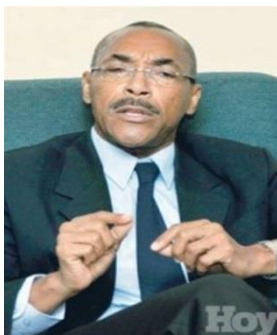


Dr. Manuel de Jesús Linares Jiménez



Obras Completas

Tomo

25

SEGURIDAD SOCIAL

Desmonte de las partidas presupuestarias gubernamentales para su financiamiento. Investigación publicada en mes de enero del año 2004.

SEGURIDAD SOCIAL. Desmonte de las partidas presupuestarias gubernamentales para su financiamiento

Autor: Manuel Linares, M.Sc.
829-637-9303

1era. Edición, forma física:
Enero, 2004.

SOMOS.ARTES GRÁFICAS, S.A., calle 8, No. 84, Ensanche Las Américas, Santo Domingo, R.D.

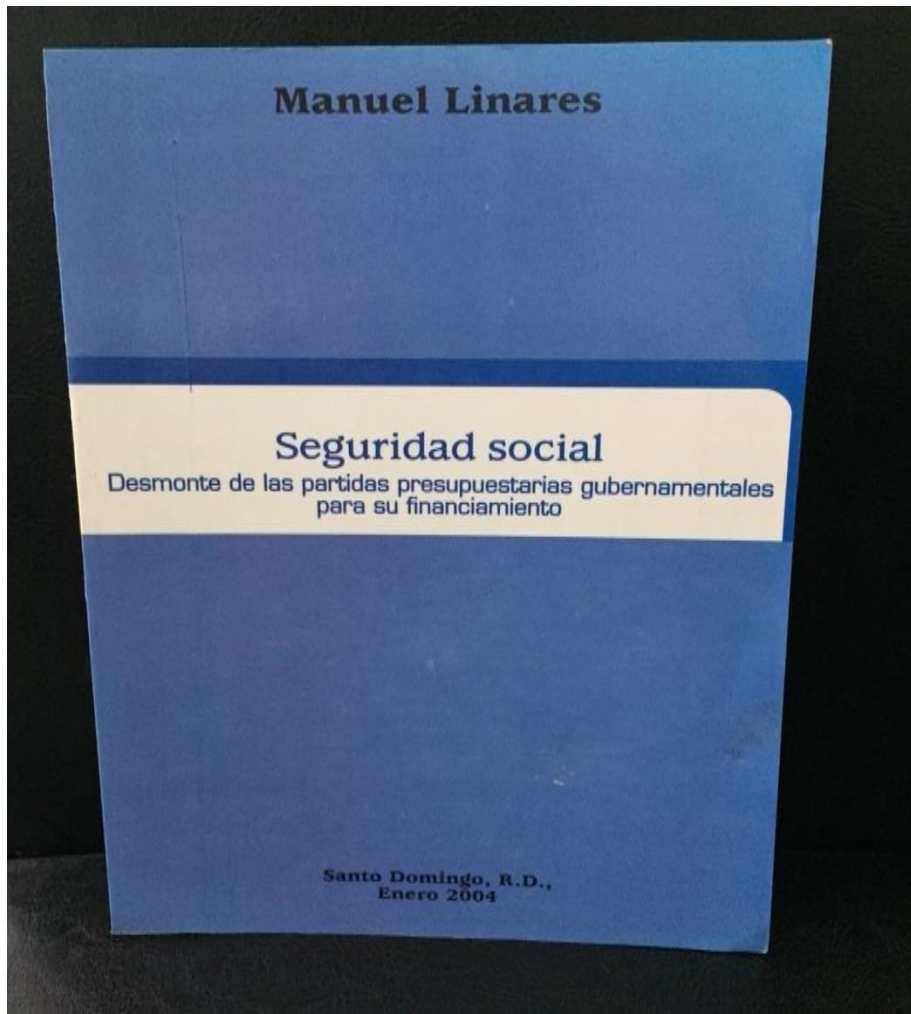
Preparación y difusión edición digital:
Septiembre 2017/marzo 2018

Nueva preparación y difusión edición digital:
Enero 2023

Manuel Linares es el único responsable de las enmiendas introducidas para la edición digital.

Seguridad social

Acerca de los costos del Seguro Familiar de Salud (SFS) y el Plan Básico de Salud (PBS), ley de seguridad social 87-01 y desmonte de las partidas presupuestarias gubernamentales para su financiamiento

PORTADA DE “SEGURIDAD SOCIAL”, FORMATO FÍSICO

Seguridad social

**CONTRAPORTADA CORRESPONDIENTE A LA EDICIÓN EN
FORMATO FÍSICO**

Seguridad social: desmonte de las partidas presupuestarias para su financiamiento, constituye la nueva obra de la autoría del profesor Manuel Linares.

Este opúsculo se inscribe en el marco de la economía aplicada, el cual proporciona respuestas al problema del financiamiento de la seguridad social, en las vertientes del Seguro Familiar de Salud y Plan Básico de Salud.

Nos entrega el autor, un panorama económico-financiero, cortado al mes de diciembre del año 2002, fecha en que concluye la investigación económica que al respecto le había encomendado la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), de la República Dominicana, y que de hecho forma parte integral del presente libro.

Las otras obras publicadas por el profesor Manuel Linares, son: Análisis básico de la economía dominicana; Economía dominicana: retos presentes y prospectivas; Mercadeo de productos agropecuarios en la República Dominicana; Conflicto presupuestario 1997; Resumen evolutivo de la economía dominicana; El reverso de la moneda; Medidas de política económica; Paradigmas económicos; Economía especializada; Anatomía de una economía en crisis: café, cacao, tabaco y azúcar; Dos disertaciones y dos discursos en el plano económico; Apertura y reformas estructurales (coautor; editor: Fernando Pellerano); Una academia en transformación; La educación superior y los desafíos del cambio; Explorando el camino de la economía matemática; y Política, propuestas y reforma electoral en la UASD.



DEDICATORIAS

Al licenciado Iván Rodríguez, destacado economista dominicano, y a su distinguida esposa, doctora Hilma González.

A los esposos América Bastidas y Andrés Lora, dos economistas de primera línea, quienes con su apego al bien común han dado cátedra, desde las aulas uasdianas, en favor de las mejores causas del pueblo dominicano.

Seguridad social

RECONOCIMIENTO:

A mi hijo Enmanuel, responsable de la diagramación, formato físico, de este libro.

Seguridad social



ÍNDICE GENERAL

CUADROS ESTADÍSTICOS PRESENTADOS 13

PREFACIO AL TOMO 25 19

RESUMEN EJECUTIVO 25

CAPÍTULO I

INTRODUCCION 37

- 1.1 Planteamiento del problema
- 1.2 Objetivos principales
- 1.3 Contexto económico-social

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO 39

- 2.1 Introducción
- 2.2 Revisión de literatura
 - 2.2.1 República Dominicana: canasta de servicios básicos de salud
 - 2.2.2 El costo del plan básico de salud del proyecto de ley de seguridad social
 - 2.2.3 Escenarios macroeconómicos y fiscales para la reforma de la seguridad social en salud en la República Dominicana
 - 2.2.4 Propuesta del catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud
 - 2.2.5 Cuentas nacionales de salud
- 2.3 Diagnóstico de la situación actual
 - 2.3.1 Ley de segundad social.
 - 2.3.2 La salud en los subcentros público y privado
 - 2.3.2.1 Servicios de salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)
 - 2.3.2.2 Los servicios de salud del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
 - 2.3.2.3 SESPAS-IDSS: frente al establecimiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social
 - 2.3.2.4 Los servicios de salud del Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE)
 - 2.3.2.5 Salud e Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (ISSFAPOL)
 - 2.3.2.6 Salud y Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM)
 - 2.3.2.7 Salud y Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA)

- 2.3.2.8 Gasto público en salud
- 2.3.3 Salud y sector privado
- 2.4 Asunción teórica

CAPÍTULO III

EL MÉTODO 73

- 3.1 Hipótesis principales
- 3.2 Estrategias
- 3.3 Recolección de los datos
- 3.4 Análisis de los datos
- 3.5 Procedimiento

CAPÍTULO IV

RESULTADOS PARA EL PRODUCTO NÚMERO 1 77

- 4.1 Estimación de costos
 - 4.1.1 Introducción
 - 4.1.2 Servicios de salud
 - 4.1.3 Justificación de los servicios consignados
 - 4.1.4 Frecuencia en el ámbito de los servicios de salud
 - 4.1.5 Especificación de los costos
- 4.2 Construcción de escenarios y proyección de costos
 - 4.2.1 Primer escenario
 - 4.2.1.1 Índice relacionado con el primer escenario
 - 4.2.1.2 Deflactación parcial
 - 4.2.2 Segundo escenario
 - 4.2.3 Tercer escenario
 - 4.2.4 Cuarto escenario
- 4.3 Flujo de financiamiento del seguro familiar de salud hacia el PBS y estancias infantiles
 - 4.3.1 Fundamento legal
 - 4.3.2 Metodología
 - 4.3.3 Escenario optimista
 - 4.3.3.1 Comparación costo/financiamiento en el escenario optimista
 - 4.3.3.2 Financiamiento de otras instituciones del sistema de seguridad social en el escenario optimista
 - 4.3.3.3 Resultados de costo y financiamiento en el régimen contributivo
 - 4.3.3.4 Flujo de financiamiento estatal en los tres regímenes de afiliación
 - 4.3.4 Escenario pesimista

4.3.4.1 Comparación costo/financiamiento

CAPÍTULO V MARCO CONCEPTUAL PARA EL DESMONTE Y TRANSFORMACIÓN DE PARTIDAS PRESUPUESTARIAS GUBERNAMENTALES 105

5.1 Marco conceptual del desmonte y transformación de las partidas presupuestarias para el financiamiento del sistema de seguridad social

5.2 Desarrollo de la discusión por acápite

5.2.1. Acápite (a)

5.2.2. Acápite (b)

5.2.3. Acápite (c)

5.2.4. Acápite (d)

5.2.5. Acápite (e)

5.2.6. Acápite (f)

5.2.7. Acápite (g)

5.2.8. Acápite (h)

5.2.9. Acápite (i)

5.2.10. Acápite (j)

5.2.11. Acápite (k)

5.2.12. Acápite (l)

CAPÍTULO VI RESULTADOS PARA EL PRODUCTO NÚMERO 2 115

6.1 Tratamiento empírico del artículo 20 de la ley 87-01

6.1.1 Gasto en salud de la SESPAS

6.1.2 Proyección del gasto en salud de la SESPAS

6.1.3 Asistencia social del gobierno central e instituciones descentralizadas

6.1.4 Proyección de los valores monetarios de la asistencia social

6.1.5 Seguro de salud en el gobierno central

6.1.6 Proyección de las erogaciones gubernamentales en según) de salud

6.1.7 Juegos de azar

6.1.8 Proyección de las contribuciones al fisco de los juegos de azar

6.1.9 Aportes corrientes de la Lotería Nacional

6.2 Bondad del ajuste y coeficiente de elasticidad

CAPÍTULO VII
METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DEL COSTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD. PRODUCTO NÚMERO 3 127

7.1 Metodología para la evaluación del costo y fuente de financiamiento del Seguro Familiar de Salud (SFS)

7.1.1 Primer paso

7.1.2 Segundo paso

7.1.3 Tercer paso

7.1.4 Cuarto paso

7.1.5 Quinto paso

7.1.6 Sexto paso

7.1.7 Séptimo paso

7.1.8 Octavo paso

7.1.9 Noveno paso

7.1.10 Décimo paso

7.2 El mismo problema en una perspectiva diferente

7.3 Criterios metodológicos para evaluar el financiamiento del costo del SFS

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 137

BIBLIOGRAFÍA 139

CUADROS ESTADÍSTICOS PRESENTADOS

Cuadro 1

Ejecución presupuestaria de la SESPAS (1990-2000)
(En millones de RD\$)

Cuadro 2

Ingresos y gastos del IDSS (1990-2000)
(En millones de RD\$)

Cuadro 3

Gastos corrientes y gastos de capital del IDSS
(1990-2000)
(En millones de RDS)

Cuadro 4

Presupuesto ejecutado por PROMESE (1990-2000)
(En millones de RD\$)

Cuadro 5

Presupuesto ejecutado por PROMESE por objeto del gasto (1993-2000)
(En millones de RDS)

Cuadro 6

Presupuesto ejecutado en el área de la seguridad militar
(1990-2000)
(En millones de RD\$)

Cuadro 7

Ingresos totales del SNEM y aportes fiscales corrientes del gobierno
central (1990-2000)
(En millones de RDS)

Cuadro 8

Servicios personales versus productos químicos y conexos en el
SNEM (1990-2000)
(En millones de RDS)

Cuadro 9

Ingresos totales del CONAPOFA y aportes fiscales corrientes del

Seguridad social

gobierno central (1990-2000)
(En millones de RD\$)

