes más pobres y vulnerables, para cumplir con el principio de la universalidad.

El pecado original del sistema público de reparto. *En el sistema público de reparto, la pensión a otorgar depende de la cantidad de meses o años aportados, sin tomar en cuenta el monto acumulado por sus aportaciones, ni los intereses devengados de por vida.* Esta modalidad lleva implícita la posibilidad de un desequilibrio financiero y actuarial, dejando abierta la posibilidad de distorsiones que se traducirán en una mayor desigualdad social, incluso entre los propios trabajadores. Y como en la práctica esta posibilidad no constituye la excepción, sino la regla, al final del

día, los ingresos terminan siendo insuficientes para cubrir las pensiones y jubilaciones, como veremos en detalle más adelante. Además, la subestimación del monto acumulado termina incentivando la evasión, declarando salarios inferiores y fomentando el tráfico de influencias, para obtener mejores pensiones, factores que erosionan la solidaridad social, la equidad y la sostenibilidad financiera del sistema. Veamos un ejemplo de *las distorsiones y desigualdades que se derivan de la disociación entre el tiempo de cotización y el monto acumulado*.

La determinación del monto de la pensión basada en un porcentaje del salario, con sólo haber completado el tiempo reglamentario de cotización, lleva implícito el germen del desequilibrio estructural y de los déficits financieros. Por ejemplo, permite cotizar sobre la base de un salario muy bajo durante la mayoría del tiempo reglamentario, y luego incrementarlo notablemente durante los años finales, obteniendo así pensiones muy elevadas, sin ninguna correspondencia con el promedio salarial de su historia laboral.

Supongamos el caso de un trabajador con un salario mensual de RD\$ 35,000 pesos con un aporte del 10% para RD\$ 3,500 mensuales para pensión, entre él y su empleador, que es el salario promedio a mayo del 2024. Durante los primeros 28 años cotizó un total de RD\$ 1,176,000 pesos ($RD\$ 3,500 \times 12 \times 28$), y por cualquier razón su salario se redujo a RD\$ 20,000 durante los años 29 y 30, para un aporte adicional de sólo RD\$ 48,000 ($2,000 \times 12 \times 2$). En esas condiciones, su aporte total llegaría a RD\$ 1,224,000, como indica el cuadro 14.01. Al retirarse, su pensión será igual a RD\$ 16,000, el 80 % del último salario que fue de RD\$ 20,000. Asumiendo un promedio de 16.1 años como pensionado, el costo para el sistema será de RD\$ 3,348,800 ($RD\$ 16,000 \times 13 \times 16.1$), arrojando un déficit de RD\$ 2,124,800 ($RD\$ 1,224,000 - RD\$ 3,348,800$), el cual tiene que ser cubierto con los aportes de los trabajadores activos.

El caso del segundo trabajador es muy diferente, un poco al revés. Cotiza durante 28 años a razón de un salario de sólo

RD\$ 20,000 mensuales, acumulando un aporte de RD\$ 672,000 pesos (2,000x12x28). Pero, por cualquier razón válida o fraudulenta, este trabajador logra elevar su salario a RD\$ 35,000 mensuales, por lo que su aporte durante los años 29 y 30 asciende a RD\$ 84,000 pesos (RD\$ 3,500x12x2), totalizando RD\$ 756,000 durante los 30 años reglamentarios. A diferencia del caso anterior, este trabajador logra una pensión mensual de 28,000 pesos mensuales, es decir, el 80 % de su último salario de 35,000 pesos. También asumiendo 16.1 años de pensión, el sistema le habrá pagado RD\$ 5,860,400 (RD\$ 28,000x13x16.1), incurriendo en un déficit de RD\$ 5,104,400 pesos (RD\$ 756,000 – RD\$ 5,860,400).

Cuadro 14.01

Ejemplo de distorsiones que acentúan las desigualdades en las pensión del sistema público de reparto

Ingresos y egresos	Monto RD\$
Aporte 28 años salario 35,000 al 10%	1,176,000
Aporte 2 años salario 20,000 al 10%	48,000
Total aportado en 30 años	1,224,000
Pensión total en 16.1 años 80% de 20,000	3,348,000
Saldo del Primer Caso	(2,124,800)
Aporte 28 años salario 20,000 al 10%	672,000
Aporte 2 años salario 35,000 al 10%	84,000
Total aportado en 30 años	756,000
Pensión total en 16.1 años 80% de 35,000	5,860,400
Saldo del Segundo Caso	(5,104,400)

Fuente: Cálculos del autor

Los resultados de estos dos casos extremos, perfectamente posibles y reales, nos permiten ilustrar las consecuencias financieras para

el sistema público de reparto de la disociación entre la pensión y el monto real de las aportaciones: 1) a pesar de que el primer trabajador casi duplicó las aportaciones durante los 30 años reglamentarios (1,224,000 versus 756,000), terminó recibiendo una pensión considerablemente menor, de sólo 16,000 pesos, frente a una de 28,000 pesos del segundo trabajador; y 2) desde luego, esta distorsión casi triplicó el déficit final del sistema, al pasar de 2,124,800 a 5,104,400, amén de la injusticia y desigualdad social implícita en el tratamiento de estos dos casos.

Por su propia naturaleza, este notable divorcio entre el monto de las pensiones que otorga el sistema público de reparto y el monto de las cotizaciones y los intereses acumulados por el trabajador termina induciendo a diversas prácticas que acentúan el desequilibrio financiero. Quizás algunos piensen que estos ejemplos son irreales, pero no es así. Ocurre con frecuencia en las fuerzas armadas, en donde, por ejemplo, dos o tres años antes de pensionarse, un coronel logra ser nombrado como jefe de seguridad o de transportación de una institución del Estado, con un salario hasta cuatro veces mayor, y termina aprovechando esa oportunidad para retirarse con una pensión basada en un salario muy superior al que cotizó durante la mayor parte del tiempo.

Igual ocurre con un profesor de la universidad del Estado: se pasó la gran mayoría del tiempo impartiendo clases en una o dos secciones a la semana y años antes de su retiro triplicó las secciones y ocupó cargos, elevando considerablemente su salario, obteniendo así una pensión por un monto que no se corresponde en absoluto con su historial académico. Igual es el caso de un chofer de un senador que en su etapa final figura como asesor, con un salario muy superior. Y también en una empresa en la cual al empleado preferido se le aumenta (o se le simula aumentar) considerablemente el salario final para asegurarle una pensión desproporcionada a costa del sistema público de reparto.

En nuestro país, existen acuerdos políticos que otorgan pensiones calculadas, incluyendo los incentivos otorgados sobre los cuales nunca se cotizó. Además, *les permite a los políticos demagogos establecer porcentajes de cotización muy bajos, y al mismo tiempo, fijar tasas de reemplazo muy altas*, aún conscientes de sus terribles consecuencias financieras. Estas distorsiones se originan en el divorcio entre los beneficios y las aportaciones, y existen porque, por un lado, responden a presiones gremiales de corte populista, y por el otro, debido a la seguridad de que, en última instancia, el Estado cubrirá cualquier déficit del sistema.

Este desequilibrio financiero y actuarial termina minando la sostenibilidad del sistema público de reparto, porque utiliza las contribuciones de los afiliados activos para pagar la nómina de los trabajadores retirados, reduciendo en forma progresiva la capacidad de ahorro, inversión y acumulación del sistema. Esta disociación explica la existencia de planes de retiro con aportes muy limitados, pero con tasas de reemplazos muy elevadas, incentivando el clientelismo a pesar de la existencia de una esperanza de vida creciente.

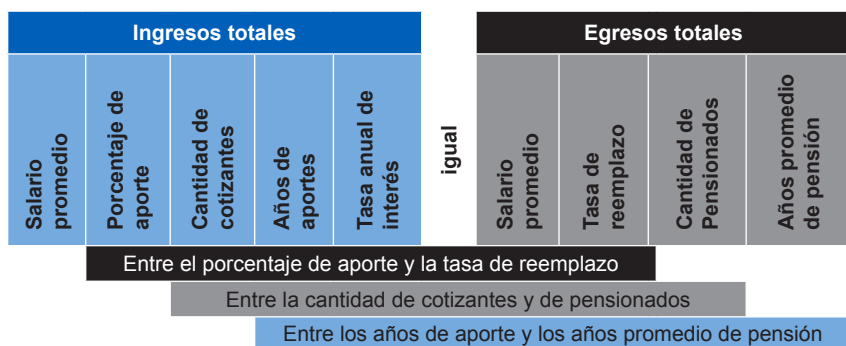
Correspondencias necesarias para garantizar el equilibrio financiero. De los dos ejemplos anteriores se deriva, claramente, que la sostenibilidad del sistema público de reparto, como de cualquier otro sistema de retiro, *depende del equilibrio financiero, a mediano y largo plazo, entre el costo de las prestaciones otorgadas y el monto de los recursos acumulados durante la etapa activa y pasiva del trabajador.* A su vez, este equilibrio se sustenta en una adecuada relación entre estas seis grandes variables:

- a) **La correspondencia entre el porcentaje de cotización y la tasa de reemplazo.** Obviamente, mientras mayor sea la tasa de reemplazo, mayores deberán ser las aportaciones necesarias para sustentarla, y viceversa.

- b) **La correspondencia entre los años de cotización y los años promedio de pensión.** Por lo menos, los años de aportación deberían crecer al mismo ritmo que la esperanza de vida al nacer y/o al pensionarse.
- c) **La correspondencia entre la cantidad de cotizantes y de pensionados y jubilados.** El desequilibrio se acentúa cuando el crecimiento de los últimos supera a al de los primeros.

Gráfico 14.01

Correspondencias para el equilibrio financiero previsional



De estas correspondencias se desprende que, la solvencia y la sostenibilidad del sistema público de reparto dependen de un equilibrio dinámico entre los años de aporte y de pensión; entre la tasa de cotización y de reemplazo, así como *entre la cantidad de trabajadores activos y pasivos*. Correspondencias que, si bien están presentes en la etapa juvenil de cualquier modelo previsional, resultan cada vez más difíciles de garantizar debido a las naturales resistencias de los trabajadores a mayores aportaciones y a la extensión de los años de cotización. Recordemos las protestas en Francia durante el 2023. Además, la relación entre cotizantes y pensionados tiende a reducirse gracias a los grandes avances tecnológicos, a las inexorables transformaciones demográficas y a los cambios en el mercado laboral. Así lo confirman,

de manera irrefutable, las estadísticas y proyecciones, tanto de las naciones más industrializadas, como de los países en vías de desarrollo, aunque a ritmos diferentes.

La acumulación del pasivo financiero y actuarial. En este momento, es crucial llamar la atención sobre el monto y el impacto fiscal de la acumulación del pasivo financiero y actuarial, generalmente la cara oculta del sistema. Es muy común que durante la configuración de los sistemas públicos de reparto, la mayor atención se concentre en maximizar las pensiones y jubilaciones y las demás prestaciones colaterales, y luego, en tratar de minimizar las aportaciones. Prácticas posibles y frecuentes, debido a las faltas de correspondencias señaladas.

En términos concretos, parece elemental que *cualquier sistema de pensión lleva implícito un pasivo previsional, es decir, una deuda de largo plazo*, la cual, con frecuencia, tiende a ser subestimada y hasta ignorada, a pesar de que se trata no sólo de un compromiso financiero de por vida, sino para una cohorte de jubilados y pensionados cada vez mayor y más longeva. En el reparto público este pasivo resulta mucho más importante por tratarse de un sistema de beneficios definidos. Ello se debe a que desde que el trabajador ingresa al sistema, incluso antes de realizar su primer aporte, el plan de retiro ya *ha contraído un pasivo financiero de por vida, todavía sin saber a cuánto ascenderá el activo que será aportado* y mucho menos, sin que necesariamente guarde una adecuada correspondencia y equilibrio. Aquí tenemos que insistir en la brecha entre el activo acumulado (cotizaciones más rentabilidad de la inversión), versus el pasivo estimado (costo de la pensión promedio de por vida del titular y del cónyuge sobreviviente).

Por ejemplo, volviendo a los cálculos realizados, si el salario promedio del trabajador típico es de RD\$ 35,000 pesos mensuales, asumidos como constantes, libres de aumentos y de inflación, y si promediamos en 14 años la vida del pensionado y 3 del cónyuge sobreviviente, con esta metodología es posible estimar cuánto

sería su pasivo actuarial o previsional. En este ejemplo, será igual a RD\$ 5,096,000 ($RD\$ 35,000 \times 80\% \times 13 \times 14$) del titular, más RD\$ 764,400 ($RD\$ 35,000 \times 80\% \times 13 \times 3 \times 70\%$) del cónyuge sobreviviente, en total unos RD\$ 5,860,400 por cada trabajador afiliado. Pero, como vimos, sus aportaciones totalizan unos RD\$ 1,260,000 pesos ($RD\$ 35,000 \times 10\% \times 12 \times 30$), de modo que, como quiera que se mire, tenemos una cuantiosa brecha de RD\$ 4,600,400 pesos, entre el monto estimado del pasivo comprometido y el monto de las aportaciones durante la vida activa.

En este sentido, vale la pena puntualizar: 1) la tendencia a subestimar el pasivo financiero al quebrantar la necesaria correspondencia entre el porcentaje de cotización y la tasa de reemplazo establecida; 2) la falsa ilusión de que este pasivo puede ser resuelto mediante la utilización de los aportes de los trabajadores activos; 3) la subestimación del enorme daño al sistema debido a la reducción progresiva de la capacidad de ahorro, inversión y acumulación; y 4) la confianza de que siempre el Estado podrá acudir en auxilio mediante cuantiosos subsidios fiscales.

2. Etapas del sistema público de reparto

Etapas dorada con ahorros, inversiones y acumulación. El propósito final del sistema público de reparto es garantizar una pensión digna, expresada en un porcentaje y monto específico de dinero mensual y de por vida. Para analizar con objetividad los resultados financieros de cualquier sistema o plan de retiro, resulta indispensable someterlo a cálculos actuariales y financieros. Sin ánimo de complicar las explicaciones, ilustraremos la evolución normal del sistema público de reparto, mediante cálculos basados en un afiliado promedio, como la expresión más simple, sencilla, entendible y representativa de la totalidad del modelo bajo análisis.

Se asume un salario cotizante promedio de RD\$ 35,000 pesos²¹⁹ reales durante todo el período, es decir, sin inflación, con aportes regulares y continuos durante 30 años, a razón del 10% del salario real, distribuido entre el trabajador y su empleador. De ese 10 %, se destina un 0.5 % al costo administrativo, dedicando el restante 9.5 % al fondo de retiro del trabajador²²⁰. Se garantiza una pensión del 80 % del salario promedio, porcentaje que, al incluir el pago de un mes adicional en diciembre, asciende al 86.7 %²²¹ (80 % x 13/12). Se considera un trabajador típico con un promedio de 14 años como pensionado, más una pensión de sobrevivencia de 3 años, equivalente al 70 % de la pensión del titular fallecido, con un estimado total neto de 16.1 años (14x12=168) + (3x12x70%=25.2). Total 193.2 meses, igual a 16.1 años.

De acuerdo con los cálculos realizados, al cabo de 30 años de cotización, nuestro afiliado típico habrá aportado al fondo de retiro un total de 1,197,000 (3,325x360), los cuales, al ser invertidos mensualmente durante los 30 años al 5% anual real, generan intereses por un total de 1,581,790 para un acumulado de 2,778,790, de acuerdo a las condiciones más favorables señaladas. A este monto habría que agregarle otros 717,572 por los intereses alcanzados durante el retiro, para un total de 3,496,362. Obsérvese que los intereses ascienden a 2,299,362 (1,581,790 + 717,572), *casi el doble del aporte obrero-patronal*. Ver Cuadro 14.02. Es importante recalcar que, durante la primera etapa del sistema de beneficios definidos todas las aportaciones se ahorran, capitalizan y acumulan, lo que permite obtener crecientes intereses, debido a que todavía no existen pensionados. Se asumen

²¹⁹ Este monto equivale, según la Tesorería de la Seguridad Social, al salario promedio al inicio del 2024.

²²⁰ En realidad, se trata de un estimado, ya que no ha sido posible obtener información confiable sobre el costo administrativo promedio de los sistemas de reparto en el país.

²²¹ 80 % por 13 pagos iguales, dividido por 12 meses, igual al 86.7%.

constantes todas las variables macroeconómicas que inciden en el proceso, y que están fuera del control de cualquier sistema de seguridad social y del modelo previsional.

Cuadro 14.02

Saldo financiero de un trabajador promedio en la primera etapa del sistema público de reparto

Ingresos y egresos	Monto RD\$
Aporte 30 años salario 35,000 al 9.5%	1,197,000
Intereses años activos al 5% anual	1,581.790
Intereses durante los años de retiro	717,572
Total del ingreso	3,496,362
Pensión titular en 14 años 80% de 35,000	5,096,000
Pensión cónyuge 3 años 70% de 28,000	764,400
Total egresos por pensión	5,860,400
Saldo final	(2,364,038)

Fuente: Cálculos del Autor

Bajo estas premisas, el costo de la pensión ascenderá a RD\$ 5,860,400 pesos, como sigue: RD\$ 5,096,000 que recibirá el titular durante 14 años, promedio ($\text{RD\$ } 28,000 \times 13 \times 14$), más otros 764,400 por la pensión del cónyuge sobreviviente ($\text{RD\$ } 28,000 \times 70\% \times 13 \times 3$). Estos resultados arrojan un déficit final de RD\$ 2,364,038 ($\text{RD\$ } 3,496,362 - \text{RD\$ } 5,860,400$), en este caso por cada afiliado típico, según el ejemplo. De acuerdo con las proyecciones realizadas, este fondo, incluyendo los intereses generados durante el retiro, se agotaría al pagar la pensión de RD\$ 28,000 del mes de agosto del año 10. Y como asumimos 16.1 años de pensión neta promedio (14 del titular y 3 para el cónyuge al 70%), el sistema carecería de fondos para cubrir los 5 años y 5 meses restantes.

Estos resultados revelan claramente que, aun bajo las premisas más favorables (100% del ahorro mensual) en su primera etapa, *el sistema*

público de reparto (SPR) apenas está en capacidad de garantizar unos 10 años y meses de pensión digna y sostenible, es decir, sin utilizar las cotizaciones de los demás trabajadores, ni acudir a subsidios gubernamentales. La baja expectativa de vida de los pensionados y jubilados de épocas ya superadas le permitió al sistema garantizar pensiones sin grandes desequilibrios, un período de auge total, la etapa dorada del sistema público de reparto.

El rápido crecimiento de la longevidad constituye la gran diferencia entre aquella época y la actual. En este ejemplo representativo, lo recibido por el pensionado promedio termina siendo 4.9 veces superior a lo aportado (RD\$ 5,860,400/ RD\$ 1,197,000). *Ello explica por qué es tan beneficioso para los jubilados y pensionados y, al mismo tiempo, tan insostenible y perjudicial para el sistema de reparto, para el país y para los contribuyentes.* Estos resultados arrojan luz sobre el por qué ningún trabajador quiere que les reduzcan sus “derechos adquiridos”, y por qué los políticos, ante esta resistencia al cambio, deciden no enfrentar el desequilibrio de fondo, solo introduciendo ajustes paramétricos coyunturales.

En aquellos casos particulares, cada vez más comunes, de un jubilado que sobreviva hasta los 20 años, el saldo negativo para el sistema de reparto ascendería a unos RD\$ 4,501,210 (RD\$ 2,778,790 – RD\$ 7,280,000), resultado que ofrece una idea de lo que pasará dentro de unas dos décadas, cuando nuestra esperanza de vida general se acerque a los 80 años. En este momento, surge la siguiente pregunta, si estos son los resultados del afiliado promedio, en las mejores

Lo recibido por el pensionado promedio termina siendo 4.9 veces superior a lo aportado. Ello explica por qué es tan beneficioso para los jubilados y pensionados y, al mismo tiempo, tan insostenible y perjudicial para el sistema de reparto, para el país y para los contribuyentes

condiciones del mercado, ¿cuán grave será la situación del sistema cuando se reduzca la capacidad de ahorro, inversión y acumulación?

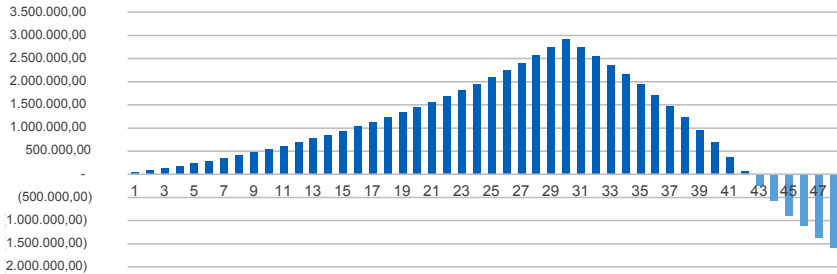
¿Cuál es la tasa de reemplazo propia, libre de subsidios? De no utilizarse los aportes ajenos, ni recurrir a los subsidios gubernamentales, la tasa de reemplazo propia (auto garantizada) de esta primera etapa del modelo de reparto público sería del 47.7%, resultado de dividir el fondo acumulado más los intereses durante los períodos activos y pasivos. RD\$ 3,496,362 entre los 16.1²²² años promedio de pensión. Y luego dividir este resultado (RD\$ 16,705.03) entre los RD\$ 35,000 que es el salario promedio. Esta baja tasa de reemplazo *autónoma, propia*, difiere considerablemente de la entregada a los afiliados y jubilados y es mayor que la del sistema de capitalización individual. De lo anterior se desprende que, en realidad, *la tasa de reemplazo relativamente mayor que ofrece el sistema público no se sustenta en méritos propios e inherentes al sistema de reparto como tal*, sino en la capacidad de endeudamiento permanente, utilizando las aportaciones de los trabajadores activos, y luego dependiendo de subsidios estatales recurrentes y crecientes.

El desequilibrio actuarial inherente al sistema público de reparto limita su capacidad para garantizar pensiones autónomas y sostenibles, es decir, sin necesidad de tocar los aportes ajenos, ni de recurrir a subsidios fiscales. Este límite es definido por el momento en que las prestaciones comienzan a superar los ingresos acumulados por los trabajadores y, por ende, por el sistema en su conjunto. Como veremos más adelante, el mismo se acelera en la medida en que la cantidad de pensionados y jubilados crece en mayor proporción que el número de cotizantes regulares, asumiendo constante el aporte mensual, la

²²² Estos 16.1 años de pensión son el resultado del cálculo ponderado de 14 años de pensión plena del titular, más 3 años del 70 % de la pensión plena, a favor de la pensión de sobrevivencia del cónyuge.

tasa de reemplazo definida y la tasa de rentabilidad anual real de las inversiones.

Gráfico 14.02
Saldo financiero estimado del reparto, con ahorro



¿Cómo el sistema público de reparto financia este déficit? Ante el agotamiento del fondo acumulado de nuestro afiliado promedio, a la administración del sistema no le queda otra alternativa que comenzar a utilizar las aportaciones de los trabajadores activos. Al principio, completando el monto de la pensión mensual de RD\$ 28,000 y más adelante, pagando la pensión completa con las nuevas aportaciones. En nuestro ejemplo, esos 28,000 equivalen al aporte mensual de 8.4 trabajadores activos (RD\$ 28,000/RD\$ 3,325). Siguiendo la lógica simple de exposición, eso quiere decir que, por cada pensionado promedio con RD\$ 28,000 pesos mensuales, la administración necesita tomar las aportaciones de 8.4 activos con salarios promedios, *privándolos de su capacidad de ahorro*. A partir de ese momento, los aportes de esos trabajadores activos dejarán de ahorrarse y, por lo tanto, de invertirse y acumularse. Aunque de manera lenta, en este instante comienza el sistema a minar su propia fortaleza al reducir su capacidad de ahorro, inversión y acumulación, proceso que continuará acentuándose cada vez más, en la medida en que los pensionados y

jubilados aumenten en mayor proporción que la cantidad de cotizantes activos.

La única solución a mano del sistema es continuar pagándoles a los jubilados con las aportaciones de los trabajadores activos, y que luego, cuando éstos sean pensionados, se les pague con las cotizaciones de los nuevos trabajadores activos, y así sucesivamente, en un proceso irreversible que perpetúa y multiplica el desequilibrio financiero. En realidad, se trata de un déficit actuarial que nunca se resuelve, y que se va acumulando y traspasando de generación en generación, sin que se alcance el equilibrio, describiendo una bola de nieve infinita. La única forma de evitar este déficit sería asegurando la correspondencia entre aportes y pensión, lo cual implicaría individualizar los aportes, invertir el fondo de pensión sin tocarlo y acumular lo suficiente para asegurar un retiro decoroso, sin comprometer el equilibrio del sistema, ni los fondos de los demás trabajadores, ni los impuestos de los contribuyentes.

Con el tiempo, este desequilibrio financiero resulta endémico, incrementándose, hasta que llega a un punto en que es inmanejable. Esto es lo que hemos llamado una *“herencia invertida”*, porque la aspiración natural de todo padre o tutor es dejar a sus hijos en mejores condiciones, con una educación y un patrimonio mayor, con una acumulación positiva, *y nunca con una deuda eterna e irreductible*. Pero el compromiso del sistema de reparto es al revés. En vez de traspasarle un patrimonio a las futuras generaciones, lo que hace es endosarle una deuda que se va acumulando y que se hace inmanejable, como veremos que señaló la Hewitt Associates, y como revela la experiencia de Europa y América Latina, comprometiendo, a través del tiempo, el nivel de vida y el bienestar de los actuales y futuros trabajadores.

El gráfico 14.02 ofrece una panorámica de la evolución del fondo de retiro acumulado durante el período activo y pasivo del afiliado típico promedio. Por tratarse de la primera etapa, es decir, donde todavía se ahorra, capitaliza y acumula, la curva muestra un proceso ascendente, de *ahorro acumulado y sostenido*, durante los 30 años

reglamentarios de cotización. A partir de ese momento, se inicia el pago mensual de las pensiones y el *consumo progresivo* del fondo de retiro, durante el cual se obtienen intereses decrecientes en la medida en que el patrimonio se va agotando. En este ejemplo ideal, a los diez años, se genera un punto de inflexión, una situación deficitaria recurrente, que obliga a tomar los aportes ajenos para cubrir el monto mensual de la nómina de los pensionados y jubilados.

No perdamos de vista que todavía nos situamos en la primera etapa del sistema de beneficios definidos, donde todas las aportaciones se ahorran, capitalizan y acumulan, lo que permite obtener crecientes intereses, ya que apenas existen pensionados, lo cual contribuye, de manera decisiva, al rápido incremento del patrimonio del trabajador y a la solvencia financiera del sistema público de reparto.

Proceso del consumo del fondo de pensión. Es muy importante entender la dinámica del proceso que se inicia con el retiro de nuestro afiliado promedio. En la realidad inmediata y superficial, el sistema comienza a pagarle su pensión, mes tras mes, sin ningún problema, ya que se trata de un fondo común, de reparto, que tiene muchos millones y del cual se pagan, todos los meses, todas las pensiones a los jubilados, los cuales, asumimos que todavía son pocos con relación a los activos. A simple vista, todo está normal, ya que el fondo acumulado aún cuenta con un saldo suficiente para pagar la nómina de todos los retirados. Y aunque de cuando en cuando se realizan estudios actuariales, la situación general es manejable, ya que, por el momento, cualquier variación resulta incipiente y poco significativa, pudiendo enfrentarse utilizando pequeñas cotizaciones de los trabajadores activos.

Como se indicó más arriba, nuestro pensionado típico cuenta con un fondo acumulado de 2,778,790²²³. En enero del año 31, el primero

²²³ Todavía no se incluyen los 10,882 pesos porque estos intereses se producen durante el retiro, no antes

de su pensión, a este monto se le adicionan intereses por 11,592.15 obtenidos al final del primer mes y se le deducen los 28,000 de la pensión mensual, quedando un saldo de 2,765,707.36. El segundo mes se inicia con este saldo, al cual se le suman intereses por 11,523.78, y se les restan los 28,000 del segundo mes de pensión, con un nuevo balance menor de 2,749,231.14. Obsérvese que los intereses obtenidos cada mes se van reduciendo en la medida en que el saldo del fondo acumulado también se contrae. Desde luego, estos resultados serán más o menos adversos en la medida del avance de la longevidad, y más favorables, si aumentara la tasa de interés, dos variables fuera del control del CNSS.

El sistema público de reparto no se guía por la cuenta individual de sus afiliados, porque opera como un fondo común e indistinto. Pero eso no quiere decir que esa realidad pueda ser ignorada ni eliminada. Cuando nuestro nuevo pensionado recibe el primer pago, a esa cuenta real e individual, pero ignorada, se le descuenta ese pago, quedando un fondo acumulado menor, el cual continúa invertido al mismo 5 % de interés real anual. Durante los primeros años del retiro, el fondo acumulado desciende lentamente porque todavía son altos los intereses generados debido al saldo disponible. Pero con el avance del proceso, la tendencia se invierte y los intereses van disminuyendo con relación a la pensión que asumimos, fija y real, libre de inflación. Luego llega un momento en que el fondo acumulado se agota totalmente, desapareciendo también los intereses, por lo que el pago de la pensión pasa a depender totalmente de la utilización de los aportes ajenos. Es en ese momento cuando comienza a declinar la capacidad de ahorro, inversión y acumulación del sistema público de reparto.

A partir de estas premisas y de los resultados de este ejemplo, se desprende que, en su primera etapa, *el sistema público de reparto está en capacidad de auto garantizar unos 10 años de pensión digna y sostenible*, es decir, sin utilizar las cotizaciones de los demás trabajadores, ni acudir a subsidios gubernamentales. La limitada expectativa de vida de hace más

de medio siglo permitió garantizar pensiones dignas y sostenibles, sin déficits financieros. Esa fue la llamada *etapa dorada del sistema público de reparto* porque: 1) todos los ahorros se invertían, generando intereses que se acumulaban; y 2) existían muchos trabajadores cotizantes con relación a una cantidad muy pequeña de pensionados y jubilados.

Obviamente, este saldo negativo para el sistema de reparto es al mismo tiempo un saldo positivo para el afiliado promedio, al recibir RD\$ 3,539,895.69 más que lo acumulado. *Tan beneficioso para los jubilados y pensionados, como insostenible y perjudicial para el sistema, para el país y para el resto de los contribuyentes.* En aquellos casos particulares, cada vez más comunes, de jubilados que sobreviven hasta los 20 años, el saldo negativo para el sistema de reparto ascenderá a unos RD\$ 4,501,210, tendencia hacia la cual avanza la humanidad de forma indetenible.

Gráfico 14.03

Evolución de las etapas del sistema público de reparto



El gráfico 14.03 ilustra la evolución general del sistema de reparto. En su etapa inicial, el ahorro no se toca y crece, logrando importantes utilidades, arrojando un déficit financiero menor. En la etapa superior, ya el ahorro propio es muy pequeño, las utilidades también, por lo que el déficit es mayor y creciente, reduciendo aún más la capacidad de ahorro y acentuando el círculo vicioso.

En la primera etapa, la acumulación es alta porque el ahorro no se toca, se invierte y acumula. Pero como el fondo no es suficiente,

se requiere completar la pensión de por vida con aportes ajenos. En la segunda etapa, el fondo acumulado es menor porque una parte del aporte se utilizó para pagar las pensiones, por lo que es necesario utilizar más años de aportes para pagar las viejas y nuevas pensiones. En la tercera etapa, la acumulación es todavía menor y la dependencia de los aportes frescos aún mayor, y así sucesivamente. Es crucial no perder de vista que este proceso es el resultado de la conjunción de tres factores coadyuvantes: 1) la entrega de beneficios superiores a las aportaciones; 2) el aumento de los pensionados y jubilados en mayor proporción que los trabajadores cotizantes; y 3) la reducción progresiva de la capacidad de ahorro, inversión y acumulación.

Un déficit recurrente que aumenta con la longevidad. Durante décadas atrás, cuando la esperanza de vida era muy baja, un jubilado típico con 5 años de vida le dejaba al plan de retiro un *saldo positivo* de unos RD\$ 500,415 (RD\$ 2,320,415 – RD\$ 1,820,000), equivalente al 21.6% de lo acumulado de por vida en las condiciones señaladas. Sin embargo, en la medida en que la longevidad se extiende, el cuadro financiero cambia de positivo a negativo, y luego a muy negativo.

Para apreciar en su justa dimensión este impacto en la sostenibilidad del sistema público, téngase en cuenta que esos cálculos asumen que el sistema todavía capitaliza el ahorro a favor del trabajador cotizante, gracias a la existencia de muchos aportantes y pocos jubilados y debido a que *todavía los años promedio de pensión eran pocos*. Con el envejecimiento del sistema y las transformaciones demográficas y laborales, estas premisas van desapareciendo: los pensionados crecen más que los aportantes y los jubilados viven muchos más años, consumen más y cuestan más. En estas condiciones, *la capacidad de ahorro comienza a desaparecer, matando la gallina de los huevos de oro* acentuando los resultados negativos e insostenibles a mediano y largo plazo.

En la mayoría de los países, incluso en los más industrializados y avanzados en materia sanitaria, la esperanza de vida se mantuvo baja durante siglos, registrando un crecimiento relativamente lento. *Paradójicamente, ese atraso relativo de la humanidad se tradujo en una gran ventaja para el sistema previsional de beneficios definidos, al prolongar una sostenibilidad financiera y actuarial, basada en cotizaciones y en períodos de aportes relativamente bajos.* Pero varias décadas después, el desarrollo tecnológico comenzó a transformar este panorama inicial en la realidad social y demográfica que hoy conocemos, la cual se propaga por el mundo a diferentes ritmos, pero siempre hacia adelante.

¿Cómo impacta la longevidad al sistema público de reparto? En múltiples dimensiones, pero, sobre todo, *en el crecimiento de la esperanza de vida de los pensionados y jubilados a un ritmo jamás contemplado por los diseñadores de los viejos planes de retiro de reparto y de capitalización individual.* Ante el avance inexorable de la longevidad, a los responsables del sistema, se les presentó la disyuntiva de reformar el sistema público de reparto (SPR) para restablecer la capacidad interna de ahorro a fin de asegurar su autonomía y sostenibilidad, o utilizar las cotizaciones de los trabajadores activos para pagar la nómina de los pensionados y jubilados. *Y entonces tomaron la decisión más cómoda, pero la más costosa y menos sostenible a largo plazo.*

Quizás el mayor problema del sistema público de reparto es que, con gran frecuencia, es diseñado sin reconocer las limitaciones existentes. Se constituyen otorgando el máximo de prestaciones, con el mínimo de cotizaciones, asumiendo que los recursos son ilimitados al contar con el subsidio estatal. Se trata de un grave error porque hasta la velocidad de la luz está limitada, gracias a lo cual, la escasez de recursos obliga a la investigación y a la creatividad para garantizar la productividad y la eficiencia.

Mayor crecimiento de los jubilados y pensionados. El rasgo fundamental de las siguientes etapas del sistema de reparto es el crecimiento

de los pensionados y jubilados a un ritmo mayor que los trabajadores activos, con la consiguiente pérdida de capacidad de ahorro, inversión y acumulación. El rápido desarrollo de la ciencia y la tecnología trae consigo tres grandes cambios demográficos: 1) la reducción de la natalidad, incluso por debajo del límite del crecimiento poblacional, estrechando cada vez más la base de la pirámide social; 2) la reducción relativa de la población económicamente activa (PEA), y de los trabajadores cotizantes; y 3) un mayor crecimiento de los envejecientes, acentuado por la extensión de los años de vida de los pensionados y jubilados. Y todo, sin tomar en cuenta el alto porcentaje de la población económicamente activa (PEA) dedicada a actividades por cuenta propia. En pocas palabras, se registra *una tendencia inexorable a sociedades cada vez con menos jóvenes y más viejos, quienes viven más años, con un costo creciente del pasivo previsional.*

La nómina de los pasivos aumenta, se reducen las reservas financieras, y se utilizan los aportes de los activos. Esta tendencia va provocando un *descenso creciente de la capacidad de ahorro e inversión*, erosionando la extraordinaria influencia del interés compuesto, “la fuerza más poderosa de la humanidad”, según se le atribuye a Albert Einstein. No olvidemos que la capitalización, basada en el interés compuesto, fue la que le dio vida y dinamismo al sistema de beneficios definidos durante su larga primera etapa, la era dorada de su crecimiento y de su función social.

La particularidad de la segunda y tercera etapa es que, *mientras el fondo de retiro individual se achica, también se agudiza la reducción de la cantidad de cotizantes por cada pensionado o jubilado*, minimizando el remanente que todavía pueda ser ahorrado, invertido y acumulado. Por ejemplo, en 1962 el Social Security tenía 4.3 trabajadores cotizantes por pensionado y en 2022 sólo 2.8 activos por cada pasivo. Esto significa una más intensa utilización de los aportes frescos y ajenos, para pagar las pensiones y jubilaciones, y por tanto, una menor capacidad de ahorro, inversión y acumulación.

A partir de la cuarta etapa, el saldo financiero resulta más crítico ante la paradoja de una esperanza de vida mayor, frente a un desarrollo tecnológico que automatiza y robotiza los procesos, desplazando la mano de obra poco calificada. De acuerdo con las proyecciones del Social Security durante las próximas dos décadas, los cotizantes por jubilado descenderán de 2.8 a sólo 2.3 para el 2042. En estas condiciones, las cotizaciones mensuales de estos trabajadores serán utilizadas íntegra e inmediatamente para pagar la nómina de los jubilados y pensionados (pay as to go), matando definitivamente la gallina de los huevos de oro. *El hecho de que estos cambios sean lentos y requieran décadas de maduración, en nada justifica que se ignoren o subestimen.*

Al verificar esa tendencia mundial de carácter inevitable e irreversible, el Equipo Técnico se formuló varias preguntas. ¿Cuál es la sostenibilidad futura de un sistema que cada vez ahorra y acumula menos, teniendo que enfrentar mayores pasivos financieros con más jubilados y pensionados que promedian más años de vida? ¿Es viable y tiene futuro un sistema previsional que pierde la capacidad de ahorro, inversión y acumulación? ¿Cómo y a cuál costo financiero y político podría revertirse esta hemorragia financiera? Ante esas tendencias y evidencias de finales del siglo pasado, ¿cuál es el riesgo de fortalecer a un sistema público de reparto en un deficit expansivo? Ante un creciente costo fiscal, ¿cuántos recursos quedarían para garantizar las pensiones solidarias no contributivas para los envejecientes más pobres e indigentes?