Cuadro 10
Relación gastos en sueldos para cargos fijos/gastos totales del
CONAPOFA (1990-2000)
(En millones de RD\$)

Cuadro 11
Gasto público en salud como porcentaje del PIB (1996-1999)
(En millones de RD\$)

Cuadro 12
Financiamiento del gasto en salud del sector público (1996-1999)
(En millones de RD\$)

Cuadro 13
Gasto público en salud por funciones (1996-1999)
(En millones de RD\$)

Cuadro 14
Gasto público en salud por objeto (1996-1999)
(En millones de RD\$)

Cuadro 15
Gastos en salud por funciones en el subsector salud privado (año 1996)
(En millones de RDS)

Cuadro 16
Gastos del subsector salud privado por objeto (1996)
(En millones de RD\$)

Cuadro 17
Financiamiento como porcentaje del PIB (1996)
(En millones de RD\$)

Cuadro 18
Costos per cápita del catálogo de prestaciones del PBS (Junio 2002)

Cuadro 19
Servicios de salud y frecuencia

Cuadro 20
Costo per cápita del PBS por niveles de atención (año 2002)

Cuadro 21
Porcentaje del costo per cápita por atención

Cuadro 22
Evolución de la tasa de inflación en la República Dominicana
(1991-2001) (base: año 1999)

Cuadro 23
Proyección del costo total y del costo per cápita del PBS en el primer escenario
(2003-2010)
(En RD\$)

Cuadro 24
Índice del costo per cápita del PBS en el primer escenario (2002-2010)

Cuadro 25
Índice del costo per cápita del PBS en el primer escenario (2002-2010)

Cuadro 26
Comparación de costos en el primer escenario (2003-2010)

Cuadro 27
Proyección del costo per cápita en el segundo escenario (2003-2010)

Cuadro 28
Comparación de costos en el primer y segundo escenarios (2003-2010)

Cuadro 29
Proyección del costo per cápita del PBS en el tercer escenario (2003-2010)

Cuadro 30
Comparación de los costos del primer y tercer escenario (2003-2010)

Seguridad social

Cuadro 31

Proyección del costo del PBS por régimen de afiliación en el cuarto escenario (2003-2010)
(En millones de RD\$)

Cuadro 32

Afiliados por régimen y quintil de ingreso (1998)

Cuadro 33

Proyección flujo financiamiento proveniente de los regímenes de afiliación en el escenario optimista (2003-2010) (En millones de RD\$)

Cuadro 34

Costo del PBS y su financiamiento desde los regímenes de afiliación (2003-2010)
(En millones de RD\$)

Cuadro 35

Distribución de los recursos financieros del régimen contributivo en el escenario optimista (2003-2007)
(En millones de RDS)

Cuadro 36

Costos y financiamiento en el régimen contributivo en el escenario optimista (2003-2010)
(En millones de RD\$)

Cuadro 37

Proyección flujo financiamiento proveniente de los regímenes de afiliación en el escenario pesimista (2003-2010)
(En millones de RD\$)

Cuadro 38

Costo del PBS y su financiamiento desde los regímenes de afiliación en el escenario pesimista (2003-2010)
(En millones de RDS)

Cuadro 39

Conceptos incluidos en la clasificación por objeto del gasto del sector salud público

Cuadro 40

Desmonte de las partidas presupuestarias correspondientes a la SESPAS (1990-2000)
(En millones de RD\$)

Cuadro 41

Proyección del gasto en salud de la SESPAS (2001-2010)
(En millones de RD\$)

Cuadro 42

Asistencia social del gobierno central y organismos descentralizados (1995-2000)
(En RD\$)

Cuadro 43

Proyección de los valores monetarios de la asistencia social (2001-2010)

Cuadro 44

Erogaciones del gobierno central en seguros médicos a empleados públicos (1995-2000)

Cuadro 45

Proyección erogaciones gobierno central seguros de salud empleados públicos (2001-2010)

Cuadro 46

Contribuciones impositivas de los juegos de azar (1995-2000)

Cuadro 47

Proyección de las contribuciones impositivas de los juegos de azar (2001-2010)

Cuadro 48

Aportes corrientes de la Lotería Nacional al gobierno central (1995-2000)

Cuadro 49

Resumen proyectado (2001-2010)
(En millones de RD\$)

Seguridad social

Cuadro 50

Distintas alternativas de proyección de la población (2002-2010)
(Millones de habitantes)

PREFACIO AL TOMO 25

La investigación *Seguridad social: desmonte de las partidas presupuestarias gubernamentales para su financiamiento*, constituye el tomo 25 de nuestras Obras Completas para el período 1976-2023.

En la presentación que escribimos en el mes de enero del año 2004, relacionada con *Seguridad social: desmonte de las partidas presupuestarias gubernamentales para su financiamiento*, decíamos lo siguiente:

“En todo caso, nuestra hipótesis es la de que el desarrollo futuro de la reforma social -como articulación entre modernización capitalista y desarrollo de los derechos sociales- estará fuertemente condicionada económicamente por las presiones de la transnacionalización y por las presiones financieras de una fuerte deuda pública; demográficamente, por el creciente envejecimiento de la población (...) y el limitado papel de la familia (...) como factor estructural de la política social, la precariedad en el mercado de trabajo y la incidencia social de la inmigración económica”.¹ (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

“He comenzado la presentación de mi nuevo opúsculo, con una formidable cita del economista español, Doctor Gregorio Rodríguez Cabrero, profesor de la Universidad de Alcalá de Henares.

“Lo he hecho así, habida cuenta que la promulgación de la Ley de Seguridad Social, en la República Dominicana, se efectúa en un contexto muy análogo al planteado arriba.

“En efecto, la nación dominicana discurre su vida institucional, en medio de la transnacionalización, de la mundialización de la economía, que trae consigo no sólo la liberalización obligada de nuestros mercados, sino también una presencia cada vez más notoria de los organismos financieros multilaterales de la ONU (Banco Mundial y FMI), que al iniciarse la segunda oleada globalizadora de la economía mundial, en la segunda mitad del pasado siglo XX, se han convertido en una especie de avanzada del fenómeno enunciado y de apoyo al resurgir y hegemonía, desde la década de los años setenta, del enfoque neoliberal, antítesis de la justicia social, de

¹ Rodríguez Cabrero, Gregorio: “Conflicto, gobernabilidad y política social”. (Ensayo que aparece en el libro: *Buen gobierno y política social*, cuyos editores son Salvador Giner y Sebastián Sarasa). Editorial Ariel. Barcelona, España, 1997, p. 114.

la justicia distributiva.²

“Conoce de un cierto impulso, la reforma social dominicana, al filo de la citada ley, cuando al mismo tiempo, el país transita caminos de agobio de la deuda pública, que tiene un reflejo directo en el presupuesto del gobierno central, del cual para los años venideros tendremos que extraer porcentajes verdaderamente asombrosos para el pago de intereses y amortización del capital tomado a préstamo.

“Las posibilidades de que el Estado dominicano, acometa la empresa, en forma convincente, de asignar los recursos financieros que demanda la aplicación de la ley de seguridad social, obviamente se verán limitadas, sobre todo en circunstancias en que una feroz inflación azota a los hogares dominicanos ubicados en los niveles de ingresos inferiores.

“En el plano demográfico, aunque aún la población dominicana se ve dominada por los grupos de edades juveniles, lo cierto es que en los últimos cincuenta años, la nación, ha emprendido cambios sustantivos, particularmente en lo concerniente a la fecundidad.

“El demógrafo dominicano, Antonio Morillo, señala que: *“(...) a partir del segundo quinquenio de los 60 la fecundidad inicia su descenso sostenido de los niveles de 7.5 hijos por mujer a que habría ascendido, logrando alcanzar niveles de 5.5 hijos por mujer en el primer quinquenio de los años 70, significando una tasa de descenso promedio anual de 2.7% con esa intensidad de caída, el primer 10% de reducción sostenida se habría alcanzado en un período menor de cuatro años. Dicha tasa de descenso se mantiene prácticamente constante hasta finales de los años 80, para luego comenzar una desaceleración progresiva. Los datos de la ENDESA-96 indican que a finales de los años 80 la TGF alcanzaba 3.5 hijos por mujer, descendiendo a 3.2 a mediados de los 90 por su parte, las estimaciones preliminares de la ENDESA-99 indican que en los últimos años del siglo veinte la TGF habría descendido a 2.6 hijos por mujer. De acuerdo con la línea de ajuste de tendencia que ha sido propuesta, en el primer quinquenio del 2000 la fecundidad estaría disminuyendo a un ritmo inferior al 1% anual, con una tendencia hacia la estabilización”*.³ (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

² Véase la crítica neoliberal de Frederick Hayek al enfoque de la justicia distributiva, en su obra cumbre *Derecho, legislación y libertad*, volumen I.

³ Morillo, Antonio: “Transición de la fecundidad y sus factores determinantes en la República Dominicana” (ensayo que aparece en la publicación *Bases para una política de población y desarrollo en la República Dominicana*, auspiciada por la Secretaría de Estado de Salud Pública y

“Quiere decir, entonces, que para los años venideros una mayor cantidad de personas entrarán en edad de retiro. Reducción relativa de cotizantes y un mayor número de jubilados.

“Es previsible un agudizamiento de la dependencia económica (número de personas que necesitan del sustento económico de quienes generan ingresos).⁴ Es un nuevo problema que tendrá por delante la seguridad social.

“La familia dominicana, está viviendo un momento de crisis estructural, acicateada por la inversión de valores, (excelentemente descrita por el maestro Celedonio Jiménez, en su obra “Ética, crisis social y educación en valores”⁵), la sed insaciable de acumulación de fortunas, tendencia al abandono de nuestras propias identidades culturales, la violencia intrafamiliar y el delirio por la tierra prometida (USA).

“Tal crisis, unida a un mercado laboral con tendencia al precarismo y la presencia creciente de la inmigración haitiana, no hace sino más pedregoso el camino de la seguridad social dominicana.

“De ahí la importancia de esta investigación económica, que tiene por objeto poner en evidencia el cómo transformar partidas presupuestarias gubernamentales, que de conformidad con la Ley de Seguridad Social, servirán de fundamento para nutrir el caudal financiero en la aplicación de dicha ley, en lo atinente al Seguro Familiar de Salud (SFS) y el Píán Básico Salud (PBS).

“Una advertencia deseamos hacer. La realidad económica que sirve de sustento a esta investigación, está cortada al mes de diciembre de 2002, como conclusión del trabajo de consultoría que nos encomendara la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), en el mes de julio del citado año, con la finalidad de alcanzar tres productos concretos: 1) propuestas de costos y financiamiento del SFS y el PBS; 2) marco conceptual del desmonte y transformación de las partidas presupuestarias para el financiamiento del sistema; 3) metodología para la evaluación y fuente de financiamiento del SFS.

Asistencia Social, el Consejo Nacional de Población y Familia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas). Editora El Nuevo Diario, S.A., Santo Domingo, R.D., 2001, p. 41.

⁴ Consulte el ensayo de Jorge H. Bravo que lleva por título “Cambios en el empleo, la edad de jubilación y la fecundidad: sus repercusiones sobre la dependencia económica y el ingreso per cápita”. Revista Notas de Población, N° 51-52. CELADE, diciembre, 1991, p. 100.

⁵ Jiménez, Celedonio: *Ética, crisis social y educación en valores*. Editora UASD, Santo Domingo, R.D., 2003.

Seguridad social

“Luego, la pérdida de la estabilidad macroeconómica en la República Dominicana, durante el año 2003, a causa de la ocurrencia de perturbaciones de cuño, tanto interna como externa, no se encuentra reflejada en los resultados obtenidos en esta investigación; por consiguiente, el lector deberá estar muy atento a tal hecho para que no entienda como una exclusión premeditada de la crisis coyuntural sufrida por la economía dominicana en el 2003.

“De todas maneras, lo decisivo, lo crucial, de este opúsculo es el método utilizado para lograr los tres productos arriba enunciados.

“Finalmente, quiero dar testimonios de agradecimiento al personal técnico de la SISALRIL, en particular a los economistas Roberto Blondet y Andrés Guerrero, sin su concurso activo y diligente, sin su orientación oportuna y desinteresada, hubiese sido prácticamente imposible que en tan corto tiempo terminara la investigación; al Dr. Bernardo Defilló, Superintendente de Salud y Riesgos Laborales; a la Dra. Hilma González, de la Comisión de Reforma del Sector Salud; a las empleadas del Centro de Documentación de la ONAPRES y a los técnicos y funcionarios de dicha institución, quienes me otorgaron todo tipo de facilidad informativa; y finalmente, a mi caro amigo, Juan Francisco Toribio, que al iniciar el proceso investigativo, trazó correctamente el camino a transitar. Claro, los yerros que pudiera contener esta publicación son de la exclusiva responsabilidad de su autor”. (FIN).