El gran reto del Social Security de Estados Unidos. De acuerdo a los expertos norteamericanos, a partir de este 2024, el Social Security Administration comenzó a enfrentar el reto más importante de su historia. Más de 4.1 millones de norteamericanos llegarán a los 65 años y se retirarán reclamando el seguro médico y la pensión que les corresponde. Hasta el 2027, el flujo de retirados se mantendrá por encima de los 4 millones anual y se espera que sólo uno de cada cinco, continúe trabajando más

tiempo. En el presente cuatrienio, el Social Security tendrá que asegurarle una pensión a más de 16 millones de nuevos jubilados, el mayor oleaje de estadounidenses en edad de jubilación de la historia.

Esta avalancha genera una doble presión a la seguridad social de Estados Unidos. Por un lado, los nuevos jubilados automáticamente ingresarán al Medicare, que es el seguro médico de los pensionados del mundo laboral. Y, por el otro, la generación “bloomers” reclamará su pensión dentro del programa 401K, la cual comenzó a trabajar durante la revolución digital con salarios muy superiores a los de sus padres, por lo que sus pensiones serán más elevadas. Pero en Estados Unidos no todo es color de rosa. Existe una creciente desigualdad social que aleja el “sueño americano”. Millones de pensionados no reciben un ingreso suficiente para mantener su estilo de vida anterior, obligados a trabajar “part time”, para llegar a fin de mes.

La diáspora dominicana en los EE. UU. ya supera los 2.4 millones, el 82 % de los residentes en el exterior y el 19.5 % de la población total del país. Se estima que 1.2 millones trabajan y que, al menos, unos 140,000 se pensionarán en los próximos 4 años, con un promedio de 35,000 dominicanos por año.

3. Un modelo deficitario que reduce la capacidad de ahorro

Una deuda eterna, costosa, indetenible e inmanejable. La seguridad de la intervención ilimitada del Estado estimula la ineficiencia, la demagogia y la politización del sistema. Primero, ofreciendo planes con beneficios fáciles y desproporcionados, y luego, permitiendo el tráfico de influencias y las presiones de grupos para obtener pensiones privilegiadas. Estas distorsiones aumentan la carga fiscal a costa de todos los contribuyentes, reducen la debida protección a los grupos más necesitados y acentúan las desigualdades sociales. La seguridad de contar con subsidios fiscales para las pensiones contributivas hace innecesario el fomento de una cultura previsional en la población,

que cree conciencia sobre las limitaciones existentes, sobre el costo creciente y los desafíos de una vejez cada vez más prolongada. Tampoco fomenta el ahorro individual para el retiro, como un recurso complementario cada vez más necesario.

La falta de correspondencia entre el fondo acumulado y la pensión otorgada prohíja innumerables distorsiones y privilegios. Por ejemplo, personas que se pensionan a los 55 años, habiendo cumplido el tiempo reglamentario de 30 años de aporte. En este caso, su fondo acumulado de por vida sigue siendo el mismo: RD\$ 2,320,415 pesos, pero si este jubilado vive 25 años (muere a los 80) y tiene sobrevivientes, el costo final para el sistema de reparto sería de RD\$ 9,864,400, con un saldo negativo de RD\$ 7,543,984 en las condiciones descritas. Como ya señalamos, otra distorsión muy común es elevar en forma real o artificial el monto del salario cotizante durante los últimos años, a fin de obtener una pensión basada en un salario que no representa el historial laboral del infractor.

La no correspondencia entre los aportes y los beneficios y la ausencia de capitalización del fondo generan necesariamente un déficit que se incrementa de generación en generación. Detrás de una solidaridad intergeneracional ficticia y aparente se esconde el traspaso del desequilibrio financiero y actuarial década tras década, y para siempre, provocando una *deuda eterna* que se multiplica y se transfiere de generación en generación. Es injusto e impropio comprometer a las futuras generaciones con una *herencia invertida*, una deuda que puede evitarse, antes de que se convierta en una bola de nieve inmanejable.

Aquí llegamos al punto central del problema. Como en el sistema público de reparto *todos* los pensionados terminarán recibiendo más del doble de lo aportado, ¿quién pagaría una diferencia que se acentúa continuamente cuando el sistema deja de ahorrar, invertir y acumular? ¿Los trabajadores activos? No, porque ellos también recibirán íntegramente la pensión prometida, agregando más desequilibrios. Entonces, si no son los pensionados y jubilados, ni tampoco

los trabajadores activos, ¿sobre quiénes recae el costo de ese agujero negro? Obviamente, sobre los contribuyentes.

Debe quedar bien claro que esta brecha entre los aportes y las prestaciones recibidas constituye una realidad insoslayable, limitante y objetiva, absolutamente válida, tanto para los sistemas públicos de reparto, como de capitalización individual. Por lo tanto, la diferencia reside en cómo cada sistema la cubre. El reparto público la paga con el fondo acumulado, complementado con las cotizaciones de los trabajadores activos, y más adelante con subsidios gubernamentales. En cambio, como veremos en el Capítulo XVI, el sistema de capitalización individual nunca toca los ahorros ni propios ni ajenos, lo cual le permite invertirlos, obteniendo utilidades para maximizar en lo posible el fondo acumulado de cada trabajador. En pocas palabras, al final del día, el reparto le carga el costo a los propios afiliados y a los contribuyentes, en tanto que la capitalización, a las ganancias de las empresas.

El espejismo de la solidaridad social intergeneracional. Ya no cabe la menor duda de la tendencia irreversible del sistema público de reparto de reducir y/o eliminar la capacidad de ahorro, capitalización y acumulación para cubrir las pensiones y jubilaciones prometidas. Ante esta realidad, sus teóricos y sus autoridades señalan que la solidaridad intergeneracional les permite pagar a los pensionados y jubilados utilizando los aportes regulares de los trabajadores activos. Éstos, a su vez, a su debido momento recibirán sus respectivas pensiones gracias a que serán financiados por las nuevas generaciones de aportantes, y así sucesivamente, en un proceso tan incierto, incontenible, confuso e infinito que no deja ver el final del túnel.

¿Cuáles son los límites y los resultados de este apalancamiento piramidal interminable? La respuesta tradicional es que el mismo se retroalimentará mediante recortes a las pensiones y/o con “financiamientos escalonados”, lo que significa que cuando el déficit se torne

inmanejable y el costo fiscal muy costoso, será necesario reducir las prestaciones y/o aumentar el porcentaje de cotización. En pocas palabras, a la larga, se reducirá del nivel de la protección previsional.

La llamada solidaridad intergeneracional constituye la explicación oficial sobre cómo el sistema enfrenta la falta de correspondencia entre los beneficios y el fondo acumulado. Pero en realidad se trata de un espejismo, de una ilusión. La verdadera solidaridad social consiste en una transferencia de ingresos de quienes tienen más hacia quienes tienen menos, con mayores carencias. La *solidaridad social no es un préstamo, ya que se trata de un proceso sin retorno, unilateral y vertical*. En la utilización inconsulta de los aportes de los activos para pagar las pensiones de los pasivos, no existe la menor transferencia de quienes tienen más hacia quienes tienen menos. De hecho, es todo lo contrario, porque *los aportes de una señora que hace café en una empresa son utilizados para pagar a su exjefe ya jubilado*. Pero, además, no existe ninguna transferencia de recursos, porque al momento de su retiro el sistema les garantizará idénticos derechos y prerrogativas a los actuales cotizantes activos, por lo que es incorrecto hablar de solidaridad social.

Resulta cuestionable el aporte del reparto público a la solidaridad social, habida cuenta de que sus prestaciones reproducen las diferencias y desigualdades sociales y económicas del mercado laboral. En sentido general, estos resultados van en la misma dirección de los obtenidos por un estudio del Banco Mundial sobre Brasil, según el cual *los jubilados del quintil (20%) más elevado perciben el 35% del subsidio estatal, mientras que al 20% más pobre apenas le llega el 4%*²²⁴. Y es que, al final del día, el sistema de beneficios definidos está diseñado para asignar los subsidios con arreglo a los respectivos niveles salariales y pensionales.

²²⁴ FIAT. (2017). *Crisis en los sistemas públicos de reparto: Los casos de España, Costa Rica y Brasil*. <http://www.fiapinternacional.org/wp-content/uploads/2016/01/Nota-de-Pensiones-Crisis-Sistemas-Reparto.pdf>

En esas condiciones, paradójicamente, son los trabajadores de bajos ingresos quienes resultan más solidarios con quienes disfrutan de empleos bien remunerados y estables. Mientras los grupos superiores cumplen con mayor facilidad y frecuencia la cantidad de cotizaciones mínimas para una pensión plena, una proporción mucho mayor de los más pobres nunca llega a alcanzar esta meta, víctima de la inestabilidad e informalidad laboral en que sobrevive. Lo más doloroso del caso es que el sistema de reparto no les devuelve los aportes a los trabajadores que no califican para una pensión, quedando estos recursos en el fondo común para pagar las pensiones más holgadas de aquellos que completaron el ciclo de cotización.

La única solidaridad social real del reparto público se produce cuando el sistema garantiza la pensión mínima con las aportaciones de los cotizantes medios y altos. Pero todavía existe otra distorsión en el reparto público tradicional: *los cotizantes de mayores ingresos disfrutan, en general, de una más larga esperanza de vida, recibiendo del fondo de retiro común una proporción superior que los trabajadores de bajos salarios con una menor expectativa de vida*. De modo que es así como los trabajadores más pobres terminan transfiriendo sus limitados recursos para que los grupos medios y altos disfruten de una pensión plena, alta y digna. Más que una pensión se trata de una jubilación.

Resistencia a los ajustes estructurales necesarios. Los ajustes para enfrentar los desequilibrios de los sistemas de reparto, generalmente se orientan hacia la contención del gasto. Desde luego, dependiendo de la correlación de las fuerzas políticas y sociales involucradas, las principales soluciones suelen ser: 1) endurecer la fórmula para calcular la pensión; 2) congelar las pensiones y/o dilatar su indexación; 3) extender la cantidad de años para determinar el salario base para el cálculo de la pensión; 4) aumentar gradualmente los requisitos mínimos para optar por una pensión plena; y 5) extender el tiempo de cotización necesario. Todas estas medidas generan una fuerte reacción

de parte de los sindicatos, de los políticos populistas y demagogos, y de los sectores de la opinión pública insuficientemente informados. Pero, aun reduciendo el gasto mensual, difícilmente el mismo resulte suficiente para contener el déficit, ya que con estas medidas sólo se alivia la situación, dejando en pie el problema de raíz, que es el desequilibrio actuarial y la reducción de la capacidad de ahorro.

Pero la resistencia es mayor cuando se intenta incrementar los ingresos, ya que ello sólo es posible de tres maneras: 1) elevando el porcentaje de la cotización mensual; 2) extendiendo los años obligatorios de aportes para obtener una pensión plena; y 3) mediante una combinación de ambas. Lo más natural y frecuente es que los trabajadores se resistan a estos cambios, por considerarlos atentatorios contra sus “legítimos derechos adquiridos”. Recordemos nuevamente las resistencias y protestas radicales en Francia durante el 2023.

Obviamente, el ajuste más difícil de implementar es el aumento de la cotización mensual, porque constituye una reducción del ingreso familiar destinado a cubrir las demás necesidades perentorias. En los sistemas de seguridad social cofinanciados por los trabajadores y los empleadores, también estos últimos se unen a la resistencia, alegando que cualquier aumento en la cotización eleva el costo de producción y reduce la competitividad. No obstante, muchos países han logrado progresos en esta dirección, estableciendo aumentos graduales del aporte, moderando su impacto inmediato para reducir la resistencia. La extensión de los años de aporte también se enfrenta con grandes resistencias, aunque en menor grado, debido a la evidencia estadística del aumento progresivo de los años de pensión. Por razones de justicia, se libera de la misma a los trabajadores de mayor edad, con una aplicación más acentuada a las nuevas generaciones de trabajadores.

Se trata de ajustes paramétricos coyunturales sin tocar el problema de fondo, por lo que es cuestión de tiempo para que se presente una nueva crisis, generalmente más profunda. Mientras tanto, los políticos ganan tiempo, traspasándoles a las futuras autoridades y generaciones

el reto de rediseñar el sistema, mediante soluciones actuarialmente más viables, equilibradas y sostenibles.

No caben dudas de que, si el déficit no puede ser cubierto por el propio sistema, más tarde o más temprano, lo pagarán los contribuyentes a través de subsidios gubernamentales, a un costo cada vez mayor, debido a la falta de correspondencia entre la cantidad de cotizantes y de pensionados y jubilados, entre otros factores. Y es que se trata de un ciclo regresivo y recurrente, y de la única deuda eterna conocida por la humanidad. Por esa razón, el Foro Económico Mundial (FEM) ha pronosticado una bomba previsional en la década del 2050, con un impacto generalizado, pero con mayor severidad sobre las familias más pobres y vulnerables, como siempre.

A más subsidios formales, menos subsidios para los más pobres.

La justificación del subsidio fiscal de los planes de retiro contributivos responde a un enfoque intrínsecamente excluyente, propio de la época de esplendor de los seguros sociales, cuando las pensiones eran sólo un derecho laboral. Se trata de una etapa superada a partir de la consagración del derecho universal a la seguridad social. Desde ese momento histórico, la responsabilidad de los Estados modernos y democráticos es universal, independientemente del ingreso y de la condición social de los envejecientes. El nuevo enfoque integrador de las políticas previsionales y de los respectivos sistemas de retiro, obliga a un profundo cuestionamiento del subsidio a los regímenes contributivos, dada la consabida limitación de los recursos disponibles para los más necesitados.

Este nuevo compromiso social público resulta considerablemente mayor en las economías en desarrollo, debido a los elevados niveles de marginalidad, informalidad, pobreza y desigualdad social, incluso en el seno de la propia población económicamente activa (PEA). La superación de los viejos seguros sociales excluyentes por modernos sistemas de seguridad social de carácter universal implica un cambio

importante en la prioridad de la asignación de los recursos públicos, a favor de los envejecientes más pobres y vulnerables.

Los planes de reparto pueden ser aplicados a grupos laborales cerrados, donde la empresa o la institución está en capacidad y en disposición de asumir el costo del déficit actuarial. Pero no resultan viables ni sostenibles en los sistemas generalizados, universales, ya que a la larga dicho déficit inevitablemente tendrá que ser cubierto por la totalidad de la población. Esta realidad genera serias distorsiones y desigualdades contra los grupos sociales de menores ingresos, quienes generalmente carecen de una organización capaz de influenciar a los tomadores de decisión.

El sistema público de reparto constituyó una respuesta a las aspiraciones de los trabajadores de acuerdo con las condiciones económicas, políticas, sociales, demográficas y tecnológicas que lo condicionaron y fomentaron. Desde hace décadas viene demostrando una reducción sensible de su capacidad para fomentar y garantizar el ahorro, la inversión y la acumulación, con una marcada tendencia a los déficits y a la dependencia de subsidios estatales. *Este proceso involutivo y regresivo sólo podría revertirse recuperando progresivamente la capacidad de ahorro para alcanzar niveles aceptables de autofinanciamiento y sostenibilidad*, proceso un tanto complejo, dada la resistencia de los grupos y sectores que se benefician tan generosamente de los sistemas públicos de reparto.

Finalmente, luego de estas consideraciones, el Equipo Técnico de la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado, frente al compromiso de diseñar un sistema que garantice, tanto pensiones contributivas como no contributivas, se formuló varias preguntas. ¿Cuál es el riesgo de optar por un sistema que en la medida en que alcanza su adultez va perdiendo su capacidad de ahorro, inversión y acumulación para el retiro? ¿Vale la pena recomendar un sistema previsional con un desequilibrio actuarial y financiero de origen y creciente, hasta convertirse en *una deuda eterna e incontrolable*? ¿Cuál

es el futuro de un sistema incapaz de aprovechar las oportunidades del desarrollo tecnológico, de adaptarse a las transformaciones demográficas y a los cambios del mercado laboral? ¿Cuáles aspectos positivos pueden rescatarse del sistema público de reparto? En el próximo capítulo, expondremos las respuestas de la Hewitt Associates y del Equipo Técnico a estas preguntas.

XV. CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL: AHORRO CON BAJAS PENSIONES

El sistema de la capitalización individual (SCI) surgió como una alternativa ante el creciente desequilibrio financiero y actuarial de un sistema público de reparto que, al llegar a su etapa de madurez, muestra claros signos de desgaste. Fue promovido como capaz de garantizar pensiones dignas y sostenibles, superando las debilidades, déficits y privilegios que caracterizan al sistema de beneficios definidos. Se fundamenta en la acumulación progresiva de las aportaciones mensuales, incluyendo las utilidades obtenidas por las inversiones del fondo de retiro en la economía nacional. Persigue el equilibrio permanente, mediante la necesaria correspondencia entre el porcentaje de aporte y la tasa de reemplazo, y entre los años de cotización y los años promedio de pensión. A diferencia del reparto público, reconoce y respeta la propiedad de los fondos de los trabajadores, no toca las cotizaciones ajenas, ni depende de subsidios fiscales.

Su principal fortaleza es su gran capacidad para respetar, fomentar, proteger, capitalizar y acumular el ahorro para el retiro, maximizando la acumulación del fondo de pensión mediante inversiones de largo plazo en áreas seguras, rentables y generadoras de empleos. Pero, dado que su primera versión fue establecida por una dictadura militar y

neoliberal, *el mismo nació con un carácter fuertemente privado y sin solidaridad social*, como veremos más adelante.

El presente capítulo parte de las principales características del sistema de capitalización individual para demostrar, mediante cálculos actuariales sencillos, que *su formulación original tampoco garantiza pensiones dignas y sostenibles*, porque sus aportaciones resultan insuficientes, carece de solidaridad social, y con frecuencia, su administración privada resulta muy costosa.

1. Resultados del reparto y la capitalización individual

Ajustes en el cálculo para comparar las pensiones. Hasta donde sea posible, y en interés de comparar los resultados financieros y la cobertura social del sistema de capitalización individual y del sistema público de reparto, en principio partimos de los supuestos utilizados para analizar el sistema de reparto. Continuamos asumiendo un salario mensual de 35,000, con una cotización del 10% (incluida la comisión de la AFP), para un aporte mensual de 3,500, monto que es invertido a la misma tasa de interés anual del 5% real. Al igual que en el reparto público, la pensión se otorga al concluir los 30 años de cotización, asumiendo una pensión promedio del 80% durante 14 años del titular, más tres años del cónyuge sobreviviente, con el 70% de la pensión del titular, en ambos casos, incluyendo una mensualidad adicional al final de año. La comisión total de la AFP promedia el 1.2 % anual sobre el saldo disponible, calculado y deducido al final de cada mes. Es importante tener presente que todos los cálculos son realizados en valores reales, descartando cualquier inflación en la tasa de interés y en el salario, así como en el fondo acumulado y en la pensión mensual, evitando así distracciones innecesarias que desvíen la atención del punto central del análisis.

Al concluir el ciclo contributivo de 30 años (360 meses de cotizaciones regulares e ininterrumpidas), el patrimonio de nuestro afiliado promedio asciende a 2,439,294, como resultado de aportes por 1,260,000 (3,500x360), más 1,472,806 por los intereses acumulados, menos 293,511 por la comisión de la AFP. A este saldo debemos agregarle otros 522,332 por los intereses devengados por el fondo de retiro durante el período de jubilación, y, además, restarle 104,463 por la comisión adicional durante la pensión, para un gran total de 2,857,164, como muestra el cuadro 15.01. El fondo acumulado al final del período activo constituye el punto de partida para determinar la pensión y, debido a que se trata de un fondo individual, el sistema sólo dispone del mismo para asignarla, excluyendo de antemano la utilización de los aportes ajenos, y de cualquier endeudamiento y subsidio gubernamental directo.

Cuadro 15.01

Resultados de la cuenta individual de un afiliado promedio
30 años de aporte, RD\$ 35,000 de salario real, 5% tasa de interés

Aporte de 30 años	1,260,000
Intereses años activos	1,472,806
Intereses años pasivos	522,332
Total de ingresos	3,255,138
Menos: Comisión AFP años activos	293,511
Menos: Comisión AFP años pasivos	104,463
Total comisiones	397,974
Total Fondo Acumulado	2,857,164
Menos: Pensión del titular	5,096,000
Menos: Pensión del cónyuge	764,400
Total de la pensión	5,860,400
Saldo final	(3,003,236)

Fuente: Cálculos del autor

No obstante, para realizar una comparación lo más objetiva posible entre los resultados financieros de ambos sistemas, el Equipo Técnico asumió una pensión mensual de RD\$ 28,000, el 80 % de los RD\$ 35,000 que es el salario mensual real a junio del 2024. Al igual que en el sistema de reparto del capítulo anterior, el costo total del pensionado o jubilado promedio asciende a RD\$ 5,096,000, al multiplicar la pensión anual de RD\$ 28,000 por 13 pagos anuales, durante 14 años promedio. A ese costo se le agrega la pensión de sobrevivencia del cónyuge: RD\$ 764,400 ($\text{RD\$ } 28,000 \times 13 \times 3 \times 70\%$), para un total de RD\$ 5,860,400. En consecuencia, al final del proceso tenemos un faltante de RD\$ 3,003,236 ($\text{RD\$ } 2,857,164 - \text{RD\$ } 5,860,400$), equivalente al 51.2 % del costo de la vejez promedio.

Assumiendo los demás factores constantes, el primer mes de pensión se inicia con un fondo acumulado de RD\$ 2,439,295, a los cuales se les adicionan RD\$ 10,164 por los intereses del mes, pero se les restan los primeros RD\$ 28,000 de pensión y los RD\$ 2,033 de comisión de la AFP, quedando un saldo de RD\$ 2,419,426. El segundo mes parte de este saldo, al cual se le agregan RD\$ 10,081 de intereses y se le restan RD\$ 28,000 por la pensión, más RD\$ 2,016 por comisión, para un saldo a final del mes dos de RD\$ 2,399,490. Estos resultados revelan que tanto el saldo inicial, como los intereses y la comisión de la AFP se van reduciendo mes tras mes, año tras año. En nuestro ejemplo²²⁵, el fondo se agotaría antes del noveno año de pensión. La reducción progresiva del fondo acumulado por el trabajador se explica por varias razones: 1) ya no se cotiza mensualmente; 2) el monto mensual de la pensión es fijo, y supera, con creces, la rentabilidad del saldo del fondo invertido; 3) el saldo mensual del fondo de retiro se reduce gradualmente; y 4) de igual forma, se reducen los intereses y el monto de la comisión, hasta extinguirse en el largo plazo.

²²⁵ En todos estos casos se trata de resúmenes anuales de los cálculos mensuales, por lo que es posible que existan algunas diferencias sin importancia real.

Es importante reconocer que este déficit financiero se produce tanto en el sistema de reparto como en este de capitalización individual, debido a la falta de correspondencia entre una alta tasa de reemplazo (80 %) y un bajo nivel de aportación (solo el 10 %). Por lo tanto, estamos frente a un punto de inflexión a partir del cual surgen las diferencias de enfoque entre ambos sistemas. Para enfrentar este déficit, el sistema público comienza a utilizar las aportaciones de los trabajadores activos para pagar las pensiones, evitando el desamparo de los afiliados, a costa de reducir hasta extinguir la capacidad de ahorro del sistema público. En cambio, dado que el sistema de capitalización individual no puede utilizar los ahorros ajenos, ni cuenta con subsidios fiscales, la solución es diferente. En la realidad, el sistema determina el monto de la pensión mensual distribuyendo el saldo del fondo de retiro acumulado entre los años según la esperanza de vida del titular y de su cónyuge.

Cuadro 15.02

Gestión del fondo de pensión durante la etapa de retiro
30 años de aporte, RD\$ 35,000 de salario real, 5% tasa de interés

Aporte de 30 años	1,260,000
Intereses años activos	1,472,806
Total de ingresos 30 años de aportes	2,732,806
Menos: Comisión AFP años activos	293,511
Total Fondo Acumulado al año 30	2,439,295
Más intereses primer mes de pensión	10,164
Menos: pago del primer mes de pensión	28,000
Menos: comisión AFP primer mes pensión	2,033
Saldo al final del primer mes de pensión	2,419,426

Fuente: Cálculos del autor

Asumiendo los 16.1²²⁶ años promedio de jubilación, e incluyendo los intereses durante el período pasivo, la pensión mensual sería de RD\$ 13,651.05 (RD\$ 2,857,164/16.1/13), equivalente a *una tasa de reemplazo del 39.0%*. Queda claro que, dentro de los límites señalados, el sistema de capitalización individual, tal y como fue concebido originalmente, *tampoco es capaz de asegurar una pensión digna* debido, fundamentalmente, a la falta de correspondencia entre los años de cotización (30) y los años promedio de retiro (16.1 años), y entre la tasa de aporte (10%) y de reemplazo (80%). Téngase en cuenta que se trata de un afiliado promedio, lo cual permite estimar la situación financiera general del sistema, teniendo pendiente que los resultados individuales podrían ser superiores o inferiores, dependiendo de su propio historial.

Cálculo del fondo de retiro y del monto de la pensión. El proceso de capitalización individual del ahorro para el retiro consiste en que, por ejemplo, la aportación del primer mes del trabajador se invierte, obteniendo intereses, los cuales se acumulan junto al aporte original. A este saldo incrementado se le suma el segundo aporte y el nuevo monto se invierte, recibiendo una ganancia incrementada, ya que se trata de un saldo mayor. A su vez, a este saldo acumulado se le adiciona el aporte del tercer mes y, junto a todo lo anterior, se invierte recibiendo una ganancia mayor, la cual se adiciona a las anteriores. Esta modalidad de inversión del ahorro se apoya en el “interés compuesto” porque tanto el aporte como los *intereses obtenidos no se retiran y se reinvierten sucesivamente, mes tras mes, año tras año, década tras década*. En pocas palabras, siempre que no se retiren ni el ahorro ni los intereses, el proceso genera intereses sobre los intereses, lo cual multiplica rápidamente el fondo acumulado.

²²⁶ Estos 16.1 años son el resultado de los 14 años promedio de pensión del titular más el 70% de 3 años de pensión del cónyuge sobreviviente.

En su primera etapa, el sistema público de reparto también se apoyó en la capitalización de los ahorros, logrando acumular un patrimonio cuantioso. Fue su etapa dorada, progresista y progresiva. Pero, como ya señalamos, la falta de correspondencia entre las prestaciones otorgadas y los ingresos obtenidos lo obliga a utilizar las aportaciones ajenas para pagar las viejas pensiones, erosionando la capacidad de ahorro e inversión, ralentizando el ciclo expansivo.

Como ya señalamos, en el sistema de capitalización individual, la pensión mensual depende del monto del fondo de pensión acumulado y de la esperanza de vida al momento del retiro de cada trabajador cotizante. En consecuencia, su cálculo difiere sustancialmente del aplicado en el sistema público de reparto, el cual es mucho más sencillo. En sentido general, la siguiente fórmula simplificada nos permite estimar el monto mensual de la pensión, basado en los siguientes parámetros:

$$\text{Pensión mensual} = \frac{\text{Fondo de retiro acumulado}}{\text{Meses estimados de pensión}} = \frac{2,857,164}{16.1 \times 13} = 13,651.05$$

Según la misma, la pensión mensual real, sin inflación, se elevará con el incremento del fondo de retiro acumulado real y se reducirá con el aumento de la esperanza de vida (meses estimados de pensión). Para asegurar una pensión estable y sostenible, es necesario garantizar el equilibrio dinámico entre el aumento de los años de vida del pensionado o jubilado promedio, y los años de cotización. Mientras mayor sea el tiempo de cotización y el ritmo de acumulación del fondo, mayor será la pensión mensual. En los meses estimados de pensión se toma en cuenta la longevidad mayor entre el titular y el cónyuge.

¿Por qué las pensiones resultan insuficientes? Aquí el Equipo Técnico llegó a un punto crucial del análisis comparativo. La baja tasa

de reemplazo del 39.0%, y/o los pocos años de pensión garantizados (8 años y 7 meses), no se explican porque el sistema de capitalización individual sea esencialmente ineficaz, sino porque, en el caso chileno y en otros países, el porcentaje de aporte fue muy bajo (10%) en relación con la tasa de reemplazo ofrecida (86.7%).²²⁷ *El sistema de reparto tampoco puede hacerlo, por cuenta propia y de manera autónoma.* En cambio, entrega mejores pensiones porque se apoya en dos grandes muletas: 1) utiliza inconsultamente los aportes ajenos; y 2) y luego requiere de subsidios fiscales, sin los cuales, los resultados serían igualmente preocupantes.

Ante la creciente longevidad, resulta evidente la imposibilidad de que cualquier sistema, de capitalización individual o de reparto público, garantice una pensión digna y sostenible con sólo un 10% de cotización, durante sólo 360 meses de aportes, con una tasa de interés de sólo el 5% anual, y con 16.1 años de pensión promedio, según el supuesto aplicado a ambos sistemas. Ya lo demostramos en el reparto y ahora se confirma en la capitalización individual.

Es un error que en nada ayuda a mejorar la suerte de los trabajadores y de la población en general; esgrimir las bajas pensiones para justificar el rechazo absoluto del sistema de capitalización individual. El hecho comprobado de que, bajo las condiciones señaladas, tanto la capitalización individual como el reparto público, arrojan pensiones insuficientes y/o insostenibles, confirma la tesis de que ambos sistemas adolecen de la falta de correspondencia entre el porcentaje de aporte y la tasa de reemplazo, así como entre los años de cotización y los años promedio de pensión. *Estamos en presencia de notables avances de la humanidad que impactan por igual a ambos sistemas, y del cual sólo podrán librarse mediante sendas reformas estructurales y diseños actuariales más flexibles y dinámicos.*

²²⁷ Este porcentaje es la tasa de reemplazo real, tomando en cuenta que se asumen 13 meses de pensión por año (80% x 13/12).

Vale la pena tener en cuenta que, en cualquiera de los dos sistemas previsionales, el monto acumulado resulta insuficiente, no por el valor en sí mismo, sino debido al crecimiento de la esperanza de vida. Por ejemplo, este saldo de RD\$ 2,857,164 sería suficiente para garantizar una pensión mensual de RD\$ 27,473 (RD\$ 2,857,164.55/8/13) si la esperanza de vida promedio fuese de sólo 8 años, como fue hace ocho décadas. En ese caso hipotético, la tasa de reemplazo sería del 78.5%. Pero, como se trata de cambios estructurales de carácter universal, fuera del control de cualquier sistema de pensión, los mismos gravitan con igual intensidad en ambos modelos, sólo con pequeñas variantes. Por lo tanto, *el gran reto previsional consiste en un rediseño de ambos sistemas para asegurar una mayor correspondencia entre el porcentaje de aporte y la tasa de reemplazo, y entre los años de cotización y los años promedio de pensión.*

Aunque las consecuencias financieras del desequilibrio actuarial suelen ser bastante similares e independientes en los dos viejos sistemas previsionales, su impacto se expresa en diferentes resultados según la naturaleza de cada uno. El reparto, al contar con la “solidaridad intergeneracional” y con subsidios fiscales, entrega pensiones suficientes pero, como vimos, a costa de un déficit creciente que consume el fondo de retiro general, elimina la capacidad de ahorro e inversión, y termina dependiendo de la ayuda fiscal. En cambio, la capitalización individual, al no depender del endeudamiento ni de los subsidios fiscales, entrega pensiones insuficientes, generando muchas incertidumbres en la mayoría de los pensionados y jubilados.

A pesar del déficit actuarial que le es inherente, el reparto público puede garantizar la continuidad de la pensión, *no por méritos propios, sino porque, primero consume las reservas financieras acumuladas, luego utiliza los aportes de los trabajadores activos reduciendo la capacidad de ahorro e inversión, y más adelante, requiere de crecientes subsidios del Estado, y finalmente introduce ajustes que terminan reduciendo las pensiones y jubilaciones.* En el caso hipotético de que el Estado subsidiara

de igual forma y magnitud al sistema de capitalización individual, *de inmediato la ventaja del reparto se reduciría a la diferencia en el costo de la comisión privada lucrativa.*

La conclusión fundamental es que ambos sistemas requieren de un rediseño integral a partir del avance de la longevidad, de los cambios en el mercado laboral y del desarrollo tecnológico. Los ajustes parciales resultan insuficientes. Por ejemplo, si se redujera la comisión del 1.2% a sólo el 0.5% anual, manteniendo constante los demás factores, sólo se agregaría un año y medio más de pensión, quedando una amplia brecha por cubrir. Y de reducir al 70 % la tasa de reemplazo, la pensión autosuficiente llegaría a 10 años y 2 meses, todavía arrojando casi 6 años sin cobertura autónoma.

Los cálculos demuestran que sólo extendiendo los años de cotización podría recuperarse el equilibrio entre la tasa de aporte y de reemplazo. Por ejemplo, con 35 años de aportes, sin alterar las demás condiciones, el sistema llegaría a 15 años y 11 meses de pensión garantizada, prácticamente alcanzando el umbral de 16 años y un mes de pensión. No se consideran aumentos de la tasa de interés anual porque esta variable está fuera del control del sistema y resultaría muy difícil sostenerla a lo largo de 30 años de vida activa, más los 16.1 años promedio de la etapa pasiva.

De estos resultados se desprende que *el principal ajuste reside en la extensión de los años de cotización de acuerdo al aumento de la esperanza de vida.* Y/o en un aumento sustancial del porcentaje de aporte, observando el principio de la gradualidad, como se explicará en el capítulo XIX. Desde luego, ello no excluye la posibilidad de reducir el gasto administrativo y de mayores esfuerzos por elevar la rentabilidad de las inversiones, como parte de una reforma basada en un rediseño integral. Huelga señalar que, *al aplicar estos cambios al sistema público de reparto, los resultados serían más o menos similares y beneficiosos,* con la única variante de la diferencia en el costo de la comisión de la AFP.

Impacto de la comisión en el fondo acumulado. El costo de la comisión que cobran las AFP por la administración e inversión del patrimonio es, sin dudas, uno de los temas más polémicos. Sus defensores minimizan su impacto, resaltando su aporte al crecimiento del patrimonio, mientras sus detractores indican que la relación costo/beneficio es muy elevada, ralentizando el crecimiento del fondo para el retiro. *Lamentablemente, existe muy poca información sobre el costo de la administración del sistema público de reparto, a fin de comparar los costos promedio de ambos sistemas.* De todas maneras, es innegable que el costo difiere mucho, dado el ánimo de lucro y que la comisión de la AFP se basa en un porcentaje del fondo acumulado descontado mensualmente.

El hecho de que la comisión sea un porcentaje del fondo acumulado les asegura a las AFP ingresos estables y crecientes, en la medida en que el patrimonio crece y se acumula. Desde luego, existen diversos tipos de comisión según la legislación de cada país. No obstante, en la gran mayoría de las modalidades se da la paradoja de que, *a pesar de que en la capitalización individual las pensiones son indefinidas, en todo momento las AFP cuentan con beneficios definidos.* Y esa realidad molesta mucho a los afiliados, generando mayores incertidumbres y cuestionamientos.

Obviamente, los resultados indican la existencia de una *relación inversa entre el saldo acumulado según el porcentaje de la comisión y la cantidad de meses de pensión garantizada.* Por ejemplo, para una comisión del 1.2 % anual sobre el saldo acumulado y deducida mensualmente de la cuenta individual del trabajador, el fondo acumulado ascendería a 2,354,188, monto que apenas garantizaría unos 5.9 años de la pensión promedio. En ese escenario, los intereses acumulados serían de RD\$ 1,438,063, en tanto que la comisión llegaría a RD\$ 343,875 en 30 años, equivalente al 23.9% del total de los dividendos, y al 14.6% del fondo acumulado, lo que revela su fuerte impacto en el fondo acumulado y en las futuras pensiones.

En el extremo opuesto, el más favorable para los pensionados y jubilados, una tasa del 0.5% anual permitiría acumular RD\$ 2,668,926, llegando a solventar 7.0 años de pensión, con una rentabilidad de RD\$ 1,564,890 y una comisión de la AFP de RD\$ 155,964, casi similar a la estimada para el reparto, equivalente al 9.97% del total de los intereses, y al 5.8% del fondo acumulado. Como se observa, *el nivel de la comisión de la AFP incide en forma inversa, tanto en el saldo final acumulado como en los meses asegurados de pensión sostenible.*

Conviene resaltar que, indudablemente, si bien una limitación razonable de la comisión mejoraría las pensiones y jubilaciones, esta medida, por sí sola, *no constituye el factor determinante* para alcanzar la meta de asegurar una pensión digna y sostenible para todos. Recordemos que, en el sistema de reparto, donde asumimos que el costo administrativo es menor, los resultados tampoco resultan satisfactorios, en términos autónomos.

Vale la pena señalar que el costo de administración de los fondos de pensión guarda una estrecha relación con la complejidad del mercado de valores y de la cantidad de opciones de inversión disponibles. En las pequeñas economías, con un mercado financiero poco diversificado, las opciones de inversión resultan tan obvias, que no requieren de grandes especialistas para los análisis y cálculos, presentes y futuros. En cambio, en aquellos mercados financieros más diversificados y dinámicos, el esfuerzo resulta mucho mayor y más complejo para la toma de decisiones oportunas tendentes a maximizar el rendimiento del fondo, dentro de las políticas y los estándares de seguridad establecidos.

Otro factor importante es la necesaria relación entre el margen de la rentabilidad obtenida por las inversiones del patrimonio de los trabajadores y el de la comisión. Aquí se aplica la lógica ganar-ganar como un poderoso estímulo a realizar todos los esfuerzos y gestiones necesarias para maximizar las utilidades obtenidas. A mayor

rentabilidad de las inversiones, mayor acumulación de fondos y mayor comisión por los resultados, y viceversa.

Finalmente, también influye la modalidad de cálculo de la comisión administrativa. Por ejemplo, cuando la misma está directamente vinculada, en términos porcentuales, al monto de la rentabilidad obtenida, existe un claro interés mutuo en maximizar la tasa de rendimiento. En cambio, si la comisión consiste en un porcentaje del saldo acumulado, independientemente del nivel del desempeño, el incentivo a maximizar las ganancias resulta menor, dejando de ser determinante en la gestión de la AFP. Paralelamente, en los casos de una administración pública centralizada, aumenta el riesgo de la politización del proceso, del clientelismo y del burocratismo. Además, de decisiones complacientes y riesgosas, subestimando las consecuencias, ya que siempre se contará con el apoyo “ilimitado” del Estado.

2. Capitalización individual: pensiones insuficientes

Impacto del fondo de retiro en el rápido crecimiento económico chileno. La Federación Internacional de Administradoras de Pensiones (FIAP) resalta los logros del sistema chileno²²⁸ señalando: 1) la alta cobertura poblacional, con el 66,3% de los empleados cotizando, y el 77% de los mayores de 60 años; 2) la reducción significativa en la pobreza de los adultos mayores: desde el 23% en el 2006, al 4,5 % al 2017; 3) la alta rentabilidad de los fondos de pensiones, con un 8,1% promedio real anual desde 1981, y su integridad bien protegida; 4) el pago de gran parte del déficit del antiguo sistema de pensiones; y 5) un aporte significativo al desarrollo económico del país, estimado

²²⁸ CEPAL, Bentancor, Andrea Bentancor. (2020). *El sistema de pensiones en Chile Institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera*. <http://Chile%20proyecto%20de%20reforma%20de%20pensiones.pdf>

entre el 8,6% y el 14,4% del crecimiento económico de Chile desde 1981 al 2011²²⁹.

En cambio, la Fundación Sol²³⁰ y varios estudios e informes de fuentes similares, concluyen que el sistema de cuentas individuales administrado por las AFP fracasó, ya que después de casi cuarenta años de funcionamiento, no logró el objetivo fundamental de pagar pensiones suficientes. Y que, debido a la caída en la tasa de rentabilidad registrada en los últimos 20 años, tampoco podrán cumplir con este objetivo en el futuro, aunque se realicen cambios paramétricos, como aumentar la tasa de cotización. Para respaldar sus conclusiones, utilizan las siguientes estadísticas oficiales: 1) a diciembre de 2018, el 50% de los 684 mil jubilados que recibieron una pensión de vejez obtuvo menos de \$135 mil pesos chilenos; 2) de aquellas personas que cotizaron entre 30 y 35 años, el 50% recibió una pensión menor a \$296.332, valor inferior al Salario Mínimo actual; y 3) 8 de cada 10 nuevos pensionados ni siquiera lograron autofinanciar una pensión superior a la línea de la pobreza.

Si bien es cierto que el sistema ya tiene más de 40 años de iniciado, no es menos cierto que, por tratarse de un seguro de largo plazo, aun dentro de ese período se registran muchas pensiones incompletas, especialmente de los trabajadores con edades intermedias y avanzadas al momento del cambio del sistema previsional. Esos factores, ocultos en las estadísticas basadas en promedios, deben ser tomados en cuenta para una evaluación más objetiva de los resultados. Aun así, no caben dudas de que la mayoría de las pensiones resultantes, están lejos de

²²⁹ FIAP. (2016). *Crisis en los sistemas públicos de reparto: Los casos de España, Costa Rica y Brasil*. <http://www.fiapinternacional.org/wp-content/uploads/2016/01/Nota-de-Pensiones-Crisis-Sistemas-Reparto.pdf>

²³⁰ Fundación Sol. (2019). *Pensiones bajo el Mínimo del 2019*. <http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2019/07/Pensiones-bajo-el-minimo-2019-1.pdf>

satisfacer las necesidades de los trabajadores chilenos, luego de haber cotizado durante más de 30 años.

Caminero, M, (2020) en el libro *Las AFP en 100 preguntas* presenta una interpretación diferente, acentuando las diferencias de las pensiones entre las personas con igual salario, pero que difieren notablemente en la cantidad de años de cotización. Estas diferencias son importantes especialmente para los trabajadores jóvenes y para aquellos que registran un historial de contribución muy inestable.

“A junio del 2018, según los datos de la Superintendencia de Pensiones, la pensión total de vejez promedio en Chile era de \$223,584, este promedio baja a \$201 mil al excluir el Aporte Previsional Solidario (APS) que realiza el Estado chileno”.²³¹. “Si se considera que, según el INE, el sueldo promedio de los chilenos en 2017 fue de \$554,493, las pensiones están representando alrededor del 40% del sueldo que reciben los chilenos. Si se excluyera del análisis a quienes cotizaron menos de 20 años, la pensión por vejez promedio autofinanciada sube a \$315 mil, es decir, al equivalente al 57% del sueldo promedio actualmente pagado en Chile. Quienes logran contribuir durante 30 o más años, el promedio brinca a \$445 mil (el 80 % del sueldo promedio)”.²³²

Un resultado muy importante, y lógicamente, muy polémico, es determinar el grado de contribución del sistema de ahorro individual al crecimiento de la economía chilena. Mientras que en el sector que favorece y defiende al sistema resalta un aporte significativo al desarrollo económico, situándolo entre el 8,6% y el 14,4% del producto interno

²³¹ Cominetti, Marisa y Fernández, Manuel. (2019). *Las AFP en 100 preguntas*. Ediciones El Mercurio.

²³² Ibidem.

bruto (PIB) de Chile desde 1981 a 2011, el otro sector trata de restarle importancia, aun reconociendo que el ingreso per cápita de los chilenos se ha elevado más de cinco veces en menos de tres décadas.

“Si bien Chile aumentó su nivel de ingreso per cápita de US\$4,500 hacia fines de la década de los 80 a US\$24,000 en la actualidad (2016), no es fácil aislar la contribución precisa del sistema de cuentas individuales al crecimiento en forma metodológicamente convincente”. Así, una simple correlación entre el sistema de pensiones y el aumento del nivel del PIB por habitante no implica, necesariamente, una relación de causalidad desde el primero (sistema de pensiones) al segundo (PIB per cápita)²³³.

Se comprende que se trata de una correlación muy compleja entre el aumento sostenido del patrimonio de los trabajadores y, por lo tanto, de la inversión previsional en la economía, y el crecimiento del ingreso per cápita chileno, durante las últimas décadas. Sin embargo, mientras en todos los demás aspectos se presentan informaciones lo más precisas posibles, en este punto, tan crucial para el debate, se deja una estela de dudas y de cuestiones por resolver.

No hay que ser un economista para aceptar que debe haber más que una simple coincidencia entre estos dos formidables crecimientos registrados en el mismo período de tiempo. El simple hecho de que un país disponga de una fuente de financiamiento de largo plazo que supera el 85 % de su producto interno bruto (PIB), constituye una razón suficiente para reconocer que, su sola existencia, contribuye a acelerar el crecimiento sano y sostenible de la economía nacional. *Ello es así porque, de acuerdo con la teoría económica, no resulta coherente*

²³³ Solimano, Andrés. (2017). *Pensiones a la chilena*. Editora Catalonia.

asociar las inversiones de capital al crecimiento de la actividad económica de un país y luego, tratar de restarle importancia al impacto en la actividad económica global de recursos previsionales de inversión de largo plazo casi similares al PIB de ese país.

Un alto subsidio del Estado. No debemos perder de vista el impacto colateral implícito del sistema de capitalización individual, tal y como fue originalmente formulado. Aunque en principio se señala que el mismo excluye la dependencia de subsidios oficiales, en la práctica esta premisa tampoco se cumple a cabalidad. Efectivamente, la presión fiscal tiende a aumentar en la medida en que el sistema deja de entregar pensiones, al agotarse el fondo de retiro. *Esta es una realidad mucho menor en aquellos países cuyos modelos contemplan un fondo propio de solidaridad social, como en nuestro país,* para complementar la pensión mínima cuando el saldo final de su cuenta individual no resulte suficiente. De modo que, a la corta o a la larga, los desequilibrios financieros y/o las bajas pensiones se convertirán en una carga fiscal, que nadie puede ignorar ni subestimar.

En el sistema de capitalización individual chileno, el Estado es el responsable de garantizar la pensión mínima a aquellos trabajadores que, habiendo cumplido con los años de aporte, no lograron acumular lo suficiente para “autofinanciarse” una pensión igual o mayor que la mínima. En Chile este subsidio se denomina “*Aporte Previsional Solidario*” (APS), cuya cobertura actual llega prácticamente al 50% del total de los pensionados del nuevo sistema.

En principio, es previsible asumir un porcentaje relativamente alto habida cuenta de que, al momento del cambio de sistema, una parte importante de los asalariados chilenos tenía más de 35 años, lo que redujo la posibilidad de cotizar los años previstos en la ley para acumular lo suficiente para una pensión “plena”. Por tales razones, se presume que esta cohorte continúe decreciendo hasta desaparecer en algo más de una década. Además, debido a los bajos ingresos, a la

informalidad laboral y a las fluctuaciones del mercado de trabajo, estos segmentos sociales no alcanzarán la pensión mínima, requiriendo subsidios gubernamentales.²³⁴

Insatisfacción general sobre los sistemas de pensiones²³⁵. Lo cierto es que la población expresa un alto grado de insatisfacción porque el nivel de las pensiones otorgadas ni se corresponde con lo prometido, ni con sus necesidades. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el Convenio 102 sobre la Seguridad Social y en el Convenio 128 sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivencia, indica que una pensión adecuada debería alcanzar *como mínimo el 40 % de los ingresos*. No obstante, los trabajadores sindicalizados, cada vez con mayor insistencia, demandan un nivel de jubilación mucho mayor, prácticamente el doble, para evitar un descenso brusco en el nivel de vida al llegar a su retiro.

Obviamente, la alta proporción de trabajadores pensionados con tasas de reemplazo del 40% y 50%, más la cantidad de jubilados a los que el Estado debe auxiliar mediante el Aporte Previsional Solidario (APS), explican y justifican las crecientes críticas al sistema chileno de capitalización individual administrado por las AFP, expresadas en las protestas organizadas por líderes sindicales y populares.

Desde finales del siglo pasado, los estudios indicaban una tasa de reemplazo muy baja, estimada en un 44 %, frente a una promesa oficial de alrededor del 70 %.

“De hecho, la tasa de sustitución del 44% es de poco monto, la mayoría querría tasas del 70%. Para estos efectos, deberían

²³⁴ FIAP. (2016). *Crisis en los sistemas públicos de reparto: Los casos de España, Costa Rica y Brasil*. <http://www.fiapinternacional.org/wp-content/uploads/2016/01/Nota-de-Pensiones-Crisis-Sistemas-Reparto.pdf>

²³⁵ FIAP. (2016). *Reformas a los Sistemas de Pensiones*. <http://FIAP%20Principios-para-reformas-de-segunda-generacion.pdf>

incrementar sus fondos de pensión con cotizaciones voluntarias o sus propios ahorros, lo que demuestra que la cotización obligatoria del 10% resulta insuficiente en un sistema financiado solamente por los afiliados, y la mayoría con bajos ingresos, sin capacidad de ahorro²³⁶. Con esta contribución, la mitad de los trabajadores sólo podría acceder a la pensión mínima, si cumplen con los requisitos para ello.

El retiro mediante la modalidad de renta vitalicia es uno de los factores adicionales que determinan las bajas pensiones. En principio, la renta vitalicia persigue asegurar una pensión “definida y de por vida” para darle más tranquilidad, estabilidad y sosiego. En teoría, consiste en un contrato mediante el cual el trabajador traspasa la propiedad total de su fondo para el retiro a una compañía de seguro de vida, la cual le garantiza una determinada renta fija (posiblemente actualizada anualmente para mantener su poder adquisitivo real), hasta la muerte del titular y de su cónyuge. Esta pensión se determina dividiendo el fondo acumulado entre la cantidad de años (expresada en meses) que la compañía de seguro estima que vivirán el jubilado y su cónyuge. Dado que al momento de la firma del contrato el monto del fondo de pensión está definido, mientras mayor sea la longevidad de ambos (titular y cónyuge), estimada por la compañía, menor será la pensión mensual garantizada, y viceversa.

$$\text{Pensión mensual vitalicia} = \frac{\text{Fondo total acumulado}}{\text{Meses de vida estimados}}$$

Dado su interés de lucro, en la práctica estas empresas elaboran y aplican una tabla de edad con la suficiente longevidad, para asegurarse

²³⁶ Rivadeneira Martínez, Carlos. (2017). *Aquí se fabrican pobres*. LOM Ediciones

de que muy pocos jubilados, o ninguno, alcancen los años de pensión establecidos, minimizando el riesgo de pérdida y elevando el margen de beneficio. Algunas compañías de seguros de vida aplican niveles de longevidad que corresponden a los grupos sociales más ricos, con una esperanza de vida mucho mayor que la de los jubilados de bajos ingresos. Estas prácticas contribuyen a explicar las bajas pensiones que se registran en los modelos de capitalización individual y los elevados beneficios que obtienen estas compañías de seguro a costa de los envejecientes.

3. Críticas y objeciones de todos los calibres

La capitalización individual excluye todos los privilegios. En los últimos años, *más que a reconocer los problemas y falencias del reparto público tradicional, muchos profesionales se han dedicado a resaltar las ineficiencias e insuficiencias del sistema de capitalización individual, como si ello fuese suficiente para justificar al sistema de beneficios definidos.* Con esta polarización ideológica, se pretende desconocer la incapacidad actuarial de ambos sistemas para garantizar una pensión digna y sostenible para todos. Esta actitud contribuye a generar más confusión en la clase trabajadora y en la población en general, alejando la necesidad de presentar opciones para un rediseño profundo de ambos sistemas, acorde con los cambios laborales y las transformaciones demográficas en curso.

La Fundación Sol, una ONG dedicada a defender arduamente el sistema público de reparto, y lógicamente, a criticar al sistema de capitalización individual, señala, con mucha propiedad, las enormes brechas y los privilegios existentes entre el nivel de las pensiones de los cuerpos armados chilenos y las pensiones que reciben los trabajadores civiles.

“La pensión de antigüedad promedio de DIPRECA es casi 5 veces mayor a la pensión de vejez que pagan las AFP y las

Compañías de Seguro. Brecha que llega a 5,9, si se compara con Gendarmería y a 6,6 veces con investigaciones”²³⁷. Y continúa su valiente resumen afirmando que “en el caso de CAPREDENA, esta brecha llega a 4,3 veces a nivel general y alcanza casi 9 veces, si se compara con la pensión promedio que reciben los oficiales”.

Esta Fundación concluye que “el año 2018, el Estado chileno destinó más de 2.434 millones de dólares para pagar Jubilaciones, Pensiones y Montepíos en CAPREDENA²³⁸ y DIPRECA²³⁹, cubriendo a 174 mil pensionados. Si consideramos que para financiar a 1,5 millones de personas beneficiadas con el Pilar Solidario (a través de la Pensión Básica Solidaria y el Aporte Previsional Solidario) se destinaron casi 2 mil millones de dólares, se puede dimensionar la magnitud de los recursos gastados en las Fuerzas Armadas y del Orden”.

Admirable gesto de valentía, habida cuenta del poder del sector en cuestión. Sin embargo, lo que más nos llama la atención es que este valiente señalamiento se quede en la simple enunciación, en la superficie, y no se vincule para nada a la naturaleza del sistema público de reparto. ¿Por qué ocurren estas desigualdades sociales, tan groseras y costosas para el Estado y, por lo tanto, para todos los contribuyentes chilenos? *La respuesta está en la esencia del sistema público de reparto, diseñado para otorgar pensiones y jubilaciones sin considerar el esfuerzo ni el aporte real de los trabajadores durante su período laboral.* Un sistema que, a partir del desequilibrio actuarial que le es inherente,

²³⁷ Fundación Sol. (2019). <http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2019/09/PEV-1.pdf>

²³⁸ Caja de Previsión de la Defensa Nacional de Chile.

²³⁹ Dirección de Previsión de Carabineros de Chile

permite y hasta fomenta los privilegios y las desigualdades sociales, como las señaladas por la Fundación Sol.

¿Por qué creen nuestros lectores que las fuerzas armadas chilenas y del orden se excluyeron del nuevo sistema previsional basado en la capitalización individual? Porque desde un principio, la alta oficialidad comprendió que con la capitalización individual desaparecerían sus grandes y tradicionales privilegios sobre la población civil. Eso explica por qué el general Augusto Pinochet y el alto comando militar mantuvieron su sistema público de reparto, como narra Matus, A. (2017) en su libro, *Mitos y verdades de las AFP*²⁴⁰.

A pesar de todos los defectos y limitaciones, y las críticas estructurales formuladas al sistema de capitalización individual “a la chilena”, hay que reconocer que en ese sistema *es imposible, sí imposible*, que civiles o militares, con salarios y años de aporte más o menos similares, reciban pensiones y jubilaciones cinco y hasta seis veces diferentes entre sí, y con relación a los demás trabajadores. Desde luego, esta fuente de privilegios y desigualdades también es común en los sistemas de reparto dirigidos a la población civil, especialmente en los altos funcionarios y en los gremios con capacidad de presión social y política.

Una de las objeciones al sistema de capitalización individual chileno es la creciente carga fiscal. “A pesar de ser un sistema fuertemente privatizado, el sector público financia un porcentaje más alto del gasto en pensiones que el sector privado. En el 2016, el gasto público representó cerca del 64 % del total, y el privado el restante 34 % por el sistema de AFP y compañías de seguro”.²⁴¹

Esta observación es cierta, pero es necesario transparentar algunos matices y verdades ocultas. Como ya señalamos, una parte de

²⁴⁰ Matus, Alexandra. (2017). *Mitos y verdades de las AFP*. Editora Aguilar

²⁴¹ Solimano, Andrés. (2017). *Pensiones a la chilena*. Editora Catalonia

este gasto se debe al pago complementario de las pensiones mínimas de los jubilados que, por sí solos, no pudieron alcanzar la pensión mínima garantizada. Otra parte se explica por las jugosas pensiones y jubilaciones concedidas a los militares afiliados a DIPRECA y CAPREDENA, cuyos montos quintuplican la pensión promedio de los chilenos civiles. Otra cantidad importante es el fruto del pago gradual del bono de reconocimiento de los trabajadores que cotizaron durante años al viejo seguro social chileno hasta la reforma del 1981. Y, además, habría que considerar el déficit implícito en las pensiones que hubiesen recibido los viejos cotizantes, de haberse mantenido en el sistema público de reparto.

¿Es la capitalización individual necesariamente privada? Muchos cuestionadores de la capitalización individual realizan grandes esfuerzos por dejar sentado, como una verdad absoluta, que la capitalización individual tiene que ser necesariamente privada y lucrativa. *En este punto, resulta pertinente distinguir entre un sistema y su administración*, una confusión u olvido, propia de prejuicios ideológicos y/o de la incomprensión de la naturaleza real del sistema. Los sistemas de retiro se distinguen por el *objetivo* que persiguen, *mientras que su administración solo constituye el medio para alcanzarlo*. En pocas palabras, un mismo objetivo puede ser obtenido por diferentes estilos administrativos y gerenciales, los cuales pueden cambiar para mejorar la función del sistema, sin alterar para nada su naturaleza.

De esta distinción se colige que la capitalización individual puede llenar plenamente su función social, tanto mediante una administración pública como una privada. *La privatización absoluta del sistema chileno no se explica por su naturaleza intrínseca, sino por la circunstancia de haber nacido en un régimen autoritario y neoliberal*. De hecho, los modelos posteriores implantados en los demás países han eliminado ese sello tan privatizador y dictatorial que fue impuesto hace cuatro décadas. El mejor ejemplo son las sucesivas modificaciones al modelo

De la distinción entre el objetivo y el medio del sistema previsional, se colige que la capitalización individual puede llenar plenamente su función social, tanto mediante una administración pública como una privada.

chileno, introducidas por los diversos gobiernos democráticos y progresistas posteriores a la dictadura.

Si bien es cierto que, tres décadas atrás, las mayores críticas estaban orientadas al rechazo total del sistema de capitalización individual, no es menos cierto que a partir de las últimas dos décadas el discurso ha cambiado de manera notable. Ahora la gran mayoría de las propuestas incluye un segundo pilar de capitalización individual, ya sea obligatorio o voluntario, lo cual es una clara señal

de apertura y avance en la dirección correcta.

Ausencia del principio de solidaridad social. Concordamos plenamente con el señalamiento de que la solidaridad social está ausente en el origen del sistema de capitalización individual chileno.

“El principio de solidaridad consiste en que la persona aporta según sus capacidades y recibe según sus necesidades. En el sistema de AFP no hay ningún elemento de solidaridad del sistema. Porque la Pensión Básica Solidaria se aplica a los que están fuera del sistema, no afiliados a él. Y el Aporte Previsional Solidario opera en defecto del Sistema, en subsidio de él, cuando el Sistema no responde, es decir, no es de la esencia del sistema privado, sino que es una prestación asistencial estatal”²⁴².

²⁴² Rivadeneira Martínez, Carlos. (2017). *Aquí se fabrican pobres*. LOM Ediciones

Muy cierto, pero lo que más llama la atención es que no se reconozca que también en el sistema público de reparto se requiere de soluciones “fuera del sistema”, cuando necesita subsidios estatales para complementar las nóminas de los pensionados y jubilados. Y, además, que se dé por sentado que el reparto *sí* se fundamenta en la solidaridad social, lo cual, salvo las excepciones señaladas, no se corresponde con las evidencias señaladas, ya que la “solidaridad intergeneracional” es un espejismo, una ilusión, debido a que el mismo no constituye un traspaso de recursos de quienes tienen más, hacia quienes tienen menos, como demostramos en el capítulo anterior. En este sentido, vale la pena resaltar con claridad y precisión las distorsiones predominantes.

“Pero repartir las cotizaciones entre los pensionados no garantiza la solidaridad del sistema: quienes aportan proporcionalmente más no son los trabajadores de menos ingresos, y no todos los pensionados que reciben las transferencias son vulnerables. Por ejemplo, en el reparto, *las cotizaciones de los trabajadores de bajos ingresos son utilizadas para financiar parte de las pensiones de los pensionados de mayor ingreso*. Más aún, los pensionados que reciben los beneficios por más tiempo son mayoritariamente los de mayores ingresos (que tienen expectativas de vida más prolongadas). En consecuencia, *muy posiblemente el “reparto de cotizaciones” será regresivo*”.²⁴³

¡Más claro, ni el agua! No obstante, reconocemos la existencia de algunos vestigios de solidaridad social en el sistema de beneficios definidos, por ejemplo, cuando se garantiza una pensión mínima y/o

²⁴³ CEPAL, Bentancor, Andrea Bentancor. (2020). *El sistema de pensiones en Chile Institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera*. <https://Chile%20proyecto%20de%20reforma%20de%20pensiones.pdf>

cuando se establecen límites a las pensiones de los afiliados de mayores ingresos, entre otros casos que, lamentablemente, surten muy poco impacto en todo el sistema.

Lejos de alcanzar una pensión digna y duradera. El sistema de capitalización individual supera al público de reparto: 1) en el crecimiento progresivo de la capacidad de ahorro para el retiro, sin tocarlo ni desviarlo de su función; 2) en la capitalización y acumulación recurrente del ahorro, mediante inversiones seguras y rentables que generan utilidades y empleos; 3) al no tocar y proteger las aportaciones y el patrimonio de los demás trabajadores; 4) al no endeudar a los trabajadores activos, ni a las futuras generaciones; 5) al eliminar los privilegios y las desigualdades en la asignación de las pensiones; y 6) en la reducción relativa de la tendencia a la evasión y elusión.

Pero, a pesar de estas ventajas, el diseño original del sistema de capitalización individual a la chilena no garantiza una pensión digna y sostenible. Adolece de soluciones integrales, solidarias, equilibradas, flexibles y sostenibles, que garanticen la necesaria correspondencia entre el porcentaje del aporte y la tasa de reemplazo, y entre los años de cotización y de pensión. En consecuencia, su rediseño debe enfrentar cuatro grandes desafíos: 1) garantizar una tasa de reemplazo mucho mayor para todos; 2) introducir un componente elevado de solidaridad social a favor de los trabajadores más vulnerables; 3) establecer la participación pública en la administración del fondo de pensión; y 4) reducir el costo de la administración previsional.

A partir de este diagnóstico, la Comisión Permanente y la Comisión Técnica decidieron optar por el sistema de capitalización individual, habida cuenta de su alta capacidad para fomentar el ahorro, la inversión y la acumulación progresiva del patrimonio de los trabajadores. Y, además, por su potencial impacto en la inversión del fondo acumulado en las actividades productivas generadoras de riquezas y empleos.

Éramos muy conscientes de que en cualquiera de los caminos el trayecto estaba plagado de grandes obstáculos, resistencias y desafíos. Pero consideramos que, en las circunstancias nacionales, era más fácil corregir las debilidades y limitaciones del sistema de capitalización individual, que rediseñar integralmente al sistema público de reparto para garantizar, de manera recurrente, la capacidad real de ahorro, inversión y acumulación. A esta conclusión también llegó la Hewitt Associates, al resaltar que la limitada cobertura previsional del país reduciría la resistencia y el costo fiscal del cambio a una capitalización individual solidaria. Todos los cálculos y estimaciones indicaban que esa era la mejor opción del país para potencializar la acumulación sostenida del ahorro nacional para el retiro e impactar positivamente en la economía nacional y en el empleo.

XVI. UN PROYECTO CON SOLIDARIDAD LIMITADA

Recomendar una decisión tan compleja y de enormes repercusiones en el bienestar de las presentes y futuras generaciones y en el desarrollo sostenible del país, constituyó una gran responsabilidad que requirió de muchas ponderaciones y análisis del Equipo Técnico y de la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado. Esta tarea fue un gran reto y una excelente oportunidad que nos obligó a continuar evaluando, de manera objetiva y cuidadosa, las fortalezas, debilidades y limitaciones de los dos proyectos contrapuestos sometidos al Senado. Por un lado, el proyecto Tripartita del presidente Leonel Fernández, basado en un sistema público de reparto, y, por el otro, una propuesta de capitalización individual presentada por cuatro senadores del Partido Revolucionario Dominicano (PRD). Una delicada misión en medio de un debate académico y político altamente polarizado y contaminado, aquí y en el exterior, por posiciones ideológicas y políticas que nublaban el análisis objetivo, desde la perspectiva de los trabajadores dominicanos y del país.

En el presente capítulo exponemos las principales conclusiones de una firma internacional especializada e independiente, oportunamente contratada por el Banco Central, el Secretariado Técnico

de la Presidencia y el Consejo Nacional de Hombres de Empresa (CNHE)²⁴⁴ para realizar un análisis comparativo de los dos proyectos previsionales sometidos al Senado. Además, analizaremos el posible impacto del proyecto Tripartita sobre la capacidad de ahorro previsional, la solidaridad social y el costo para los trabajadores asalariados. Luego, en el siguiente capítulo haremos lo propio con relación al proyecto de los cuatro senadores del PRD.

1. El análisis comparativo de la Hewitt Associates

Las coincidencias de ambos proyectos. Apenas se inició la nueva legislatura del Congreso Nacional el 16 de agosto de 1998, cuatro senadores, encabezados por el Dr. Dagoberto Rodríguez Adames, presentaron un proyecto de ley de seguridad social para sustituir al viejo Seguro Social Dominicano de acuerdo a las nuevas tendencias en el mundo. Además, como una reacción natural, el presidente Leonel Fernández sometió el proyecto Tripartita para reformar la Ley 1896 sobre el Seguro Social, elaborado por una comisión que dirigió el Dr. Rafael Alburquerque, Secretario de Trabajo, con el apoyo técnico de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Ambos evidenciaron un marcado interés en rodear de la mayor dignidad posible el proceso de retiro de los trabajadores dominicanos. De igual forma, coincidían en garantizar prestaciones por vejez, retiro en edad avanzada, seguro de vida y pensión de sobrevivencia, asegurando que las mismas fuesen otorgadas con agilidad, evitando las tradicionales dilaciones burocráticas. Además, las dos propuestas reconocían y respetaban los planes y las cajas de pensiones y jubilaciones existentes, siempre que las mismas cumplieran con los requisitos de solvencia, separación de fondos e independencia institucional.

²⁴⁴ Hoy llamado Consejo Nacional de la Empresa Privada (CONEP).

Durante las exposiciones en las vistas públicas *hubo consenso sobre la necesidad de garantizar a cada trabajador la continuidad de sus derechos en cualquier circunstancia y plan*, ya sea al cambiar de empleador, de régimen de pensión, e incluso, al emigrar del país. Desde luego, para asegurar esos derechos legítimos de cientos de miles de trabajadores, era necesario también reconocer la participación privada de las iguales médicas, de los seguros de salud y de las administradoras de planes de pensión, a las cuales estaban afiliados desde hace décadas.

En adición, existieron grandes coincidencias entre las instituciones, grupos y personas que intervinieron en las vistas públicas, al considerar que la solidaridad social constituye uno de los cimientos fundamentales de la seguridad social, por su impacto a favor de los grupos más pobres y vulnerables. Además, diversos sectores demandaron con insistencia garantías sobre el equilibrio financiero y la sostenibilidad del nuevo sistema de pensión, tanto a mediano como a largo plazo.

El proyecto Tripartita del Poder Ejecutivo proponía un primer pilar de reparto y un segundo de capitalización individual, ambos de carácter obligatorio. Por su parte, la propuesta de los senadores se basaba en un pilar de capitalización individual y en un segundo consistente en un fondo de compensación social “financiado por el Estado” para garantizar la pensión mínima. Como se ve, en el proyecto del Poder Ejecutivo el primer pilar perseguía una pensión definida (reparto), mientras que el segundo pilar se concentraba en la correspondencia entre los aportes y los beneficios (capitalización individual). En cambio, el proyecto de los cuatro senadores consistía en un solo pilar, orientado a garantizar una pensión adecuada, incluyendo un componente solidario (reparto), a favor de los trabajadores de bajos ingresos.

Haciendo abstracción de las discusiones académicas e ideológicas, en esencia, los dos proyectos aceptaban la capitalización individual y coincidían en la necesidad de asegurar la solidaridad social. Pero

básicamente diferían en la forma de combinar estos dos elementos, para alcanzar simultáneamente los dos objetivos. En vista de que ambos se inclinaban por una solución mixta, evaluamos la viabilidad y funcionalidad de cada uno para formular una solución que maximice las fortalezas y minimice las debilidades de ambos. Afortunadamente, el estudio de la Hewitt arrojó mucha luz al respecto.

Los principales cálculos de la Hewitt. Dada la extensa polémica desarrollada en el país en torno a ambos proyectos, el Secretariado Técnico de la Presidencia, el Banco Central y el Consejo Nacional de Hombres de Empresa (CNHE) coincidieron en la necesidad de contratar un estudio actuarial comparativo e independiente. El mismo tuvo como objetivo estimar el monto de las pensiones y conocer las implicaciones financieras de cada propuesta en la acumulación del ahorro nacional, en el desarrollo sostenible y en el crecimiento del mercado de valores. Como ya señalamos, se contrató a la firma Hewitt Associates, una consultora reconocida a nivel mundial que opera en cuatro continentes, especializada en problemas financieros, particularmente en los regímenes de pensión.

Cuadro 16.01

Fondos de pensión estimados según Proyecto
(Tasa de interés del 5.0% real pasiva)

Año	Proyecto de Pensión RD\$		Diferencia RD\$
	Tripartita	Senadores	
Año 1	2,600	7,700	5,100
Año 10	34,800	99,100	64,300
Año 50	284,400	948,000	663,600

Fuente: Hewitt, Informe Final, Cuadros 37 y 38.

El encargo a la Hewitt fue comparar el impacto de los dos proyectos de leyes. Un estudio que se hizo de manera muy discreta, reservada

y al margen de los trabajos que realizaba el Equipo Técnico del Senado. Sus resultados fueron extraordinariamente reveladores. Esta firma se cuidó de demostrar su imparcialidad, por lo que hizo una comparación lo más técnica, fría y objetiva posible. No obstante, en su informe de más de 1,200 páginas en 4 volúmenes se evidenciaron diferencias significativas en el impacto financiero, en el caso de adoptarse el modelo tripartito del Poder Ejecutivo o el de capitalización individual de los senadores.

Una de las revelaciones más impactantes fue que durante el primer año, el proyecto del Poder Ejecutivo acumularía un fondo de RD\$ 2,600 millones de pesos, mientras que, en el proyecto de los Senadores, sería de RD\$ 7,700 millones. En diez años, el proyecto del Poder Ejecutivo ascendería a RD\$ 34,800 millones de pesos, en tanto que el de los Senadores acumularía RD\$ 99,100 millones, una diferencia de RD\$ 64,300 millones, muy significativa en cuanto al impacto en el ahorro nacional, en el patrimonio de los trabajadores, en las reservas previsionales del país, y en el mercado de valores.

Pero como los regímenes de pensiones tienen que evaluarse a largo plazo, en 50 años el fondo acumulado por el Proyecto de Reparto fue estimado por la Hewitt en 284,400 millones; mientras el de los Senadores alcanzaba, en el mismo período, unos 948,000 millones de pesos, lo que quiere decir que en medio siglo la brecha se ampliaría significativamente hasta llegar a la suma de RD\$ 663,600 millones

“sin embargo, debemos tener en cuenta que para lograr la mayor eficiencia de un sistema de este tipo (proyecto de capitalización individual), los participantes deberán estar capacitados para tomar decisiones decisivas en el sistema (actitud proactiva), en contraste con un sistema de reparto, donde la actitud del cotizante es básicamente pasiva”.

a favor de los trabajadores, equivalente a casi dos veces el PIB de la República Dominicana del 2000.

El informe final de la Hewitt señaló lo siguiente: “Pero sí debemos tener en cuenta que en el modelo del Poder Ejecutivo nos encontramos con una mayor flexibilidad de regulación de la tasa de cotización, ya que se utilizaría el modelo de primas escalonadas, lo cual permitirá comenzar con una tasa más baja (de cotización), pero como ya vimos, tiene el inconveniente de que en el futuro tendría que aumentarla con el consiguiente desgaste político y resistencia a que ello ocurra”. O sea, la Hewitt reconoció que, si bien el atractivo del sistema de reparto era que podía comenzar con una prima (aporte) menor, más adelante inevitablemente el país tendría que aumentarla, con el riesgo financiero de que luego ningún gobierno, ni los trabajadores y empleadores, quisieran asumir ese costo adicional.

Este informe incluyó una idea muy importante sobre la necesidad de asegurar a la población un mayor protagonismo: “Sin embargo, debemos tener en cuenta que para lograr la mayor eficiencia de un sistema de este tipo (proyecto de capitalización individual), los participantes deberán estar capacitados para tomar decisiones decisivas en el sistema (actitud proactiva), en contraste con un sistema de reparto, donde la actitud del cotizante es básicamente pasiva”.

Las debilidades en la administración del sistema de reparto fueron uno de los aspectos que también señaló la Hewitt. “Los sistemas de capitalización colectiva, de reparto, generan cuantiosas reservas, especialmente en los años en que la relación entre activos y pasivos es grande. En general, los gobiernos de turno, y muy especialmente en América Latina, prácticamente no han podido resistir la tentación de utilizarlas para los fines de gasto público, y es así como, cuando llega el momento en que la relación activo-pasivo disminuye, y es necesario

disponer de las reservas, casi nunca se encuentran, y es ahí cuando el sistema comienza a deteriorarse. Esta debilidad es la más importante y, por lo general, es la causa de la bancarota de todos los regímenes de pensiones bajo el sistema de reparto”.

Según el informe de la consultora, “otro de los puntos débiles de los sistemas de reparto consiste en que, por lo general, son de beneficio definido establecido por ley, existiendo la gran tentación (especialmente en América Latina) de efectuar modificaciones a los mismos, incrementando beneficios a determinados cotizantes, disminuyendo requisitos de años de cotización y otorgando moratorias o planes de facilidades de pago, para aquellos que no realizaron las cotizaciones en los momentos correspondientes, sin realizar los ajustes técnicos a las cotizaciones bajo estudios actuariales”. Señaló, además, que la fiscalización constituye una tarea titánica en el caso de los sistemas de reparto, ya que se necesita un amplio cuerpo de inspectores a cargo del organismo administrador del sistema, que verifique el adecuado cumplimiento de los compromisos de los empleadores.

Las conclusiones y recomendaciones de la Hewitt. Sobre el proyecto de capitalización individual de los senadores, esta firma reconoció como fortaleza lo siguiente: “El principio del sistema de capitalización individual es el de que cada participante obtendrá un beneficio acorde con las cotizaciones que haya realizado durante su etapa activa”. En este caso, la evasión dejaría de constituir una gran preocupación porque, obviamente, nadie conspira contra sus propios intereses.

En cuanto a la rentabilidad, la Hewitt señaló: “El sistema de capitalización tiene la ventaja insuperable de que se obtenga un mayor beneficio con respecto al beneficio inicialmente prefijado, y ello puede acontecer tanto en la etapa activa y/o pasiva del participante, de acuerdo con la forma en que se efectúen las reglamentaciones. Esta posibilidad depende del sistema en general, pero también, de forma decisiva, del cotizante”. Y, de hecho, la Hewitt publicó una tabla

donde muestra que, bajo determinadas condiciones, no quisieron decir que siempre, un trabajador normal, que ha cotizado durante 30 años, por ejemplo, podría recibir una pensión superior a su último salario, siempre y cuando haya habido estabilidad macroeconómica, una correcta administración y una adecuada rentabilidad real del fondo de pensión.

Además, indicó que, a diferencia del sistema de reparto, donde es necesario un cuerpo controlador para fiscalizar el depósito adecuado de las cotizaciones de los empleadores, a esta tarea se suman todos los participantes del sistema, esto así porque cada cotizante recibirá, en forma periódica, un resumen del saldo de su cuenta con un detalle pormenorizado de las cotizaciones recibidas, las comisiones deducidas, los gastos administrativos, el pago del seguro de vida e invalidez, la rentabilidad obtenida y el monto acumulado en la cuenta individual.

Y finalmente, la Hewitt señaló: “*La gran ventaja de la República Dominicana es que prácticamente no tiene un sistema actual de pensiones, ya que los existentes cubren a una parte mínima de la población. Entonces, nos encontramos con una oportunidad única de implementar un sistema que verdaderamente sea el necesario para un funcionamiento adecuado del mismo, sin transiciones traumáticas, ni excesivas cargas del Estado en cuanto a los sistemas anteriores que no funcionaron*”.

Si se mira más allá de ese último párrafo, y se toman en consideración todas las observaciones anteriores, que no son las únicas que aparecen en ese famoso informe de la Hewitt, el país contaba con suficiente información y cálculos para confirmar la certeza de la decisión tomada. El Equipo Técnico estaba consciente de que teníamos una única oportunidad en la historia del país de diseñar un sistema de pensión en correspondencia con el avance socioeconómico, con la transición demográfica y epidemiológica, con las transformaciones tecnológicas y con la tendencia general del desarrollo mundial. Dado un retraso histórico de más de cuatro décadas, la principal ventaja del

país era que podíamos vernos en los espejos de América Latina, Estados Unidos y Europa, evitando transitar por caminos en lo inmediato muy atractivos, pero más adelante pantanosos.