Más adelante, el 22 de marzo del año 2018, en ocasión de la presentación en formato digital de *Seguridad social: desmonte de las partidas presupuestarias gubernamentales para su financiamiento*, postulábamos:

“Hoy, 24/3/2018, estamos publicando un nuevo libro de nuestras Obras Completas Revisadas, que lleva por título *Seguridad social*.

“Cada título que difundo, en formato digital, nos alegra mucho, pues nos vamos acercando a la meta de publicar los 82 opúsculos que tenemos en existencia.

“Pero también esa alegría brota de los temas centrales que tocan nuestras investigaciones.

“La seguridad social es un tópico crucial, pues el desarrollo capitalista de la República Dominicana, ha traído consigo el incremento de la miseria del proletariado y de los campesinos pobres, lo que hace imprescindible la presencia de paliativos como es el caso que nos ocupa.

“Mas, el problema de los proletarios y campesinos pobres, se ve agravado por el hecho de que tal seguridad social, en la República Dominicana, existe en las palabras, no en los hechos. El problema se ha convertido en una tragedia. Gracias”.
(FIN).

Dr. Manuel de Jesús Linares Jiménez
Enero 2023.

Seguridad social



RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio, tiene por finalidad expresa estimar costos y financiamientos de un conjunto de variables esenciales que actualmente inciden de manera decisiva en la problemática de la seguridad social en la República Dominicana, muy especialmente a partir de la promulgación de la ley 87-01, de fecha 9 de mayo del 2001.

Nos hemos preguntado: ¿Cuáles son los factores esenciales que podrán incidir en el costo global y el costo per cápita del PBS? ¿Permite el marco conceptual y metodológico de las cuentas nacionales del sector salud, diseñados por el Banco central de la República Dominicana, emprender el camino que conduzca hacia una transformación de las partidas presupuestarias gubernamentales a favor del SFS? ¿Qué metodología podríamos definir para evaluar el costo y fuente de financiamiento del SFS?

En efecto, con la realización de este estudio, se persigue estimar los costos del SFS y del PBS, proponer el marco conceptual del desmonte de las partidas presupuestarias para el financiamiento del sistema (artículo 20, de la ley de seguridad social) y proponer la metodología para la evaluación del costo y fuente de financiamiento del SFS.

Las hipótesis principales que guiaron la investigación fueron las siguientes:

1. Los costos del seguro familiar y plan básico de salud, están directamente asociados con las siguientes variables: la población a ser beneficiada e insumos y factores a utilizar en los servicios de salud, implicados en el plan.
2. Los criterios para la determinación del desmonte de las partidas presupuestarias gubernamentales citadas en el artículo No.20 de la ley de referencia, se fundan en el marco teórico-metodológico, construido por el Banco Central, a fin de elaborar las cuentas nacionales del sector salud de la República Dominicana.
3. La metodología para evaluar científicamente los costos y financiamiento del seguro familiar de salud, reposa en la conjunción de métodos cuantitativo-analíticos.

Para lograr los objetivos planteados y contrastar las hipótesis con la realidad, fueron desarrolladas estas actividades:

Seguridad social

Revisión de literatura y antecedentes vinculados al tema objeto de investigación.

Evaluación, en términos analíticos y cuantitativos, del costo y fuente de financiamiento del seguro familiar de salud y plan básico de salud.

Definición del marco conceptual del desmonte o transformación de las partidas presupuestarias para el financiamiento del sistema, las cuales están contenidas en el artículo 20 de la ley No. 87-01.

Incorporación de la información disponible de las cuentas nacionales de salud a la estimación del costo del SFS y PBS y sus fuentes de financiamiento.

Definición de la metodología para la evaluación del costo del SFS y PBS.

El camino que supuso el estudio fue transitado del modo siguiente:

Primer paso: escuchamos de viva voz las necesidades de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), respecto al objeto a investigar.

Segundo paso: nos reunimos con parte del plantel técnico de la SISALRIL, del cual recibimos orientaciones y sanos consejos.

Tercer paso: lectura intensiva de la literatura y documentos relacionados con la seguridad social.

Cuarto paso: formulamos el proyecto de investigación.

Quinto paso: emprendimos la colección de datos e informaciones sobre las variables contenidas en las hipótesis.

Sexto paso: las estimaciones de costos de la SISALRIL fueron sometidos a estudios, en base a los cuales pudimos montar todo un conjunto de supuestos y simular escenarios de costos y financiamientos.

Séptimo paso: paralelamente con 11 volúmenes de “Informe de ejecución presupuestaria” de la ONAPRES, correspondientes al lapso 1990-2000, fuimos desmontando las partidas presupuestarias de las entidades gubernamentales.

Octavo paso: después que analizamos los datos desde el punto de vista estadístico, procedimos finalmente a elaborar el reporte de la investigación.

Los resultados más importantes del estudio son los siguientes:

Por cuanto el estudio de la SISALRIL, en lo que concierne a los costos del PBS, sometido a estudio crítico, refleja la realidad investigada y se hizo conforme a los mejores enfoques cuantitativos y analíticos para la estimación de costos, por cuanto incluye todos los servicios de salud recomendados por la ley No. 87-01, en el artículo 129, nos acogimos a las estimaciones de costos formuladas por dicha entidad, en el escenario de costos bajos, alternativa C (la más baja), la cual arroja un costo per cápita de RD\$2,176.10 (aproximadamente US\$120.89).

Los resultados del primer escenario (cuyos supuestos están relacionados con la evolución de la población conforme a la alternativa intermedia de la proyección realizada por CELADE, tasa de inflación 6.5% y los medicamentos ambulatorios se incrementan en 10%), fueron:

**Proyección del costo total y del costo per cápita del PBS en el
primer escenario (2003-2010)
(En RDS)**

Año	Costo total	Costo per cápita
2003	20,984,832,286	2,325.86
2004	22,671,890,330	2,477.04
2005	24,576,026,532	2,647.79
2006	26,633,631,418	2,830.61
2007	28,856,694,767	3,026.39
2008	31,258,127,353	3,236.07
2009	33,851,818,809	3,460.68
2010	36,652,730,155	3,701.32

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de SISALRIL.

Resultados del segundo escenario (supuestos; un copago o cuota de recuperación de 15%, en las áreas de odontología, atenciones altamente complejas, y rehabilitación, provoca un desestimulo en la demanda de esos servicios y un descenso de un 10% en los costos per cápita en dichos tratamientos. En las otras áreas se mantiene el supuesto de inflación de 6.5%; un incremento de 10% en los medicamentos ambulatorios; y se mantiene el aumento vegetativo de la población).

Seguridad social

**Proyección del costo per cápita en el segundo escenario
(2003-2010)**

Año	Costo per cápita (RD\$)
2003	2,288.57
2004	2,437.33
2005	2,605.50
2006	2,785.57
2007	2,978.42
2008	3,184.99
2009	3,406.28
2010	3,643.37

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de SISALRIL.

Resultados del tercer escenario (supuestos: incorporación del servicio medicamentos ambulatorios, dentro de aquellos que estarían sujetos también al copago de 15%, que provoca un descenso en la demanda y ésta un descenso en el costo per cápita de 10%; inflación 6.5% anual; y se mantiene el crecimiento vegetativo de la población).

**Proyección del costo per cápita del PBS en el tercer escenario
(2003-2010)**

Año	Costo per cápita (RD\$)
2003	2,262.44
2004	2,409.50
2005	2,574.88
2006	2,751.89
2007	2,941.38
2008	3,144.23
2009	3,361.45
2010	3,594.06

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de SISALRIL.

Resultados del cuarto escenario en el que se consideran bs tres regímenes de afiliación, es decir, contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado. Supuestos: Se parte de los supuestos del tercer escenario, arriba discutido, el cual de hecho entraña los supuestos de los restantes.

Linares

**Proyección del PBS por régimen de afiliación en el cuarto
escenario (2003-2010)
(En millones de RD\$)**

Año	Contributi- vo	Contri- butivo subsidiado	Subsidiado	Aporte del Estado	Aporte privado	Total
2003	8,165.0	8,165.0	4,082.5	8,042.6	12,370.0	20,412.6
2004	8,821.5	8,821.5	4,410.7	8,689.2	13,364.5	22,053.7
2005	9,559.7	9,559.7	4,779.8	9,416.3	14,482.9	23,899.3
2006	10,357.2	10,357.2	5,178.6	10,201.8	15,691.1	25,892.9
2007	11,218.4	11,218.4	5,609.2	11,050.2	16,995.9	28,046.1
2008	12,148.4	12,148.4	6,074.2	11,966.2	18,404.8	30,370.9
2009	13,152.5	13,152.5	6,576.2	12,955.2	19,925.9	32,881.1
2010	14,236.2	14,236.2	7,118.1	14,022.7	21,567.9	35,590.6

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de SISALRIL.

Resultados del escenario optimista en la problemática de financiamiento de los regímenes de afiliación. Supuestos: Tasas de evasión en la afiliación en los regímenes contributivo y contributivo-subsidiado, es de 0%; en el contributivo-subsidiado, la cotización es un 8% de los ingresos promedios.

**Proyección flujo de financiamiento proveniente de los
regímenes de afiliación en el escenario optimista (2003-2010)
(En millones de RD\$)**

Afiliación	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Contributivo:								
1.Total	9,227.0	9,968.8	10,766.3	11,623.5	12,544.7	13,534.2	14,596.8	15,737.5
2.Cuidado salud	7,870.6	9,001.8	10,152.6	10,961.0	11,829.6	12,762.7	13,764.8	14,840.5
Cont. subs.	7,132.1	7,705.5	8,321.9	8,984.5	9,696.5	10,461.3	11,282.7	12,164.4
Subsidiado	1,633.0	1,764.3	1,911.9	2,071.4	2,243.7	2,429.7	2,630.5	3,084.9
Total	17,992.1	19,438.6	21,000.1	22,679.4	24,484.8	26,425.2	28,509.9	30,986.9

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de SISALRIL.

Nota: Cont.= contributivo; subs.= subsidiado.

Seguridad social

Resultados del costo del PBS y financiamiento desde los regímenes de afiliación:

Costo del PBS y su financiamiento desde los regímenes de afiliación (2003-2010)
(En millones de RDS)

De-Ta-lles	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
I. Costos	20,413	22,054	23,899	25,893	28,046	30,371	32,881	35,591
II. Fin.:								
1. Contrib.	7,870.6	9,001.8	10,152.6	10,961.0	11,829.6	12,762.7	13,764.8	14,840.5
2. Contrib.-Subs.	7,132.1	7,705.5	8,321.9	8,984.5	9,696.5	10,461.3	11,282.7	12,164.4
3. Subs	1,633.0	1,764.3	1,911.9	2,071.4	2,243.7	2,429.7	2,630.5	3,084.9
III, II/I	81.5%	83.7%	85.3%	85.0%	84.7%	84.5%	84.2%	84.5%

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de SISALRIL.

Nota: Fin.= Financiamiento; Contrib. = Contributivo; Subs.= Subsidiado.

Resultados del financiamiento de otras instituciones del sistema de seguridad social en el escenario optimista (El 10% del salario cotizante, en el régimen contributivo, del cual nos habla el artículo 40 de la ley de seguridad social, es el que sirve de base para financiar otras instituciones y otorgar subsidios).

Distribución de los recursos financieros del régimen contributivo en el escenario optimista (2003-2007)
(En millones de RD\$)

Partidas	2003	2004	2005	2006	2007
	9%	9.5%	10%	10%	10%
Total	8,304.3	9,470.4	10,766.3	11,623.5	12,544.7
Cuidado de salud	8.53%	9.03%	9.43%	9.43%	9.43%
	7,870.6	9,001.8	10,152.6	10,961.0	11,829.6
Estancias	0.10%	0.10%	0.10%	0.10%	0.10%
	92.3	99.7	107.7	116.2	125.4
Subsidios	0.30%	0.30%	0.40%	0.40%	0.40%
	276.8	299.0	430.6	464.9	501.8
SISALRIL	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%
	64.6	69.9	75.4	81.4	87.1
Aporte de afiliado	2.7%	2.85%	3.0%	3.0%	3.0%
	2,491.3	2,841.1	3,229.9	3,487.1	3,763.4

Linares

	6.3%	6.65%	7.0%	7.0%	7.0%
Aporte del empleador	5,813.0	6,629.3	7,536.4	8,136.5	8,781.3

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de SISALRIL.

Resultados de costo y financiamiento en el régimen contributivo (escenario optimista):

Costos y financiamiento del régimen contributivo en el escenario optimista (2003-2010)
(En millones de RD\$)

Detalle	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
I. Costos	8,165.1	8,821.5	9,559.7	10,357.2	11,218.4	12,148.4	13,152.5	14,236.2
Financ.	7,870.6	9,001.8	10,152.6	10,961.0	11,829.6	12,762.7	13,764.8	14,840.5
Relación	96.4%	102.0%	106.2%	105.8%	105.4%	105.1%	104.6%	104.2%

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de SISALRIL.