2. Proyecto Tripartita: alto costo para los trabajadores

Una evaluación detallada del proyecto Tripartita. A pesar de las conclusiones y recomendaciones de la Hewitt, el Equipo Técnico decidió analizar a fondo la propuesta tripartita para calcular su capacidad de ahorro y acumulación, su costo para los trabajadores y su impacto en términos sociales, a fin de captar e incorporar los aspectos más positivos. Cuando el proyecto Tripartita fue sometido al Congreso Nacional, sus autores establecieron que el primer pilar, el de reparto, sería equivalente a sólo dos salarios mínimos y que, de ahí en adelante, el resto sería de capitalización individual. Y fue esa segmentación la que evidenció el alto costo que representaría para los trabajadores, y la ausencia de solidaridad social, contrario al objetivo y al deseo de sus autores.

Asumamos que el salario mínimo nacional equivalía a RD\$ 5,000 pesos mensuales de entonces, por lo que el límite de cotización al primer pilar sería de RD\$ 10,000 pesos, y cualquier salario excedente se aportaría al seguro pilar de capitalización individual. Veamos el impacto del proyecto Tripartita en el caso de nuestro afiliado promedio, una joven especialista con salario de RD\$ 20,000 pesos mensuales. Ella contribuiría sobre la base de RD\$ 10,000 pesos al primer pilar y con otros RD\$ 10,000 pesos al segundo. Suponiendo una cotización total del 10%, distribuida en 3% como aporte del trabajador y 7% del empleador²⁴⁵, el aporte de esta afiliada típica al primer pilar ascendería a RD\$ 300 pesos (RD\$ 10,000x3%) y el del

²⁴⁵ Este supuesto se debe a que el proyecto Tripartita dejaba para los reglamentos la fijación del costo porcentual de los seguros y su distribución entre trabajador y empleador.

empleador a RD\$ 700 pesos (RD\$ 10,000x7%), para un total de 1,000 pesos, que es exactamente el 10% del límite de RD\$ 10,000 del primer pilar.

Cuadro 16.02

Proyecto Tripartita: Un costo excesivo para los trabajadores

Conceptos	Primer Pilar		Segundo Pilar		Total	
	RD\$	%	RD\$	%	RD\$	%
Aporte empleador	700	70%	0	0	700	35%
Cotización afiliados	300	30%	1,000	100%	1,300	65%
Total	1,000	100%	300	100%	2,000	100%

* Estos porcentajes pueden variar en cada ejemplo.

Fuente: Cálculos del autor en base al Proyecto de Ley.

De acuerdo con el proyecto Tripartita, a partir de ahí, nuestra afiliada promedio aportaría ella sola, sin la solidaridad de su empleador, al segundo pilar que sería de capitalización individual. Por lo tanto, de los RD\$ 10,000 restantes a ella le corresponderían cotizar RD\$ 1,000 pesos, es decir, el 10%, ya que en este el empleador no aportaría absolutamente nada. *A la larga, ella terminaría contribuyendo RD\$ 300 pesos para el primer pilar, más RD\$ 1,000 para el segundo, totalizando RD\$ 1,300, mientras que su empleador solo aportaría un total de RD\$ 700 pesos a favor de esta humilde empleada.* Ver ilustración en el cuadro 16.02.

Al final del día, esta trabajadora aportaría RD\$ 1,300 pesos y su empleador sólo RD\$ 700 pesos para una cotización total de RD\$ 2,000 pesos, que representa el 10 % de los 20,000 pesos de su salario. De acuerdo con este ejemplo real y representativo, en la práctica el afiliado terminaría aportando el 65% del fondo de pensión (RD\$ 1,300/RD\$ 2,000), mientras que su empresa solo el 35%²⁴⁶

²⁴⁶ Este porcentaje corresponde al ejemplo concreto presentado. El mismo variará en relación

(RD\$ 700/RD\$ 2,000). Ante estos resultados habría que preguntarse, *¿dónde está la solidaridad social?* Para ofrecer una idea de lo injusta y desproporcionada de esa propuesta, es bueno tomar en cuenta que en la Ley 1896, el empleador aporta el 7% y el trabajador el 2.5% del salario cotizante, es decir, el 74% y el 26%, respectivamente. Como demuestra fehacientemente este ejemplo, *la propuesta tripartita, al invertir y segmentar las contribuciones, carecía totalmente de solidaridad social y resultaría muy onerosa para la clase trabajadora.*

Una notable falta de solidaridad social. Cuando hicimos una presentación formal de la primera versión del Proyecto Unificado del Senado, en el salón de la Asamblea Nacional el 26 de enero del 1999, la gran mayoría de los más de 200 participantes quedó impactada al conocer estos resultados tan contundentes. Además, demostramos con números reales, que el Proyecto Unificado sí respondía al principio de solidaridad, ya que asignaba sólo un 30% del aporte a los trabajadores y un 70% a los empleadores. Quedó claro que el proyecto del Senado era mucho más solidario y consecuente con la clase trabajadora que el proyecto Tripartita. Al poco tiempo comenzó a cambiar la percepción general sobre las ventajas y desventajas en lo relativo al costo y a la solidaridad social de ambos proyectos de pensión.

Concluimos señalando que, de aplicarse el proyecto unificado del Senado, los trabajadores aportarían mucho menos al régimen de pensiones, al extremo de que, con la economía en la cotización, el trabajador podría cotizar al Seguro Familiar de Salud, y todavía le sobraría algo para satisfacer algunas necesidades perentorias de su hogar. En la defensa y difusión de estos temas jugó un papel muy importante el senador José Hazim Frappier, vicepresidente de la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado, debido a su amplia experiencia

directa con el nivel del salario de cada trabajador, lo cual revela nuevamente el carácter regresivo de la propuesta para los trabajadores de ingresos medios y altos.

en los negocios, en la medicina y seguros médicos privados, y sobre el sistema de pensión norteamericano.

El Equipo Técnico del Senado calificó la propuesta presentada como el “Proyecto Unificado de Seguridad Social” porque el mismo unificaba e integraba armónicamente todos los puntos positivos que contenían los cuatro proyectos originales: el tripartita del presidente Leonel Fernández, el de los cuatro senadores del PRD, el de las estancias infantiles de las senadoras Milagros Ortiz Bosch y Ginette Bournigal y el de asistencia social del senador José Rafael Abinader Wasaf.

Al poco tiempo, el movimiento sindical, bajo la dirección de Rafael (Pepe) Abreu, Presidente de la Central General de Trabajadores (CGT) y del Consejo Nacional de la Unidad Sindical (CNUS), discutió a fondo las propuestas, reconociendo que la solidaridad social del proyecto Tripartita era muy limitada. *Los principales dirigentes sindicales comprobaron que, en la práctica, el mismo resultaba muy costoso, ya que su cotización porcentual más que duplicaba el aporte de los trabajadores al viejo Seguro Social, de acuerdo con la Ley 1896, lo que sería un lamentable e inaceptable retroceso.*

Algo curioso. Al principio hubo un intento por desnaturalizar el contenido de las vistas públicas. Los grupos opuestos al Proyecto Unificado del Senado utilizaron recursos y personal del IDSS para dar la falsa impresión de que la mayoría apoyaba al proyecto Tripartita. Un equipo del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) se trasladaba un día antes a la provincia donde se realizaría la próxima vista pública, buscaba a más de una veintena de activistas, empleados y relacionados, a los cuales les entregaban un pedazo de papel para que tomaran un turno y lo leyeran, favoreciendo el sistema de reparto y criticando la capitalización individual. Con frecuencia se sucedían hasta diez turnos consecutivos repitiendo lo mismo y en ocasiones, como ocurrió en San Cristóbal, los verdaderos y auténticos invitados no tuvieron la oportunidad de intervenir. Mientras se realizaba esa

vista pública, el equipo del IDSS se trasladaba a la siguiente provincia, a preparar la misma farsa.

Pronto se evidenció que esas personas eran utilizadas, ya que no sabían ni sentían lo que leían. El senador Iván Rondón, presidente de la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado, denunció la maniobra y dijo que la Comisión no permitiría que se desnaturalizara un ejercicio auténtico e histórico de consulta popular; que el interés del Senado era escuchar a los verdaderos representantes de las provincias y que las decisiones no se tomarían por la cantidad de intervenciones, sino por la calidad de las propuestas.

Vale la pena recalcar que el proyecto unificado de Seguridad Social, elaborado por el Equipo Técnico y validado por la Comisión Permanente del Senado, fue un resultado dialéctico de todas las vistas públicas en las provincias y en New York, y de decenas de talleres y seminarios realizados con todos los sectores de la vida nacional. Por ejemplo, en las vistas públicas participaron 8,579 representantes de los diferentes sectores y estratos sociales y económicos, quienes sometieron 789 propuestas, dudas, preguntas y expectativas, con la esperanza de ser escuchados y tomados en cuenta “por primera vez”, como señalaron varios de los expositores. Estas propuestas fueron grabadas en audio y video y acompañadas de notas técnicas tomadas por nosotros y luego analizadas, por lo que podemos afirmar que, ciertamente, muchos participantes dejaron sus huellas indelebles en la Ley 87-01 que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), imprimiéndole un contenido auténticamente popular.

Las justas demandas de los pensionados de la CDE. Una tarde, mientras trabajábamos en la Comisión Técnica con el senador Iván Rondón, en los pasillos del Senado se escucharon consignas de un grupo de trabajadores con jubilaciones pendientes de la Corporación Dominicana de Electricidad (CDE), capitaneados por Agustín Vargas Saillant, presidente de la Confederación de Trabajadores Unitaria

Y finalmente, les dijimos que con la inversión y acumulación del ahorro, los trabajadores se convertirían en accionistas del desarrollo económico nacional del país.

(CTU). Habían llegado al Senado a visitar al presidente de la Comisión de Energía para plantearle la demanda de pensión de los trabajadores de la CDE afectados por la privatización de esa empresa pública.

Le entregaron copia del documento al senador Rondón, en el cual solicitaban información sobre el fondo para su pensión, preguntando quién lo tenía y cuándo recibirían las pensiones que les correspondían, ya que

tenían semanas indagando sin que nadie les diera una respuesta adecuada. Luego expresaron algo que nunca olvidaremos: “somos obreros que por más de tres décadas hemos trabajado en condiciones difíciles en la CDE, subidos a postes de luz a seis y siete metros de altura, entre líneas de 64 mil voltios, arriesgando nuestras vidas. Mucha de nuestra gente ha quedado mutilada, discapacitada y pensionada en forma prematura, debido a los accidentes de trabajo, y estamos muy preocupados ante el silencio de los funcionarios de la Comisión para la Reforma de la Empresa Pública (CREP), y no vamos a permitir que se nos prive del derecho a nuestra pensión”.

Se les explicó el alcance del proyecto de ley y el senador Rondón les prometió llevar sus reclamos hasta la Comisión de Energía. Aprovechamos la oportunidad para explicarles que el proyecto de Ley Unificado del Senado tenía una respuesta a sus justos reclamos. Que, en el sistema de capitalización individual, cada trabajador sería una persona importante, ya que dispondrá de una cuenta personal con un patrimonio acumulado. Además, les explicamos que las aportaciones serán invertidas y acumuladas junto a las utilidades de las inversiones y que los trabajadores podrán escoger libremente a la AFP que les inspire mayor confianza, pudiendo cambiarla. Les señalamos que el

propio trabajador sabrá dónde está el dinero de su pensión y cuánto tiene acumulado, por lo que ningún cotizante tendría que mendigar su derecho al retiro. Y finalmente, les dijimos que con la inversión y acumulación del ahorro, los trabajadores se convertirían en accionistas del desarrollo económico nacional del país.

Luego de varias preguntas, con cada explicación, los más de treinta trabajadores nos dieron la razón, señalando que justamente lo que demandaban era certeza, seguridad y el control de su propio esfuerzo y de su futuro. Este intercambio no planificado hizo reflexionar a Agustín Vargas Saillant, quién luego influyó mucho en el cambio de actitud sindical frente al Proyecto del Senado que pronto finalmente aceptó el pleno del Consejo Nacional de la Unidad Sindical (CNUS).

3. Dos pilares: ¿dónde está la igualdad de derechos?

Duplicación del costo y pensiones segmentadas. Como ya indicamos, el proyecto Tripartita se basaba en dos pilares. Uno de reparto, en donde el trabajador y el empleador harían aportes, y el otro de capitalización individual, al cual sólo cotizaría el trabajador. Según la propuesta, estos dos pilares constituirían dos fondos de pensiones parciales, separados e independientes, destinados a cubrir las necesidades del trabajador al momento de su retiro.

El primer pilar, el de reparto, tendría un carácter público, como lo ha sido tradicionalmente a través del IDSS; en tanto que, en el segundo pilar, los fondos estarían a cargo de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)²⁴⁷ privadas, muchas de las cuales ya operaban en el país, aunque sin una regulación específica. Este sistema mixto de

²⁴⁷ En el proyecto Tripartita éstas tenían el nombre de Gestoras de Fondos de Retiro (GEFORES) como se denominan en México. Incluso en la primera versión del Proyecto de Ley que presentó el Senado se le mantuvo este nombre. Luego el CONEP y el CNUS solicitaron llamarle AFP.

dos pilares presentaba ventajas y desventajas. La ventaja es que incorporaba lo mejor del reparto, que es la pensión definida, y lo mejor de la capitalización individual, que es el estímulo al trabajador a aportar más para ahorrar, capitalizar y acumular lo máximo a fin de lograr la mayor pensión posible.

Sin embargo, en la forma en que el proyecto fue formulado, creaba dificultades para la población beneficiaria porque suponía dos administraciones diferentes, una pública para el primer pilar y varias privadas para el segundo pilar. Esto implicaba, además, que a la hora del retiro el afiliado recibiría una pensión dividida en dos cheques, de dos instituciones diferentes y no necesariamente al mismo tiempo. Obviamente, se trataba de una solución segmentada y yuxtapuesta, con una duplicidad de costo administrativo, operando como compartimientos estancos y posiblemente excluyentes.

Si bien la propuesta basada en dos pilares combinaba la “solidaridad social” y la capitalización individual, no obstante, presentaba varias limitaciones que afectarían a los trabajadores más pobres: 1) restringía la solidaridad social sólo al primer pilar y hasta un límite de dos salarios mínimos; 2) limitaba considerablemente la contribución solidaria del empleador ya que, como demostramos, excluía su aporte al segundo pilar; 3) fragmentaba y segmentaba la pensión de los trabajadores medios y altos; 4) el primer pilar mantenía la brecha entre las aportaciones y los beneficios, ya explicada en el capítulo XIV, lo que incentivaría la evasión, el tráfico de influencia y las presiones políticas para obtener pensiones inmerecidas; y 5) discriminaba a los trabajadores de bajos ingresos al privarlos del derecho a escoger libremente al administrador de su fondo de pensión, y sin recibir información sobre sus aportaciones y derechos adquiridos.

En el primer pilar, obligatorio para todos, el trabajador no tendría el control de sus recursos, carecería de opciones sobre su administración y desconocería los resultados de las operaciones financieras. Si por alguna circunstancia dejaba de cotizar, por desempleo

o migración, perdería todas las aportaciones y la rentabilidad de las inversiones, ya que el sistema de reparto no devuelve lo aportado y acumulado. En cambio, en el segundo pilar, reservado sólo para los afiliados de ingresos medios y altos, éstos controlarían la administración de sus recursos, pero carecerían de información y control sobre sus aportes al primer pilar, mientras a los trabajadores más humildes se les marginaba de cualquier participación sobre su propio retiro.

Además, por ejemplo, un trabajador podía comenzar perteneciendo al primer pilar, porque tenía un ingreso inferior a dos salarios mínimos, y pasarse 25 años trabajando y cotizando a ese pilar y, por razones de preparación y esfuerzos, superar los dos salarios mínimos, y durante los últimos cinco años cotizar también al régimen de capitalización individual. En la práctica, lo más probable es que este esforzado trabajador terminaría recibiendo una pensión insuficiente de reparto y otra muy baja de capitalización individual.

El gran atractivo de lo mixto en una sociedad mulata. El concepto de sistema mixto siempre tuvo un gran atractivo durante los debates, sobre todo en nuestro país, donde todos buscamos esa media, que es quizás el mejor balance de nuestra psicología, idiosincrasia, cultura y etnia predominantemente mulata. Por tanto, el hecho de presentar al proyecto Tripartito como mixto al principio llamó mucho la atención y ganó adeptos. Durante meses, se le vendió la idea al país de que había un proyecto mixto de seguridad social que, por sus mismas características, tenía lo mejor de ambos sistemas, quedando inmune a cualquier cuestionamiento.

Analizamos a fondo ese argumento para ver en qué medida era verdad y concluimos que, sólo en apariencia, el proyecto sometido por el Poder Ejecutivo tenía un carácter mixto, debido a que establecía dos pilares de naturaleza opuesta. Pero el Equipo Técnico señaló que más que una mixtura, se trataba de una yuxtaposición, ya que el reparto y la capitalización individual nunca se mezclaban, debido a

que coexistían dos fondos, dos administraciones y dos pensiones. Por el contrario, lo mixto es una amalgama que da un resultado distinto, un tercer color, elemento o resultado.

Como nos dimos cuenta de que el concepto de mixtura era popular, nos dispusimos a demostrar que nuestro proyecto sí era mixto de verdad. Durante un tiempo, el senador Iván Rondón se opuso al concepto, pero luego lo aceptó. El proyecto de pensiones del Senado era mixto porque no segmentaba a la población, ni a la administración, ni a las pensiones de los trabajadores; porque establecía un sistema integral de capitalización individual para todos los trabajadores, combinado con un fondo de solidaridad social de reparto, al cual tenían derecho todos los trabajadores de ingresos mínimos. Demostramos que a través de este proyecto habíamos logrado una combinación de lo mejor de ambos sistemas: capitalización individual para todos los trabajadores y un fondo de solidaridad social de reparto para complementar las pensiones de los afiliados de bajos ingresos y aportes inestables, sin exclusiones.

La visita al Senado del maestro Carmelo Mesa Lago. Carmelo Mesa Lago, profesor de origen cubano y ciudadano norteamericano, es un experto en seguridad social y actuario que ha realizado importantes estudios para el BID, el Banco Mundial, otros organismos internacionales y empresas norteamericanas. Es, junto a José Piñera, uno de los latinoamericanos más conocidos en el área de la seguridad social, lo único que en posiciones opuestas.

El Dr. Rafael Alburquerque, Secretario de Estado de Trabajo, le solicitó a la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado una visita de Mesa Lago, para un intercambio de opinión en torno a los diferentes proyectos de seguridad social que se debatían en el país. Fue recibido por la Comisión y por el presidente del Senado, a la sazón, el ingeniero Ramón Alburquerque.

Mesa Lago explicó lo que entendía que eran los alcances y las características de los diferentes proyectos existentes. Remarcó la

importancia del sistema de reparto como mecanismo redistributivo y de justicia social, inspirado en el principio de solidaridad social. Luego explicó las características del sistema de capitalización individual, su funcionamiento y debilidades, criticando su disfuncionalidad con relación a la volatilidad de los mercados de valores, a la realidad del mercado laboral de América Latina, y a nuestra cultura y valores.

Después de escuchar atentamente al maestro y a los congresistas presentes que intervinieron, le comentamos a Mesa Lago la difícil situación financiera de los sistemas de reparto en América Latina, Europa y Estados Unidos. Y le preguntamos si, como experto en la materia, reconocía que los sistemas de reparto generan déficits actuariales que le son inherentes. Reconoció esa realidad y dijo que para ello existe una solución técnica que consiste en establecer primas escalonadas. En ese momento, le preguntamos, ¿usted lo que nos está diciendo es que las cotizaciones de los trabajadores y empleadores tendrán que aumentarse cada cierto tiempo, no para elevar las prestaciones, sino para cubrir un creciente desequilibrio actuarial y financiero? No tuvo más alternativa que responder afirmativamente. Y entonces, ¿cómo podremos justificar un sistema de reparto, si usted reconoce que de antemano tiene un déficit actuarial, un problema estructural que se agrava con el tiempo, y que a la larga genera situaciones políticas y financieras difíciles de manejar? Su respuesta consistió en nuevas críticas al sistema de capitalización individual. El silencio y las miradas entre los senadores presentes fueron más elocuentes que las palabras.

Ese encuentro fue decisivo en la reafirmación de la decisión sobre las características del diseño del Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia del proyecto del Senado, el cual nos tomó dos años y medio. Cuatro grandes momentos y aportes, entre otros, se conjugaron en esa dirección: 1) nuestra demostración sobre la pérdida progresiva de la capacidad de ahorro y acumulación del sistema de reparto; 2) los cálculos comparativos de la consultora Hewitt Associates; 3) la demostración de la falta de solidaridad social del proyecto Tripartita;

y 4) el reconocimiento de Carmelo Meza-Lago de los déficits recurrentes del sistema de reparto y de la necesidad de elevar periódicamente las cotizaciones de los trabajadores y empleadores. A partir de entonces, no hubo la menor duda, ni reparos al proyecto de capitalización individual por parte de los legisladores, ya que los senadores Iván Rondón, Dagoberto Rodríguez Adames y José Hazim Frappier, entre otros congresistas, se convirtieron en excelentes expositores de las ventajas y desventajas de ambos sistemas para los trabajadores, a la luz de la realidad nacional.

XVII. UNA CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL SOLIDARIA

La Comisión Técnica decidió aprovechar las experiencias de ambos sistemas de retiro para diseñar un Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS) con características muy peculiares “a la dominicana”. El mismo fue un resultado combinado de las recomendaciones del estudio de la Hewitt Associates, de los análisis y cálculos financieros y actuariales realizados por nosotros; de decenas de talleres y seminarios y, además, de las propuestas sencillas y sentidas de la gente común durante las vistas públicas.

La principal decisión fue aprovechar la capacidad del sistema de capitalización para invertir y acumular el ahorro individual, incluyendo una protección mediante la solidaridad social, en interés de asegurar una pensión digna para todos. Nuestro objetivo específico era superar las limitaciones y exclusiones, tanto del viejo Seguro Social, como del modelo original chileno. Concretamente: 1) asegurando que la capitalización individual formara parte integral del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), bajo la rectoría y supervisión del Estado dominicano; 2) asegurando un componente de solidaridad social a favor de los trabajadores más pobres; 3) garantizando el equilibrio entre lo público y lo privado, creando una AFP del Estado y una tesorería pública centralizada y autónoma; y 4) reconociendo los derechos

adquiridos por los trabajadores, articulando a los planes de retiro y a las administradoras existentes. En pocas palabras, diseñar un sistema viable, aceptable y sostenible, centrado en el fomento progresivo del ahorro, la inversión y la acumulación, capaz de convertir a los trabajadores, aun a los más humildes, “en accionistas importantes del desarrollo económico y social de la República Dominicana”.

1. Cobertura universal del nuevo sistema

Finalidad y cobertura del nuevo sistema. “El sistema de pensión tiene como objetivo²⁴⁸ reemplazar la pérdida o reducción del ingreso por vejez, fallecimiento, discapacidad, cesantía en edad avanzada y sobrevivencia. Tendrá una estructura mixta de beneficio que combinará la constitución y el desarrollo de una cuenta personal para cada afiliado, con la solidaridad social a favor de los trabajadores y de la población de ingresos bajos, en el marco de las políticas y los principios de la seguridad social. Además, permitirá aportes adicionales con la finalidad de obtener prestaciones complementarias. Los sistemas de pensiones establecidos mediante las leyes 1896, del 30 de diciembre de 1948, y 379, del 11 de diciembre de 1981, mantendrán su vigencia para los actuales pensionados y jubilados, para los afiliados en proceso de retiro y para la población que permanecerá en dicho sistema, de conformidad con el artículo 38 de la presente ley”.

“El sistema previsional otorgará las siguientes prestaciones²⁴⁹:
a) pensión por vejez; b) pensión por discapacidad, total o parcial; c) pensión por cesantía por edad avanzada; y d) pensión de

²⁴⁸ CNSS (2001). Ley 87-01 artículo 35 sobre finalidad.

²⁴⁹ Ibidem, artículo 44 sobre los beneficios del régimen contributivo

sobrevivencia”. Permanecerán en el sistema de reparto²⁵⁰: 1) los trabajadores del sector público y de las instituciones autónomas y descentralizadas, de cualquier edad, que estén amparados por las leyes 379-81, 414-98 y/o por otras leyes afines, excepto aquellos que deseen ingresar al sistema de capitalización individual contemplado en la presente ley; y 2) los pensionados y jubilados del Estado, del IDSS, del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía (ISSFAPOL) y del sector privado que actualmente disfrutaran de una pensión de vejez, discapacidad y sobrevivencia, en virtud de las leyes 1896 y 379, o de una ley específica”.

Ingresarán en forma obligatoria²⁵¹ al nuevo sistema: 1) los trabajadores públicos y privados que cotizan al IDSS y/o a cualquier otro fondo básico de pensión y tengan hasta 45 años; 2) los trabajadores asalariados de cualquier edad al momento de vigencia de la presente ley, no cubiertos por el numeral 1) del artículo anterior; 3) las personas de cualquier edad que inicien un contrato de trabajo bajo relación de dependencia; 4) los trabajadores a que se refiere el ordinal a) del artículo anterior que opten por ingresar al nuevo sistema, en las condiciones que establece la presente ley y sus normas complementarias; 5) los empleadores que reciban ingresos regulares de la empresa, ya sea en calidad de trabajadores, de directivos y/o propietarios; y 6) los ciudadanos residentes en el exterior, de cualquier edad, en las condiciones que establece la presente ley y sus normas complementarias”.

²⁵⁰ Ibidem, artículo 38 sobre afiliados que permanecen en el sistema actual.

²⁵¹ Ibidem, artículo 39 sobre afiliados que ingresan al nuevo Sistema de Pensiones.

Dado el carácter universal del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), además de los trabajadores asalariados, ahora el sistema establece el derecho a una pensión de los trabajadores por cuenta propia, de los desempleados y de las personas más pobres e indigentes en edad de retiro. A los asalariados, mediante una pensión contributiva de acuerdo con los aportes y su historial laboral, y para los demás, una pensión solidaria, no contributiva, suficiente para satisfacer sus necesidades básicas. La Ley 87-01 también incluye servicios sociales a favor de las personas de edad avanzada²⁵². Es importante tener en cuenta que, aunque el objetivo primordial del SVDS es mejorar los niveles de pensiones, nunca un sistema previsional de carácter universal logrará ser tan generoso, como para liberar a las personas de la responsabilidad de contar con una cuenta de ahorro personal, como un complemento ideal para asegurar un retiro digno y sin sosiegos.

Bono de reconocimiento por los derechos adquiridos. Dado el carácter de largo plazo de los planes de retiro, el cambio del sistema de pensión genera una deuda financiera equivalente a los derechos adquiridos por todos los afiliados cotizantes que ingresan al nuevo sistema. Por tal razón, la Ley 87-01 dispuso la entrega de un bono de reconocimiento a todos los afiliados activos y pasivos del IDSS.

“La deuda actuarial del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)²⁵³ sobre los derechos adquiridos y en proceso de adquisición de sus asegurados, será asumida por el Estado Dominicano en la forma y condiciones que establece la presente ley y sus normas complementarias. Dentro de los primeros doce (12) meses de vigencia de la presente ley, el CNSS

²⁵² En este libro y en la Ley 87-01 no se establecen diferencias entre el concepto de pensionado y jubilado, siguiendo la tradición cultural dominicana

²⁵³ CNSS (2001). Ley 87-01 artículo 42 sobre la deuda actuarial del IDSS.

ordenará una evaluación actuarial del IDSS con el objeto de determinar sus activos y pasivos actuariales al inicio del nuevo sistema previsional. El CNSS creará una comisión ad-hoc para vender, mediante concurso público, las propiedades del IDSS en bienes raíces ajenos a la función para la cual fue creado. Estos recursos serán destinados a cubrir parte del pasivo actuarial e invertidos para fines de acumulación”.

A partir de la conclusión del estudio actuarial, *el CNSS notificará a cada uno de los afiliados el monto actual de los derechos adquiridos*. El IDSS notificará legalmente a los empleadores con deudas atrasadas con el régimen de pensiones de la ley 1896 y les otorgará un plazo de treinta (30) días a partir del día siguiente de dicha notificación, para cubrirla totalmente sin penalidad ni recargos. Todos los ciudadanos conservarán los años acumulados y los derechos adquiridos en sus respectivos planes de pensiones²⁵⁴, como sigue:

- a) **Los actuales pensionados y jubilados por las leyes 1896 y 379**, y por los otros planes existentes continuarán disfrutando de su pensión actual, con derecho a actualizarla periódicamente de acuerdo con el índice de precios al consumidor (IPC).
- b) **Los afiliados activos amparados por las leyes 1896 y 379 con más de 45 años** recibirán una pensión de acuerdo a las mismas, con derecho a actualizarla periódicamente según el índice de precios al consumidor (IPC).
- c) **A los afiliados activos protegidos por las leyes 1896 y 379** con edad de hasta 45 años se les reconocerán los años acumulados y recibirán un bono de reconocimiento por el monto de los derechos adquiridos a la fecha de entrada en vigor de la presente ley,

²⁵⁴ Ibidem, Artículo 43 sobre el reconocimiento de los derechos adquiridos

el cual ganará una tasa de interés anual del dos por ciento (2 %) por encima de la inflación, redimible al término de su vida activa. Adicionalmente, las nuevas aportaciones irán a una cuenta a su nombre, que serán invertidas e incrementadas con los intereses y utilidades acumulados durante el resto de su vida laboral.

En los casos de los menores de 45 años, al momento de su retiro, el fondo de pensión acumulado será igual a la suma del bono de reconocimiento, más los intereses devengados, más el saldo final de su cuenta individual. El monto de su pensión será actualizado periódicamente de acuerdo con el índice de precios al consumidor (IPC). La Ley de Seguridad Social permite que los dominicanos residentes en el exterior participen en el sistema previsional y dispuso que éstos puedan afiliarse a sus dependientes en el Seguro Familiar de Salud (SFS). Estas propuestas surgieron en Nueva York²⁵⁵, durante la vista pública presidida por senadores y diputados, con la participación de dirigentes sindicales, líderes comunales, comunicadores sociales, médicos y otros profesionales de la diáspora.

Articulación de las cajas de pensiones existentes. Uno de los desafíos que enfrentó el Equipo Técnico al diseñar el nuevo sistema fue cómo articular las cajas de pensiones existentes que constituyen el archipiélago previsional debido, como ya señalamos en el Capítulo IV, a la diversidad de prestaciones, contribuciones, normas y procedimientos. Era crucial tomar en consideración que los trabajadores y sectores que poseían esas cajas y planes de pensiones particulares y públicos se aferraban a los mismos. Recordemos que estas conquistas fueron el resultado de décadas de luchas gremiales y sectoriales reivindicativas, consideradas como su principal patrimonio, como una buena madre quiere a sus hijos, aunque hayan nacido con algunas limitaciones.

²⁵⁵ New York. (1999). Universidad de Columbia, recinto de Washington Heights, Manhattan

Sostuvimos varias reuniones con directivos, trabajadores y empleadores de esas cajas de pensiones para conocer mejor sus puntos de vista, conciliarlos con los principios de la seguridad social y darles una salida positiva a estos grupos y sectores. En este punto fueron de gran utilidad los aportes del Lic. Arturo Villanueva, Vicepresidente Ejecutivo de ASONAHORES, así como de Bienvenido Cuevas y Pedro Peña Faña²⁵⁶, vinculados por años al Fondo para el Bienestar de los Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos.

La Ley de Seguridad Social²⁵⁷ reconoció a las cajas de pensiones creadas mediante leyes específicas, para garantizar los derechos adquiridos por decenas de miles de trabajadores y por considerar que las mismas llenaron una función social y fueron administradas con criterios gerenciales. No obstante, se les concedió un plazo para que realicen las adaptaciones correspondientes, y para actualizar y completar las condiciones mínimas que exige la Ley para continuar operando como tales. Además, la Ley 87-01 dispuso que los fondos acumulados como aportes del empleador a los planes privados de pensiones, sean distribuidos entre los afiliados, en interés de acumular y preservar sus derechos cuando, por alguna razón, dejaran de pertenecer a la empresa, institución o sector que los protegía.

2. Financiamiento y Fondo de Solidaridad Social

Un régimen contributivo con aportes compartidos. Para el régimen contributivo, la Ley 87-01 mantuvo la modalidad de financiamiento compartido entre el trabajador y su empleador²⁵⁸. Se estableció una

²⁵⁶ Presidente de la Unión Nacional de Trabajadores de Hoteles y Restaurantes.

²⁵⁷ CNSS (2001). Ley 87-01 artículo 40 sobre las cajas y planes de pensiones existentes.

²⁵⁸ En el sistema de pensiones chileno formalmente sólo aportaba el trabajador.

contribución total del 9.97%²⁵⁹ del salario cotizabile: el 2.97% a cargo del trabajador, el 28.8% del total, mientras al empleador le corresponde el 7.10%, *el 71.2%*, acorde con la cultura solidaria del país y las normas de la OIT. Con ello se mantuvo la proporción establecida en el Seguro Social, de acuerdo con la recomendación del estudio de la Hewitt. *Vale la pena señalar que esta fue una de las principales diferencias con relación al modelo chileno, ya que éste excluía al empleador del aporte previsional.*

El Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS) establece que el salario cotizabile será equivalente a 20 veces el salario mínimo nacional, a diferencia del Seguro Familiar de Salud (SFS), que es de sólo 10. La razón de esta diferencia es que el aporte para pensiones va directamente a la cuenta personal del afiliado, por lo que, a mayor contribución, mayor será la acumulación y luego mayor la pensión, reduciendo la tendencia a la evasión. Una vez captados esos recursos, la Tesorería de la Seguridad Social los traspasa a la AFP que el trabajador escogió libremente y los asienta en su cuenta individual. La AFP recibe los ahorros de miles de afiliados, los cuales, como pequeños riachuelos, van formando grandes fondos de pensiones que son invertidos en áreas no riesgosas de la economía nacional, vinculadas al desarrollo económico, social y a la generación de empleos.

Durante la vista pública realizada en Santiago, representantes de varios sectores sociales propusieron que las pensiones estén exentas del pago de impuestos. Esta propuesta fue secundada por la diputada Ing. Ángela Jaquez de Santiago y por la senadora Ginette Bournigal de Puerto Plata, y luego aprobada por consenso.

La Ley 87-01 representa una solución mixta, ya que incluye una cuenta personal que opera bajo el método de capitalización individual

²⁵⁹ La diferencia entre una cuenta de ahorro y una de pensiones, reside en que a la cuenta de capitalización individual se suma la contribución solidaria del empleador y de esta cuenta no es posible hacer retiros hasta el momento de la jubilación.

y un fondo de solidaridad social de reparto capitalizado, en beneficio exclusivo de los trabajadores de más bajos ingresos y/o en condiciones laborales precarias y vulnerables. Esta innovación: 1) es costeadá sólo por el empleador; 2) garantiza una solidaridad social efectiva, explícita y focalizada; 3) reduce la carga financiera del Estado, a cambio de que éste asigne dichos recursos a la protección gradual de los grupos sociales con limitada o ninguna capacidad contributiva; 4) asegura una estrecha vinculación entre los aportes y los beneficios, lo que reduce la evasión y las distorsiones sociales; 5) elimina gradualmente y para siempre una deuda eterna, creciente e incontenible, que enajena el patrimonio de las futuras generaciones; y 6) produce un impacto positivo y sostenido en el ahorro, el empleo y el desarrollo nacional. Por lo menos, así fue concebida.

Al compatibilizar la solidaridad social y la capitalización individual, el país creó un auténtico sistema dominicano, adaptado a su realidad socioeconómica nacional. Al mismo tiempo, abrió el camino para avanzar en forma sostenida y progresiva hacia una cobertura realmente universal, incorporando a los trabajadores informales, desempleados, discapacitados e indigentes, tradicionalmente marginados por los seguros sociales. La mayor originalidad de esta propuesta reside en que, a pesar de ser un fondo de solidaridad social basado en el reparto, el Equipo Técnico se cuidó de evitar que esos ahorros fuesen tocados y utilizados para pagar viejas pensiones, como es típico en los sistemas públicos de reparto. En pocas palabras, se trató de un ahorro previsional de reparto *intocable y capitalizable durante todo el tiempo, hasta el momento del retiro.*

Durante un largo tiempo se señaló que el proyecto de seguridad social discriminaba a la mujer, en interés de restarle simpatías al sistema de capitalización individual solidario. Nada más falso. En el nuevo sistema la mujer recibe aportes solidarios de los cuales carecía. Sobre el argumento de que la mujer está en desventaja frente al hombre, debido a que recibiría una pensión menor, el Equipo Técnico de

Asesores, incluyendo a Kirsis Jáquez, Iván Rodríguez, Frank Guerrero, Ligia Leroux y el autor de este libro, señaló que esta desventaja también se expresa en el sistema público de reparto, ya que la diferencia proviene de discriminaciones del mercado laboral y del sistema económico vigente. Además, insistimos en que la seguridad social no tiene capacidad para resolver esta distorsión económica, por lo que no es lógico atribuirle las consecuencias sociales de una situación injusta e inmerecida y, por demás, fuera de su control.

Sensible reducción del aporte previsional. Durante el diseño, discusión, validación y concertación previsional, el economista Andy Dauhaje hijo²⁶⁰ defendió el criterio de que solo el trabajador debería aportar al régimen previsional, a cambio de que el empleador asumiera la responsabilidad total del Seguro Familiar de Salud (SFS), tal y como establecía el modelo chileno. Además, lo propusieron algunos grupos privados. La misma fue desestimada porque, en términos financieros y prácticos, obedecía a una lógica neoliberal, por demás sin impacto real, ya que los porcentajes para salud y pensiones eran similares, con la desventaja de que la misma no se correspondía con el modelo solidario y de protección social que la psicología del dominicano demandaba.

Por otra parte, nuestros cálculos actuariales y financieros indicaban un costo total del 23 % del salario cotizante: un 12 % para pensiones, un 10% para salud y el otro 1% para riesgos laborales. Sin embargo, Henry Sahdalá, presidente de COPARDOM y José (Pepe) Abreu, presidente del CNUS, nos comunicaron que los empleadores y trabajadores solo podrían aportar un 21% del salario mensual. Y así lo hicieron constar formalmente en una comunicación conjunta del CONEP y del CNUS dirigida al Senado. Luego de ponderar la situación, el Equipo

²⁶⁰ Varios temas técnicos sobre el régimen de pensiones fueron redactados a partir de las recomendaciones de la Fundación Economía y Desarrollo, que dirige el Dr. Andrés Dauhaje, en lo relativo a los mecanismos de control y supervisión técnico y financiero de los fondos de pensiones.

Técnico recomendó reducir a solo el 9.97% el aporte para pensión, dejando intactas las cotizaciones para salud y riesgos laborales, *con la condición de una revisión al alza a más tardar en una década.*

Algunos grupos indicaron que el aumento de las cotizaciones era muy elevado. Señalamos que el hecho de pasar del Seguro Social más atrasado, a una seguridad social de las más avanzadas de América Latina, implicaba un incremento proporcional de las cotizaciones. La otra cara de la moneda la constituyó el señalamiento de que el aporte del 9.97% del salario cotizable no garantizaba una pensión adecuada.

Al igual que nosotros, Andy Dauhajre consideró insuficiente el aporte para pensiones. No obstante, la Comisión Permanente decidió aceptar la solicitud del CONEP y del CNUS considerando dos criterios muy puntuales: 1) a pesar de que la economía dominicana era pujante y en expansión, al mismo tiempo era vulnerable, ya que depende en gran medida de los empleos de las zonas francas, del turismo, de la construcción, del comercio y de decenas de miles de micro y pequeñas empresas con bajos salarios; y 2) por el momento, un aumento mayor podría poner en riesgo la competitividad de las empresas, la sostenibilidad de las microempresas y el presupuesto familiar muy limitado de la mayoría de los trabajadores. Lo más aconsejable era la prudencia, ante el temor expresado por algunos sectores de una posible agudización del desempleo.

Por esas razones, el Equipo Técnico aceptó la reducción y recomendó la aplicación gradual del aumento durante cinco años, como habíamos observado en la reforma de El Salvador. Además, propuso la revisión de la Ley a los 10 años, para realizar los ajustes pertinentes a la luz de los resultados obtenidos. Lo primero se ejecutó sin problemas, mientras que lo segundo no solo no se realizó a los 10 años en el 2011, sino todavía, 23 años después.

Imprimir un sello solidario al nuevo sistema. En interés de asegurar el carácter solidario del nuevo sistema, establecimos un Fondo de

Nuestros cálculos actuariales y financieros indicaban un costo total equivalente al 23 % del salario cotizante: un 12 % para pensiones, un 10% para salud y el otro 1% para riesgos laborales. Sin embargo, Henry Sahdalá, presidente de COPARDOM y José (Pepe) Abreu, presidente del CNUS, nos comunicaron que los empleadores y trabajadores solo podrían aportar un 21% del salario mensual. Luego de ponderar la situación, el Equipo Técnico recomendó reducir a solo el 9.97% el aporte para pensión

Solidaridad Social (FSS) para complementar la pensión mínima mediante un aporte del 0.4 %²⁶¹ a cargo exclusivo del empleador. Algunos señalaron que nuestra propuesta era una copia del modelo chileno. Falso. Una de las principales diferencias entre ambos modelos es la creación por ley del Fondo de Solidaridad Social, el cual mucho más tarde fue establecido en Chile y en otros países de América Latina. Y fuimos más originales todavía, ya que, a pesar de que este aporte corre por cuenta mayoritaria de los empleadores privados, su administración está a cargo exclusivo de la AFP pública. Ello así, debido a que el Estado es el garante en última instancia de la pensión mínima y que este fondo no es divisible por ser de reparto, como se explicó en el Capítulo VI, sobre las negociaciones entre la CERSS y el CNHE.²⁶²

Cuando el afiliado decida su retiro, la AFP le calcula el monto de su pensión, de acuerdo con el balance acumulado, más el monto acumulado

²⁶¹ Este porcentaje fue establecido basándonos en el estudio de la Hewitt Associates

²⁶² Este porcentaje fue establecido basándonos en el estudio de la Hewitt Associates. En la práctica ha resultado totalmente insuficiente dada la inestabilidad laboral, especialmente para los trabajadores de poca calificación y bajos salarios.

de su bono de reconocimiento como ya se explicó²⁶³, tomando en cuenta su esperanza de vida. Si la pensión resulta mayor que la mínima establecida, digamos de 25,000 pesos mensuales, no existe ningún problema. Pero, si su fondo de retiro apenas le alcanza para unos 20,000 pesos mensuales, cada mes el Fondo de Solidaridad Social (FSS) le aportaría los 5,000 pesos que le faltarían para completar la pensión mínima.

Es muy importante recordar que el sistema de capitalización individual, “a la dominicana”, tiene un carácter mixto, no excluyente, ni exclusivamente privado, ya que combina y articula, de manera funcional, una cuenta de capitalización a nombre de cada afiliado, con un Fondo de Solidaridad Social (FSS) de reparto, a favor de los trabajadores de menores ingresos y de cotización irregular. Además, combina la administración pública y privada del fondo de pensión. En pocas palabras, *el SVDS integra armónicamente los dos pilares que recomienda la Organización Internacional del Trabajo (OIT), pero con la gran ventaja y particularidad de que en todo momento se preserva el ahorro y se capitaliza, logrando maximizar la acumulación del fondo para el retiro.* Este Fondo de Solidaridad Social constituye la clave para la reforma del modelo actual, como expondremos en el próximo capítulo.

Limitaciones del mercado de valores. Otro señalamiento crítico recurrente fue que el país no estaba preparado para un sistema de capitalización individual, porque no existía un mercado de valores capaz de absorber el torrente de recursos que generaría la seguridad social, garantizando una rentabilidad adecuada para el trabajador. Este argumento tenía mucha fuerza, porque describía una parte de la realidad nacional. El Equipo Técnico argumentó que el mercado de valores era incipiente, débil y poco desarrollado, precisamente porque nunca

²⁶³ Así fue previsto, aunque luego, lamentablemente, el Estado no entregó dicho bono.

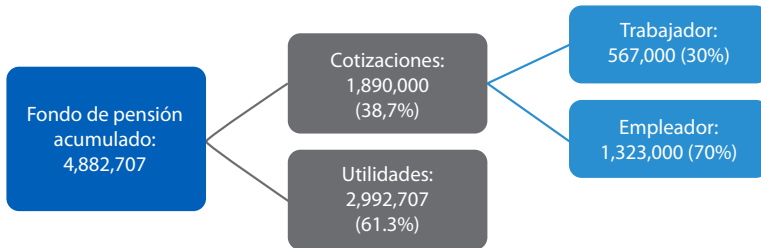
había habido en el país un flujo creciente y acumulado de recursos de largo plazo que forzara e indujera a su expansión y diversificación. Dado el carácter gradual de la seguridad social, en la medida en que se iniciara la acumulación sistemática de recursos financieros invertibles a largo plazo, se crearían las condiciones objetivas para que el mercado de valores se diversifique mediante ofertas más amplias y atractivas.

Otro punto original consistió en el establecimiento de diversas carteras de inversión, fenómeno que vimos como una necesidad en Chile y que allí todavía no había sido implementado. La ley 87-01 permite la oferta de varias carteras de inversión según el riesgo, modalidad que se adapta mejor a las características de la población afiliada, generándole mayores opciones y tranquilidad, sin sobresaltos durante los años cercanos a su retiro. A modo de ejemplo: cuando a una persona le faltan pocos años para retirarse y tiene su inversión colocada en instrumentos financieros de rentabilidad variable, es mayor el riesgo de perder parte de los recursos en medio de una fuerte crisis bursátil, que si los invierte en renta fija. Si bien no tendría la opción de una rentabilidad más alta, tampoco correría el riesgo de una utilidad muy baja.

La rentabilidad supera los aportes acumulados. La gran ventaja de la capitalización individual sobre el reparto público es su capacidad para ahorrar, invertir y acumular, de manera recurrente e indetenible, gracias a la magia multiplicadora del interés compuesto. Cálculos financieros demuestran que, por ejemplo, una tasa de rentabilidad del 5 % anual real, garantiza una rentabilidad equivalente a alrededor del 60 % del fondo acumulado de por vida por el trabajador, dependiendo de los años de aporte. *Sólo mediante el ahorro y la inversión basada en el interés compuesto es posible garantizar una pensión digna y sostenible para todos, sin tocar los aportes ajenos, ni depender de subsidios estatales.*

Gráfico 17.01

Capitalización individual: predominio de las utilidades sobre los aportes (En RD\$)



Por ejemplo, cuando un trabajador dominicano promedio acumule un patrimonio de RD\$ 4,882,707 pesos, la composición de ese fondo será como sigue: RD\$ 1,890,000 (el 38.7%) como cotización al fondo de pensión más RD\$ 2,992,707 como ganancias y utilidades de por vida (el 61.3%). De esos RD\$ 1,890,000 de cotización, el trabajador sólo habrá aportado RD\$ 567,000 (30%) y su empleador los restantes RD\$ 1,323,000 (70%). Solo un *sistema de capitalización permanente del ahorro para el retiro puede acumular tanto, sin tocar las cotizaciones ajenas, sin enajenar a las futuras generaciones y sin constituirse en una carga fiscal.*

Informe semestral sobre su patrimonio. Tanto durante los años activos como pasivos, cada semestre el afiliado recibirá un informe²⁶⁴, sencillo y completo, indicando los aportes realizados a la fecha, los beneficios obtenidos durante el período y los acumulados, y el balance actual de su fondo de pensión, entre otros datos.

²⁶⁴ Se dispuso un informe semestral y no trimestral en interés de reducir el costo de este servicio que a la larga paga el propio trabajador y porque con frecuencia los cambios en un trimestre no son relevantes, salvo en situaciones especiales.

Este informe le da la oportunidad de constatar si su patrono está contribuyendo de forma regular y en qué proporción, y, además, de hacer cualquier reclamo a tiempo, en el caso de no estar satisfecho con los resultados del informe. Si no está conforme con el nivel de rentabilidad de su AFP, al finalizar el plazo de un año que le otorga la ley, el afiliado podrá cambiarla, sin costo alguno, y elegir a otra AFP que entienda que le garantizará una rentabilidad mayor y un mejor servicio.

El sistema de capitalización individual supone un rol activo y consciente de cada trabajador en la toma de las decisiones que le incumben, como lo reconoció la Hewitt en su informe. Para esto dispone la ley de dos instrumentos fundamentales: el primero, un programa de educación sobre seguridad social en los módulos de la enseñanza primaria, intermedia, técnica y media²⁶⁵; y el segundo, información, orientación y asesoría inmediata de la Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) y de la Superintendencia de Pensiones (SIPEN). A mediano plazo, y como resultado de este doble esfuerzo, tendremos ciudadanos más responsables, más conscientes, más comprometidos, mejor informados y con mayor capacidad para decidir sobre su propio destino.

3. La originalidad de las comisiones de las AFP

Carácter plural de la administración de los fondos. Este tema también suscitó encendidos debates, basados en posiciones encontradas y frecuentemente interesadas. Diversos sectores cuestionaron la inclusión de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) privadas, señalando que se trata de una función del Estado, y que esa propuesta obedecía a una imposición neoliberal. Nosotros redactamos la Ley y

²⁶⁵ CNSS (2001). Ver el Art. 6 de la Ley 87-01.

siempre tuvimos la iniciativa y el control único de todas las versiones que se hicieron, hasta que el proyecto fue sometido formalmente al Senado, sin que en ningún momento la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado, ni ningún particular nos hiciera una propuesta de esa naturaleza.

La pura verdad es que la inclusión de las AFP privadas era necesaria porque ya existían y operaban en nuestro país, mucho antes del diseño y la redacción del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), debido al increíble e injustificable retraso del Seguro Social Dominicano. Como ya señalamos en el capítulo IV, el desamparo social del Estado durante más de cuatro décadas tuvo un enorme costo político, económico y social porque, mientras los servicios públicos se empobrecieron en calidad y oportunidad, las ofertas privadas se multiplicaron. Esas aguas trajeron estas tempestades.

Teníamos que ser coherentes, porque el reconocimiento de los derechos adquiridos es un principio absolutamente válido para todos, ya que de lo contrario sería un privilegio condenado por la Constitución de la República. Aquí es muy importante precisar el doble carácter del respeto a los derechos adquiridos: 1) el derecho de decenas de miles de trabajadores a decidir libremente si continuaban afiliados a las AFP privadas, o si optaban por la oferta pública; y 2) el derecho a la existencia de las AFP que operaban bajo las leyes del país desde mucho antes de la Ley 87-01, y que contaban con aceptación general. *La ley decidió dejar en libertad a los afiliados a tomar la decisión que más le convenía a sus propios intereses, como corresponde en un sistema democrático.*

Recordemos que los cuatro proyectos de ley orientados a ensanchar el Seguro Social fueron rechazados porque, precisamente, intentaban ignorar la participación privada, tanto en salud como en pensiones, a pesar de las preferencias de la mayoría de la población, aun de las familias más pobres y vulnerables. En respuesta a esas críticas, invocamos el principio de que “un sistema universal no puede ser

excluyente de nadie, ni de nada”. Y mucho menos, cuando la mayoría de la población las valoraba positivamente por haber llenado un vacío importante, ante la desprotección social pública durante cuatro largas décadas. ¿Tendría algún sentido eliminar algo que funcionaba, para sustituirlo por algo que nunca funcionó?

Lo cierto es que la sociedad dominicana estaba dividida. Unos rechazaban abiertamente la gestión privada de los fondos, a pesar de la realidad de su existencia y operación, arguyendo que con ello se privatizaría la seguridad social, recordando que en el pasado hubo quiebras de bancos y financieras donde el Estado tuvo que intervenir directamente para proteger a los depositantes afectados. Mientras otros descartaban, con igual vehemencia, la idea de que el sector público controlara sus fondos de pensiones, señalando que el Estado había sido un administrador deficiente, citando como ejemplos las quiebras de las empresas de CORDE, del CEA, de la CDA, así como del Banco de los Trabajadores, y además, las crisis de la CDE y del propio IDSS.

Después de ponderar dichas posiciones a la luz de las evidencias nacionales, el Equipo Técnico consideró que la solución más realista, viable y equilibrada era que la administración de los fondos de pensiones fuese mixta, tanto pública como privada, bajo la rectoría, regulación y supervisión del Estado. Para garantizar la pluralidad de las AFP, la ley dispuso la obligación de crear al menos una AFP pública²⁶⁶. Con esta solución, la ciudadanía podría confiar la administración de sus fondos a la institución que le inspire mayor confianza, seguridad y rentabilidad, sin lesionar el derecho de los demás a optar por otras AFP. Además, con ello se evitaba la concentración del poder económico y se contribuiría al necesario equilibrio entre lo público y lo privado.

Grupos privados alegaron que una AFP pública tendría privilegios, y que, por tanto, le haría una competencia desleal a las demás.

²⁶⁶ Ibidem, artículo 81 de la Ley de Seguridad Social

Esta objeción carecía de sentido, ya que todas operarían en igualdad de condiciones y bajo la misma fiscalización, tal como ocurre en el sector financiero con el Banco de Reservas. Además, señalamos que el principio de la libre elección parte de la premisa de que, mientras más opciones existen, más libertad tendrán los afiliados para escoger la empresa que mejor llene sus aspiraciones y expectativas. Dado que ambos sectores habían tenido experiencias positivas y negativas, se estableció un sistema especializado, profesional y transparente de regulación, fiscalización, supervisión de las AFP, incluyendo sanciones contra los violadores de las leyes y de las normas.

No obstante, nos encontramos con un escollo legal. El viejo Código Monetario y Financiero de la República Dominicana le establecía una restricción al Banco de Reservas, para crear una institución como la AFP pública. Por sugerencia de los abogados del Banco, se incluyó un párrafo al artículo 81 que establece lo siguiente: “Para viabilizar la creación y desarrollo de la AFP pública, se libera al Banco de Reservas de la República Dominicana de las restricciones que establece el inciso C, del art. 26 de la Ley General de Bancos y cualquier disposición legal que le sustituya”. Con ello reafirmamos la originalidad del sistema previsional dominicano, ya que, en ningún otro país, hasta el surgimiento de la Ley 87-01, se había consignado la obligatoriedad de crear “por lo menos” una AFP pública, en interés de fortalecer el derecho de los

En respuesta a esas críticas, invocamos el principio de los derechos adquiridos, señalando, además, que “un sistema universal no puede ser excluyente de nadie, ni de nada”. Y mucho menos, cuando la mayoría de la población las valoraba positivamente por los servicios prestados y por haber llenado un vacío importante, ante la desprotección social pública durante cuatro largas décadas.

afiliados a la libre elección y de lograr un mejor equilibrio entre lo público y lo privado.

Una comisión ganador - ganador. Las comisiones de la AFP son otro punto cardinal, muy polémico, y que nos diferenció de los demás modelos de capitalización individual. La Ley de Seguridad Social estableció dos comisiones²⁶⁷: una fija, del 0.5 % del salario cotizante para administrar la cuenta individual; y otra variable, en función de la rentabilidad de las inversiones del fondo de pensión. En cuanto a la primera, hubo críticas de la Asociación Dominicana de Administradoras de Fondos de Pensiones (ADAFP), señalando que era muy baja en relación con el costo de administración de las cuentas personales, mientras los profesionales del sector salud y grupos de izquierda, la consideraban muy alta. Estas objeciones estereofónicas se fueron diluyendo al presentar los cálculos financieros de la Hewitt y los nuestros.

El Equipo Técnico se enfrentó a dos posiciones extremas: la comisión no podía ser muy baja para evitar quiebras y una concentración que redujera la competencia y el ejercicio de la libre elección del afiliado. Pero tampoco tan elevada, que bloqueara el objetivo de maximizar la acumulación del patrimonio de los trabajadores. En consecuencia, el reto consistió en lograr un nivel equilibrado, flexible y aceptable. *Con ese propósito surgió el carácter novedoso de la segunda comisión, con un límite “de hasta el 30%” de la rentabilidad adicional*²⁶⁸.

En el año 2000, en pleno diseño del modelo previsional, viajamos a Chile, Argentina y México y permanecimos varios días dentro de dos AFP argentinas para conocer su organización, funcionamiento

²⁶⁷ Posteriormente, mediante la Ley 13-20 se estableció una sola comisión basada en un porcentaje anual sobre el fondo de retiro acumulado.

²⁶⁸ La Comisión Técnica estimó que esta comisión iría descendiendo en la medida en que las AFP iniciaran la competencia para atraer a más afiliados. Lamentablemente, la competencia no se dio.

y los resultados obtenidos. Esta visita coincidió con el período de la crisis bursátil generada por los mercados de Asia a finales de la década de los 90, por lo que pudimos constatar directamente su impacto negativo para los trabajadores.

Cuadro 17-01

Justificación de la comisión según el desempeño de las AFP

Conceptos	RD\$
Fondo de pensión inicial	1,000,000
Rentabilidad anual invertida en la banca comercial (6% x 1,000,000)	60,000
Rentabilidad anual invertida en una AFP (10% x 1,000,000)	100,000
Diferencia de rentabilidad	40,000
Comisión complementaria máxima (30% de 40,000)	12,000
Rentabilidad adicional para el afiliado (70% de 40,000)	28,000
Rentabilidad total para el afiliado (60,000 + 28,000)	88,000

Fuente: Cálculos del autor

Dado que las comisiones que cobraban las AFP en esos países eran independientes de la rentabilidad obtenida, como resultado de esa crisis financiera, mientras los trabajadores no obtenían rentabilidad, o la misma era muy baja, las AFP continuaban recibiendo las mismas comisiones, una incongruencia reconocida en privado por los propios gerentes de esas AFP. Ante esos penosos resultados, en ese momento decidimos buscar una solución para evitar que en nuestro país se repitiera esa dolorosa experiencia. Luego de análisis, cálculos y consultas, diseñamos una fórmula ganador-ganador, mediante la cual, cuando el trabajador reciba una mayor rentabilidad, también la AFP incrementará la segunda comisión, como un incentivo a su eficiencia. Y, a la inversa, si las ganancias se reducen, también se reduciría la comisión. El segundo reto fue explicar la propuesta de manera sencilla, dado que era una fórmula financiera totalmente novedosa y desconocida en el país y en América Latina.

Por ejemplo, si el fondo de pensión de nuestro afiliado promedio asciende a RD\$ 1,000,000, y la rentabilidad promedio de la banca comercial es el 6%, el afiliado podría ganar RD\$ 60,000 pesos en el año, sin necesidad de una ayuda profesional especializada. Pero si una AFP logra invertir mejor ese fondo, con igual seguridad y solvencia, obteniendo una rentabilidad del 10% en vez del 6%, la utilidad total subiría de RD\$ 60,000 a RD\$ 100,000 pesos. En esas condiciones, *al afiliado le convendría compartir la utilidad adicional obtenida de 40,000 (RD\$ 100,000-RD\$ 60,000) por encima de los RD\$ 60,000, gracias a la mejor inversión de la AFP.* A cambio, podría pagarle hasta RD\$ 12,000 pesos (30 % x RD\$ 40,000), asegurándose para sí una ganancia adicional de RD\$ 28,000 (70 % x RD\$ 40,000), elevando su utilidad total anual de RD\$ 60,000 a RD\$ 88,000 pesos, como muestra el Cuadro 17.01.

La lógica es muy clara: cuando el afiliado gana, también gana la AFP, y a la inversa. Una modalidad bien dinámica, que la incentiva a realizar la mejor gestión posible para obtener el máximo beneficio para el afiliado dueño del fondo y para la propia AFP. Esa fue una solución ganador-ganador en el marco de un sistema de capitalización individual solidario. Muy a pesar de que en las economías de mercado la lógica reside en incentivar la eficiencia y penalizar las deficiencias, en los casos de Chile y Argentina esta lógica no se aplicaba, perjudicando al trabajador, como “cliente”. Cuando expusimos este razonamiento a los dirigentes sindicales, nos llenó de satisfacción que Gabriel del Río, Rafael (Pepe) Abreu y Mariano Negrón aceptaran esa fórmula, por considerar que era la más beneficiosa para los trabajadores.

No obstante, el tema produjo grandes discusiones, muchas presiones y argumentos amparados en cifras. Las AFP trajeron a ejecutivos y expertos de alto nivel de Europa y de América Latina para convencernos de que esa fórmula no era adecuada y que arriesgaría la solvencia de las AFP, por lo que el sistema no funcionaría. Nuestra decisión se mantuvo apoyada en los cálculos financieros, en la justicia social y en

los resultados negativos para los trabajadores chilenos y argentinos. Sostuvimos siempre que, si bien era cierto que en los primeros años la rentabilidad de las AFP podría ser baja, lo cual ocurriría independientemente de la fórmula propuesta, no era menos cierto que a partir del tercer o cuarto año el fondo comenzaría a crecer más rápidamente, elevando las ganancias del fondo de pensión, y también, la comisión de las AFP.

Esta experiencia en particular fue aleccionadora y gratificante en un doble sentido: por un lado, el Equipo Técnico fue capaz de buscarle una solución a problemas de otros sistemas, diferenciándose una vez más del modelo chileno. Y, por el otro, los senadores, diputados y los profesionales demostramos claramente nuestra independencia de los grupos financieros del país y del exterior, los cuales, como todos los demás sectores, trataron de que el diseño final de la Ley fuese a la medida de sus intereses y expectativas.

No obstante, atendiendo a la previsión del crecimiento acelerado del fondo de pensión, el Proyecto Unificado y Consensuado entregado al Senado de la República, incluía un párrafo en el art. 86 que disponía que al sexto año de aplicación de la Ley 87-01, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) evaluará las comisiones de las AFP, tanto fija como variable, a fin de realizar los ajustes correspondientes desde el punto de los intereses de los afiliados. Lamentablemente, este párrafo fue eliminado en la Cámara de Diputados, sin medir sus consecuencias.

¿Cómo garantizar la seguridad de los fondos? Durante las vistas públicas, la pregunta obligada que plantearon los asistentes, sin importar que estuviesen a favor de la capitalización individual o del reparto, era ¿cómo me van a garantizar la seguridad de mi fondo de pensión? Generalmente, esta pregunta venía acompañada de críticas a experiencias negativas en el manejo de los fondos públicos y de los depósitos de los ahorrantes en los bancos privados. En respuesta a

estas legítimas inquietudes, la Ley fue dotada de un procedimiento para garantizar, al máximo posible, la pulcritud en la administración de los fondos de pensiones del nuevo sistema. Entre estos, vale la pena citar:

- a) **La separación absoluta entre los fondos de pensiones de los afiliados** y el patrimonio de la AFP, para que nunca se mezclen, ni confundan.
- b) **La creación de la Comisión Clasificadora de Riesgos**, para establecer las áreas de inversión, previo estudio de la seguridad y rentabilidad.
- c) **La limitación a solo el 5 % de los recursos** que podrán invertirse en instrumentos financieros vinculados a los dueños de la AFP.
- d) **La inversión del 95 % del patrimonio de los trabajadores** en las áreas productivas seguras, que reduzcan el riesgo y generen empleos.
- e) **La definición con claridad de las áreas donde invertir los fondos**, hasta qué límites, y en cuáles están totalmente prohibidos.
- f) **La diversificación de las inversiones**, para reducir el riesgo implícito de la colocación en una sola o en pocas “canastas”, y
- g) **La garantía a los afiliados de una rentabilidad mínima**, independientemente de los resultados del mercado financiero.

Se estableció un proceso de inversión transparente y comprensible: 1) la TSS recibe los aportes de cada uno de los afiliados y los transfiere a las AFP; 2) las AFP los registran en las cuentas individuales; 3) de inmediato las AFP los invierten en los instrumentos financieros aprobados; y 4) esos instrumentos financieros son entregados a la custodia del Banco Central. De acuerdo con este procedimiento, a las 48 horas las AFP no controlan el dinero de sus afiliados, sólo tienen asientos

contables en sus libros y una constancia de la custodia de los valores financieros en los que fueron invertidos. Esto explica por qué una AFP podría quebrar, sin que por ello se afecten los fondos de pensiones que administran.

Esta medida se tomó porque, durante las vistas públicas, muchos participantes manifestaron que preferían que su fondo de pensión fuera manejado por el Banco Central, lo cual revelaba el grado de credibilidad que esta entidad tiene ante la población. Muchas de estas personas no sabían que el Banco Central no opera como un banco comercial, pero el mensaje que expresaban claramente era que la población necesitaba desesperadamente contar con la máxima garantía de sus recursos y veía en esa institución la solvencia y la estabilidad necesarias.

Finalmente, consideramos que el Equipo Técnico logró la mejor combinación posible de capitalización individual y solidaridad social a la dominicana, dentro de las limitaciones y condicionamientos históricos acumulados. Se adoptaron las previsiones necesarias para asegurar una adecuada relación entre lo público y lo privado. Se dispuso la creación de una AFP pública y de un Fondo de Solidaridad Social (FSS) administrado por la AFP estatal. Se estableció la pluralidad de las AFP, en reconocimiento de los derechos adquiridos y de las preferencias de la población. Como contrapartida, se consagró la libre elección de los trabajadores afiliados a escoger a la AFP de su preferencia y a cambiarla, cuando no les satisfacía. Y se diseñó una modalidad de comisión que tiende a maximizar la rentabilidad de las inversiones.

Se aseguró el manejo transparente y oportuno de los ahorros para el retiro de los trabajadores, logrando una adecuada rentabilidad real. Y se garantizó la existencia y el funcionamiento de las cajas y planes de pensiones existentes. *Si bien este nuevo sistema constituyó un avance sin precedentes, todavía el mismo no ha dado todos los frutos deseados, debido a las aportaciones insuficientes, a la falta de competencia entre las AFP, a la fuerte confluencia de intereses creados, y a las debilidades*

institucionales del país que han limitado su avance e impacto social. La buena noticia es que cada vez existe mayor consenso nacional sobre los cambios necesarios para asegurar pensiones dignas y sostenibles para todos.

XVIII. AVANCES, LIMITACIONES Y CAMBIOS NECESARIOS

Las estadísticas e informes oficiales evidencian los grandes avances obtenidos por el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS) a lo largo de las dos décadas de vigencia de la Ley 87-01, que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). El patrimonio de los trabajadores ha crecido de manera sostenida, llegando a representar el 18 % del PIB, con una rentabilidad real histórica superior al 5 % anual. Las utilidades obtenidas y acumuladas ya superan, con creces, el monto de las aportaciones de los trabajadores y empleadores. A mediados de 2024, el patrimonio previsional superó el billón de pesos, es decir, el millón de millones, confirmando el rol de los trabajadores dominicanos como “accionistas del desarrollo nacional”.

Pero, de conformidad con los estudios e informes disponibles, estos logros innegables, y su proyección en una década, no serán suficientes para garantizar una pensión digna y sostenible para la gran mayoría de los afiliados. Ello así, debido a la incidencia de cinco factores principales: 1) una cotización insuficiente, recortada en un dos por ciento desde su origen; 2) el crecimiento progresivo de la longevidad, que extiende los años de vida de los pensionados y jubilados, elevando el costo total del trabajador retirado; 3) las

fluctuaciones del mercado laboral y el alto grado de informalidad; 4) la ausencia de competencia entre las APF; y 5) la no entrega del bono de reconocimiento de los derechos adquiridos por los ex afiliados al IDSS. En este capítulo presentamos los principales logros obtenidos, las limitaciones existentes que reducen el crecimiento del fondo para el retiro, y un perfil de los cambios necesarios a la Ley 87-01, para acelerar la acumulación del patrimonio previsional a un ritmo capaz de garantizar pensiones dignas y sostenibles para todos.

1. Crecimiento del patrimonio de los trabajadores

Crecimiento progresivo de los fondos para el retiro. De acuerdo con la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), el sistema previsional dominicano está compuesto por seis subsistemas: 1) el sistema de capitalización individual; 2) el Fondo de Solidaridad Social (FSS) de reparto; 3) el Plan de Retiro del Banco Central; 4) el Plan de Retiro del Banco de Reservas; 5) el Instituto de Bienestar de los Maestros (INABIMA); y 6) el Plan de Pensiones y Jubilaciones a cargo del Ministerio de Hacienda. Como ya hemos señalado en capítulos anteriores, esta configuración desigual y desarticulada es el resultado del retardo de cuatro décadas en la sustitución del viejo, atrasado y excluyente Seguro Social Dominicano por un sistema previsional moderno, integrador y universal.

El patrimonio acumulado de los trabajadores asalariados ha registrado un gran crecimiento durante las dos décadas desde el inicio del Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia (SCDS). Como era de esperarse, ese crecimiento se ha acelerado, especialmente durante los últimos 10 años. De un patrimonio de solo RD\$ 120.341.4 millones de pesos al final del 2010, se ha llegado a RD\$ 1,299,539.8 millones a junio del 2024, un fondo más de 10 veces mayor. El sistema de capitalización individual de la República Dominicana se encuentra en

una etapa de plena expansión, al cumplir sus primeros 20 años de su inicio, en junio del 2003. Vale la pena destacar que este fondo registra un alza desde RD\$ 89,865.7 millones al 2010 a RD\$ 1,031,377.1 millones de pesos a junio del 2024, representando el 79.3% del patrimonio total de los trabajadores asalariados y el 14% del PIB. Las recaudaciones de la Cuenta de Capitalización Individual (CCI) ya superaban los RD\$ 7,986.6 millones de pesos mensuales, y en constante crecimiento.

Cuadro 18.01

Evolución del patrimonio previsional, 2010-2024
En millones de RD\$ corrientes

Componentes	2010	2015	2020	2024-06
Cuenta Capitalización individual	89,865.7	287,903.9	645,442.2	1,031,377.1
Fondo Solidaridad Social	6,209.8	13,624.7	45,652.6	75,582.6
Fondo Banco Central y Reservas	15,759.0	26,278.3	40,920.2	48,905.5
INABIMA	8,018.5	31,687.0	88,810.9	143,583.3
Fondos Complementarios	488.9	214.9	116.4	91.3
TOTAL	120,341.4	367,708.9	820,942.2	1,299,539.8

Fuente: SIPEN, junio 2024

En esta dirección, también se destaca el crecimiento del Instituto Nacional para el Bienestar de los Maestros (INABIMA), al pasar de RD\$ 8,018.5 millones en el 2010 a RD\$ 143,583.3 millones a junio del 2024, con una participación del 11.0% del fondo de retiro total, a pesar de contar con solo el 5.6% de los cotizantes. Como muestra el Cuadro 18.01, también el Fondo de Solidaridad Social (FSS) ha experimentado un gran crecimiento de RD\$ 6,209.8 millones a RD\$ 75,582.6 millones de pesos en el mismo período, lo cual indica un aumento de más de 11 veces en sólo 12 años.

Estabilidad de la rentabilidad real del patrimonio. De acuerdo con la SIPEN, la rentabilidad real de los fondos de pensión muestra una tendencia estable alrededor del 5.0% anual, del 4.90% en el 2010 al 5.01% al junio del 2024, gracias al predominio de un largo período de estabilidad macroeconómica y de crecimiento sostenido de la economía nacional. El monto del patrimonio acumulado por el sistema previsional del país ya supera el 18.2% del producto interno bruto (PIB), como muestra el cuadro 18.02.

Cuadro 18.02

Tasa de rentabilidad real y % del PIB, 2010-2024

Años	Cuenta de Capitalización Individual	Promedio del Sistema	Patrimonio como % PIB
2010	4.90%	5.07%	6.2%
2015	4.81%	4.98%	13.2%
2020	5.55%	5.64%	18.0%
2023	4.82%	4.90%	17.5%
2024-06	5.01%	5.08%	18.2%

Fuente: SIPEN, junio 2024

Resulta oportuno resaltar el hecho de que, desde hace más de cinco años, las utilidades y beneficios acumulados en el patrimonio de los afiliados ya superan, con creces, el monto de las aportaciones “obrero-patronales”. En efecto, de acuerdo con las informaciones publicadas por la Asociación Dominicana de Administradoras de Fondos de Pensiones (ADAFP)²⁶⁹, el 63% del ingreso agregado al patrimonio durante el 2023 correspondió a las ganancias y utilidades de las inversiones, mientras que sólo el 37% del total provino de las cotizaciones de los afiliados y sus empleadores.

²⁶⁹ SIPEN. (2024). Boletín mensual junio 2024

Lo más interesante de esta situación es que el incremento sostenido del patrimonio previsional es el resultado combinado de *nunca tocar los ahorros para el retiro y del crecimiento exponencial, gracias al impacto del interés compuesto*. En la medida en que este proceso virtuoso se prolongue durante la presente década, más crecerán las nuevas utilidades con relación a las nuevas aportaciones, dando como resultado una mayor proporción de las primeras, en términos absolutos y relativos, dentro del patrimonio total. Recordemos que este impacto positivo de la capitalización del ahorro también se registra en el sistema público de reparto, con la única diferencia de que, lamentablemente, en la medida en que el reparto se torna adulto y crecen los pasivos, va perdiendo la capacidad de ahorro, inversión y acumulación, y además, debido a la falta de correspondencia entre las prestaciones y las aportaciones.

Crecimiento de la cantidad de afiliados y cotizantes. Entre el 2010 y junio del 2024, la cantidad de afiliados se ha más que triplicado, creciendo desde 1,429,521 a 4,898,446, en tanto que los afiliados cotizantes pasaron de 626,615 a 1,976,758 en igual período. No obstante, la densidad de cotizantes se ha mantenido baja y estable, alrededor del 40.35% del total. *Esta baja relación cotizantes/afiliados constituye una de las principales limitaciones del sistema previsional para garantizar una pensión digna para todos.* Mientras, por ejemplo, en el 2015 existían 1,617,107 cotizantes frente a un total de 3,269,757 afiliados, para una relación del 49.5% de los primeros en relación a los segundos, a junio del 2024 la misma se situó en el 40.35%, es decir, 9 puntos porcentuales por debajo. El cuadro 18.03 refleja una tendencia a la baja que debe ser analizada por la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), a fin de explorar las causas de esta y tratar de contrarrestarla.

Cuadro 18.03

Afiliados, cotizantes y la tasa de densidad, 2005-2024

Años	Afiliados	Cotizantes	Densidad
2005	1,429,521	626,615	43.83%
2010	2,374,783	1,189,601	50.09%
2015	3,269,757	1,617,107	49.50%
2023	4,191,935	1,747,440	41.70%
2023	4,744,089	1,884,000	39.70%
2024	4,898,446	1,976,758	40.35%

Fuente: SIPEN, Boletín Trimestral, junio 2024

Diversificación de la cartera de inversión del patrimonio. Uno de los mayores retos de los sistemas de capitalización previsional es la diversificación de la cartera de inversión, a fin de dispersar el riesgo de una reducción brusca de la rentabilidad de las inversiones en áreas críticas por factores macroeconómicos. Durante más de una década, el grueso del fondo de retiro estuvo concentrado en el Ministerio de Hacienda y en el Banco Central de la República, con alrededor del 76 % del total de la cartera, como resultado de las limitaciones del incipiente mercado nacional de valores. Sin embargo, durante los últimos años este riesgo ha ido disminuyendo, gracias a una mayor diversificación de los instrumentos financieros. A junio del 2024, las inversiones en Hacienda eran el 55.9% y en el Banco Central el 15.9%, para un total del 71.8%, un nivel decreciente, pero todavía muy elevado, aunque el riesgo es menor por tratarse de instituciones estatales y solventes.

Durante los últimos años, la Superintendencia de Pensiones (SIPEN) ha logrado diversificar las inversiones de los fondos previsionales, incorporando áreas seguras y rentables de inversión. Se han agregado más de 10 nuevos instrumentos financieros, incluyendo nuevos sectores de alto impacto económico y social, como alternativas de inversión

del patrimonio de los trabajadores, superando los RD\$ 68,535.77 millones de pesos. Vale la pena citar las inversiones en el turismo, energía, zonas francas y agroindustria, entre otros, todos muy importantes, dinámicos y generadores de empleos. Estas inversiones se realizan en instrumentos seguros y rentables, evaluados y autorizados por la Comisión Clasificadora de Riesgos, en interés de diversificar las inversiones, aprovechando las nuevas oportunidades de elevar el patrimonio para el retiro de los trabajadores afiliados.

Cuadro 18.04

***Composición de la cartera de inversión de los fondos de pensión
Junio 2024***

Entidad o sector	Millones de RD\$	Porcentajes
Ministerio de Hacienda	576,879.0	55.89%
Banco Central de la RD	164,250.6	15.91%
Bancos múltiples	83,313.7	8.07%
Asociaciones de ahorros y Préstamos	17,607.9	1.71%
Bancos de ahorro y créditos	205.3	0.02%
Fideicomiso de oferta pública	45,363.1	4.39%
Empresas privadas	25,302.7	2.45%
Fondos de inversión	119,294.8	11.56%
Total	1,032,217.1	100.00%

Fuente: SIPEN, Boletín Trimestral, marzo-junio, 2024

Se han colocado fondos de pensión en los bancos múltiples (8.07 %), en las Asociaciones de Ahorros y Préstamos (1.71 %), en una variedad de empresas privadas con tradición y solvencia (2.45%), así como en fideicomisos de oferta pública (4.39%), entre otras fuentes y áreas. Vale la pena señalar que esta apertura ha sido técnicamente evaluada por la Comisión Calificadora del Riesgo de Inversión, integrada por la SIPEN, el Banco Central, las superintendencias de Bancos y de Valores, incluyendo una representación de los afiliados.