Nota: Financ.= Financiamiento.

Resultados en el escenario pesimista. Supuestos: En este escenario partimos de que las tasas de evasión en la afiliación es de 45% en el régimen contributivo, pero irá reduciéndose paulatinamente hasta situarse en 20% en el año 2010 y de 75% en el contributivo-subsidiado y se irá reduciendo hasta quedar en 30% en el año 2010. Igualmente suponemos que en el contributivo-subsidiado, la cotización es de un 8% de los ingresos promedios.

Proyección flujo financiamiento proveniente de los regímenes de afiliación en el escenario pesimista (2003-2010)
(En millones de RDS)

Afiliación	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Contributivo								
1. Total	5,074.8	5,781.9	6,567.4	7,439.1	8,404.9	9,473.9	10,655.6	12,117.9
2. Cuidado de salud	4,328.8	5,221.1	6,193.1	7,015.1	7,925.8	8,933.9	10,048.2	11,427.2
Cont. subs.	1,783.0	2,311.6	2,912.7	3,593.8	4,363.4	5,230.7	6,431.1	7,906.9

Seguridad social

Subsidiado	1,633.0	1,764.3	1,911.9	2,071.4	2,243.7	2,429.7	2,630.5	3,084.9
------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de SISALRIL.

Nota: Cont. = contributivo; subs. = subsidiado.

Resultados de la comparación costo/financiamiento en el escenario pesimista.

Costo del PBS y su financiamiento desde los regímenes de afiliación en el escenario pesimista (2003-2010) (En millones de RD\$)

Detalle	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
I. Cos-Tos	20,413	22,054	23,899	25,893	28,046	30,371	32,881	35,591
II.Fin.								
I.Contributivo	4,328.8	5,221.1	6,193.1	7,015.1	7,925.8	8,933.9	10,048	11,427
2.Contributivo-subsid.	1,783.0	2,311.6	2,912.7	3,593.8	4,363.4	5,230.7	6,431.1	7,906.9
3,Subsidiado	1,633.0	1,764.3	1,911.9	2,071.4	2,243.7	2,429.7	2,630.5	3,084.9
III. (II/I)	40%	42%	46%	49%	51.8%	54.6%	58.1%	63%

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de SISALRIL.

Nota: Fin.= Financiamiento; Subsid.= Subsidiado.

Los resultados principales a nivel del desmonte y transformación de partidas presupuestarias gubernamentales, fueron los siguientes:

Proyección del gasto en salud de la SESPA:

Linares

Proyección del gasto en salud de la SESPAS (2001-2010)
(En millones de RDS)

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gastos Salud SESPAS	3,784	4,133	4,483	4,833	5,183	5,182	5,882	6,232	6,582	6,931
Gastos SESPAS	5,162	5,659	6,156	6,653	7,150	7,647	8,145	8,642	9,139	9,636

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de ONAPRES.

Proyección de los valores monetarios de la asistencia social:

Proyección de los valores monetarios de la asistencia social
2001-2010

Año	Gobierno central	Instituciones descentralizadas	Total (RDS)
2001	3,472,370,742	1,964,686,388	5,437,057,130
2002	3,970,255,631	2,081,260,187	6,051,515,818
2003	4,468,140,520	2,197,833,986	6,665,974,506
2004	4,966,025,409	2,314,407,785	7,280,433,194
2005	5,463,610,298	2,430,981,584	7,894,591,882
2006	5,961,795,187	2,547,555,383	8,509,350,570
2007	6,459,680,076	2,664,129,182	9,123,809,258
2008	6,957,564,965	2,780,702,981	9,738,267,946
2009	7,455,449,854	2,897,276,780	10,352,726,630
2010	7,953,334,743	3,013,850,579	10,967,185,320

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos ONAPRES*

Proyección de las erogaciones gubernamentales en seguro de salud:

Proyección erogaciones del gobierno central en seguros para empleados públicos (2001-2010)

Año	Monto (RD\$)
2001	203,541,493
2002	216,746,891
2003	229,952,289
2004	243,157,687
2005	256,363,085
2006	269,568,483
2007	282,773,881
2008	295,979,279

Seguridad social

2009	309,184,677
2010	322,390,075

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de ONAPRES.

Proyección de contribuciones al fisco de los juegos de azar:

Proyección de las contribuciones impositivas de los juegos de azar (2001-2010)

Año	Monto (RD\$)
2001	123,814,374
2002	130,005,092
2003	136,505,347
2004	143,330,614
2005	150,497,145
2006	158,022,002
2007	165,923,102
2008	174,219,257
2009	182,930,220
2010	192,076,731

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de ONAPRES.

Cuadro resumen de posibles aportes de las partidas presupuestarias consignadas en el artículo 20 de la ley 87-01:

Resumen proyectado (2001-2010)
(En millones de RD\$)

Acápite	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
A	3784	4133	4483	4833	5183	5182	5882	6232	6582	6931
B	5437	6052	6666	7280	7895	8509	9124	9738	10353	10967
C	204	217	230	243	256	270	283	2956	309	322
F	124	130	137	143	150	158	166	174	183	192
Total	9549	10532	11.516	12499	13484	14119	15455	19100	17427	18412

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de ONAPRES.

1) Al erigirse el costo total del PBS sobre la base de dos variables básicas: población a beneficiarse y el costo de los insumos y factores que sirven de fundamento para llevar a cabo los 12 servicios que los integran, fue notorio el incremento del costo total y del costo per cápita de dicho paquete; sobre todo en escenarios de alzas generalizadas de precios. De ahí, la tremenda importancia que reviste el hecho de que las autoridades del Banco Central de la República, continúen aplicando políticas monetarias y cambiarias que mantengan la tasa de inflación en niveles

manejables.

2) La edificación de escenarios optimistas, en lo que concierne a las posibilidades de financiamiento de los tres regímenes de afiliación en que se fundamenta el SFS, es decir, el contributivo, el contributivo-subsidiado y el subsidiado, en circunstancias en que la evasión que podría afectar al primero y al segundo de los regímenes, se presume de 0%, arroja resultados positivos muy especialmente en el contributivo que sería autofinanciable. Mas, cuando el problema es analizado en conjunto (los tres regímenes), se produce un ligero déficit.

3) En el escenario pesimista, matizado por elevadas tasas de evasión en los regímenes contributivo y contributivo-subsidiado, el régimen contributivo entra en un proceso operacional deficitario y vistos los tres en conjunto la situación pasa de déficit ligero (escenario optimista) a un déficit gigantesco; con lo que se pone al descubierto que el control de la evasión (en la afiliación y en el pago de las obligaciones, por parte de los sujetos implicados en la ley de seguridad social), será clave, para alcanzar y mantener el equilibrio financiero del sistema. Además esta conclusión pone en cuestión, el aspecto de la ley que no contempla subsidio alguno para el régimen contributivo; en el futuro la ley probablemente tendrá que ser reformada.

4) El desmonte y transformación de las partidas gubernamentales claramente identificadas en el artículo 20 de la ley 87-01 de seguridad social, al cuantificar y proyectar los recursos financieros, sobre la base de datos históricos, usando métodos estadísticos apropiados, se pudo obtener resultados que provocan cierta tranquilidad a los auspiciadores del contexto legal protector de los pobres, en el campo de la salud, en virtud de que subestimando las fuentes comentadas, siempre y cuando se cumpla con el artículo 20 de la ley, el Estado estaría en capacidad financiera de acometer su rol a favor del SFS. Por tanto, es conveniente que el agente económico gobierno, haga conciencia del cumplimiento de la ley, y que haga cumplir los contenidos de los párrafos II, III y IV del artículo 20, en los cuales se estipula el grado de sanción que recaerá sobre los funcionarios públicos que incumplan con el citado artículo.

Seguridad social



CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

En el planteamiento del problema que estamos investigando cabe preguntarse: ¿Cuáles son los factores esenciales que podrían incidir en el costo global y el costo per cápita del Plan Básico de Salud (PBS)? ¿Permite el marco conceptual y metodológico de las cuentas nacionales del sector salud, diseñados por el Banco central, emprender el camino que conduzca hacia una transformación de las partidas presupuestarias gubernamentales a favor del plan básico de salud? ¿Qué metodología podríamos definir para evaluar el costo y fuente de financiamiento del Seguro Familiar de Salud (SFS)? ¿Acaso dicha metodología estaría inscrita en el campo propiamente matemático, en la evaluación de proyectos o en la econometría?

Los resultados de la investigación realizada, responden claramente a cada una de estas preguntas.

1.2 Objetivos principales

Los objetivos básicos que se persiguen con la realización de esta investigación, son los siguientes:

1. Estimar los costos del SFS y del PBS.
2. Proponer el marco conceptual del desmonte de las partidas presupuestarias, para el financiamiento del sistema (artículo 20, de la ley de seguridad social).
3. Proponer la metodología para la evaluación del costo y fuente de financiamiento del seguro familiar de salud.

1.3 Contexto económico-social

Este estudio se ha llevado a cabo en una nación, que como la dominicana, exhibe con orgullo un crecimiento sostenido de su economía en el interregno 1991-2002, pero que al mismo tiempo arrastra taras que contrastan con el crecimiento económico, como la pobreza, la cual afecta a extensas capas de la población.

Por eso, nuestro país, hoy se empeña en ejecutar una ley de seguridad social, votada el 9 de mayo de 2001.

Los desocupados, las trabajadoras domésticas y trabajadores independientes en la República Dominicana, desde el punto de vista legal, pero especialmente en la práctica, carecían de seguridad social alguna.

Podríamos marchar hacia una corrección histórica de esa desigualdad. Luego de esta corrección, tendríamos una mayor justificación para enarbolar los éxitos económicos cosechados, en el lapso arriba citado, en lo que respecta al desarrollo económico capitalista de la nación dominicana.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Introducción

El marco teórico de la investigación emprendida, comprende dos etapas: la revisión de la literatura correspondiente y la adopción de una teoría o desarrollo de una perspectiva teórica, en el campo de la seguridad social.

2.2 Revisión de literatura

En esta parte hemos detectado y consultado la bibliografía y materiales que nos han reportado una utilidad invaluable, para los propósitos del estudio realizado, de los cuales fue recopilada la información relevante y necesaria que atañe a nuestro problema de investigación: costos del seguro familiar de salud y el plan básico y desmonte de las partidas presupuestarias gubernamentales para su financiamiento.

En ese tenor, estudiamos con sumo cuidado, los siguientes documentos que constituyen realmente el antecedente de esta investigación: República Dominicana: canasta de servicios básicos de salud; Costo del plan básico de salud del proyecto de ley de seguridad social; Escenarios macroeconómicos y fiscales para la reforma de la seguridad social en salud en la República Dominicana; Propuesta del catálogo de prestaciones del plan básico de salud; y Cuentas nacionales de salud.

De inmediato exponemos de manera sintética, el contenido de cada uno de estos estudios.

2.2.1 República Dominicana: canasta de servicios básicos de salud

En octubre de 1995, el Dr. Peter Cowley, consultor internacional del Banco Mundial, encabezó un equipo técnico para emprender un estudio relacionado con la estimación de los costos de una canasta básica de servicios de salud para la República Dominicana.

Seguridad social

Dicho estudio concluyó en abril de 1996. Posteriormente, fue actualizado por un equipo de consultores dirigido por la Dra. Nelcy Paredes, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

El estudio escogió aquellas enfermedades que representan una proporción significativa del total de la carga de enfermedad en el país, así como los principales programas de salud pública que se ejecutan en el territorio nacional.

Por tanto, se estudió cada una de estas enfermedades y se identificaron las intervenciones relacionadas con las mismas; se tomaron los programas de salud en los cuales el país ha logrado serios avances en cobertura y cuyas intervenciones asociadas son muy efectivas: enfermedades prevenibles por vacunas (polio, tosferina, sarampión, etc.), tuberculosis y los planes de atención prenatal y obstétrica.

El estudio clasifica las intervenciones o tratamientos, en clínicas y de salud pública. En las clínicas incluye las siguientes: tratamiento de tuberculosis, manejo integral del niño enfermo, cuidado prenatal y del parto, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, tratamiento de malaria, planificación familiar, cuidado de trauma, tratamiento de hipertensión arterial, detección y tratamiento del cáncer cérvico-uterino y atención limitada y primeros auxilios. Las intervenciones de salud pública, incluyeron: programa ampliado de inmunizaciones, salud escolar, hepatitis B, programa de control del SIDA y. prevención de la fiebre reumática.

El estudio está permeado por el enfoque costo-efectividad, que consiste en elegir proyectos que produzcan el máximo mejoramiento de la salud sujeto a los recursos disponibles, es decir, permite utilizar procesos técnicamente eficientes para obtener el resultado deseado al menor costo.