También se han realizado inversiones en dólares norteamericanos, de acuerdo con las previsiones de la Ley 87-01. Se prevé que este proceso de diversificación continúe ampliándose durante los próximos años, garantizando mayor seguridad y una rentabilidad adecuada.

Aumento de los servicios y beneficios de los afiliados. Ante las crecientes quejas de decenas de miles de afiliados sobre el exceso y rigor de los requisitos y trámites para acceder a las prestaciones establecidas, la SIPEN y el CNSS han iniciado la revisión y simplificación de los principales procedimientos establecidos en las normas complementarias a la Ley 87-01, así como de las resoluciones sobre los procesos burocráticos para las reclamaciones de los afiliados. En esa dirección, el CNSS aprobó la Resolución Núm. 545-01 para facilitar la devolución del fondo acumulado en la cuenta de capitalización individual de los afiliados de ingreso tardío y de quienes padecen de alguna enfermedad terminal. Además, se varió el método de cálculo para considerar al afiliado como de ingreso tardío, aplicando la “edad al próximo cumpleaños”, según la cual cada individuo al cumplir año comienza a transitar el año que corresponde a la edad siguiente.

La devolución del fondo acumulado en la cuenta de capitalización individual de los afiliados con enfermedad terminal se entrega con un diagnóstico de “Pronóstico Reservado”, propio de este tipo de enfermedad. Además, tendrán derecho a la devolución de los fondos, independientemente de su edad, y de que reciban algún otro beneficio del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS). En adición, podrán optar por el retiro del saldo parcial o el total acumulado, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos, sin importar que se encuentren recibiendo algún otro beneficio contemplado.

El sistema ha otorgado a los afiliados unas 16,501 pensiones por discapacidad, con un promedio mensual de RD\$ 12,563.75, y 14,264 pensiones por sobrevivencia, beneficiando a 32,054 cónyuges sobrevivientes e hijos de afiliados fallecidos, con un pago mensual promedio

de RD\$ 12,789.79 pesos. El sistema ha otorgado unas 2,166 pensiones²⁷⁰ por vejez. A junio del 2024 se habían entregado 65,778 pensiones por edad avanzada a los afiliados con más de 55 años que han acumulado el fondo suficiente para optar por una pensión 1.5 veces superior a la pensión mínima. Además, se registran 238,292 devoluciones por ingreso tardío por un monto de RD\$ 48,779 millones de pesos y 321 devoluciones por enfermedad terminal, entregando 208 millones. En adición, la resolución SIPEN Núm. 465-22, eliminó el tope máximo de 10 mil dólares para los aportes voluntarios extraordinarios, al tiempo que se optimizaron los mecanismos de operación y regulación de este tipo de aportación.

Cuadro 18.05

Cantidad de pensiones otorgadas, junio 2024

Pensiones y devoluciones	Cantidad	Monto pagado
Pensiones por discapacidad	16,501	12,56375*
Pensión por vejez	2,166	n/d
Pensión por sobrevivencia	32,054	12,789.79*
Pensión por edad avanzada	65,778	n/d
Devolución por ingreso tardío	238,292	48,779 millones
Devolución enfermedad terminal	321	208 millones
Devolución a herederos legales	24,561	6,409 millones

*Pensión promedio mensual. Fuente: SIPEN, junio 2024

Basado en una propuesta de ADAFP y con el aval técnico de la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), la Resolución 516-05 del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) eliminó el requisito de presentar el certificado de pago de impuestos de sucesión a los familiares, con derecho a recibir como herencia los fondos acumulados en las AFP por los afiliados fallecidos. Como resultado de este

²⁷⁰ Ibidem

cambio, en sólo tres meses, entre marzo y junio del 2021, las AFP atendieron favorablemente más de 1,118 solicitudes de familiares de afiliados fallecidos, una cantidad de reclamos superior a los casos resueltos en los dos años anteriores.

Limitados avances de las pensiones solidarias. El país ha recorrido una importante trayectoria previsional. A veinte años de implementación del nuevo régimen contributivo se ha expandido su cobertura, pero permanece todavía en niveles muy bajos, con importantes desafíos para cubrir a todas las personas y para prevenir la pobreza de su población en la vejez. El sistema de pensión genera una alta exclusión, en especial de los trabajadores por cuenta propia y de las personas más vulnerables. El 25.4% de las personas mayores depende exclusivamente de su trabajo, el 49% del ingreso de otros miembros del hogar, y solo un 11.3% vive de su pensión. Así lo plantea la CEPAL en su informe “Avances y desafíos en la implementación del sistema de pensiones no contributivo en la República Dominicana”²⁷¹.

“Las *desigualdades* en la cobertura responden, entre otros factores, a las que se generan en el *mercado de trabajo*. Esta situación afecta especialmente a los hogares más vulnerables y en particular a las mujeres, cuya participación es 4.8 puntos porcentuales inferior a la de los hombres (12.4% vs. el 17.2%).

En 2022, la pensión promedio de los sistemas de reparto fue de RD\$ 18.228 pesos (331 dólares). En hogares del quintil de menores ingresos fue de RD\$ 10.231 pesos (186 dólares), mientras que

²⁷¹ Cepal, (2024), *Avances y desafíos en la implementación del sistema de pensiones no contributivo en la República Dominicana*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/80377-avances-desafios-la-implementacion-sistema-pensiones-contributivo-la-republica>

los pensionados del quintil más rico más que duplican (2,7 veces, RD\$ 27.657), US\$ 503 dólares, a la pensión promedio del quintil más pobre.

“La cobertura inicial en 2019 era de 0,1 % de las personas de 60 años y más, y hasta septiembre de 2023 alcanzaba un 2,8%, aumentando así en 5 veces. El gasto público en pensiones solidarias pasó del 0,009% del PIB en 2020 al 0,036% en 2023, un aumento sostenido, pero todavía una pequeña proporción y bajo en relación al gasto promedio regional. El monto de la pensión solidaria decayó del 47.4% del salario mínimo cotizante promedio en 2019, al 33,4% en el 2023, una pérdida de 14 puntos porcentuales.

Estos resultados denotan una mayor desprotección de los quintiles de menores ingresos tanto en términos de cobertura como en el poder adquisitivo. La pensión solidaria era superior a la línea de pobreza hasta el año 2021, pero desde 2022 se observa una disminución significativa en el nivel de suficiencia y en el objetivo de avanzar en la erradicación de la pobreza en la vejez, siempre de acuerdo al referido informe de la CEPAL. Un aumento del 2,8% al 25% podría reducir en 6,5 y 1,6 puntos porcentuales la pobreza y la pobreza extrema de las personas de 60 años y más. El costo total llegaría al 0,45% del PIB, nada del otro mundo.

El informe de la CEPAL destaca que la expansión del Régimen Subsidiado es viable, tanto desde la dimensión institucional como financiera, y el aumento de su cobertura permitiría avanzar en la construcción de un sistema de pensiones no contributivo universal, integral, sostenible y resiliente. La asignación de la pensión solidaria involucra cuatro procesos y a 9 instituciones distintas coordinadas a través del CNSS, por lo que se recomienda reducir la cantidad de formularios, para simplificar la solicitud y el acceso a las prestaciones.

Resultados financieros del 2023. Vamos a analizar en detalle los resultados financieros al cierre del 2023 porque en este año se cumplieron dos décadas del inicio del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS), equivalentes a las dos terceras partes de los 30 años de cotización que constituyen el umbral mínimo establecido por la Ley 87-01 para el retiro regular de los trabajadores. Aunque la primera mitad del año se caracterizó por un crecimiento económico positivo, pero por debajo de lo acostumbrado, durante la segunda mitad volvió a recuperar su tradicional dinamismo, elevando sustancialmente la tasa de crecimiento interanual.

La economía dominicana se remontó a partir del tercer trimestre del año 2023, superando la ralentización de la demanda interna experimentada durante los dos primeros trimestres del año, logrando un crecimiento del 4.2 % del PIB en el cuarto trimestre. Esta dinamización se explica, en gran medida, por la flexibilización progresiva de la política monetaria, pasando la TPM²⁷² de 8.5 % durante los primeros cinco meses del año, a 7 % en diciembre 2023, para una reducción de 150 puntos básicos (PBS). Esta flexibilización de las condiciones monetarias, a su vez, se tradujo en un aumento del crédito a sectores fundamentales como la construcción, que pasó de una expansión promedio del crédito real a este sector de 2.8 % el primer semestre del año al 22 % en el segundo semestre, según los datos del Banco Central de la República Dominicana (BCRD).

Por otro lado, la inflación interanual se mantuvo a la baja durante el último trimestre del año hasta cerrar en 3.57%, producto de la política monetaria restrictiva desde finales de 2021 hasta mediados del año 2023 y de la política del gobierno de mitigar el alza de los precios internacionales de las materias primas. Asimismo, la inflación

²⁷² TPM: Tasa de Política Monetaria

subyacente, un predictor importante de la inflación futura, se ha desacelerado durante el mismo período, bajando del 4.68% en septiembre a 4.32% en diciembre, consistente con la reducción de las presiones inflacionarias de la demanda interna, ubicándose dentro del rango meta establecido por el BCRD, $4\% \pm 1\%$.

De acuerdo a la SIPEN²⁷³, en el año 2022, los factores coyunturales en la economía dominicana provocaron la caída a mínimos históricos de la rentabilidad nominal de los fondos de pensiones, ocasionando que su aporte al crecimiento del patrimonio perdiera protagonismo. Cerrando el año 2023, el aumento de los fondos de pensiones presentó una recuperación significativa en su tasa de crecimiento interanual. Al desglosar los principales componentes del crecimiento del patrimonio, se observa que la contribución de la rentabilidad nominal aumentó significativamente, provocando un crecimiento interanual del 14.22 %. En conclusión, *las perspectivas para el año 2024 son muy positivas para el crecimiento de los fondos de pensiones, del salario promedio cotizante y de la cantidad de cotizantes del Sistema Dominicano de Pensiones*. En efecto, durante el primer semestre del 2024 el crecimiento del PIB superó el 5.3 %, con proyección al alza, y una reducción de la inflación, de acuerdo al informe del Banco Central.

De acuerdo con estos resultados, la rentabilidad de las inversiones superó con creces el monto total de las aportaciones del año, representando el 63 % del aumento del patrimonio de los trabajadores, tendencia que continuará acentuándose durante la década, cuando comenzarán a retirarse los primeros afiliados con 360 aportaciones mensuales

²⁷³ SIPEN. (2024). Boletín trimestral, abril-junio 2024

Según la Asociación Dominicana de Administradoras de Fondos de Pensiones (ADAFP), durante el año los afiliados al SDSS ganaron más de RD\$ 74,774 millones de pesos por la rentabilidad de las inversiones al cierre de 2023, como resultado de una adecuada inversión de los fondos para el retiro. En efecto, los fondos de pensiones de los afiliados a las AFP se incrementaron en RD\$ 117,314 millones, pasando de RD\$ 830,263 millones a diciembre de 2022 a RD\$ 962,288.3 millones de pesos en diciembre de 2023. De acuerdo con estos resultados, la rentabilidad de las inversiones superó con creces el monto total de las aportaciones del año, representando el 63 % del aumento del patrimonio de los trabajadores, tendencia que continuará acentuándose durante la década, cuando comenzarán a retirarse los primeros afiliados con 360 aportaciones mensuales.

2. ¿Por qué las pensiones serán insuficientes?

Seis factores que actualmente limitan las pensiones. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), probablemente, hasta el 90 por ciento de los trabajadores del mundo nunca recibirán una prestación por vejez o jubilación. Afortunadamente, ese pronóstico tan sombrío no incluye directamente a nuestro país, porque estamos avanzando hacia un sistema de protección social universal. No obstante, a pesar del potencial y de las ventajas explicadas sobre el sistema de capitalización individual, y de las adaptaciones a la cultura y a las características dominicanas, todavía el sistema no está llenando el cometido para el cual fue creado. Y, *de mantenerse las condiciones actuales, más de cuatro de cada cinco dominicanos no disfrutará de una vejez digna*, teniendo que sobrevivir trabajando hasta una edad muy avanzada. Varios factores se combinan para generar incertidumbres sobre la calidad de vida de las presentes y futuras generaciones de jubilados y pensionados:

- a) ***Un aporte mensual insuficiente***, al reducir la cotización del 12 % original a sólo el 9.97 %, todavía pendiente de una reforma para elevar el aporte previsional.
- b) ***La no entrega del bono de reconocimiento*** de los derechos adquiridos, durante décadas de trabajo y aportes, por todos los antiguos afiliados al Seguro Social.
- c) ***Al aumento de la esperanza de vida***, que extiende los años de pensión, y encarece el costo de por vida de los pensionados y jubilados
- d) ***A las fluctuaciones del mercado laboral***, que obligan a millones de trabajadores a refugiarse en la informalidad, dejando de cotizar de manera regular.
- e) ***Al alto costo de la administración*** del fondo de pensión debido, principalmente, a la falta de competencia entre las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).
- f) ***La no implementación del régimen contributivo subsidiado, que les impide aportar para el retiro a los afiliados cotizantes que caen en la informalidad.***

En la actualidad, el gran reto consiste en adaptar el sistema previsional a las transformaciones demográficas, al desarrollo tecnológico y a los cambios en el mercado laboral. Cada vez tenemos *menos jóvenes y más viejos, que viven más años, consumiendo mucho más alimentos y medicinas y otros servicios*. Y, muy a pesar de estos cambios acelerados para bien de la humanidad, los sistemas de pensión siguen anclados en el pasado, y cuando avanzan, lo hacen muy parcial y lentamente.

Baja tasa de reemplazo del sistema. Elevar sustancialmente la tasa de reemplazo constituye, sin ninguna duda, el mayor reto del país, de las autoridades nacionales y muy especialmente de la SIPEN, como institución técnica especializada. La razón de ser del Seguro de Vejez,

Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS) de la Ley 87-01 es la entrega de una pensión digna y socialmente aceptable a todos los trabajadores asalariados al momento de su retiro y durante la etapa pasiva de sus vidas.

Sin embargo, todos los estudios y proyecciones realizados por los organismos especializados y por los expertos nacionales e internacionales, concluyen que las pensiones serán insuficientes en relación con el salario promedio y con las expectativas creadas por los diseñadores y propulsores del SDSS. Incluso la SIPEN ha realizado proyecciones para estimar el porcentaje de la pensión que recibirá la mayoría de los afiliados, con resultados preocupantes y dignos de la debida atención y ponderación. La primera fue calculada a diciembre del 2011, arrojando una tasa de remplazo del 38.10 %, mientras que un año después, la misma fue reducida al 36.47 %, obviamente, en ambos casos, con resultados absolutamente insuficientes para el afiliado promedio. No se conocen proyecciones de la tasa de reemplazo luego de que la Ley 13-20 elevara al 8.4 % el aporte a la cuenta de capitalización individual. Es previsible asumir una mejoría en las pensiones proyectadas, pero sólo con la dimensión de un paliativo.

De acuerdo a la proyección del 2012, que es la más reciente conocida de la SIPEN, más de la tercera parte de los afiliados, el 35.9%, recibiría una pensión inferior al 30% de sus salarios, estamos hablando de alrededor de 870,000 trabajadores dominicanos. Otro 38.8 % tendría que conformarse con ingresos entre el 30 % y el 50 %, un porcentaje todavía por debajo de sus necesidades vitales para vivir con dignidad y sin sosiego. Estos dos grandes grupos representan el 74,6% de los dominicanos. Y si le agregamos el 19.1%, unos 430,000 afiliados que recibirán entre el 50% y el 60%, llegamos a la conclusión de que el 93,1% de los afiliados activos se podrían convertir en resentidos sociales, al no alcanzar una pensión aceptable del 70% del salario promedio. Y eso que las proyecciones

de la SIPEN asumen una cotización continua y completa durante 360 meses.

La mayoría de los organismos internacionales, consultoras especializadas y expertos en la materia coinciden en que, en las condiciones actuales, la tasa de reemplazo promedio que recibirán los trabajadores afiliados será insuficiente para garantizar una pensión aceptable y sostenible. Algunos informes estiman una tasa de reemplazo de alrededor del 24%, mientras otros la estiman en un 30%, dependiendo de los criterios utilizados. Pero, en cualquiera de los escenarios, se concluye que, de no haber cambios importantes, el futuro es muy incierto para la gran mayoría de los afiliados.

Cuadro 18.06

Cantidad estimada de afiliados por tasa de reemplazo proyectada a diciembre 2012

Rango de tasa de reemplazo	Cantidad	Porcentajes
Menos del 10%	60,000	2.6%
Entre el 10% y menos del 20%	370,000	16.4%
Entre el 20% y menos del 30%	440,000	19.5%
Entre el 30% y menos del 40%	443,000	19.7%
Entre el 40% y menos del 50%	430,000	19.1%
Entre el 50% y menos del 60%	340,000	15.1%
Entre el 60% y menos del 70%	130,000	5.8%
Más del 70%	38,000	1.7%
Total	2,251,000	100.0%

Fuente: <https://www.sipen.gob.do>

Por su parte, la Fundación Seguridad Social Para Todos (FSSPT) ha realizado proyecciones detalladas, con resultados que llaman la atención y que confirman la necesidad y urgencia de una revisión del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS) de la Ley 87-01. Incluso asumiendo los escenarios más favorables (8.4% de aporte,

un 5.0% de interés anual real, tasa de interés del 1.0% anual, y 16.1 años de pensión promedio entre el titular y su cónyuge), la FSSPT ha llegado a tres grandes conclusiones:

- a) **Con el 8.4% del salario cotizante es imposible garantizar pensiones dignas** y sostenibles para todos, debido al crecimiento progresivo de la esperanza de vida y a su proyección hasta el 2050.
- b) **Resulta muy insuficiente el 0.4 % del salario para el Fondo de Solidaridad Social (FSS)**, para asegurar la pensión mínima a los afiliados de las micros y pequeñas empresas, debido al carácter estructural de la informalidad laboral.
- c) **El 85 % de los trabajadores dominicanos recibirá una pensión muy baja**, debido a que no llegarán a cotizar los 360 meses que establece la Ley 87-01.

Por ejemplo, un trabajador de microempresa, de la construcción o de la agropecuaria, con 15 años de aportes, recibiría una pensión entre el 16 % y el 18 % del salario; entre el 21 % y el 25 %, si cotizara por 20 años; y entre el 27 % y 31 %, con 25 años de aporte promedio. Con el porcentaje de cotización actual, un trabajador con 30 años de cotización recibiría una pensión que fluctuaría entre el 38 % y el 42 %, todavía insuficiente para un retiro digno, luego de tres décadas de trabajo.

Obviamente, estos resultados revelan la necesidad de aumentar el porcentaje de cotización, como condición esencial para elevar el promedio general de todas las pensiones. Pero, además, demuestran el imperativo de fortalecer el Fondo de Solidaridad Social (FSS), para mejorar sustancialmente la tasa de reemplazo básica de los trabajadores que son víctimas de las fluctuaciones del mercado laboral y de la informalidad. Estos resultados guardan una gran consistencia con el 36.5% de la tasa promedio de reemplazo que proyectó la SIPEN en diciembre de 2012, hace ya más de una década.

Solo cotiza el 30.3% de los mayores de 50 años. El 69.69%, unos 1,112,342 trabajadores con 50 años o más, están registrados en la TSS, pero durante los últimos años no han podido cotizar como hubiesen querido. Y, por lo tanto, aunque sus cuentas de capitalización individual se mantienen activas y creciendo, no lo hacen al ritmo de los cotizantes regulares. Las razones de esta situación son muy complejas y variadas. Ya sea porque esos trabajadores perdieron sus empleos y/o porque dejaron de trabajar y se dedicaron a actividades por cuenta propia y no han podido cotizar a la seguridad social, debido a la ausencia del régimen contributivo subsidiado. O, porque decenas de miles han emigrado en búsqueda de mejores oportunidades, o porque fueron registrados sin estar trabajando. En cualquier caso, el país se enfrenta a una situación muy delicada y lamentable, ya que esta alta cantidad de extrabajadores asalariados no recibirá una pensión aceptable al momento de su retiro y sólo podrán reclamar la devolución de la totalidad del fondo acumulado, incluyendo los intereses obtenidos.

Cuadro 18.07

Afiliados y cotizantes mayores de 50 años, junio 2024

Conceptos	50-54 años	55-59 años	60 + años	Total
Afiliados	442,509	363,068	790,430	1,596,007
Cotizantes	166,571	131,326	185,768	483,665
No cotizantes	275,938	231,742	604,662	1,112,342
% cotizantes	37.6%	36.2%	22.5%	30.31%

Fuente: SIPEN, Boletín trimestral, junio 2024

De no producirse una reforma a tiempo, a partir del 2030 estas incertidumbres comenzarán a pasarle facturas al país, y particularmente al gobierno y a las autoridades de turno, por lo que lo más aconsejable es tomar en cuenta esta realidad para presentar desde ahora alternativas de solución aceptables. *No hacer nada, constituye*

la peor medicina porque a partir de 2033 la presión social por una pensión digna se incrementará considerablemente, con el primer gran contingente masivo de trabajadores retirados bajo la Ley de Seguridad Social.

Sólo para dar una idea y con ánimo prospectivo, las estadísticas indican que 1,153,498 dominicanos con 55 y más años, llegarán a la edad de retiro al final de la presente década, y, además, otros 442,509, afiliados con edades entre 50-54 años, se retirarán entre el 2030 y 2033. En total, en una década, alrededor de 1,596,007 afiliados serán mayores de 60 años, de los cuales solo 483,665, apenas el 30.31%, cotizan actualmente, ver cuadro 18.07. En síntesis, *en menos de una década, más de un millón de envejecientes entrarán en la edad de retiro y comenzarán a reclamar sus pensiones*, agudizando el estado de pobreza general. Lo más aconsejable es que el país se prepare para enfrentar una etapa política y socialmente muy delicada, ya que la gran mayoría de ese contingente verá reducidas sus esperanzas y su nivel de vida. Y, entonces, decenas de miles se preguntarán ¿por qué las autoridades no hicieron lo correcto y lo suficiente para resolver un problema diagnosticado con tanto tiempo?

Claro que ya no es posible garantizar una pensión digna para esos afiliados de edad avanzada, pero al menos las autoridades deberían demostrar que introdujeron las reformas necesarias para cortar de raíz el problema y que proveyeron los recursos necesarios para aliviar la situación de los más perjudicados. Se trata de una realidad insoslayable con imprevisibles consecuencias, en términos sociales y de gobernanza, por lo que, lo más aconsejable sería que la Superintendencia de Pensiones (SIPEN) y el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) analicen cuidadosamente la situación y planteen alternativas aceptables.

3. ¿Cómo elevar las pensiones y la solidaridad social?

Ajustar el financiamiento al nuevo costo de las pensiones. Los grandes cambios tecnológicos, demográficos y laborales obligan a una nueva política previsional que sirva de base para un rediseño de los planes de retiro, basada en las siguientes premisas básicas:

- a) Ya no es posible asegurar una vejez digna, con pequeños aportes marginales.
- b) Ningún sistema previsional será sostenible sin capitalizar y acumular el ahorro.
- c) La falta de sostenibilidad reduce el nivel de vida de los pensionados y jubilados.
- d) La lucha contra la pobreza demanda pensiones no contributivas a cargo del Estado.
- e) Todos los trabajadores autónomos tienen derecho a una vejez digna.
- f) Toda propuesta previsional debe sustentarse en cálculos actuariales verificables.
- g) En pensiones, el enfoque de largo plazo resulta imprescindible.
- h) Debemos evitar la contaminación ideológica de los debates previsionales.

Obviamente, la necesidad y urgencia de una reforma previsional surge de los pronósticos sombríos sobre las bajas tasas de reemplazo, debido a la falta de correspondencia entre el creciente costo de las pensiones y prestaciones prometidas y las insuficientes aportaciones y utilidades obtenidas, una brecha que tiende a acentuarse de manera inexorable. Ante estos resultados insostenibles, el país se enfrenta a la disyuntiva de retornar a un sistema de reparto actuarialmente incapaz de potenciar el ahorro, la inversión y la acumulación, o fortalecer a un sistema previsional con alta capacidad de

ahorro, inversión y acumulación, mediante una reforma que amplíe la acumulación, fortalezca la solidaridad social y reduzca el costo administrativo.

Reiteramos el criterio de que, en las actuales condiciones, es mucho más difícil recuperar la capacidad de ahorro del sistema público de reparto, que reformar el sistema de capitalización individual “a la dominicana”. Los problemas que presenta este sistema constituyen una oportunidad para impulsar reformas sustantivas, capaces de restablecer las necesarias correspondencias: 1) entre el porcentaje de cotización “obrero-patronal” y una tasa de reemplazo digna y aceptable; y 2) entre los años de aportes y los años promedio de pensión y jubilación del titular y su cónyuge.

El diagnóstico general del sistema de capitalización individual acusa, básicamente, dos grandes problemas: 1) una tasa de reemplazo general insuficiente, que empujaría a la pobreza a la mayoría de los trabajadores cotizantes, aun cumpliendo los 360 meses de aportes; y 2) un bajo nivel de pensión rayando en la pobreza e indigencia, para la mayoría de los trabajadores activos que no logren cotizar durante todo el período. A la luz de la historia, de los fundamentos, de los logros obtenidos y de los problemas del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia, se colige la necesidad y viabilidad de una reforma orientada a lograr estos tres objetivos específicos:

- a) **Elevar la tasa de reemplazo general a un 70 %** del salario real promedio de los últimos cinco años, de todos los afiliados que hayan cotizado el tiempo mínimo establecido.
- b) **Triplicar las actuales pensiones proyectadas de los trabajadores** que sólo hayan cotizado más de 15 y menores de 30 años.
- c) **Garantizar pensiones solidarias a cargo del Estado** a los trabajadores con aportes menores de 15 años.

En realidad, la complejidad de la reforma del sistema previsional dominicano se reduce a tres o cuatro grandes cambios esenciales, debido a que ya *el SVDS se sustenta en la combinación de una cuenta de capitalización individual y de un fondo de solidaridad social*. En consecuencia, para alcanzar el objetivo general, así como los objetivos específicos señalados, basta con incrementar, en forma gradual: 1) el porcentaje de las aportaciones generales y del Fondo de Solidaridad Social (FSS); 2) los años de cotización de acuerdo a la longevidad; y 3) reducir el porcentaje de la comisión de las AFP. La clave del éxito reside en el aumento gradual de las cotizaciones para multiplicar el Fondo de Solidaridad Social (FSS) con la finalidad de extender su beneficio compensatorio a todos los segmentos laborales que, por diversas razones, no hayan podido realizar las suficientes aportaciones para recibir una pensión plena.

Aumento gradual de las cotizaciones. Consciente de esta lamentable realidad, desde hace más de una década, hemos venido insistiendo en la necesidad, y en la urgencia, de introducir cambios importantes en el sistema de pensión de la Ley 87-01. *El país necesita una reforma que garantice mejores pensiones y mayor solidaridad social*, para reducir la pobreza e indigencia, y evitar crecientes protestas sociales y los elevados costos fiscales, mediante un firme liderazgo y visión de futuro. A continuación, presentamos el perfil general de cambios compatibles con las características del SDSS, orientados a alcanzar los objetivos y metas propuestos.

De acuerdo con los cálculos de la Fundación Seguridad Social Para Todos (FSSPT), lo más aconsejable sería *eleva el porcentaje de cotización del 9.97% actual al 15.0%, en forma gradual en un período de 6 a 8 años*. Un 50 % más de aporte, es el precio que nuestro país debe pagar, para mejorar el retiro de todos los trabajadores, y muy en especial, de aquellos que son víctimas de las fluctuaciones del mercado y de la informalidad laboral. Se trata de un sacrificio

absolutamente necesario, en correspondencia con el aumento de la esperanza de vida al nacer y al pensionarse, proyectada para las próximas tres décadas.

La buena noticia es que este aumento sería gradual, respetando los derechos adquiridos por los afiliados con 55 años o más y que ya están en la recta final de su vida laboral. La cotización de los trabajadores pasaría del 2.87% actual al 4.32%, con un aumento total de solo un 1.45% prorrateado en 6 años, con un aporte adicional de solo un 0.24% durante los próximos 6 años²⁷⁴. Un cambio anual prácticamente imperceptible y manejable, ya que equivale a menos de un cuarto del 1%. La contribución de los empleadores pasaría del 7.10% actual al 10.68%, un 3.58% adicional, también en seis años, con un costo adicional de sólo 0.60% anual en el mismo período. Además, el Cuadro 18.08 presenta el aumento gradual del Fondo de Solidaridad Social (FSS) del 0.4 % actual al 3.5% en seis años.

Cuadro 18.08

Propuesta de aumento gradual del aporte del 9.97% actual al 15.0% en seis años

Conceptos	Actual	Año 1	Año2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
Trabajador	2.87%	3.11%	3.34%	3.51%	3.83%	4.05%	4.32%
Empleador	7.10%	7,69%	8.26%	8.69%	9.47%	10.04%	10.68%
Total	9.97%	10.8%	11.6%	12.2%	13.3%	14.1%	15.0%
FSS	0.40%	0.92%	1.43%	1.94%	2.44%	2.95%	3.50%

Fuente: Cálculos del autor

De igual forma, para restablecer la correspondencia entre la cantidad de años de cotización y los años promedio de pensión, *se propone elevar la edad mínima de retiro para alcanzar una pensión plena por vejez, respetando los derechos adquiridos*, sujeta a la siguiente gradualidad,

²⁷⁴ Asumiendo un inicio a partir del 2025

dependiendo de la edad del afiliado al momento de la vigencia de la reforma:

Cuadro 18.09

Cantidad de aportes y años de retiro para una pensión plena

Rango de edad	Cantidad de aportes	Años estimados del retiro
Mas de 51 años	360 aportes	60.0 años
De 46 a 50 años	366 aportes	60.5 años
De 41 a 45 años	372 aportes	61.0 años
De 36 a 40 años	384 aportes	62.0 años
De 31 a 35 años	396 aportes	63.0 años
De 26 a 30 años	408 aportes	64.0 años
Menos de 25 años	420 aportes	65.0 años

Fuente: Cálculos del autor

Como parte fundamental del aporte del 15.0 % total, la propuesta incluye un 13.5 % del salario cotizante destinado exclusivamente a ensanchar el fondo de pensión, dedicando el restante 1.5 % a cubrir un seguro de vida y otras partidas menores. De este 13.5%²⁷⁵, el 10.0% iría directamente a la cuenta de capitalización individual de cada afiliado, pasando del 8.4% actual al 10%, condición básica para elevar el nivel general de todas las pensiones plenas. El restante 3.5 % sería el nuevo aporte al Fondo de Solidaridad Social (FSS), del 0.4 % actual al 3.5%, un incremento formidable del 875%, casi nueve veces mayor, una clara señal del alto contenido solidario del sistema de capitalización individual reformado “a la dominicana”.

Con esta reforma, el Estado tendría la mayor y más poderosa AFP del país: 1) mantendría la administración exclusiva del Fondo de

²⁷⁵ Los cálculos financieros y actuariales que han servido de base para esta propuesta están contenidos en nuestro libro PENSIONES DIGNAS Y SOSTENIBLES PARA TODOS, Los grandes retos de la longevidad, publicado en el 2020, en medio del COVID-19.

Solidaridad Social, ahora 8 veces mayor; y 2) continuaría afiliando a todos los trabajadores asalariados que opten por la administración pública de su cuenta individual²⁷⁶.

Este formidable aumento del FSS garantizará una pensión adecuada a todos los trabajadores que, por diversas razones, no logren acumular lo suficiente para una pensión digna, a pesar de haber cotizado durante 15 años o más. Por ejemplo:

- a) **Casi triplicaría la pensión promedio proyectada del 17 % al 40 %**, para los afiliados con alrededor de 15 años de aporte.
- b) **Duplicaría la pensión promedio proyectada del 20% al 45 %**, para los trabajadores con alrededor de 20 años de aporte.
- c) **Duplicaría la pensión promedio proyectada del 35% al 69%**, para los trabajadores con alrededor de 25 años de aporte.
- d) **Duplicaría la pensión promedio proyectada del 35% al 70%**, para los trabajadores con alrededor de 30 años de aportes.
- e) **Duplicaría la pensión promedio proyectada del 45% al 90 %**, para los trabajadores que coticen por 35 años, y más.

La acumulación recurrente del Fondo de Solidaridad Social, sin tocar para nada el ahorro, a pesar de ser un fondo de reparto, permitiría proteger a más del 85 % de los afiliados, con bajos ingresos y aportes irregulares. Además, la propuesta reduciría la desigualdad de género, ya que las mujeres suelen acumular menos cotizaciones por razones biológicas, y mayor dedicación a las actividades por cuenta propia. De acuerdo con la misma, los trabajadores que no llegasen a cotizar 15 años recibirían una pensión subsidiada del Estado, de acuerdo con al monto acumulado y a los años de aportes.

²⁷⁶ Queda claro que todos los afiliados, independientemente de su nivel de ingreso y sector laboral, continuarán ejerciendo la libre elección de la AFP de su preferencia, ya sea la pública o la privada, pudiendo cambiarla, cuando no les satisfaga.

Los afiliados con aportes entre 15 y 25 años recibirían una pensión de por vida mucho mayor que la que resultaría de sus respectivos fondos acumulados, diferencia que sería cubierta gracias al gran aumento del Fondo de Solidaridad Social (FSS). Además, todos los afiliados con aportaciones cercanas o mayores a los 360 meses recibirían una pensión entre el 70% y el 90%, dependiendo del tiempo de cotización y de acumulación, arrojando un excedente que alimenta y multiplica el FSS.

En el peor de los escenarios, la tasa de reemplazo general rondaría el 60 %, más del doble de la proyección actual, casi triplicando el estimado de las pensiones que recibirán los afiliados con aportes insuficientes. En aras de la transparencia y de la credibilidad, no queremos inducir a promesas infundadas, ni a falsas expectativas. En la primera etapa del cambio, no todos los afiliados se beneficiarían por igual de la aprobación de esta propuesta de reforma, o de cualquiera otra variante resultante. Obviamente, los jóvenes y las futuras generaciones serán los mayores ganadores, ya que dispondrán del tiempo necesario para sembrar y cosechar todos los nuevos frutos del sistema reformado. Al momento de su aplicación, los afiliados con edades intermedias o avanzadas *serán beneficiados en proporción al tiempo adicional con la nueva cotización.*

Cotización según la longevidad y la tasa de reemplazo. Todavía en muchos países, desde luego incluyendo al nuestro, se mantienen porcentajes de cotización establecidos hace 3 y hasta 4 décadas, cuando la esperanza de vida del pensionado promedio apenas era la mitad, como ya señalamos. Siempre existirán voces y grupos que señalarán que estos aumentos resultan muy elevados para los trabajadores y las empresas. No obstante, los países más desarrollados, con sistemas de pensión en pleno envejecimiento y que superan los 100 años, se han visto obligados a un fuerte sacrificio a fin de elevar el financiamiento para el retiro, a niveles que *triplican al que todavía predomina en nuestro país.*

Por ejemplo, en España el aporte equivale a un 28.3% del salario; en Alemania, al 33.3%; en Francia, a un 37.9% y en Italia, al 31.5%. El promedio de la Unión Europea llega al 28.7% solo para pensión, *casi el triple de nuestra cotización actual y casi el doble de nuestra propuesta*. Y que conste que, aun así, estos países han tenido que reducir prestaciones muy generosas, otorgadas durante los tiempos dorados, y en adición, han extendido los aportes a 35 y 40 años, y de retiro a alrededor de los 65 años y más.

Pero, la tendencia general al aumento de las cotizaciones no se limita a las naciones industrializadas y del primer mundo. En muchos países de América Latina, la tasa de cotización también supera la nuestra del 9.97 %. Por ejemplo, en la Argentina llega al 27%, en Brasil al 28%, en Colombia al 16%, en Uruguay, al 22.5%, en Panamá, al 13.5% y en México al 15%. En nuestro país existen sectores, instituciones y expertos que están plenamente conscientes de la necesidad de estos aumentos, pero no los expresan públicamente por temor a perder popularidad. Asumimos la responsabilidad de proponer un perfil general de una reforma previsional consciente de que la Comisión Permanente de Seguridad Social del Senado y el Equipo Técnico todavía tienen una deuda social con el país por la confianza depositada en nosotros.

Esta propuesta de reforma garantiza el necesario equilibrio entre el porcentaje de aporte y la tasa de reemplazo de las pensiones, y entre el período de aporte y los años de pensión, en una sociedad cada vez más longeva. Con la gran ventaja de que liberaría al Estado de cuantiosos déficits fiscales futuros, por la falta de equilibrio financiero y sostenibilidad de los sistemas públicos de reparto. De esta forma, *el Estado podrá dedicar un mayor presupuesto a pagar las pensiones básicas no contributivas, para proteger a todos los envejecientes de bajos ingresos y/o con aportes insuficientes*. Recordemos que con la entrega mensual de una pensión solidaria a todos los envejecientes de escasos recursos, no solo se cumple con el principio de la universalidad de la protección

social sino, además, con el compromiso del país de combatir la pobreza y eliminar la indigencia.

El país tiene la oportunidad de impulsar una reforma integral y gradual del Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia (SVDS), con la doble finalidad de fortalecer y ampliar los logros obtenidos, y, al mismo tiempo, garantizar un retiro digno y sostenible para las presentes y futuras generaciones. La tarea no es fácil, ni está exenta de riesgos y desafíos. Es necesario fomentar en todos los niveles educativos, una cultura previsional sobre el ahorro para el retiro, a fin de lograr el mayor empoderamiento posible de la población y de la opinión pública nacional. Además, se requiere de un fuerte liderazgo con visión de futuro, y con suficiente apoyo social y valor para enfrentar y superar los obstáculos y avanzar firmemente hacia una protección social promisoriosa de acuerdo al nivel del desarrollo económico y social del país.

XIX.

ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS PARA ELIMINAR AL SVDS

Ninguna ley será perfecta, y mucho menos cuando se trata de la protección social de toda la población, un proceso en el cual convergen activamente múltiples sectores y actores con intereses diferentes y con frecuencia contrapuestos, cada uno intentando un traje a su medida. Tratándose de una ley tan compleja, y con características muy particulares en relación a los modelos tradicionales, sus diseñadores previeron su revisión al concluir la primera década de su puesta en vigencia, para fortalecer sus resultados, corregir cualquier distorsión e introducir los ajustes y reformas necesarios. Pero, lamentablemente, esta revisión no se produjo a los diez años ni dos décadas después.

La necesidad de su revisión resulta cada vez más evidente para los poderes del Estado, la sociedad civil, la opinión pública y para múltiples especialistas. En la última década, varios sectores e instituciones han formulado propuestas de reformas de la Ley 87-01. Unas, orientadas a fortalecer el sistema con vistas a elevar la tasa de reemplazo y a mejorar la calidad de los servicios; mientras otras, proponen su eliminación, en un intento de volver a los viejos esquemas centralizados, clientelistas, ineficientes y politizados que predominaron durante el Seguro Social. En este capítulo, examinamos estas últimas, evaluando

su capacidad en el largo plazo para potenciar el ahorro, la inversión y la acumulación para el retiro.

1. ¿Eliminar el sistema de capitalización individual?

Una propuesta de pensión insostenible. Luego de más de dos años de trabajo y de consultas, la Comisión Bicameral del Congreso Nacional, presentó un proyecto de modificación integral de la Ley 87-01 que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). La propuesta bicameral propuso un retorno al sistema público de reparto, con un segundo pilar de capitalización individual. Vamos a evaluar su contenido y sostenibilidad, mediante cálculos sencillos basados en los parámetros utilizados en los capítulos anteriores.

Cuadro 19.01

Resultados Financieros Propuesta Bicameral

35,000 salario real, aporte 10.0%, 70% pensión a los 55 años, interés 5% anual real. RD\$ reales, libres de inflación

Conceptos	Con ahorro capitalizable	Sin ahorro capitalizable
Ingresos totales	1,582,403	798,000
Aportes 20 años activos	798,000	798,000
Intereses años pasivos	784,403	0.00
Egresos totales	7,038,850	7,038,850
Déficit por afiliado	(5,456,447)	(6,240,850)
Egresos/ingresos	4.4 veces	8.8 veces

Fuente: Cálculos del autor

La misma contempla otorgar una pensión plena del 70 % del salario con solo 20 años de cotización. Un afiliado con salario de RD\$ 35,000 pesos reales (libre de inflación), cotizando el 9.5 % mensual, al cabo de 20 años aportaría RD\$ 798,000 pesos (35,000 salario x 9.5 % x 12 meses x 20 años). Si esos recursos se ahorraran y se capitalizaran, además,

acumularían intereses por RD\$ 784,403 al 5 % real anual, durante los 20 años y los años adicionales con saldo disponible durante su retiro. En esas condiciones, el gran total acumulado de por vida de este trabajador promedio ascendería a RD\$ 1,582,403 pesos reales, sin inflación, como resume el cuadro 19.01.

De acuerdo a la propuesta Bicameral, este afiliado promedio se retiraría a los 55 años y, a pesar de contar con una esperanza de vida promedio de 75 años, disfrutaría de una pensión del 70 % por 20 años promedio. Y su cónyuge recibiría una pensión de sobrevivencia del 49% (70% del 70%), durante otros 3 años. El gasto total del titular del sistema ascendería a RD\$ 6,370,000 pesos reales (RD\$ 24,500 mensual x 13 meses/año x 20 años promedio) y los tres años de pensión de sobrevivencia con el 49% serían otros RD\$ 668,850 (RD\$ 24,500x70%x13x3), para un gran total de RD\$ 7,038,850. En este caso, este afiliado típico le arrojaría al sistema un déficit de RD\$ 5,456,447 reales (RD\$ 1,582,403-RD\$ 7,038,850), recibiendo 4.4 veces más que lo aportado y acumulado de por vida.

Obviamente, si este déficit por afiliado promedio sería absolutamente insostenible, imagínense cuales serían los resultados para el país, cuando el mismo sea multiplicado por una cantidad cada vez mayor de jubilados, año tras año. Este déficit terminaría ejerciendo una presión fiscal que, a la larga, sería cubierta por los contribuyentes, mediante un aumento del ITEBIS, acentuando más la desigualdad social, dado el carácter regresivo del sistema impositivo nacional.

Pero esos resultados objetivos y comprobables serían válidos sólo para la primera etapa del sistema público de reparto, en la cual todas las aportaciones se ahorran, invierten y acumulan, durante un proceso continuo e ininterrumpido de la vida laboral. Pero en los capítulos anteriores ya hemos demostrado que, lamentablemente, en la medida en que entra en su etapa de madurez, el sistema va perdiendo la capacidad de ahorro, inversión y acumulación, debido al déficit actuarial entre las prestaciones y las aportaciones. Por lo tanto, tratándose de

un sistema universal y de largo plazo, ¿cuál sería el déficit per cápita durante la etapa del sistema en la cual el fondo acumulado se consume, obligando a utilizar los aportes ajenos para pagar las viejas pensiones y jubilaciones? ¿Cuáles serían los resultados financieros cuando se agote la capacidad de ahorro, inversión y acumulación?

No hay que ser un experto para intuir los resultados para los contribuyentes. Volvamos al cuadro 19.01, en primer lugar, el monto de los aportes durante los 20 años permanecería invariable, unos RD\$ 798,000, como ya explicamos. Pero, en segundo lugar, el sistema dejaría de percibir los RD\$ 784,403 por los intereses durante los años activos y pasivos por la ausencia del ahorro. Mientras se registra esta importante pérdida de ingresos, por el lado de los egresos, la situación continuaría invariable, ya que la pérdida de la capacidad de ahorro del sistema no altera en absoluto los derechos adquiridos por el trabajador afiliado. Por lo tanto, ahora la situación financiera se agudizaría, arrojando un déficit de por vida de RD\$ 6,240,850, superando en 8.8 veces el monto de los ingresos percibidos en esta etapa sin ahorro.

De inmediato, una pregunta salta a la vista, ¿Quién cubriría esta diferencia creciente? Ante esta realidad objetiva, el país esperaba que la Comisión Bicameral explicase cuál sería la fuente de financiamiento y cómo se garantizaría la sostenibilidad financiera de esa propuesta, en el mediano y largo plazo. Para intentar cubrir este déficit, sólo existen dos opciones: o lo pagan los afiliados y empleadores, al menos triplicando el aporte, llegando al 30% del salario mensual; o con cargo al Estado, mediante un aumento sensible de los impuestos, penalizando a la mayoría de las empresas y a todos los contribuyentes. De modo que, a la corta o a la larga, al país le saldría mucho más cara la sal que el chivo. Aun asumiendo que todas las aportaciones se ahorraran, que no se tocaran y que se capitalizaran, *el fondo acumulado ni siquiera llegaría a cubrir la tercera parte del período de retiro, dejando un déficit creciente, indetenible e interminable.* A partir de febrero del quinto año, los recursos se agotarían, obligando a tomar el aporte mensual

de 8.33 cotizantes activos con salarios promedios, (o una determinada cantidad de afiliados con salarios totales equivalentes), para pagar esa pensión promedio, reduciendo, hasta extinguir, la capacidad de ahorro y capitalización del sistema.

La eliminación del ahorro equivaldría a matar la gallina de los huevos de oro. El sistema entraría en una etapa de desequilibrio desenfrenado, cuyos ajustes resultarían cada vez más costosos para los trabajadores, para los contribuyentes y para el país. Ahí están los ejemplos de España y Francia, entre muchos otros. La propuesta acentuaría la falta de correspondencia entre el tiempo de aportación y el tiempo promedio de jubilación. Este afiliado típico solo aportaría durante 20 años y, en cambio, en promedio disfrutaría de otros 20 años de pensión. Esta propuesta raya en el populismo o en la improvisación. Téngase en cuenta que, sin ahorro, si el aporte es el 9.5% y la pensión el 70%, se necesitarían 7.4 meses de cotización para garantizar un mes de pensión, por lo que con 20 años de aporte sólo se cubrirían menos de tres años de pensión ($20 \times 12 / 7.4$), para ser precisos, serían 32.4 meses, igual a 2.5 años de 13 mensualidades. Mientras la sensatez mundial avanza hacia la extensión de los años de aportes de acuerdo al aumento de la longevidad y de los años de retiro, *esta propuesta bicameral intenta orientar al país en el sentido contrario al curso natural y lógico de la historia.*

Estamos frente a un típico ejemplo de formulación de planes de retiro basados en el sistema público de reparto, diseñados con un desequilibrio financiero y actuarial desde el origen, carentes de correspondencia entre el porcentaje de cotización (9.5%) y la tasa de reemplazo (70%, la cual equivale al 75.8% al agregar el mes 13) y, además, con solo 20 años de aporte, frente a 20 años de pensión promedio. Lamentablemente y luego de dos años de reuniones y de consultas, la propuesta sometida pecó de unilateralidad y de buenas intenciones, pero, sobre todo, de ausencia total de sustentación actuarial y financiera, ni siquiera a corto plazo. Por eso se cayó el mismo día en que fue enunciada.

Otra propuesta desequilibrada e insostenible. También la Fundación Juan Bosch propuso sustituir el sistema de capitalización individual por un sistema público de reparto. Aunque la misma describe en detalles los beneficios a otorgar, no define con claridad las principales variables, ni las fuentes de financiamiento, ni reconoce, ni estima el monto del déficit fiscal resultante. Por ejemplo, no define: 1) la tasa de interés real; 2) los años promedio como pensionado; 3) ¿qué hacer con el patrimonio de los actuales afiliados?; 4) ¿cuál pensión recibirían los próximos pensionados?; 5) ¿cuál sería el tratamiento a los afiliados con aportes menores a 20 años?, y 6) ¿cuánto sería la carga fiscal a mediano y largo plazo, incluyendo las pensiones solidarias? Para ilustrar su propuesta, la Fundación reseñó varios ejemplos.

Según el ejemplo 1, presentado como parte integral de su argumentación, a los 20 años de cotización, un empleado de microempresa con el salario de RD\$13,685 pesos recibiría “una pensión mínima garantizada” de RD\$18,702 pesos mensuales. Nótese de inmediato que, en este ejemplo, la tasa de reemplazo sería del 136.7% ($\text{RD\$ } 18,702 / \text{RD\$ } 13,685$), algo jamás visto en un sistema público de reparto de carácter universal. Quizás se haya dado en repartos públicos sectoriales para grupos muy privilegiados con capacidad de presión, pero nunca para un sistema nacional, universal.

Asumiendo un promedio de 14 años de jubilación, y 3 años de sobrevivencia, el costo total de la pensión ascendería a RD\$ 3,914,329 pesos: RD\$ 3,403,764 para el titular ($\text{RD\$ } 18,702 \times 13 \times 14$), más RD\$ 510,565 para el cónyuge ($\text{RD\$ } 18,702 \times 13 \times 3 \times 70\%$). En cambio, como indica el cuadro 19.02, el afiliado aportaría RD\$ 760,064 entre cotización + intereses, asumiendo un aporte del 12.5 % y una tasa de interés real del 5 % anual. A pesar de tratarse de un escenario ideal, el sistema tendría un déficit de RD\$ 3,154,265 ($\text{RD\$ } 760,064 - \text{RD\$ } 3,914,329$), un desbalance insostenible al multiplicarlo por más de 2,000,000 de trabajadores

con aportes irregulares. No hay que ser un experto para comprender la magnitud del desequilibrio entre el porcentaje de aporte (12.5%) y la tasa de reemplazo (136.7%).

Cuadro 19.02

Resultados financieros de la propuesta Fundación Juan Bosch
12.5% de aporte; 5% de interés real; pensión mínima 18,702 y máxima 130,914 pesos

Conceptos	Ejemplo 1: Salario 13,685 RD\$	Ejemplo 5: Salario 250,000 RD\$
Aportes por 20 años	410,550	7,500,000
Intereses años activos y pasivos	349,514	8,782,921
Total, de ingresos 36 años	760,064	16,282,921
Pensión 14 años + 3 de sobrevivencia	3,914,329	27,400,300
Saldo final de por vida	(3,154,265)	(11,117,379)
Tasa de reemplazo (% del salario)	136.7%	52.4%

Fuente: Propuesta Fundación Juan Bosch y cálculos del autor

En el extremo opuesto, la Fundación Juan Bosch presenta el ejemplo 5. Un afiliado con un salario de RD\$ 250,000 pesos que cotizó durante 20 años y recibiría una pensión máxima de RD\$ 130,914, resultando una tasa de reemplazo de apenas el 52.4% (RD\$ 130,914/RD\$ 250,000), en un gran contraste con el ejemplo 1 en el cual, como vimos, la tasa ascendería al 136.7%. A pesar de que este trabajador ejecutivo *aportaría 18 veces más, estaría condenado a aceptar una tasa de reemplazo 2.6 veces menor* (136.7 %/52.4%) que el afiliado del ejemplo 1. Lógicamente, de entrada, un modelo con tan ostensibles desigualdades entre los propios trabajadores sería inaceptable para una buena parte de la población. No obstante, en el caso hipotético de que fuese impuesto, la evasión y elusión serían la única forma de librarse de un sistema basado en una propuesta tan unilateral, desproporcionada y de corte populista.

Pero en este ejemplo, tampoco se calculan sus consecuencias financieras. En 20 años, sus aportes ascenderían a RD\$ 7,500,000 + intereses por RD\$ 8,782,921 pesos, para un ingreso total de RD\$ 16,282,921, bajo la premisa de que todavía sus aportes se ahorran, invierten y acumulan, a pesar del déficit del ejemplo 1, al cual pertenecería la mayoría de los afiliados. Durante los mismos 14 años promedio de pensión, el sistema le pagaría RD\$ 23,826,348 (RD\$ 130,914x13x14), más otros RD\$ 3,573,952, por la pensión de sobrevivencia, para un total de RD\$ 27,400,300 pesos, incurriendo en un déficit per cápita de RD\$ 11,117,379 (RD\$ 16,282,921-RD\$ 27,400,300).

Se trata de una distorsión injustificable, por mejores que sean las intenciones, ya que mientras a unos se les garantizaría una tasa de reemplazo inaudita del 136.7% del último salario, a otros apenas se les entregaría una equivalente al 52.4%, a pesar de la promesa de garantizar una “pensión digna” para todos con una tasa de reemplazo del 70%. ¿Cuál sería el nivel de vida de un trabajador calificado que se retira ganando RD\$ 250,000 pesos y de inmediato comienza a recibir solo RD\$ 130,914, luego de haber llenado todos los requisitos legales?

El primer gran problema es que la propuesta acentúa la falta de correspondencia entre el porcentaje de cotización (12.5%) y la tasa de reemplazo (136.7%), así como, entre el tiempo de aporte (20 años) y los años promedio de pensión (16.1 años) ¿y si fuesen 20 años de pensión? Estos desequilibrios obligarían a recortes y ajustes recurrentes que reducirían el nivel de vida de los pensionados y jubilados, y que forzarían a aumentos de la cotización, afectando a los afiliados activos, y, en última instancia, obligando a subsidios gubernamentales a costa de los contribuyentes. El segundo gran problema es que la Fundación no identifica los fondos para financiar ese enorme déficit, el cual crecería a partir del 2035, cuando se estima que el sistema comenzaría a utilizar los aportes de los activos para pagar a los pasivos, erosionando la capacidad de ahorro, inversión y acumulación.

¿Por qué una tasa de reemplazo del 136.7% para unos, y sólo del 52.4% para otros? La Fundación no ofrece una explicación convincente de esta enorme diferencia. Obviamente, la misma resultaría muy atractiva para los trabajadores de bajos ingresos y para nada aceptable para los afiliados de ingresos medios y altos. Una desigualdad tan notoria resultaría inviable, injustificable e insostenible. Al parecer, sus proponentes quisieron acentuar la solidaridad social, pero a un grado tal que, de implementarse, al poco tiempo terminaría fomentando elevados niveles de evasión y elusión. En síntesis, *la propuesta para eliminar la capitalización individual y restablecer el sistema público de reparto, resulta inaceptable porque supondría una tasa de reemplazo ostensiblemente desigual e insostenible.*

2. ¿Es posible universalizar el INABIMA?

Una propuesta sin cálculos financieros y actuariales. La Fundación Juan Bosch llegó al extremo de proponer una “tasa de reemplazo similar a la que hoy paga el INABIMA y sin tener que modificar la tasa de cotización del 10%, dado que entre 2015 y 2030 se generará un nivel importante de excedentes, los cuales pueden aumentar al invertirlos adecuadamente”. En esta recomendación se observan tres grandes errores. El primero, un enfoque de corto plazo de un sistema de pensión cuyas prestaciones, por su propia naturaleza, son de muy largo plazo, son vitalicias y están notablemente vinculadas a la esperanza de vida de los jubilados y pensionados, a partir del momento de su retiro. El segundo, es asumir que el plan de retiro del Instituto Nacional de Bienestar de los Maestros (INABIMA) es sostenible a largo plazo, ya que su solidez financiera es el resultado de un subsidio gubernamental extraordinario de largo plazo, inconcebible y sin precedentes. Y el tercero, es desconocer que el financiamiento del INABIMA es superior al 10 % del salario. Vamos por parte.

La pensión básica del INABIMA se financia con el 12 % del salario: 4 % de los maestros, y un 8 % del Estado como empleador. Este Plan garantiza una pensión del 100% con 30 años de cotización, sin mínimo de edad; un 90% con 25 años de aportes y 55 de edad, y un 85% con 20 años de labor y 60 de edad.

Cuadro 19.03

INABIMA: Saldo financiero del maestro promedio

Conceptos	Monto RD\$
Aportes por 30 años	2,277,000
Intereses 30 años	3,685,302
Intereses durante el retiro	1,863,425
Total, de ingresos	7,825,727
Pensión 14 años del titular	10,010,000
Pensión 3 del cónyuge Sobreviviente	1,716,000
Total de los egresos	11,726,000
Saldo al final de los 35 años	(3,900,273)

Fuente: Cálculos del autor

Luego de 30 años de cotización continua, un maestro con el salario promedio de RD\$ 55,000²⁷⁷ acumulará RD\$ 7,825,727 pesos constantes, como resultado de aportes por RD\$ 2,277,000, más RD\$ 3,685,302 por intereses en 30 años, más otros RD\$ 1,863,425 de intereses durante el retiro. Este maestro típico percibirá una pensión mensual de por vida equivalente a RD\$ 55,000 pesos reales, es decir, sin inflación, el 100% del último salario anual según el plan. El monto anual ascenderá a RD\$ 715,000, incluyendo el sobresueldo de Navidad. Se asume una esperanza de vida promedio de 16.4²⁷⁸ años:

²⁷⁷ A marzo de 2024, la pensión promedio del INABIMA ascendió a 53,269.78, por lo que los cálculos se redondearon en 55,000 pesos.

²⁷⁸ Estos 17 años de pensión equivalen a 16.4 años en términos financieros: 14 años del

14 para el titular y 3 del sobreviviente, este percibiendo el 80% de la pensión del titular.

Cuando este docente promedio disfrute de 14 años de pensión, INABIMA desembolsará RD\$ 11,726,000 de pesos constantes (RD\$ 10,010,000 pagados al titular, más RD\$ 1,716,000 al cónyuge), arrojando un déficit de RD\$ 3,900,273 (RD\$ 7,825,727-RD\$ 11,726,000), ya que las reservas acumuladas apenas garantizan 10.4 años de pensión, como resume el Cuadro 19.03. Pero, si el jubilado viviera 20 años, el déficit subiría a RD\$ 8,190,273 pesos, por cada maestro promedio. Estos resultados revelan que el diseño del plan de retiro de INABIMA no tomó en cuenta el avance indetenible de la longevidad, acentuando el desequilibrio entre los años de aporte (30) y los años promedio de pensión (16.4). *Mientras el fondo acumulado real permanece invariable en el tiempo, la nómina real se expande, debido a la creciente extensión de los años de retiro, dejando un saldo negativo mayor.* Y es que se trata de un modelo casi estático en cuanto a los aportes, frente a un envejecimiento expansivo.

Un estimado primario así lo confirma. *Si el aporte anual es el 12 %, se necesitan 8.3 años para asegurar cada año una pensión del 100 % (100% /12 %).* Desde luego, si todo el aporte se acumulara, los años se reducirían dependiendo de la tasa de interés real y de los años de aporte. Pero, como ya hemos señalado, al consumirse las reservas y utilizar los aportes ajenos, se elimina la capacidad de ahorro e inversión, matando la gallina de los huevos de oro, acentuando el desequilibrio y el déficit fiscal. Esa es la experiencia histórica a nivel mundial.

Déficits crecientes e incontenibles. En las próximas décadas, los 129,455 maestros activos generarán un déficit de RD\$ 1,610,549.7 millones de pesos constantes. *Se trata de una carga fiscal de tal magnitud, que comprometerá el 4 % de la educación y competirá con la deuda*

100% del titular, más el 80% de los 3 años del cónyuge sobreviviente.

externa del país. Obviamente, tratándose de un sistema público de reparto, y de un sindicato capaz de doblegar gobiernos, el Estado tendrá que asumir ese déficit, con cargo a los impuestos que pagan todos los dominicanos, especialmente la clase media, incluyendo a los consumidores de bajos ingresos. No hay que ser un experto para comprender que el creciente subsidio fiscal al INABIMA²⁷⁹ reduce sensiblemente la cantidad de recursos que se destinarán a cubrir las pensiones solidarias y a los programas y servicios sociales de los envejecientes más pobres.

Si bien es posible que el Plan Básico de Pensión del INABIMA se mantenga vigente, ello no será como resultado de su propio mérito, ni porque garantice el equilibrio financiero, sino más bien, gracias a las presiones gremiales, y siempre a expensas del erario y de los contribuyentes. *Los maestros, en tanto formadores de los recursos humanos calificados, se merecen un retiro digno siempre que no se prive a los demás dominicanos de sus legítimos derechos.* Ello supone una gran visión de futuro y un fuerte liderazgo para diseñar un modelo previsional sostenible para todos, que no genere privilegios y que fomente la equidad.

Para disfrutar de una pensión del 100%, garantizando su sostenibilidad a largo plazo, sería necesario elevar el aporte al 20% durante 30 años, o mantener el 12%, extendiendo la cotización a 36 años y 65 años para el retiro. Otra opción sería reducir la tasa de reemplazo al 80 %, con aportes del 12 % durante 33 años. El modelo de INABIMA no es replicable a nivel nacional: en primer lugar, porque es imposible universalizar un *déficit infinito*, salvo que se quiera desatar una inflación galopante que lleve a la bancarrota al país; en segundo lugar, debido a que supondría una cotización *muy alta* para los sectores con limitada capacidad contributiva, arruinando a las pequeñas y microempresas y/o elevando considerablemente la carga fiscal; y, en

²⁷⁹ Como se explicará más adelante, actualmente el Estado cubre la nómina completa de los maestros pensionados y jubilados, además de 8 % de aporte patronal al INABIMA.

tercer lugar, porque prestaciones tan elevadas sólo pueden beneficiar a una minoría *muy poderosa*. Por definición, cualquier privilegio resulta excluyente de la mayoría de los afiliados.

El INABIMA es irreplicable porque es demasiado oneroso para el Estado.

El desarrollo del INABIMA comprende dos grandes etapas, cada una de 15 años, durante las cuales recibirá del Estado un subsidio multimillonario, *imposible de replicar a nivel nacional, como aspira la Fundación Juan Bosch*. En este caso, por demás suigéneris, se da la paradoja de que *el subsidio gubernamental se adelanta*, con la esperanza de retardar en lo posible el inevitable

desequilibrio del sistema público de reparto. En efecto, en función de lo establecido en la Ley 451-08²⁸⁰ y más específicamente, en el artículo 6 de su Reglamento, se establece un período transitorio de 30 años, divididos de la siguiente manera:

- a) **Una primera etapa, que tendría una duración de 15 años**, en la cual “el Estado asumirá el pago de las pensiones y de las jubilaciones, y el INABIMA cubrirá las pensiones de sobrevivencia”.
- b) **Una segunda etapa, que tendría una duración de otros 15 años**, durante la cual “la implementación del pago de las

“el Estado asumirá el pago de las pensiones y de las jubilaciones, y el INABIMA cubrirá las pensiones de sobrevivencia”.

“la implementación del pago de las pensiones y jubilaciones será compartida entre el Estado y el INABIMA éste con un máximo del 10%”

²⁸⁰ EDUCA. (2018). Evaluación del Programa Especial de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio: recomendaciones de política pública para su sostenibilidad, 2018. <https://mepyd.gob.do/wp-content/uploads/drive/DFIES/Publicaciones/Jubilaciones%20y%20pensiones-portada-comprimido.pdf>

pensiones y jubilaciones será compartida entre el Estado y el INABIMA, éste con un máximo del 10%”.

Esta segunda etapa será ejecutada de manera gradual y programada, con base en la disponibilidad del Programa Especial de Pensiones y Jubilaciones y de acuerdo con las recomendaciones de los estudios actuariales y financieros anuales, para garantizar la recapitalización y sostenibilidad del Fondo. O sea que mediante este Reglamento, el Estado Dominicano no sólo está obligado a cubrir mensualmente el 8% correspondiente a su calidad de empleador de los maestros, sino, además, comprometido a desembolsar las pensiones de vejez y discapacidad de los pensionados del sistema educativo durante 30 años. *El INABIMA es un plan de retiro tan excluyente que el mismo sólo comprende a los maestros, marginando al personal técnico y administrativo del Ministerio de Educación, como si éstos no formaran parte integral del sistema público de educación.*

Esta enorme ventaja, única en el país, es la que explica el rápido crecimiento del Fondo de retiro del INABIMA, a pesar del desequilibrio señalado por EDUCA, entre el monto de las prestaciones y de las contribuciones corrientes de los maestros en el 2018. El cuadro 19.04 revela la rápida expansión del patrimonio del Plan de Retiro, el cual se ha multiplicado 18.4 veces en los últimos 13 años, mientras la cantidad de cotizantes ni siquiera se ha duplicado (1.96 veces). Como ya señalamos en el capítulo anterior, a junio 2024, el INABIMA posee el 11.1% del patrimonio total del sistema dominicano de pensión, con sólo el 6.0% de los cotizantes. A mediados del 2024, el patrimonio por maestro cotizante ya superaba con creces el millón de pesos (RD\$ 1,137,476). Una clara evidencia de los desequilibrios y privilegios inherentes a determinados modelos de reparto.

Cuadro 19.04

***INABIMA, Patrimonio y cantidad de afiliados cotizantes,
2010-2024***

Conceptos	2010	2015	2020	2024-08
Afiliados	68,838	100,509	119,931	155,903
Cotizantes	66,168	90,127	97,020	129,455
Patrimonio	8,016.3	31,687.0	88,810.9	147,252.0
Rentabilidad	14.67%	14.04%	9.53%	10.50%
Patrimonio por cotizante	121,151	351,582	915,388	1,137,476

Fuente: SIPEN, Boletines trimestrales, agosto 2024

Desequilibrios según la evaluación actuarial de EDUCA. Periódicamente, la Acción Empresarial para la Educación (EDUCA), realiza evaluaciones y recomendaciones en procura de elevar la capacidad de los recursos humanos del país. En el 2018, una firma internacional especializada realizó una evaluación actuarial del INABIMA, identificando varios factores que amenazan²⁸¹ su sostenibilidad financiera. Los resultados del modelo actuarial ponen en evidencia una situación de desequilibrio del Programa de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio²⁸², asumiendo que continúen las tendencias salariales y demográficas de los últimos años.

La normativa establece porcentajes relativamente elevados para determinar los montos de las pensiones, y exigencias en términos del número de cotizaciones que podrían resultar insuficientes para cubrir las futuras prestaciones o beneficios. Esta situación produce tasas de reemplazo más altas de las que puede soportar el sistema financieramente. *El gasto en pensiones y jubilaciones podría representar un 12 % del presupuesto total del MINERD en el año 2030, y un*

²⁸¹ Ibidem

²⁸² Ibidem

17 % en el año 2050, si se mantiene un escenario de jubilación compatible con el actual.

Según la evaluación actuarial de EDUCA, para lograr la sostenibilidad financiera del Fondo, y así minimizar las implicaciones para el presupuesto del MINERD, se recomienda: 1) incrementar la edad de retiro de los docentes, o de forma alternativa, reducir el atractivo a las opciones de jubilación antes de cumplir los 60 años de edad; y 2) expandir el período de tiempo sobre el cual se calculan los montos de las pensiones de los docentes, y eliminar las posibles debilidades del sistema en los procesos de gestión de las jubilaciones y pensiones.

Inexactitudes sobre la inversión de los fondos de pensión. Según afirma la Fundación Juan Bosch²⁸³:

“La inversión de los fondos de pensiones por parte de las AFP se realiza bajo un esquema improductivo y especulativo. La capitalización individual, al tratar legalmente el ahorro del trabajador y el empleador como un ahorro financiero, puede disponer del mismo para todos los fines tradicionalmente de la banca, incluyendo prestar dinero, que es su principal actividad, en lugar de propiciar desarrollo y crecimiento de los fondos para fines distributivos, y no garantizar jamás una tasa de reemplazo determinada, y por supuesto digna”.

Esa afirmación carece totalmente de fundamento y evidencias. La Ley 87-01 condiciona claramente la inversión de los fondos de pensión al cumplimiento de requisitos financieros y técnicos específicos, para alcanzar la mayor seguridad y rentabilidad posible. Concretamente, dentro de las condiciones del mercado de valores: 1) el

²⁸³ Bosch, Matías y Fernández, Airon. (2018). Del Negocio Seguro a la Seguridad Social, Fundación Juan Bosch. <https://juanbosch.org/product/del-negocio-seguro-a-la-seguridad-social/>

artículo 96 define las inversiones que pueden hacer las AFP con los fondos de pensión; 2) el artículo 98 establece las áreas prohibidas y restringidas de inversión; 3) el artículo 99 dispone la clasificación del riesgo de las diferentes áreas de inversión y los tipos de instrumentos; 4) el mismo artículo crea una comisión clasificadora del riesgo del más alto nivel, integrada por el superintendente, el gobernador del Banco Central, los superintendentes de valores y de bancos, incluyendo una representación técnica de los afiliados; y 5) finalmente el artículo 101 define la custodia de las inversiones de las AFP.

Lo que se subestima es la existencia en el país de un mercado de valores incipiente, todavía con pocas opciones y limitadas oportunidades de diversificación de la cartera de inversión de los fondos previsionales. Tampoco reconoce que los requisitos para calificar para las inversiones del patrimonio de los trabajadores superan con creces el nivel actual de organización y transparencia de la gran mayoría de las empresas e instituciones llamadas a participar en este mercado. Además, que esas limitaciones iniciales explican la concentración de los fondos en limitadas áreas e instrumentos financieros. *Carece de fundamento, y de evidencias, el señalamiento de que se han realizado inversiones especulativas con los fondos de retiro de los trabajadores.*

Llama la atención que se intente aprovechar las limitaciones del mercado de valores del país, una realidad totalmente ajena al sistema de seguridad social, para tratar de justificar la eliminación del sistema de capitalización individual (SCI). Se critica la concentración de la inversión del fondo de retiro en el Ministerio de Hacienda y en el Banco Central, *olvidando que los fondos de reparto también enfrentan las mismas limitaciones y están más concentrados aún*, porque excluyen la inversión privada. Si el sistema de reparto se expande como se propone, ¿en qué áreas se invertirían los nuevos ahorros del sistema? ¿Y esas cuantiosas inversiones no estarían sujetas a las mismas limitaciones que se señalan para condenar al sistema de capitalización individual (SCI)? ¿En cuáles áreas y sectores

está invertido el fondo del INABIMA? ¿Dónde está la coherencia de ese planteamiento?

Críticas al monto de la comisión de las AFP. La Fundación critica de manera central y consistente las comisiones de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), una crítica válida y digna de análisis desde la perspectiva de los intereses de los trabajadores cotizantes. Pero aquí, como en otros puntos, sus directivos no se detienen a proponer modalidades más razonables, viables, equilibradas y sostenibles. Para ellos, ese pecado original, sin más ni más y sin remedios, es una razón más que suficiente para invalidar de plano a todo el sistema de capitalización individual (SCI) y exigir su eliminación inmediata. Todo, o nada, así de simple. *Nuevamente, se confunde la función con el funcionario.*

En cambio, se plantea una administración pública, sin definir exactamente sus características, bajo la premisa de que solo por el hecho de ser pública será necesariamente eficiente, olvidando la larga tradición de las falencias públicas. Si el Estado, por definición, es la única opción, ¿por qué no se exige que la AFP pública reduzca las comisiones? *En este sistema económico, todas las empresas, sin importar su naturaleza pública o privada, están obligadas a seguir las reglas que impone una economía de mercado. El Banco de Reservas se sostiene, obtiene beneficios y crece, no por su carácter público, sino porque aplica un estilo gerencial basado en indicadores de productividad, eficiencia y servicio al cliente en competencia con los bancos comerciales privados.* Las soluciones estatales per se, independientemente de la calidad de los resultados, sólo benefician a las minorías que se nutren de la politización, del clientelismo, del tráfico de influencia y de la corrupción administrativa.

El grave problema de muchos ideólogos del sistema público de reparto es que casi nunca reconocen el déficit actuarial y financiero y, en el mejor de los casos, subestiman su importancia e impacto fiscal y

social. Ello explica porque la gran mayoría del discurso, incluso en el plano académico, se concentra en presentar todas las debilidades del sistema de capitalización individual (SCI), y en inventarse y exagerar algunas más, bajo la falsa premisa de que, una cualquiera de ellas, es más que suficiente para justificar su eliminación total. En pocas palabras, se renuncia a reconocer abiertamente las debilidades y limitaciones del reparto y a buscarle soluciones equilibradas y sostenibles. Todo lo contrario, se trata de minimizarlas, mientras se maximizan las debilidades, limitaciones y distorsiones del sistema de capitalización individual, sin considerar la posibilidad de construir soluciones viables y sostenibles.

La otra cara de la moneda. Por su parte, existen grupos y sectores que proclaman los beneficios aportados por el sistema de capitalización individual (SCI) y consideran que el sistema apenas requiere de algunos cambios paramétricos y de reformas a las normas y procedimientos. Sin embargo, grupos más conscientes reconocen las limitaciones actuales y proponen cambios estructurales para elevar la tasa de remplazo del sistema y potenciar la solidaridad social. En una publicación²⁸⁴ auspiciada por la Asociación Dominicana de Administradoras de Fondos de Pensiones (ADAFP) se señala que:

“En su origen, el sistema de pensiones que implantó la Ley 87-01 en República Dominicana tenía unos objetivos loables que, sin embargo, no se han logrado implementar y alcanzar de forma efectiva en su totalidad. Por lo que, desde ese punto de partida, se ha de continuar ese camino iniciado, afrontándose nuevos retos que permitan la evolución del sistema en la dirección deseada”.

²⁸⁴ ADAFP. (2022). Prosperidad y Pensiones. Reflexiones y perspectivas tras 20 años de la reforma de pensiones en la República Dominicana. Editora Buho.

Más concretamente, los consultores y redactores de la referida publicación señalan que:

- a) La República Dominicana cuenta con un buen sistema, que, de tomarse las decisiones de ajustes necesarios, serían capaces de brindar muchísimo más a sus ciudadanos.
- b) La economía dominicana ha crecido 34 % en los 15 años, entre 2004 y 2019, período que coincide con la puesta en marcha del esquema de pensiones de capitalización individual.
- c) El sistema aún tiene fallas que requieren apuntarse con una nueva reforma que incida en aumentos de las tasas de reemplazo, a partir del incremento de la edad de jubilación y aumentos de las aportaciones con técnicas de la economía del comportamiento.
- d) Cada vez más el país avanza hacia una estructura poblacional más longeva, por lo que es necesario vincular la edad de retiro con la esperanza de vida.

Este enfoque y sus recomendaciones se orientan hacia una reforma para fortalecer y multiplicar la capacidad de ahorro, inversión y acumulación del sistema de capitalización individual (SCI), dada la necesidad de una respuesta nacional más efectiva, capaz de garantizar una pensión digna y sostenible para todos. Pero se queda corto, porque dentro de las medidas propuestas se obvia la necesidad de revisar la comisión de las AFP, proponiendo modalidades que generen mayor competencia, incluyendo incentivos por una mayor rentabilidad de las inversiones de los fondos de retiro. Además, porque el sacrificio general que supone cualquier aumento del porcentaje y del tiempo de las cotizaciones, lógicamente tendrá que ir acompañado de un sacrificio proporcional de los administradores de los fondos de pensiones. Como ha dicho el presidente Luis Abinader, para beneficiar a los afiliados de la seguridad social, es necesario el diálogo y el sacrificio de todos.

A pesar de la gran capacidad del sistema de capitalización individual para conservar el ahorro, invertirlo y acumularlo para el retiro, el Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia no ha llenado su cometido de garantizar una pensión digna y sostenible para todos, por las razones expuestas. Las propuestas presentadas para sustituirlo y volver a un sistema público de reparto son desequilibrados y no contribuyen a multiplicar la capacidad de ahorro, inversión y acumulación, amén de que carecen de fundamentación actuarial y financiera, con un alto costo fiscal y social. En cambio, es perfectamente posible fortalecer el sistema actual, introduciéndole los cambios esenciales para elevar la tasa de reemplazo general y el nivel de las pensiones de los trabajadores con cotizaciones insuficientes, como se explicó en el capítulo anterior.

XX. HACIA EL AVANCE CUALITATIVO DEL SDSS

En este último capítulo retomamos los principales temas tratados, ahora mediante un enfoque desde una perspectiva nacional. Como parte integral del modelo de desarrollo económico y social, al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) le corresponde una cuota importante en la elevación del Índice de Desarrollo Humano, y en la preservación de la gobernanza del país. Afortunadamente, la mayoría de los dominicanos reconoce la necesidad de darle un mayor impulso a la protección social, para elevar la salud individual y colectiva y mejorar las pensiones, de acuerdo con el desarrollo económico y social alcanzado.

A pesar de los avances en relación con el viejo Seguro Social, todavía el país se encuentra a mitad de camino en cuanto al logro de los objetivos y las metas prometidas y consignadas en el marco jurídico e institucional vigente en el país. En términos cuantitativos, estamos bien cerca de alcanzar la universalidad de la cobertura de salud, pero todavía muy lejos de la meta nacional de elevar el estado de salud y bienestar para todos los dominicanos. El Seguro Familiar de Salud (SFS) cojea, debido al desequilibrio entre el rápido avance cuantitativo y las lentas reformas cualitativas, aprobadas y pendientes de ejecución hace dos décadas. En el Seguro de Vejez, Discapacidad y

Sobrevivencia (SVDS) es imperativo introducir cambios importantes para acelerar la acumulación del ahorro y corregir distorsiones, a fin de garantizar un futuro más promisorio para todos los envejecientes.