La estimación de los indicadores de costo-efectividad, fue el fruto de la combinación de los resultados del análisis de impacto de las acciones con los resultados del análisis de los costos de producción de esas acciones.

El enfoque costo-efectividad, facilita adoptar aquellos tratamientos prioritarios para la salud de la población y los que se traducen en un mayor beneficio en salud. Mide el beneficio en salud, de acuerdo al número de años de vida saludable ajustado por discapacidad que pueden ganarse o prevenirse de perderse, al invertir cierta cantidad de dinero en el tratamiento de la enfermedad en cuestión.

Para la definición de las intervenciones y el análisis de sus costos y efectividad, el estudio identifica algunas categorías operativas, tales como: insumos o materiales, procedimientos, tratamientos o intervenciones y conglomerados.

El documento aparea los tratamientos con las enfermedades y luego procede a costear cada uno de ellos. Posteriormente sugiere agrupar los tratamientos en conglomerados tomando como fundamento criterios de racionalidad de orden clínicos, epidemiológicos y operativos. Bifurca el cálculo del costo, en fijos y variables.

Los elementos que costea son: materiales, servicios médicos y paramédicos, personal administrativo y de soporte; servicios públicos, alquiler, seguros y depreciación de infraestructura y equipo.

Los costos de cada procedimiento y tratamiento, los agrupa en: materiales o insumos, personal y costos indirectos.

Postula que los costos de los tratamientos, se componen de los costos de cada uno de los procedimientos sugeridos en los protocolos existentes descritos por los clínicos.

Después de calcular el costo de los conglomerados de intervenciones en los diversos programas, en el estudio se estima el número de casos a tratar con los tratamientos considerados, es decir ajusta el costo del tratamiento por la probabilidad de enfermar y ser tratado de la enfermedad en cuestión. De esta manera estima el costo por participante, el costo de atender el número de casos esperados y el costo per cápita para toda la población dominicana para el año 1997.

Al sumar todos los costos por participante y dividir por la población del país, obtuvo el costo per cápita del grupo de intervenciones incluidas en la investigación.

El trabajo establece el costo de la canasta básica solamente para la extensión de la cobertura actual en cada uno de los tratamientos.

Para el cálculo de la cobertura actual se aplica un porcentaje de efectividad para así tener un indicador más realista de cobertura efectiva esperada.

De las 15 intervenciones o tratamiento que componen la canasta básica, el porcentaje promedio de cobertura efectiva presente es de 42%, mientras que el porcentaje de la cobertura efectiva esperada es de 93.9%.

Seguridad social

Para el cálculo de los costos unitarios tanto variables como fijos, se tomó en cuenta cuatro (4) niveles de atención: clínicas rurales, subcentros de salud, hospital (consultas ambulatorias) y hospital (internamiento).

La unidad de medida usada fue el costo unitario por consulta y/o internamiento (medido en días-camas). Para el costo unitario de consulta y día-cama el estudio utilizó datos históricos.

La infraestructura, equipos médicos y de mantenimiento, mobiliarios y los vehículos se consideraron como costos fijos. Para los tres primeros se aplicó una tasa fija anual de depreciación de 1, 10 y 7% respectivamente.

En el caso de los vehículos se tomó un estimado de la vida útil para el cálculo del costo fijo ($\text{costo total} / \text{vida útil} = \text{costo fijo anual}$) y además, se le aplicó un 15% como costo de mantenimiento.

También formó parte de los costos fijos el personal administrativo (administración, mantenimiento y seguridad). Se calculó el costo total a partir de los salarios a pagar por niveles de atención.

Para los servicios hospitalarios se asumió que el área de consultas ambulatoria de los hospitales absorbe el 10% de los costos fijos y el resto, 90%, lo absorbe el internamiento.

Los costos variables, son los costos por el personal de salud, medicamentos, laboratorios, rayos x, materiales gastables, gasolina, agua, luz, teléfono y comidas. Todo esto fue calculado por tipo de intervención y por consulta y/o día-cama.

El costo variable en personal de salud, se calculó a partir del tiempo promedio por consulta dedicado por el personal para cada una de las intervenciones. Esto se calculó para cada nivel de atención. El tiempo dedicado se multiplica por el salario/minuto u hora. El cálculo del tiempo, se obtuvo a partir de las normas establecidas por la SESPAS en algunos casos y en otros a través de consultas a expertos. Las categorías de personal incluida fueron: médicos generales y especialistas, enfermeras auxiliares, laboratoristas y promotores.

2.2.2 El costo del plan básico de salud del proyecto de ley de seguridad social

Este trabajo tuvo por objeto estimar el costo total y el costo per cápita del paquete básico de salud, que se describía en aquel momento en el proyecto de ley de

creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

El trabajo se inicia con un diagnóstico de la situación actual del sistema de salud dominicano, en el que se analiza el citado proyecto de ley, los regímenes de afiliación, la descripción del plan básico de salud, la cobertura actual en salud de la población dominicana, la actual utilización de los servicios, el gasto público y privado en salud y el financiamiento del sistema.

Una vez analizado el entorno, se aborda la metodología utilizada en el informe, en el que se establecen tres variables de estudio: la población, la frecuentación o utilización de los servicios y los costos propiamente dichos.

A partir de esas tres variables se obtuvo el resultado final, es decir, el costo del paquete básico partiendo de la hipótesis de que se mantendrá la utilización de los servicios actuales y que la cartera de servicios está compuesta por todos los servicios que se ofrecen en la actualidad en el sector público. No obstante, el documento plantea diversas hipótesis, que afectan de manera sensible a los costos.

Para analizar la frecuentación, el estudio utilizó los datos existentes del número de consultas, de emergencias y de egresos hospitalarios de la SESPAS y el IDSS. Estos datos se extrapolaron al conjunto del país teniendo en cuenta los porcentajes de utilización del sector público y del sector privado, analizados por la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) de la República Dominicana.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: la tasa de utilización de las consultas fue de 1.12 consultas por habitante y año, la tasa de frecuentación de emergencias de 0.6 emergencias por habitante y año y la tasa de frecuentación de hospitalización de 0.11 egresos por habitante y año. En cuanto a la atención odontológica, se contabilizaron 0.23 consultas por habitante y año.

Los datos de costos se obtuvieron tanto del sector público como del sector privado. Para analizar los datos de costos de la atención especializada en el sector público, se tomó una muestra de nueve (9) hospitales de la SESPAS, con representación de hospitales de distintos grupos (hospitales nacionales, de referencia regional, de referencia zonal y hospitales de zona).

Calculados para el año 2000 los resultados fueron los siguientes: RD\$8,394 millones, lo que supone a su vez un gasto de 988 pesos per cápita para este rubro.

Seguridad social

Para el cálculo de los datos de atención primaria, se revisaron varios estudios realizados hasta la fecha para la CERSS. De estos estudios se obtuvieron los costos del paquete básico de atención primaria, al que se añadieron los costos de los biológicos para las vacunas y los medicamentos para la tuberculosis, lo que arrojó una cifra de 220 pesos per cápita para el año 2000.

Para la valoración de los costos de la atención odontológica general se incluyó la información y educación en materia de higiene y salud bucodental, las medidas preventivas y asistenciales para la población infantil, diagnósticos, radiología periapical y profilaxis para la población en general, tratamiento de procesos agudos odontológicos, entre otros procedimientos, arrojando un costo total de 458 millones de pesos y de 54 pesos per cápita.

Respecto a los medicamentos ambulatorios, fue tomado el gasto per cápita en medicamentos del Banco Central y actualizándolos para el año 2000, se realizó una estimación del costo per cápita de dicho rubro, llegando a una cifra de 200 pesos per cápita, arrojando un costo total de 1,700 millones de pesos para toda la población.

En el caso del gasto en prótesis médicas, se estimó un costo per cápita de 43 pesos; para la rehabilitación se estimó un costo per cápita de 9 pesos. Respecto a los costos estructurales del sistema, fue estimado un costo per cápita de 138 pesos.

Al multiplicar la población por frecuentación y por costos los unitarios, se obtiene un costo per cápita para cada uno de los rubros que una vez sumados, arroja una cifra aproximada del costo del paquete básico de 14 mil millones de pesos al año, es decir, 1,652 pesos per cápita.

Del montante total, un 60% iría destinado a la atención especializada, un 13% a la atención primaria, un 4% a la atención odontológica, un 3% a rehabilitación y prótesis, un 12% a medicamentos ambulatorios y un 8% a cubrir los costos administrativos del sistema.

Una vez producidas estas estimaciones, se establecieron tres escenarios que permitieron predecir posibles cambios que pueden afectar los resultados finales. Un escenario contempla la posibilidad de copagos, otro las variaciones en la demanda y otro los aumentos en los costos.

2.2.3 Escenarios macroeconómicos y fiscales para la reforma de la seguridad social en salud en la República Dominicana

Este trabajo, de fecha julio de 2001, fue realizado por un conjunto de consultores, nacionales e internacionales, liderado por el Dr. Ricardo Bitrán,

Tuvo por objetivo principal, evaluar el impacto fiscal y la factibilidad financiera del proyecto (hoy ley) de reforma de la seguridad social en salud.

Otros objetivos un poco más concretos fueron los siguientes:

Desarrollar una metodología de evaluación del impacto económico fiscal de la reforma e implantarla mediante un modelo de simulación.

Evaluar la factibilidad financiera e impacto económico y fiscal del Sistema de Seguridad Social propuesto, usando la metodología anterior. Formular, simular y evaluar escenarios alternativos de reforma.

Recomendar cambios de diseños necesarios.

Para responder a los objetivos del trabajo, los autores examinaron las cifras de gasto, consumo de servicios, desempeño económico, evasión tributaria y otras, con el fin de establecer escenarios alternativos de simulación.

Para simular, se desarrolló un modelo y varios escenarios tomando en cuenta: a) tasa de evasión de aportes a la seguridad social;

b) crecimiento económico;

c) costo del paquete básico de salud; y el grado de duplicación del gasto público al coexistir subsidios a la oferta pública de servicios y a la demanda por aseguramiento en los regímenes contributivo-subsidiado y subsidiado.

Los resultados principales fueron los siguientes:

Escenario pesimista. Crecimiento económico bajo y alta evasión en el pago de las cotizaciones, el monto que debe asignar el Estado para financiar el Seguro Familiar de Salud asciende en promedio a un 1.6% del PIB. Si a éste se le agrega el gasto público del año 2000 en salud, el cual bordea el 1.4% del PIB, se obtiene un gasto público total de 3%.

Seguridad social

Las tasas de evasión, tanto en la afiliación como en el pago de las cotizaciones son críticas para la sustentabilidad del sistema. Una tasa de evasión en el pago de cotizaciones del régimen contributivo, superior al 50% impedirá que éste se autofinancie.

El control de la duplicidad en el gasto, que se produce al pasar de los subsidios a la oferta a los subsidios a la demanda, es un desafío para el éxito de la reforma.

Tasas de crecimiento de los productos superiores al 3% facilitarán el éxito de la reforma, al permitir el aumento de los beneficios y de la cobertura.

2.2.4 Propuesta del catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud

Este trabajo es de fecha 19 de junio del 2002 y su confección estuvo a cargo de la SISALRIL.

Es el más actualizado de los estudios, que en el país se han elaborado, sobre la estimación del costo del PBS.

En la cobertura del PBS se incluyen las siguientes atenciones:

1. Programa de Atención Médica Primaria (PAMP). Este programa provee la asistencia médica fundamental, puesta al alcance de todos los individuos y familias beneficiarias de la seguridad social. Opera al nivel de un médico de la familia y una Unidad de Atención Primaria (UNAP).

2. Programas de prevención. estos son principalmente:

- a) Plan materno infantil.
- b) Programa de prevención del cáncer de cuello uterino.
- c) Programa de prevención del cáncer de mama.
- d) Planificación familiar.
- e) Tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
- f) Acciones preventivas para el adulto joven y adulto mayor.

3. Atención especializada. Este programa comprende:

- a) Asistencia ambulatoria.
- b) Internamiento.

4. Salud mental. Incluye: Prevención en salud mental y prestaciones cubiertas.
5. Rehabilitación. Incluye consultas, terapias y aparatos y prótesis.
6. Odontología. Incluye acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento.

El trabajo cuantifica el costo per cápita del PBS, en el año 2002, en dos escenarios, uno de costos bajos y otro de costos altos. Cada uno de los escenarios posee tres alternativas: A, B y C.

En un segundo momento, el estudio proyecta los costos totales del PBS para el período 2002-2010, pero desglosados por regímenes: contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado. Esta proyección se hace en los dos escenarios citados y sus tres alternativas.

En un tercer momento, cuantifica los flujos de financiamiento del PBS, en un nivel de detalle realmente sorprendente, donde además aparecen nuevos supuestos tales como evasión de cotización.

2.2.5 Cuentas nacionales de salud

Las documentaciones del Banco Central de la República Dominicana, sobre este particular, fueron consultadas con mucha atención, debido a que servirían de base para la respuesta del producto número dos (2) de esta investigación. De inmediato resumirnos los elementos teóricos y metodológicos de las cuentas nacionales de salud y cuentas de salud del sector público (1996-1999).

Las cuentas nacionales de salud, son un conjunto coherente y detallado de cuentas y tablas que integran en forma matricial las estadísticas dispersas sobre el gasto en salud, donde se describen los usos y fuentes de los recursos, presentando los gastos y como los mismos son asignados a usos específicos a través de los agentes que administran los mismos, cuyo objetivo es servir de base para el diseño de la política sectorial y evaluar el impacto de las reformas para lograr una optimización de los recursos destinados al sector.

Se concibe el gasto en salud como todos los desembolsos realizados por los sectores público y privado, así como los hogares, para la prevención, promoción, rehabilitación y cuidado, que tengan como objetivo mejorar la salud. Incluye tanto gastos corrientes como de capital. Esta conceptualización excluye los subsidios

Seguridad social

generales de alimentos, el abastecimiento y mejoramiento del agua potable, el mejoramiento de la vivienda, los gastos en servicios comunitarios y de asistencia social.

La clasificación funcional del gasto, implica desglosar los propósitos del gasto en la atención de la salud pública y privada; su clasificación objetual, supone la composición de bienes y servicios del gasto.

Los fondos para salud se generan en varios sectores, por estos conceptos: gobierno (impuestos generales, impuestos dedicados, beneficencia pública, ventas de bienes y servicios, cooperación extranjera, préstamos internacionales y primas de seguro); empresas privadas (primas de seguro, ingresos personales, venta de bienes y servicios, donaciones y cooperación extranjera); hogares (venta de bienes y servicios, donaciones y cooperación extranjera); ONG (cooperación extranjera, venta de bienes y servicios, subsidios del gobierno y donaciones provenientes del sector privado); y resto del mundo (primas de seguro, venta de bienes y servicios y donaciones).

Los perceptores de estos fondos son los agentes financieros: gobierno central, instituciones descentralizadas, municipalidades, seguridad social, sociedades financieras públicas (Banco Central, Banco de Reservas, Banco Agrícola, Banco Nacional de la Vivienda y Monte y Piedad), sociedades no financieras públicas y empresas no financieras privadas (ONG, hogares y resto del mundo).

Los proveedores del servicio de salud son clasificados así: públicos y privados. Las funciones de gasto, consideradas tanto para el sector público como privado, fueron: Promoción de la salud, atención preventiva, atención curativa, investigación y formación de recursos humanos, regulación, producción y compra de insumos, administración y edificaciones.

Las categorías de gasto por objeto o bienes y servicios, tanto para el sector público como privado, fueron: servicios personales (gasto de nómina); servicios no personales (compra de servicios excluyendo seguro); productos medicinales y farmacéuticos, equipos médicos y quirúrgicos, otros equipos y reparaciones equipo e instrumental, edificaciones y gastos de administración.

2.3. Diagnóstico de la situación actual

En el proceso de cognición de la materia investigada, creímos conveniente además diagnosticar los elementos vitales del sector salud en la República Dominicana,

pues el nuevo marco de la problemática de la seguridad social, seguro familiar y su financiamiento, en el país, tiene como telón de fondo dicho sector.

2.3.1. Ley de seguridad social⁶

El sector salud de la República Dominicana, tiene por característica hoy la presencia de una ley, No. 87-01, promulgada el 9 de mayo del 2001, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), en el marco de la constitución de la República Dominicana, para 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 laborales.

Tienen derecho a ser afiliados al SDSS todos los ciudadanos dominicanos y los residentes legales en el territorio nacional. De ahí que tengan derecho a beneficiarse del Seguro Familiar de Salud (SFS).

En cambio son beneficiarios del seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia, los trabajadores dependientes y los empleadores, los trabajadores dominicanos que residen en el exterior; los trabajadores independientes y los empleadores y los desempleados, discapacitados e indigentes.

Trabajadores dependientes y los empleadores y los trabajadores por cuenta propia, serán beneficiarios del seguro contra riesgos laborales.

El SDSS estará integrado por los siguientes regímenes de financiamiento: un régimen contributivo, que será financiado por los trabajadores y empleadores, incluyendo al Estado como empleador; un régimen subsidiado, que protegerá a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes; dicho régimen será financiado por el Estado dominicano; un régimen contributivo- subsidiado, que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador.

⁶ Secretaría de Estado de Trabajo: *Ley No. 87-01* que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, promulgada el 9 de mayo del 2001. Editora Centenario, S.A., Santo Domingo, R.D., 2001.

Seguridad social

El régimen contributivo, se financiará del modo siguiente: cotizaciones y contribuciones obligatorias de los afiliados y de los empleadores; los beneficios, intereses y rentas provenientes de las reservas del Fondo de Solidaridad; el importe de las multas impuestas como consecuencia del incumplimiento de la ley de seguridad social y sus normas complementarias; la realización de activos y utilidades que produzcan sus bienes; y las donaciones, herencias, legados, subsidios y adjudicaciones que se hagan en su favor.

En dicho régimen, el empleador contribuirá al financiamiento del seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia y del seguro familiar de salud, con el 70% del costo total y al trabajador le corresponderá el 30% restante. Respecto al costo del seguro de riesgos laborales, será cubierto en un 100% por el empleador. Igualmente el empleador aportará el 0.4% del salario cotizable para cubrir el Fondo de Solidaridad Social del sistema previsional.

El régimen subsidiado se financiará con las aportaciones del Estado dominicano. En cambio el contributivo subsidiado, dependerá de los beneficiarios y del Estado dominicano. Las aportaciones del Estado dominicano, provendrán de las siguientes fuentes:

- a) Las partidas del presupuesto de la SESPAS destinadas al cuidado de la salud de las personas.
- b) partidas gubernamentales para programas de asistencia social, las cuales serán integradas y especializadas para financiar las prestaciones de la población indigente y de los grupos sociales con insuficiente capacidad contributiva.
- c) Partidas gubernamentales destinadas a contratar los seguros de salud y planes de pensiones de los departamentos de la administración pública.
- d) Ingresos de los impuestos especializados para el pago complementario de los recursos humanos del sector salud.
- e) Impuestos a las ganancias de los premios mayores.
- f) Impuestos a los juegos de azar autorizados.
- g) Patrimonios sin herederos.
- h) Bienes confiscados a los juegos de azar autorizados.

- i) Las utilidades obtenidas por las empresas públicas capitalizadas.
- j) Recursos extraordinarios de fuentes nacionales e internacionales para apoyar la reforma del sector salud y la rehabilitación y desarrollo de la infraestructura pública.
- k) Impuestos correspondientes a los beneficios obtenidos por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las empresas Proveedoras de Servicios de Salud (PSS).
- l) Otros recursos adicionales ordinarios que serán consignados en la ley de Gastos Públicos.
- m) La Lotería Nacional será administrada en beneficio del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

El seguro familiar de salud de los regímenes subsidiado y contributivo- subsidiado, cubrirá las siguientes prestaciones: Plan básico de salud y servicios de estancias infantiles.

El plan básico de salud estará compuesto, por los siguientes servicios: Promoción de la salud y medicina preventiva; atención primaria de salud; atención especializada y tratamientos complejos; exámenes de diagnósticos; atención odontológica pediátrica y preventiva; fisioterapia y rehabilitación; y prestaciones complementarias.

El SDSS desarrollará servicios de estancias infantiles para atender a los hijos de los trabajadores, desde los 45 días de nacidos hasta cumplir los 5 años de edad. Garantizarán alimentación, servicios de salud materno-infantil, educación preescolar, actividades de desarrollo psico-social y recreación La prestación de estos servicios estará a cargo del IDSS. Serán financiadas con fondos del seguro familiar de salud, con recursos aportados por el Estado dominicano, por recursos aportados por el sector privado y aportaciones de extranjeros.

El seguro familiar de salud del régimen contributivo, se fundamenta en un régimen financiero de reparto simple, basado en una cotización total 10% del salario cotizable: un 3% a cargo del afiliado y un 7% del empleador.

El régimen subsidiado será financiado con un aporte del Estado dominicano, con cargo a la ley de gastos públicos. Su monto será determinado en función de la

Seguridad social

cantidad de población atendida y del costo per cápita del plan básico de salud. Durante el período de transición, la SESPAS deberá separar, los fondos asignados en su presupuesto e identificar los recursos destinados a la atención a las personas. En función de la población comprendida por este régimen, se determinará el monto actual de la asignación per cápita, debiendo el Estado dominicano adicionar los recursos necesarios para completar el costo per cápita del plan básico de salud correspondiente a este régimen de las aportaciones consignadas en el artículo 20 de ley en cuestión.

En el financiamiento del régimen contributivo subsidiado, el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) determinará mediante estudios, la distribución del costo per cápita del PBS entre el trabajador y el Estado dominicano, tomando en cuenta la capacidad contributiva real de los diversos segmentos de los trabajadores por cuenta propia, así como la disponibilidad del Estado dominicano.

2.3.2. La salud en los subsectores público y privado

La salud pública en la República Dominicana, es servida por las siguientes instituciones:

- a) Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).
- b) El Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE).
- c) El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).
- d) El Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL).
- e) Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA).
- f) Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM).
- g) Las municipalidades.

El subsector privado está formado por instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios, con y sin fines de lucro.⁷

⁷ Gámiz de Luna, Clara: “El costo del Plan Básico de Salud del proyecto de ley de seguridad social”. Informe final de consultoría. Préstamo BID 1047/OC-DR, componente elaboración de políticas. Comisión Ejecutiva para la reforma del Sector Salud. Santo Domingo, R.D., octubre 2000, págs.

2.3.2.1 Servicios de salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

La SESPAS es una institución inscrita en el pliego de entidades que conforman el gobierno central de la República. Su objeto central es brindar servicios de salud a la población dominicana (aproximadamente el 80% de los habitantes del país). Para llevar a cabo su proceso operativo la SESPAS divide el país en ocho regiones:

Regiones	Provincias
Región 0	Santo Domingo
Región I	Peravia, San Cristóbal y Monte Plata
Región II	Santiago, La Vega, Espaillat, Puerto Plata y Monseñor Noel
Región III	Duarte, Sánchez Ramírez, Samaná, Salcedo y María Trinidad Sánchez
Región IV	Barahona. Bahoruco. Independencia y Pedernales
Región V	El Seibo, San Pedro de Macorís, La Romana y La Altagracia
Región VI	San Juan de la Maguana, Estrelleta y Azua
Región VII	Valverde, Montecristi, Dajabón y Santiago Rodríguez

Dicha institución consta de cinco (programas)⁸:

1. Administración superior (referida a la coordinación intra y extra sectorial, al servicio nacional de salud, desarrollo de los recursos humanos, apoyo administrativo, manejo y control de medicinas y planificación sectorial).
2. Coordinación de normas y control de programas de salud (incluye servicio de apoyo para la realización de diagnósticos y tratamientos, servicio de salud a la madre y al niño, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud mental, salud bucal, atención médica rural y atención al medio ambiente).
3. Servicios operativos (servicios intermedios de coordinación superior y control, servicios de salud primarios, servicios de salud secundarios y servicios terciarios).

14-23.

⁸ Es conveniente consultar “Ejecución presupuestaria” de la ONAPRES, donde aparecen detallados estos programas.

Seguridad social

4. Servicios sociales (asistencia social, bienestar social, servicios al menor y al anciano, protección al menor, protección a la vejez, entre otros).

5. Financiamiento a instituciones (Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados, Cruz Roja Dominicana, Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, Corporación de Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo, Consejo Nacional de Población y Familia, entre otras).⁹

El presupuesto ejecutado por la SESPAS ha ido aumentando en los últimos 11 años, a un grado tal, que el gasto real aumentó en un 474.45% como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro 1
Ejecución presupuestaria de la SESPAS (1990-2000)
(En millones de RD\$)

Año	Gasto nominal	IPC (base: 1999)	Gasto real
1990	526.3	56.84	897.51
1991	506.9	61.33	826.51
1992	828.4	64.50	1,284.34
1993	1,144.9	66.30	1,726.85
1994	1,400.5	75.79	1,847.87
1995	1,347.1	82.77	1,627.52
1996	1,614.8	56.04	1,876.80
1997	2,459.2	93.24	2,637.49
1998	3,543.9	100.53	3,525.22
1999	4,663.5	105.66	4,413.69
2000	5,939.0	115.19	5,155.83

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones del Banco Central y ONAPRES.

2.3.2.2 Los servicios de salud del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)

Esta es una institución ubicada dentro de los organismos públicos descentralizados o autónomos.

“El IDSS -apunta Gámiz de Luna- presta servicios a través de una red de 18

⁹ ONAPRES: “Informe de ejecución presupuestaria”, año 2000. Santo Domingo, R.D., p. 94.