Para emprender esta etapa cualitativa del SDSS, es necesario fomentar un mayor empoderamiento de la población, de la sociedad civil y de la opinión pública para reclamar la ejecución de las reformas estructurales orientadas a elevar la calidad y oportunidad de los servicios públicos, a reducir la privatización y a minimizar el gasto familiar de bolsillo. Y, además, para demandar el fortalecimiento del Estado de derecho, el cumplimiento de la Constitución y de las leyes, y la independencia de las instituciones responsables de su aplicación.

1. Un SDSS cojeando a mitad del camino

Necesaria correspondencia entre el crecimiento cuantitativo y el cualitativo. En el capítulo III señalamos la complejidad del SDSS, ya que su diseño y desarrollo descansan en el equilibrio y el fortalecimiento de dos procesos de cambios simultáneos: *uno cuantitativo*, sobre la cobertura poblacional y *otro cualitativo*, sobre la calidad, oportunidad e impacto de los servicios y prestaciones, con la condición de avanzar, de manera gradual, progresiva y armónica, en ambas direcciones de acuerdo al desarrollo nacional. Concretamente, este doble proceso comprende cuatro grandes cambios: 1) un crecimiento *cuantitativo* hasta alcanzar la cobertura horizontal del 100 % de los dominicanos y residentes legales; 2) una reforma (cualitativa) del sistema nacional de salud que priorice la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; 3) nuevas formas de asignación de los recursos y de contratación del personal para elevar la calidad y oportunidad de los servicios públicos; y 4) cambios integrales en el sistema previsional, para garantizar pensiones dignas y sostenibles para todos. La complejidad de estas reformas y cambios se explica por el notable retraso de más de cuatro décadas del Seguro Social dominicano y por

la aplicación parcial y rezagada de la Ley 87-01. De estos cuatro, sólo en el primero estamos ok.

En cuanto a las reformas 2 y 3, sobre la calidad y oportunidad de los servicios médicos, la Ley dispuso: 1) fomentar la salud y prevenir las enfermedades, mediante la aplicación de la estrategia de atención primaria para todos los afiliados; 2) atender los quebrantos de salud a partir de un primer nivel de atención como la puerta de entrada a la red nacional de servicios; 3) resolver las complicaciones de salud en el segundo y tercer nivel de especialidad; y 4) transformar a los hospitales en verdaderas empresas públicas, con autonomía de gestión para elevar los servicios y competir con la oferta privada, entre otras reformas importantes.

En el campo previsional (reforma 4), la Ley 87-01 dispuso una evaluación actuarial del sistema de capitalización individual a los 10 años, a fin de determinar su capacidad para fomentar el ahorro, la inversión y la acumulación del patrimonio del trabajador e introducir los correctivos de lugar. Esta revisión también está pendiente, 23 años después. Resulta obvio que la ausencia de reformas y cambios tan vitales evidencia debilidades en el ejercicio de un Estado real de derecho y la falta de voluntad política para vencer las resistencias, superar los obstáculos e impulsar las reformas que mandan la Constitución de la República y la Ley de Seguridad Social.

Un sistema desequilibrado que cojea andando con costosas multas. Si bien el SDSS constituye una conquista social sin precedentes y un avance importante del país, *todavía estamos a mitad de camino en relación al nivel de desarrollo económico y social y de las expectativas y necesidades de los dominicanos y residentes.* Este avance insuficiente constituye una resultante de la combinación simultánea de dos grandes agravantes: 1) una endémica ineficiencia pública, que acentúa la privatización y eleva el gasto familiar de bolsillo; y 2) una larga tradición del incumplimiento de la Constitución y de las leyes, como resultado

de la debilidad del Estado de derecho y de la disfuncionalidad de sus principales instituciones.

A lo largo de los diversos capítulos ha quedado claro el creciente desequilibrio entre la universalidad de la afiliación, y la calidad y oportunidad de los servicios prestados. Por ejemplo, la carnetización universal carece del impacto social y sanitario esperado, sin los cambios necesarios para garantizar servicios oportunos y de calidad. Aunque no existen estudios oficiales actualizados sobre el impacto del Seguro Familiar de Salud (SFS) en la calidad de vida y en el bienestar general de los dominicanos, en la mayoría de los especialistas, autoridades y la opinión pública, existe un consenso en reconocer, entre otros, los siguientes resultados:

- a) **Una alta mortalidad materno infantil** y una lenta elevación de los principales indicadores sanitarios, en comparación con el crecimiento sostenido de la economía nacional, y de una cobertura del 97.5% de la población.
- b) **Un elevado y creciente gasto familiar de bolsillo**, acentuado por el aumento de las tarifas y el alza unilateral e ilimitada de los copagos cobrados por los médicos.
- c) **Una lenta inclusión de los servicios demandados**, como resultado del desequilibrio financiero del PDSS y del pago de la atención médica por accidentes de tránsito.
- d) **Una ampliación sostenida de la brecha en la calidad**, oportunidad y demanda entre los servicios públicos y los privados, expresada en las preferencias de la población.
- e) **Una creciente insatisfacción y percepción de orfandad**, debido a la inacción oficial ante los rechazos de afiliados, la retención de pacientes y los cobros de anticipos.
- f) **Un gasto público en salud notoriamente incompatible** con la alta cobertura poblacional, el crecimiento económico y el gasto promedio de América Latina.

Estos sensibles indicadores revelan claramente que los extraordinarios avances en la cantidad de afiliados no han sido debidamente acompañados de un esfuerzo cualitativo similar en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades. El crecimiento cuantitativo dentro del marco estrecho de un viejo sistema altamente privatizado, curativo, excluyente y costoso se ha convertido en un bumerán contra los afiliados. *Estas falencias constituyen signos inequívocos de la pérdida de dinamismo del SFS, una señal de que cada vez más el SDSS se acerca a un punto de inflexión, en el cual para continuar avanzando es necesario realizar las reformas e introducir los cambios pendientes.*

No pretendemos alarmar ni generar incertidumbres. Solo llamar la atención sobre la situación real del SDSS y su posible proyección e impacto financiero y social durante la presente y las próximas décadas.

La inclusión de nuevos servicios resulta cada vez más lenta en relación con las necesidades y demandas populares. La elevación de las tarifas y honorarios incrementa en forma proporcional el gasto familiar de bolsillo y tiende a reducir las reservas financieras del SFS. En adición, crecen las incertidumbres ante el aumento de las diferencias cobradas por los médicos, tanto en las consultas como en los procedimientos y tratamientos, ya que éstos las establecen libremente y pueden elevarlas sin ninguna restricción. En pocas palabras, *estamos en un escenario cada vez más estrecho, entre la espada y la pared, con menos opciones y con un costo cada vez mayor para los afiliados.* Una situación que, de no revertirse, no solo podría reducir el impacto familiar de esta importante conquista social sino, además, elevar el riesgo de perturbaciones sociales que terminen afectando la gobernanza institucional y la estabilidad política del país.

No pretendemos alarmar ni generar incertidumbres. Solo llamar la atención a tiempo sobre la situación real del SDSS y su posible proyección e impacto financiero y social durante la presente y las próximas décadas. Solo pretendemos contribuir a crear mayor conciencia sobre los riesgos e implicaciones sociales e institucionales de retardar los cambios cualitativos, y sobre todo, hacer un llamado a la acción conjunta de todos los sectores y actores involucrados, por tratarse de una responsabilidad nacional. Ahora, más que nunca, procede una amplia campaña nacional explicando de dónde venimos, cuánto hemos avanzado, dónde estamos, qué pasaría si no pasara nada, y cuáles son los riesgos, las oportunidades y las opciones para avanzar.

De la ralentización del avance del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), en relación con el ritmo de crecimiento de la economía nacional y con las necesidades y expectativas de la población, se desprenden las siguientes conclusiones:

- a) **Que el inicio del desarrollo cualitativo del SDSS** requiere avanzar hacia un Estado de derecho, basado en el cumplimiento de las leyes y en el fortalecimiento de sus instituciones.
- b) **Que la elevación de los indicadores sanitarios** demanda el inicio de un Plan Básico de Salud que priorice la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a partir del primer nivel de atención.
- c) **Que la reducción del gasto familiar de bolsillo** depende del establecimiento del primer nivel de atención y de la estrategia de atención primaria en salud para toda la población.
- d) **Que es necesario el incremento gradual del gasto público**, siempre que sea asignado y gestionado en función del desempeño y de acuerdo a los servicios prestados.
- e) **Que la satisfacción de los pacientes de los hospitales** depende de la contratación del personal profesional mediante un

salario fijo más incentivos por la dedicación, el desempeño y los resultados obtenidos.

- f) **Que el aumento de la tasa de reemplazo de las pensiones y jubilaciones** implica elevar los aportes y años de cotización, de acuerdo a la esperanza de vida, respetando los derechos adquiridos.
- g) **Que para asegurar una pensión básica a los afiliados con cotizaciones insuficientes**, es necesario especializar más recursos para el Fondo de Solidaridad Social (FSS).

Al cumplirse 23 años de la aprobación de la Ley 87-01, si bien los principales indicadores del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) acusan notables progresos con relación al nivel de protección social del viejo Seguro Social Dominicano, al mismo tiempo, existe un gran rezago en las reformas establecidas en la propia Ley. Como señaló con tanta propiedad la Alianza por el Derecho a la Salud (ADESA): “Las reformas e inversiones se han orientado a una modernización tecnológica y han quedado atrapadas en las modalidades tradicionales de gestión y prestación de los servicios”.²⁸⁵

“El sistema tiene una clara intención de equidad y universalidad. Lamentablemente, en la práctica, esto no ha podido ser logrado todavía. Sin embargo, persiste una gran diferencia en la calidad y cantidad de servicios entre ambos regímenes, lo cual tiene impacto en la protección financiera”.²⁸⁶ El más notorio avance del SDSS ha sido el incremento sostenido de la

²⁸⁵ Alianza por el Derecho a la Salud (ADESA), (2019), *Atención Primaria en Salud, Situación y Retos en la República Dominicana*. https://biblioteca.agn.gob.do/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=60811&shelfbrowse_itemnumber=131461

²⁸⁶ Rathe, Magdalena y Suero, Pamela (2017). *Salud, Visión de Futuro, 20 años después*, Editora Buho.

cobertura poblacional, especialmente en el Seguro Familiar de Salud (SFS). Con este avance sostenido, se eliminaron las exclusiones por edad y/o por enfermedades preexistentes y se ha garantizado el acceso igualitario al mismo PBS para todos y todas.

Afortunadamente, cada vez *los dominicanos demuestran mayor conciencia de sus derechos, expresando con creciente libertad su insatisfacción social*, reclamándoles a las autoridades nacionales y sectoriales corregir las distorsiones existentes e implementar las reformas establecidas. Así lo confirma, con absoluta claridad, la encuesta anual de la Defensoría del Pueblo 2023, cuyos resultados revelan que el acceso al derecho universal a la salud constituye la mayor aspiración y preocupación de la población de todos los estratos sociales, de todos los niveles de ingreso, de todas las actividades económicas y de todas las regiones del país. Por tales razones, esa entidad señala que *“la reforma de la Seguridad Social constituye la madre de todas las reformas”*²⁸⁷.

2. Un Estado de derecho con instituciones fortalecidas

Incumplimiento de la ley 87-01 y de la estrategia nacional de desarrollo. En el campo de la salud, la Ley 87-01 establece, con claridad, las reformas estructurales imprescindibles para elevar la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios. Desde luego, esta justa demanda presupone la existencia de un Estado de derecho, capaz de “cumplir y hacer cumplir la Constitución y las leyes del país”, así como de instituciones fortalecidas y competentes. No hay que ser un jurista para entender que el retraso de dos décadas en el desarrollo del SDSS

²⁸⁷ Rathe, Magdalena y Suero, Pamela, (2017). *Salud, Visión de Futuro, 20 años después*, Editora Buho

se explica, en gran medida, por la inobservancia de tres instrumentos legales de vital importancia:

- a) **El incumplimiento del art. 60 de la Constitución de la República**, según el cual “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”.
- b) **El incumplimiento de la Ley 87-01**, que dispone la universalidad de la afiliación, y, al mismo tiempo, las reformas estructurales para elevar la calidad y oportunidad del cuidado de la salud y asegurar pensiones dignas y sostenibles.
- c) **El incumplimiento de la Ley 1-12, Estrategia Nacional de Desarrollo (END)**, que postula la construcción de “una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada educación, salud, vivienda digna y servicios básicos de calidad, y que promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social y territorial”.

La necesaria etapa cualitativa del SDSS se inserta en el Segundo Eje Estratégico de la END, el cual descansa en tres objetivos específicos:

- a) **2.1:** “Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud”.
- b) **2.2:** “Universalizar el aseguramiento en salud para garantizar el acceso a servicios de salud y reducir el gasto de bolsillo”.
- c) **2.3:** “Garantizar un sistema universal, único y sostenible de Seguridad Social frente a los riesgos de vejez, discapacidad y sobrevivencia, integrando y transparentando los regímenes segmentados existentes, en conformidad con la ley 87-01”.

A su vez, los objetivos específicos de este segundo eje estratégico de la END, incluyen dos grandes lineamientos de acción para impulsar los cambios cualitativos del SDSS: 1) la puesta en marcha de las reformas estructurales establecidas en la Ley 87-01 para asegurar la vigencia plena del Seguro Familiar de Salud (SFS); y 2) los cambios integrales en el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS), orientados a elevar la tasa general de reemplazo de las presentes y futuras generaciones de pensionados y jubilados. Es importante recordar que los objetivos y metas consignados en la Ley de Seguridad Social fueron presentados y discutidos libremente en todas las provincias y con todos los sectores y actores de la sociedad, *alcanzando el mayor nivel de consenso social del país*, sobre un tema tan complejo y en el cual convergen intereses tan diversos. En correspondencia con esta trilogía legal, el desarrollo cualitativo del SDSS persigue la siguiente *visión institucional*:

“Un SDSS, reconocido como la más importante conquista social del país desde la Constitución de la República, por su capacidad para garantizar la protección social integral y solidaria de todos los dominicanos y residentes, sin distinción ni exclusión; incluyendo un Seguro Familiar de Salud, un Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia y un Seguro de Riesgos Laborales, con coberturas universales y prestaciones y servicios integrales de calidad, definidos y garantizados de acuerdo al nivel del desarrollo económico y social del país”.

Fortalecimiento del estado de derecho y de la institucionalidad. La cultura hacia el respeto del marco jurídico e institucional del país va tomando cuerpo en los diferentes estratos de la sociedad dominicana, como parte del proceso de desarrollo nacional. Un ejemplo muy elocuente fue la observancia generalizada del confinamiento durante el largo proceso de lucha contra la pandemia y la respuesta masiva y

ordenada a todos los llamados a vacunación general. Aunque todavía falta profundizar más en esta dirección, *actualmente existen condiciones objetivas y subjetivas orientadas hacia un salto cualitativo en esta dirección*. La mejor señal proviene del Poder Ejecutivo, cuyo presidente ha sometido una docena de reformas orientadas a robustecer y modernizar el Estado de derecho, a fortalecer sus instituciones, a eliminar la impunidad y a garantizar más derechos y mejores servicios.

No obstante, y aunque cada vez en menor grado, todavía subyace una propensión al irrespeto de la Constitución, de las leyes y de las instituciones del país, desconociendo derechos ajenos. Nadie puede estar por encima de la ley, ya que el ejercicio de los derechos humanos también implica el cumplimiento de los deberes. *Todo incumplimiento de la Constitución y de las leyes constituye una denegación de los derechos adquiridos, generalmente afectando a los grupos más débiles y sin capacidad de demanda y presión social*.

La reforma de un sistema de salud privatizado, curativo, excluyente y costoso, en el cual convergen intereses mercantiles y políticos contrapuestos, requiere de un Estado de derecho pleno, con instituciones públicas fortalecidas e independientes. La presente coyuntura nacional favorece el desarrollo cualitativo del SFS, ya que, como hemos demostrado en este libro, la gran mayoría de los problemas e insatisfacciones de la población *se derivan de la no aplicación de la Ley 87-01 y de las distorsiones en su funcionamiento*.

En cambio, en el campo previsional la situación es exactamente a la inversa. La aplicación de la Ley ha demostrado la imposibilidad de alcanzar los objetivos y metas establecidos, razón por la cual su modificación es necesaria y urgente, con un doble propósito: 1) asegurar una tasa de reemplazo mucho mayor para los afiliados que cumplan con el tiempo previsto de aportación, y 2) fortalecer el Fondo de Solidaridad Social (FSS) para garantizar una pensión básica aceptable a todos los trabajadores con cotizaciones insuficientes.

3. Cuatro objetivos claves para el avance cualitativo del SDSS

¿Qué pasaría, si no pasase nada? Dos décadas después, el SDSS se enfrenta a la siguiente disyuntiva: o avanzar hacia una mayor protección social mediante las reformas cualitativas para asegurar más servicios integrales, de mayor calidad y con un gasto de bolsillo menor, o retroceder, al viejo seguro social politizado y clienteista aceptando una atención insuficiente, de menor calidad, menos satisfactoria y más costosa.

Durante casi todo el período, el aumento de las cotizaciones ha sido inferior al incremento del costo de los servicios médicos. Desde luego, esto ha determinado que gran parte de la elevación de la cápita haya sido destinada a compensar el incremento real e inflacionario del costo de los servicios. Este desequilibrio se expresa en un gasto familiar de bolsillo de alrededor del 45 % del gasto nacional en salud. Y, más recientemente, se traduce en la reducción de las reservas financieras del fondo para el cuidado de la salud de las personas.

No hacer nada, soslayando las reformas y los cambios imprescindibles, aumentaría el riesgo de mayores desequilibrios, del ralentizamiento de la protección social y de la agudización de las inequidades e insatisfacciones. La continuación de este “agitado curso” acentuaría las tensiones existentes, debido a las crecientes demandas gremiales de aumentos de las tarifas y honorarios. La opción de continuar “haciendo más de lo mismo”, sin los cambios cualitativos aprobados, resultaría la más costosa para los afiliados, para el país y para las autoridades del presente cuatrienio 2024-2028, ante el riesgo de mayores desequilibrios, insatisfacciones y desigualdades sociales.

En las actuales condiciones, la opción de un aumento de las cotizaciones debería reservarse para elevar la tasa de reemplazo general de las pensiones y jubilaciones. En cambio, la aplicación gradual y progresiva de las reformas permitiría racionalizar los recursos disponibles

para, simultáneamente, 1) elevar la calidad de los servicios públicos de salud; y 2) aumentar las tarifas y honorarios del segundo y tercer nivel de atención, cambios que sólo necesitan de una decisión del Poder Ejecutivo.

Cuatro objetivos para elevar la satisfacción de los afiliados. De lo expuesto en los diversos capítulos ha quedado clara la necesidad imperiosa de emprender una segunda etapa en la construcción del SDSS, de carácter eminentemente cualitativo, basada en el inicio de las reformas estructurales aprobadas y pendientes de ejecución. En ese sentido, y siempre desde la óptica del derecho de los afiliados, sobresalen cuatro grandes objetivos sociales del sistema nacional de salud y del sistema previsional, tanto público como privado:

- a) **Reducir en forma progresiva el gasto familiar de bolsillo:**
 - 1) estableciendo el primer nivel y la estrategia de atención primaria; 2) aplicando un verdadero Plan Básico de Salud (PBS); 3) prescribiendo medicamentos genéricos por principio activo; y 4) reduciendo gradualmente los copagos no incluidos en la Ley.
- b) **Elevar la calidad y oportunidad de los servicios públicos de salud:** 1) otorgando autonomía de gestión para elevar la capacidad resolutive hospitalaria; 2) asignando los recursos al SENASA para pagar a los hospitales de acuerdo a los servicios prestados; y 3) contratando al personal profesional en función de la dedicación y el desempeño.
- c) **Reducir la mortalidad materno-infantil y general:** 1) fortaleciendo la atención primaria de salud (APS); 2) extendiendo los servicios especializados; 3) cumpliendo los protocolos de atención; y 4) investigando en forma independiente las causas de las muertes materna e infantil.
- d) **Aumentar la tasa de reemplazo de las pensiones y jubilaciones:** 1) elevando el aporte para la cuenta de capitalización

individual de todos los cotizantes; y 2) fortaleciendo el Fondo de Solidaridad Social (FSS) para asegurar una pensión básica a todos los trabajadores con aportes insuficientes, en función del fondo acumulado.

A una gran parte de los profesionales de la salud les corresponde un rol determinante en este proceso de democratización de la entrega de los servicios de salud y, sin embargo, lo desconocen. Y, muy posiblemente, hayan sido malinformados por los beneficiarios del viejo orden sanitario.

El logro de estos cuatro objetivos fundamentales elevará considerablemente la protección social y el grado de satisfacción social de todos los dominicanos y residentes legales en el país. Además, colocará a la seguridad social en el sitio que le corresponde en un modelo de desarrollo económico y social inclusivo y sostenido.

Involucrar a la población en la política de protección social. Todos los procesos de cambios generan el temor a lo desconocido, y resistencias de los sectores y grupos beneficiarios del viejo orden, especialmente en nuestro

país, debido al notable predominio de la medicina privada y a la asignación de los recursos públicos según los intereses y las presiones de las minorías. La Comisión Permanente de Seguridad Social siempre optó por las estrategias de ganar-ganar y de gradualidad para reducir las resistencias y avanzar con seguridad.

El apoyo y las demandas de las reformas cualitativas cuentan con una gran aceptación de los sectores y grupos más conscientes. No obstante, para profundizar su contenido es necesario mayor información y orientación sobre sus cambios, beneficios, costos e impacto social. Estos grupos demandan con mayor insistencia la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y un primer nivel de atención, pero

todavía carecen de suficiente motivación. Y, más aún, existen sectores sociales y populares que no se oponen a las reformas, pero tampoco las apoyan de manera activa, debido a que desconocen su contenido, beneficios y la forma de su aplicación.

A una gran parte de los profesionales de la salud les corresponde un rol determinante en este proceso de democratización de la entrega de los servicios de salud y, sin embargo, lo desconocen. Y, muy posiblemente, hayan sido malinformados por los beneficiarios del viejo orden sanitario. Estos médicos, carentes de los recursos para comprar o rentar un consultorio en cualquiera de los grandes centros privados de salud, desconocen las oportunidades que le ofrece el primer nivel de atención para elevar sus ingresos. También es necesario explicar, mediante cálculos y ejemplos, cómo y en cuánto se elevarían los ingresos del personal de salud, como resultado de la combinación de un salario básico con incentivos por la dedicación y el desempeño.

Dentro de los proveedores de servicios de salud (PSS) existen grupos que temen una reducción de sus ingresos. Pero desconocen que el primer nivel de atención será una extensión de sus centros de salud y que ello permitirá aumentar las tarifas y honorarios médicos especializados del segundo y al tercer nivel de atención. Además, también serán beneficiarios del aumento gradual del gasto público en salud, mediante modalidades de asignación y pago que garanticen un mayor retorno en términos de calidad, oportunidad y satisfacción.

El desarrollo progresivo del derecho universal a la salud requiere de la aprobación y aplicación de una política nacional de protección social viable y sostenible en el largo plazo. Por tal motivo, convendría un pacto social con una estrategia que incluya la programación del proceso y la definición de los roles y responsabilidades de los sectores involucrados, incluyendo una representación técnico-profesional calificada, representativa y suficiente de los afiliados. Finalmente,

convendría crear una Comisión de alto nivel de Vigilancia y Seguimiento de los avances y de la aplicación de los acuerdos.

Una responsabilidad estatal irrenunciable e inalienable. Las autoridades nacionales y sectoriales deben tomar plena conciencia de que *sólo mediante el mejoramiento progresivo de la medicina pública es posible construir y sostener un sistema de protección social para todos, obligatorio, plural, solidario y sostenible.* Y actuar en consecuencia. La experiencia demuestra que los países con sistemas esencialmente privados, o no han alcanzado la universalidad, o han tenido que pagar un costo financiero y social muy elevado, con resultados sanitarios inferiores.

Nuestra experiencia como país demuestra que, sin un fuerte contrapeso público en términos de calidad y oportunidad de la atención médica, el libre accionar de las leyes del mercado termina desnaturalizando las especificidades del Derecho Universal a la Salud (DUS), imponiendo tarifas y honorarios médicos con criterios más mercantiles que sociales y fomentando la medicina curativa, a expensas de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades. El riesgo de desequilibrio es mucho mayor aún, debido a la existencia de gremios profesionales con capacidad para presionar a las autoridades y con una práctica extendida de paralización de los servicios públicos y privados.

El Estado es el responsable constitucional y legal de encabezar y dirigir los cambios cualitativos enunciados. El reto que enfrentamos como nación es demasiado grande, complejo e importante como para depender solo de la iniciativa y acción del Estado y de sus autoridades. Tampoco hay espacio para la simple denuncia de culpables y de la inacción de las autoridades. Se trata de una actitud proactiva y nacional; de la toma de conciencia de que juntos podemos. Estamos en un punto de inflexión decisivo, en el que se requiere del involucramiento activo de todos para demandar del Estado el inicio de las reformas y

cambios establecidos en la Ley 87-01, con el propósito nacional de avanzar hacia una auténtica protección social integral y solidaria para todos.

Vale la pena reiterar los principios expuestos en el capítulo V para garantizar la universalidad de la cobertura y la integralidad de los servicios y prestaciones: 1) el Estado tiene la responsabilidad inalienable de asegurar el acceso al cuidado de la salud, en condiciones socialmente aceptables para toda la población de acuerdo al desarrollo nacional; 2) *para garantizar el acceso incondicional, el sistema de seguridad social tiene que intervenir y condicionar las “leyes del mercado”*, mediante la competencia regulada; 3) *el afán de lucro no puede condicionar ningún derecho humano esencial y obligatorio; y 4) en el SDSS, tanto las ARS, las PSS y las AFP privadas operan gracias a una concesión especial del Estado Dominicano, por lo que su habilitación como tales implica la aceptación incondicional de estas reglas de juego.*

Una excelente coyuntura nacional. Las autoridades del cuatrienio 2024-2028 tienen la gran oportunidad de iniciar el desarrollo cualitativo del SDSS. Porque la alta votación recibida constituye un voto de confianza para emprender las reformas prometidas. Y porque el Poder Ejecutivo ha reiterado que “la meta de la Seguridad Social es garantizar más y mejores prestaciones a la población, para impactar directamente en la salud y el bienestar”.

El anuncio de una reforma fiscal integral y de la pronta presentación de la propuesta de reforma de la seguridad social ha elevado las expectativas. La mejor justificación de una mayor carga impositiva sería el compromiso de una mayor inversión en la solución de los principales problemas y demandas de la población, tanto en salud como en pensiones. En adición, la reiteración del compromiso formal del presidente Luis Abinader de no reelegirse contribuye a privilegiar la visión de largo plazo y el objetivo político de dejar un legado trascendente al país.

Como dijo Albert Einstein, las crisis son oportunidades, ¡vivan las crisis! Gracias a ellas la humanidad ha superado las limitaciones y los obstáculos, abriendo nuevos senderos para avanzar y progresar. Aprovechemos esta crisis para orientar al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) hacia un nuevo horizonte más cualitativo y promisorio. Gracias a esta crisis, ahora tenemos mayor claridad sobre los problemas y los obstáculos, y cómo avanzar, de manera firme y sostenida, hacia una nueva etapa de la protección social, más acorde con el crecimiento económico y social de las últimas décadas.

Están dadas las condiciones para el cambio. Estamos ante el cuatrienio decisivo. La vigencia del viejo modelo ha ralentizado el impacto de los extraordinarios avances en la cobertura de afiliados. Las soluciones cosméticas no revierten el creciente gasto familiar de bolsillo, ni los rechazos y las retenciones de pacientes, multiplicando las insatisfacciones, las incertidumbres y el desamparo. Es cuestión de tiempo para que las autoridades tomen conciencia del cambio inevitable y decidan avanzar hacia las reformas pendientes. Esa sería la decisión más trascendente en el presente siglo, propia de un verdadero Estado de derecho.

Estas son las historias y los fundamentos políticos, sociales, financieros y actuariales del SDSS. Y estas son las reformas y los cambios que se derivan de los mismos. Ahora, amigo lector, a usted le corresponde juzgar su grado de coherencia y tomar libremente sus propias decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DIGITALES

- Aaron, H.** (1966). *The Social Insurance Paradox*. The Canadian Journal of Economics and Political Science / Revue Canadienne D'Economique Et De Science Politique.
- Agrupación Médica del IDSS.** (1997). *Proyecto de Ley de Bases de la Seguridad Social*, Comisión Tripartita de Reforma de la Seguridad Social.
- Alaimo, V., Bosch, M., Kaplan, D. S., Pagés, C., & Ripani, L..** (2016). *Empleos para crecer*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Alianza por el Derecho a la Salud (ADESA).** (2019). *Atención Primaria en Salud, Situación y retos en la República Dominicana*, OXFAM,
- Alianza por el Derecho a la Salud (ADESA).** (2023). *Situación y retos II nivel de Atención en Salud en la República Dominicana, Investigación exploratoria sobre hospitales generales y provinciales*, Impreso Estampa Gráfica,
- Álvarez Rodríguez, Manuel,** (2013). *Un sistema de pensión sostenible*, Ediciones Empresa Global **Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS).** (2019). *10 desafíos mundiales para la Seguridad Social*,

- Arenas de Mesa, Alberto.** (2019). *Los sistemas de pensiones en la encrucijada* Desafíos para la sostenibilidad en América Latina.
- Artells Herrero, JJ,** (1989). *Aplicación del Análisis Coste-Beneficio en la Planificación de los Servicios Sanitarios*, Eficiencia y Equidad en la Atención Perinatal, Editora Masson,
- Asociación Dominicana de Administradores de Fondos de Pensiones (ADAFP)** (2022). *Prosperidad y Pensiones, Reflexiones y perspectivas tras 20 años de la reforma de pensiones en la República Dominicana*, Editora Buho, 2022
- Banco de España,** (2019). *La Reforma del sistema de Pensiones en España.*
- Banco Mundial.** (2015). *Los olvidados de la pobreza crónica en América Latina y el Caribe.*
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID).** (2017). *Sistema de In-formación de Mercados Laborales y de Seguridad Social (SIMS).*
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID).** (2018). *Presente y futuro de las pensiones en América Latina y el Caribe*
- Banco Interamericano de Desarrollo BID.** (2019). *El futuro del trabajo en América Latina y el Caribe.*
- Banco Interamericano de Desarrollo BID, OECD, Banco Mundial.** (2015). *Panorama de las pensiones: América Latina y el Caribe.*
- Barr, Nicolás; Diamond, Peter,** (2012) *La Reforma Necesaria: El futuro de las Pensiones*, Editora El Hombre del Tres
- Bosch, M., Melguizo y C. Pagés.** (2013). *Mejores pensiones, mejores trabajos.* Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2013.
- Bosch C, Matías, García C, Edgar, Fernández G, Airon.** (2019). *Sistema de pensiones: de la estafa del siglo, a un modelo justo e incluyente*, Impresora Soto Castillo.
- Castiñeiras, N; de Melo, G; Ardente, A; Montti, O; Zelko, B y F. Araya,** (2017). *Tasas de Reemplazo del Sistema Previsional Mixto.* Documento de trabajo, Centro de Estudios Fiscales.

- CERSS SESPAS.** (2002). *Ley General de Salud No. 42-01*, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS).
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL).** (2015) *Instrumentos de protección social, Caminos latinoamericanos hacia la universalización.*
- Cominetti, M; Fernández, M.** (2019). *Las AFP en 100 preguntas*, Ediciones El Mercurio.
- Comisión Asesora Presidencial.** (2015). *Pensiones Chile, Comisión Asesora Presidencial sobre el Sistema de Pensiones, Informe Final –Chile.*
- Conde-Ruiz, José I.** (2018). *¿Qué será de mi pensión?*, FEDEA y Universidad Complutense. Ediciones Península.
- Conde-Ruiz, José I.** (2017), *Pensiones Sostenibles y Suficientes*, FEDEA y Universidad Complutense.
- Del Conte, Adriana.** (2004). *Una Reforma para estar en Salud*, claves para profesionales del sector sanitario, PROSISA SESPAS.
- Defensor del Pueblo.** (2023). *Informe Nacional de Derechos Humanos de República Dominicana 2023.*
- Díaz, José.** (2011). *Humanizar la salud humanizándonos*, Editora Buho.
- Díaz Santana, A.** (1996). *Modelos de Desarrollo y Políticas de Salud*, Editora Taller, publicación de la OPS/OMS y de la Flacso.
- Díaz Santana, A.** (2004). *Como se Diseñó y Concertó la Ley de Seguridad Social*, Los fundamentos de la ley más trascendente después de la Constitución de la República Dominicana, Editora Corripio.
- Díaz Santana, A.** (2018). *Economía Política de la Desigualdad Social*, El reto del siglo XXI: reducir la desigualdad social, Editora Búho.
- Díaz Santana, A.** (2020). *Pensiones dignas y sostenibles para todos*, Los grandes retos de la longevidad, Amazon, made in USA.
- Díaz Santana, A.** (2022). *Derecho Universal a la Salud*, Financiamiento y Administración del Riesgo, Amazon, made in USA, marzo 2022

- Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA).** (2011). *10 Años de Seguridad Social, Desde el punto de vista de los usuarios*, Dirección de Información y Defensa de los Afiliados.
- Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA).** (2016). *15 años de Seguridad Social en la República Dominicana, visión de los afiliados*, CVML, Marketing Agency.
- Durán, L; y Muñoz, O.** (2002). *Retos de la Seguridad Social en Salud en el Siglo XXI*, Evaluación y Gestión Técnica, CISS, 2002
- Duval Pérez, M.** (2015). *Modelo de Atención e Inequidad en Salud en República Dominicana*, Editora Búho.
- FIAT**, *Los cambios estructurales del mercado laboral*, 2019
- Fundación Juan Bosch.** (2016). *Pensiones: ¿seguridad social o gran negocio?*, Impresora Soto Castillo.
- Gottret, P.** (2019). *Las tendencias de las reformas de pensiones en el mundo*, Banco Mundial.
- Instituto AVIVA.** (2019). *Pensiones en transición*, Un panorama internacional de los retos que enfrentan los sistemas de pensiones.
- Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).** (1988). *Legislación Vigente sobre Seguridad Social y Accidentes de Trabajo*, Ley 1896 sobre Seguros Sociales y 385 sobre accidentes de Trabajo, Edición Oficial actualizada.
- Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).** (1984). *Proyecto de Ley sobre Seguridad Social* presentado al Senado de la República, por el presidente Salvador Jorge Blanco.
- Iñigo F, Luis.** (2012). *Breve historia de la Revolución Industrial*. Nowtilus.
- Matus, A.** (2017). *Mitos y verdades de las AFP*, Editora Aguiar.
- Monereo P; José, L; Fernández B, JA.** (2014). *La sostenibilidad de las pensiones públicas*, Editora Tecnos.
- Muñoz, O; Durán, L; Garduño, J; y Soto, H.** (2003). *Economía de la Salud*, Seminario Internacional, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).** (1998). *Las Reformas de la Seguridad Social en Iberoamérica*
- Organización Internacional del Trabajo (OIT),** (1998). *Pensiones en América Latina, Dos Décadas de Reforma*, Bonilla García, Alejandro y Conte-Grand, Alfredo.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT).** (2020). *Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: tendencias 2020*.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT).** (2019) *Informe mundial sobre la protección social, 2017-2019*, La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).** (2014). *Estudios sobre Seguridad Social, 60 años de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social*.
- Oficina de Coordinación Técnica (OCT).** (1996). *Salud, Visión de Futuro, Elementos para un Acuerdo Nacional*.
- OPS/OMS.** (2003). *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*, Organización Panamericana de la Salud.
- OPS/OMS.** (2003). *Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina*, Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, reducir los riesgos y promover una vida sana*, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS).** (1997). *Reformas Sanitarias en Europa, Análisis de las Estrategias Actuales*, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
- Ortiz Gómez, A.** (2015). *En cuidados Intensivos*, Una visión crítica al Sistema de Salud dominicano, Editora Amigo del Hogar.
- Ortiz Gómez, A.** (2022). *El Comercio del Dolor, Los pacientes se convirtieron en clientes*, Editora Corripio
- OXFAM.** (2019). *Autopsia Fiscal*, Evaluación de los gastos e ingresos del Gobierno Dominicano para garantizar Derechos

- Pantaleón, Doris.** (2023). *Juntos Lloramos*, Historias que no se olvida, Editora Buho.
- Pérez Mera, Amiro.** (1978). La Salud en la República Dominicana, Estudios Sociales, Año XII, Número 45
- Piñera, José.** (1996). *Una propuesta de reforma del sistema de pensiones en España*, Círculo de Empresarios, Madrid.
- PNUD.** (2003). *Informe sobre el Desarrollo Humano, 1995-2003*.
- Rathe, Magdalena y Suero, Pamela.** (2017). Salud, Visión de Futuro, 20 años después, Editora Buho.
- Reyes H, Luis T.** (2019). *Evaluación económica del Sistema Dominicano de Seguridad Social, 2001-2015*, Editora Capriano.
- Rivadeneira M, C.** (2017). *Aquí se fabrican pobres*, LOM ediciones,
- Rofman, R., Apella, I., & Vezza, E..** (2013). *Más allá de las pensiones contributivas*. Catorce experiencias en América Latina. Banco Mundial.
- Rondón S, Iván.** (2008). *Historia de una Ley de Dos Milenios*, El Sistema Dominicano de Seguridad Social,
- Sáez, J, SJ.** (1996). *Los Hospitales de la Ciudad Colonial de Santo Domingo*, Tres siglos de Medicina dominicana, Editora Corripio.
- San Martí, H, y Pastor. V.** (1989). *Economía de la Salud*, Teoría social de la Salud, Interamericana. McGraw-Hill.
- SESPAS/PROCISA.** (2000). *Una Reforma para estar en Salud*, Claves para profesionales del sector sanitario.
- Severino, Fulgencio.** (2005). *Sistema Dominicano de Seguridad Social Rostro de la Anhelada Protección Social*, PROSISA.
- Solimano, A.** (2017). *Pensiones a la chilena*, Editora Catalonia.
- Valdés, R.** (2019) *Los desafíos de las pensiones en Chile*, Seminario FIAP, 2019
- Valdes R, Julián.** (2016). *Política Social Dominicana, Contextos, Instituciones e Inversiones desde sus inicios hasta 2012*, Cuesta Veliz Editores, 2016

Esta edición de
HISTORIA Y FUNDAMENTOS DEL SDSS
Una explicación sencilla del Sistema
Dominicano de Seguridad Social
de Arismendi Díaz Santana,
se terminó de imprimir en el mes de octubre de 2024,
en los talleres gráficos de Editora Búho, S.R.L.
Santo Domingo, República Dominicana.