*hospitales, 25 policlínicas y 183 consultorios, donde trabajan alrededor de 12,000 funcionarios, entre médicos de familia y especialistas, enfermeras, auxiliares y personal administrativo. En el año 1999 el IDSS contaba con 1,267 camas. Los establecimientos del IDSS se concentran en las principales zonas urbanas y no están organizados en redes. El IDSS incluye algunos medicamentos en su plan de aseguramiento (gratuitos en cualquier nivel de atención)”.*¹⁰ (Comillas y cursiva son nuestras).

*“El IDSS se financia con las cotizaciones de los patronos, empleados y el Estado. El patrono aporta el 7% de los salarios pagados, el afiliado el 2.5% de su salario y el Estado un 2.5% de la nómina salarial. Además, existe un aporte del 2.5% realizado por el empleador para el programa de accidentes de trabajo (...)”*¹¹ (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Los ingresos de capital del IDSS, dependen principalmente de préstamos internos. En cambio sus ingresos corrientes dependen de entradas propias corrientes (ventas de bienes y servicios en el renglón salud, intereses percibidos, alquileres y otros) y de aportes fiscales corrientes del gobierno central. Dentro de esta estructura de ingresos corrientes, ejerce una participación dominante la fuente de ingresos ventas de bienes y servicios, la cual en el año 2000 aportó el 96% de dichas rentas.

Durante la serie histórica 1990-2000 se produjo una tendencia hacia el superávit corriente del IDSS, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro 2
Ingresos y gastos del IDSS (1990-2000)
(En millones de RD\$)

Año	Ingresos corrientes (I)	Gastos corrientes (II)	Déficit/superávit* (III)= (I)-(II)
1990	350.8	345.0	5.8
1991	548.7	499.8	48.9
1992	674.4	632.8	41.6
1993	839.9	824.2	15.7
1994	900.5	910.6	-10.1
1995	986.9	1,070.8	-83.9
1996	1,149.0	1,111.6	27.4
1997	1,485.7	1,489.1	-3.4

¹⁰ Gámiz de Luna, Clara: Estudio citado, p. 14.

¹¹ Gámiz de Luna, Clara: Estudio citado, p. 15.

Seguridad social

1998	1,672.6	1,521.5	151.1
1999	1,906.1	1,741.0	165.1
2000	2,552.6	2,331.1	221.5

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de ONAPRES.

* Estos valores no incluyen los saldos iniciales de cada año, por tanto difieren del resumen del movimiento fiscal por año que aparece en “Informe de ejecución presupuestaria¹” de la ONAPRES.

Los gastos del IDSS desde la perspectiva de la clasificación económica, ponen al descubierto una pobre ejecución en el plano del gasto de capital respecto al gasto total; en los últimos 11 años, dicha relación no llega ni siquiera a un 10% por consiguiente la modernización tecnológica del Instituto se mueve lentamente.

Cuadro 3
Gastos corrientes y gastos de capital del IDSS
(1990-2000)

(En millones de RDS)

Año	Gastos de capital (I)	Gastos corrientes (II)	Gastos totales (III)	Relación % (IV) = (I)/(III)
1990	18.5	345.0	363.50	5.09
1991	34.4	499.8	534.20	6.44
1992	43.3	632.8	676.10	6.40
1993	17.2	824.2	841.40	2.04
1994	50.2	910.6	960.80	5.22
1995	33.9	1,070.8	1,104.70	3.07
1996	60.8	1,111.6	1,172.40	5.19
1997	127.6	1,489.1	1,616.70	7.89
1998	164.7	1,521.5	1,686.20	9.77
1999	90.3	1,741.0	1,831.30	4.93
2000	183.8	2,331.1	2,514.90	7.31

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

En la estructura del gasto de capital, al analizar la citada publicación de la ONAPRES, apreciamos que la amortización de la deuda interna del IDSS, ha ido ganando espacio velozmente en dicho gasto. En el 1989 participaba en 9%; 12 años después (en el 2000) se dispara a un 24%. lo que delata un sostenido proceso de endeudamiento interno, por parte de esta institución.

2.3.2.3. SESPAS-IDSS: frente al establecimiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social

Indiscutiblemente con la promulgación de la ley de seguridad social, No. 87-01, la SESPAS y el IDSS, se abocarán a cambios profundos en su estructura, visión y rol en el sector salud dominicano.

En efecto, de conformidad al artículo 164 de la nueva ley, el actual Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), conservará su personería jurídica, patrimonio, carácter público y tripartito y se transformará en una entidad administradora de riesgos y proveedora de servicios de salud y riesgos laborales, sin las funciones de dirección, regulación y financiamiento, las cuales serán de la exclusiva responsabilidad del Estado a través del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

Durante un período de cinco (5) años (artículo 165), a partir de la promulgación de la ley No, 87-01, el IDSS conservará a todos los trabajadores privados que sesenta (60) días antes de entrar en vigencia dicha ley, sólo estuviesen afiliados al régimen del seguro social, más sus familiares. Y por un período de dos (2) años los empleados públicos o de instituciones autónomas y descentralizadas permanecerán en las igualas y seguros privados a que estuviesen afiliados por lo menos sesenta (60) días antes de entrar en vigencia la presente ley y siempre que lo deseen.

El artículo 167, dice: “Con el propósito de fortalecer la red pública de salud y de lograr niveles adecuados de calidad, satisfacción, oportunidad, eficiencia y productividad, durante el período de transición, la SESEAS y el IDSS deberán realizar las siguientes reformas:

Remodelación y reacondicionamiento de las instituciones de salud y construcción y equipamiento de los centros de atención en las áreas geográficas de mayor demanda insatisfecha.

Implementación de formas de contratación de los recursos humanos que fomenten la dedicación institucional mediante un salario básico, más incentivos por desempeño y resultados obtenidos.

Capacitación de los recursos humanos en técnicas de desarrollo gerencial, determinación de costos, facturación y cobro, entre otras orientadas a elevar la eficiencia, productividad y competitividad. Separación de la responsabilidad de regulación, dirección y supervisión de las funciones de administración del riesgo y

provisión de los servicios de salud.

Implantación de modalidades de asignación de las partidas para el *“cuidado de la salud de las personas” de acuerdo a la cobertura real y al logro de metas institucionales definidas en los compromisos de gestión de las unidades de salud. Creación de consejos de administración de las redes de servicios públicos, incluyendo autoridades locales y a representantes comunitarios de los afiliados y usuarios.*

*“Firma de compromisos de gestión entre la SESPAS y/o el IDSS y el personal directivo, profesional, técnico y administrativo de las instituciones de salud, otorgando incentivos financieros, materiales y morales por el logro de metas de cobertura poblacional y por resultados obtenidos en términos de calidad, oportunidad y satisfacción”.*¹² (Comillas y cursiva son nuestras).

El artículo No. 168, que versa sobre un subsidio transitorio al IDSS, dice: *“Con el propósito de garantizar su funcionamiento normal y transformación en una entidad más eficiente, productiva y sostenible, en el caso de existir un déficit operativo el Estado Dominicano entregará un subsidio mensual al IDSS. El mismo provendrá del presupuesto nacional, tendrá un carácter temporal y decreciente y desaparecerá al concluir el período de transición. En ningún caso dichos recursos provendrán del SDSS”.*¹³ (Comillas y cursiva son nuestras).

El nuevo contexto reformado del sector salud, reclama de la SESPAS y el IDSS, mayores niveles de tecnología, transformación del sistema de contratación del personal de trabajo, cualificación de los recursos humanos de que disponen, división y especialización del rol directivo, énfasis en el cuidado de la salud de las personas, retroalimentación y combinación de los eslabones de la cadena de servicios públicos de salud e incentivo en función de logros en el plano de la calidad.

Por otra parte: *“Antes de la reforma, los afiliados al IDSS no podían elegir su asegurador y proveedor por lo que el IDSS no estaba sometido a fuerzas competitivas que lo llevasen a ser más eficiente (aun cuando la institución pueda haber tenido políticas orientadas a preservar la eficiencia). Como ya se dijo, esta situación cambiará radicalmente con la reforma que estipula como principio*

¹² Secretaría de Estado de Trabajo: Obra citada, págs. 136-137.

¹³ *Ibíd.*, págs. 137-138.

*fundamental, la libre elección del asegurador. Cuando los consumidores pueden cambiar de asegurador o de proveedor de servicios de salud, y esta decisión afecta directamente los ingresos de las instituciones, existen fuertes incentivos para mejorar la eficiencia. Se busca prestar la mayor cantidad y calidad de servicios con los recursos recibidos para así atraer nuevos afiliados y mantener los que ya lo son”.*¹⁴ (Comillas y cursiva son nuestras).

El IDSS tendrá por delante una tendencia hacia el cambio en la estructura de afiliados: de la economía formal hacia la economía informal, con todo lo que ello implica en una población llena de precarismo y carencias, dispersión y baja educación respecto a la prevención y promoción de la salud; por lo que los esfuerzos de mercadeo y administración deberán ser incrementados en una perspectiva de calidad y eficiencia, tanto en el campo tecnológico como económico.

El IDSS tendrá que entrar en un mundo de competencia “(...) *en materia de aseguramiento tanto para mantener los afiliados actuales como para atraer nuevas personas (...)* La decisión de las personas de desafiliarse o no del IDSS estará determinada por los beneficios esperados en cada uno de los sistemas, IDSS e iguales”.¹⁵ (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

Finalmente, el contenido del artículo 168, de la ley de seguridad social, No. 87-01, transcrito más arriba, traza la línea entre la eficiencia y la ineficiencia, puesto que primero postula que el subsidio mensual que el Estado entregará al IDSS, en caso en que incurra en déficit operativo, “tendrá un carácter temporal y decreciente y desaparecerá al concluir el período de transición”. Esto quiere decir, que el IDSS tendrá ante sí, el reto de alcanzar mayores niveles de eficiencia, para reducir los costos y optimizar sus servicios.

2.3.2.4. Los servicios de salud del Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE)

Este programa constituye “(...) *una entidad gubernamental centralizada, dependiente de la Presidencia de la República cuya función consiste en comprar y distribuir medicamentos e insumos médicos y quirúrgicos para la SESPAS y la red*

¹⁴ Bitrán, Ricardo y otros: “Escenarios macroeconómicos y fiscales para la reforma de la seguridad social en salud en la República Dominicana”. Proyecto de reforma y modernización del sector salud. Préstamo BID 1047/OC/DR. Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud. Santo Domingo, R.D., julio 2001, p. 15.

¹⁵ *Ibíd.*, p. 26.

Seguridad social

de boticas populares de la Presidencia de la República".¹⁶ (Comillas, el punto suspensivo y cursiva son nuestros).

Se financia sobre la base del presupuesto de la Presidencia de la República. El presupuesto ejecutado por PROMESE en los últimos 11 años fue como sigue:

Cuadro 4
Presupuesto ejecutado por PROMESE (1990-2000)
(En millones de RD\$)

Año	Presidencia República (I)	PROMESE (II)	Relación % (III)= (II)/(I)	Tasa de crecimiento (%) (IV)
1993	10,523.9	12.9	0.12	-
1994	11,498.2	12.8	0.11	-0.78
1995	11,328.1	19.3	0.17	50.78
1996	12,470.2	25.0	0.20	29.53
1997	13,069.2	40.3	0.31	61.20
1998	8,401.1	227.6	2.71	464.76
1999	7,776.7	240.7	3.10	5.76
2000	7,860.3	262.5	3.34	9.06

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de ONAPRES.

La importancia relativa de los recursos presupuestarios asignados al PROMESE, ha estado creciendo de modo significativo, como resultado de la comprensión de los gobernantes de la importancia del rol de dicho programa.¹⁷

En lo que concierne a la estructura del gasto, por objeto de bienes y servicios, correspondiente al PROMESE, pudimos comprobar un uso relativamente eficiente de los recursos financieros asignados, toda vez que el gasto en sueldos y salarios, ha ido disminuyendo, mientras que el renglón materiales y suministros va teniendo históricamente una participación cada vez más preponderante.

Cuadro 5
Presupuesto ejecutado por PROMESE por objeto del gasto (1993-2000)
(En millones de RDS)

Año	Total*	Servicios personales	Servicios no personales	Materiales y suministros	Maquinarias y equipos
1993	12.9	10.9	0.334545	1.400000	0.023314

¹⁶ Gámiz de Luna, Clara: Estudio citado, p. 16.

¹⁷ En ocasiones usado también con fines clientelista.

Linares

1994	12.8	11.0	0.462954	1.300000	0.830820
1995	19.3	18,0	0.519550	0.685515	0.010700
1996	25.0	21.3	0.664437	0.772406	0.151966
1997	40.3	38.8	144.0000	346.100000	0.005000
1998	227.6	50.6	0.025000	177.000000	-
1999	240.7	60.7	-	180.000000	-
2000	262.5	82.5	-	180.000000	-

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de ONAPRES.

*En virtud de que en este cuadro solamente aparecen cuatro (4) partidas del gasto por objeto, la suma de dichas cuentas no coincide con el total.

2.3.2.5. Salud e Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (ISSFAPOL)

Esta es una institución autónoma, pero bajo una administración centralizada, que depende del alto mando de las Fuerzas Armadas. Protege a guardias y policías, tanto activos como en retiro, a sus cónyuges e hijos.¹⁸

El presupuesto ejecutado por las FF.AA. de la República Dominicana, según se observa en el cuadro que más abajo se transcribe, viene experimentando cambios cuantitativos muy significativos; en el período estudiado, se incrementó en 895%, contribuyendo a que esta importante institución tienda a fortalecerse y a modernizarse.¹⁹ Pero estos caros objetivos no se pueden lograr sin avanzar en el campo de la salud dentro de dicha institución. De ahí que el gasto militar en seguridad social, en la serie histórica 1990-2000, se ha beneficiado de alzas impresionantes, puesto que la relación gastos seguridad social/gastos de las Fuerzas Armadas de 11% en el 1990 saltó a 26% en el 2000, multiplicándose por 2.36.

Cuadro 6
Presupuesto ejecutado en el área de la seguridad militar
(1990-2000)
(En millones de RD\$)

Año	Fuerzas Armadas (I)	Seguridad social militar (II)	Relación % (III)=II/I	Tasa de crecimiento % (IV)
1990	407.6	46.6	11.43	-
1991	430.2	46.5	10.81	-0.21

¹⁸ Gámiz de Luna, Clara: Estudio citado, p. 16.

¹⁹ A decir verdad, este proceso de modernización e institucionalización, comienza en agosto del 1978,

Seguridad social

1992	806.4	88.9	11.02	91.18
1993	1,216.8	93.1	7.65	4.72
1994	1,328.6	98.9	7.44	6.23
1995	1,148.4	116.4	10.14	17.69
1996	1,473.9	281.1	19.07	141.49
1997	2,149.3	453.3	21.09	61.26
1998	2,428.4	533.7	21.98	17.74
1999	2,805.9	727.0	25.91	36.22
2000	4,051.5	1,042.0	25.72	43.33

Fuente: Elaborado por Manuel Linares, con informaciones de la ONAPRES.

2.3.2.6. Salud y Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM)

Esta institución tiene por objeto ejecutar actividades que prevengan a la población dominicana, de la enfermedad infecto-contagiosa denominada paludismo.

La misma forma parte de las instituciones descentralizadas del sector público; pero sus ingresos dependen casi exclusivamente de los aportes fiscales corrientes provenientes del gobierno central, tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro 7
Ingresos totales del SNEM y aportes fiscales corrientes del gobierno central (1990-2000)
(En millones de RDS)

Año	Ingresos totales (I)	Aportes fiscales corrientes (II)	Relación % (IV)
1990	5.5	5.4	98.18
1991	6.8	6.3	92.65
1992	7.4	7.2	97.30
1993	8.6	8.6	100.00
1994	8.8	8.8	100.00
1995	9.7	9.6	98.97
1996	10.7	10.6	99.07
1997	13.8	13.7	99.28
1998	14.2	13.4	94.37
1999	16.9	13.5	79.88
2000	25.9	19.3	74.52

Fuente: Elaborado por Manuel Linares, con informaciones de la ONAPRES.

Por otra parte, es muy preocupante que al obtener la relación gastos en productos

químicos/gastos en servicios personales, en el SNEM, que la misma arroje un coeficiente de 20.62% en el año 1990, año a partir del cual se va produciendo un descenso en dicho coeficiente hasta situarse en 7.51% en el 2000; con lo que se pone de manifiesto una tendencia hacia aumentar el gasto en elementos propios de la burocracia, en detrimento de un renglón que está directamente conectado con el objeto de la existencia del SNEM.

Cuadro 8
Servicios personales versus productos químicos y conexos en el
SNEM (1990-2000)
(En millones de RDS)

Año	Servicios personales* (I)	Productos químicos (II)	Relación % (III)=(II)/(I)
1990	3.1	0.639079	20.62
1991	4.4	0.781717	17.77
1992	4.9	0.815267	16.64
1993	5.8	0.883002	15.22
1994	6.4	0.676629	10.57
1995	6.9	0.685270	9.93
1996	8.0	0.670893	8.39
1997	10.3	0.863377	8.38
1998	10.6	0.745483	7.03
1999	10.8	0.938136	8.69

Fuente: Elaborado por Manuel Linares, con informaciones de la ONAPRES.

*Gasto en sueldos para cargos fijos, sobresueldos, honorarios, gratificaciones y bonificaciones y otros servicios personales.

2.3.2.7. Salud y Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA)

Cuadro 9
Ingresos totales del CONAPOFA y aportes fiscales corrientes del
gobierno central (1990-2000)
(En millones de RD\$)

Año	Ingresos totales (I)	Aportes fiscales corrientes (II)	Relación % (IV)
1990	2.7	2.2	81.48
1991	4.3	2.7	62.79
1992	8.3	3.1	37.35
1993	8.1	3.1	38.27
1994	8.3	4.2	50.60
1995	9.8	7.5	76.53

Seguridad social

1996	10.7	9.8	91.59
1997	10.7	9.8	91.59
1998	11.3	10.2	90.27
1999	11.2	10.1	90.18
2000	14.8	11.9	80.41

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

El CONAPOFA tiene por objeto incidir sobre la planificación familiar, insistiendo en el elemento educación sobre métodos que evitan la natalidad en forma desorganizada e indeseada.

Forma parte de los organismos descentralizados, pero prácticamente centralizado al aporte fiscal corriente del gobierno central, como en el caso del SNEM. Esta afirmación se puede comprobar observando las cifras contenidas en el cuadro que más arriba se presenta.

En el CONAPOFA, el gasto en sueldos para cargos fijos tiene un peso dominante en la estructura del gasto, llegando en el 1999 a determinar el 67.62% de los gastos totales. Observe:

Cuadro 10
Relación gastos en sueldos para cargos fijos/gastos totales del
CONAPOFA (1990-2000)
(En millones de RD\$)

Año	Gasto totales (I)	Sueldos para cargos fijos (II)	Relación % (III)=(II)/(I)
1990	2.5	1.4	56.00
1991	9.4	5.9	62.77
1992	7.1	2.2	30.99
1993	7.8	3.0	38.46
1994	8.1	3.9	48.15
1995	8.8	5.5	62.50
1996	4.2	2.4	57.14
1997	10.1	7.2	71.29
1998	10.6	7.1	66.98
1999	10.5	7.1	67.62
2000	15.6	9.1	58.33

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de ONAPRES.

2.3.2.8. Gasto público en salud

El gasto en salud del sector público, en el período 1996-1999, representó en promedio el 2.0% del PIB y el 12.5% del gasto total del gobierno central. Además mostró una tendencia ascendente para los años citados, como se puede advertir en el siguiente cuadro:

Cuadro 11
Gasto público en salud como porcentaje del PIB (1996-1999)
(En millones de RD\$)

Concepto	1996	1997	1998	1999
PIB	183,361.2	215,062.3	241,907.6	278,163.8
Gasto en salud del sector público	3,190.8	4,160.8	5,023.5	5,969.3
Gasto/PIB (%)	1.7	1.9	2.1	2.2

Fuente: Banco Central de la República Dominicana, “Cuentas de salud del sector público 1996-1999” junio 2001.

El gasto en salud fue financiado en un 64.9% por el sector público. El sector privado, como fuente de financiamiento al sector público, aportó un 31.4%, mientras que el 3.7% restante provino de los recursos externos en forma de préstamos y donaciones.

Cuadro 12
Financiamiento del gasto en salud del sector público (1996-1999)
(En millones de RD\$)

Concepto	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Total	3,190.8	100.0	4,160.8	100.0	5,023.5	100.0	5,969.3	100.0
Sector público	1,917.8	60.1	2,701.7	64.9	3,340.9	66.5	4,060.0	68.0
Gobierno central	1,843.2	57.8	2,601	62.5	3,235.6	64.4	3,951.9	66.2
Inst. descentralizadas	74.5	2.3	99.9	2.4	104.5	2.1	107.5	1.8
Municipios	0.0	0.0	0.7	0.0	0.8	0.0	0.5	0.0
Sector Privado	1,072.7	33.6	1,422.8	34.2	1,519.3	30.2	1,641.0	27.5
Empresas No financieras	588.8	18.5	750.5	18.0	726.1	14.5	732.0	12.3
Hogares	484.0	15.2	672.4	16.2	793.2	15.8	909.1	15.2

Seguridad social

Recursos externos	200.3	6.3	36.3	0.9	163.3	3.3	268.3	4.5
----------------------	-------	-----	------	-----	-------	-----	-------	-----

Fuente: Banco Central de la República Dominicana, Cuentas de salud del sector público 1996-1999, junio 2001.

Nota: Inst.= instituciones.

En el gasto en salud del sector público, por funciones, durante el período 1996-1999, se destacó la participación de la atención curativa y la compra de insumos médicos, los cuales en conjunto concentraron el 71.3% del total. La promoción y prevención de la salud, en cambio, representó una baja proporción de apenas 1.1% con respecto al total. Igualmente la investigación y formación de recursos humanos (función asignada a la SESPAS) solamente alcanzó el 0,3% del total del gasto público en salud durante el período, poniendo al descubierto una minimización de la capacitación técnica y los programas de investigación médica. La producción y compra de insumos médicos, representó en promedio el 22.6% del total; la relación entre los recursos utilizados en la adquisición de insumos médicos y los gastos en atención curativa fue de 1:2, esto es, que por cada peso dominicano destinado a la atención curativa, se requirieron aproximadamente 50 centavos para los insumos utilizados en ofrecer este servicio.

Es destacable que durante el período los gastos en administración y en regulación representaron el 25% del total de recursos destinados a la salud, expresando una tendencia alcista durante el período de referencia, a costa de la función preventiva. Esto es lamentable, pues esta última función contribuye a la optimización de los recursos destinados al sector.²⁰

Cuadro 13
Gasto público en salud por funciones (1996-1999)
(En millones de RD\$)

Concepto	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Total	3,190.0	100.0	4,160.8	100.0	5,623.5	100.0	5,969.3	100.0
Promoción- prevención	40.1	1.3	39.0	0.9	66.2	1.3	60.2	1.0
Atención curativa	1,547.2	48.5	2,211.3	53.1	2,499.0	49.7	2,608.4	44
Investigación y formación de R.H.	4.5	0.1	5.6	0.1	8.4	- 0.2	57.1	1.0

²⁰ Véase la publicación del Banco Central de la República Dominicana: Cuentas de salud del sector público 1996-1999. Santo Domingo, R.D., junio 2001.

Linares

Regulación	386.6	12.1	555.8	13.4	876.4	174.4	926.4	15
Producción y compra de insumos médicos	891.1	27.9	898.3	21.6	990.6	19.7	1.252.9	21
Administración	305.9	9.6	429.6	10.3	541.2	10.8	841.4	14
Edificaciones	15.5	0.5	21.2	0,5	41.8	0.8	223.0	3.7

Fuente: Banco Central de la República Dominicana, Cuentas de salud del sector público 1996-1999, junio 2001.

El gasto en salud del sector público, distribuido por objeto, en el período analizado, tuvo como característica una elevada participación del pago de sueldos y salarios al personal médico y administrativo, expresada en un 69.4% con relación al total. Por su parte, los egresos en el pago de agua, luz y teléfono, representaron en promedio un 3.2%. La compra de productos medicinales y farmacéuticos, representó en promedio el 12.1% del gasto en salud; una gran parte de este gasto se realizó a través del PROMESE de la Presidencia de la República, cuyos medicamentos fueron distribuidos a los hospitales y clínicas de la SESPAS y a las boticas populares.

Los equipos médicos y sanitarios, representaron en promedio un 5.9%.

Cuadro 14
Gasto público en salud por objeto (1996-1999)
(En millones de RD\$)

Concepto	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Total	3,190.8	100.0	4,160.8	100.0	5,023.5	100.0	5,969.3	100.0
Servicios personales	2,061.6	64.6	3,027.4	72.8	3,651.7	72.7	4,035.7	68
Serv. no personales	130.1	4.1	121.7	2.9	149.4	3.0	156.9	3
Productos medicinales	403.2	12.6	568.1	13.7	529.0	10.5	683.9	11
Materiales y suministros	226.0	7.1	270.4	6.5	343.7	6.8	324.5	5
Equipos médicos	290.4	9.1	119.3	2.9	237.8	4.7	417.3	7
Otros equipos	61.2	1.9	32.3	0.8	69.8	1.4	120.0	2
Construcciones obras	18.3	0.6	21.6	0.5	42.3	0.8	231.0	4

Fuente: Banco Central, Cuentas de salud del sector público 1996-1999, junio 2001.

2.3.3. Salud y sector privado

La incidencia del sector privado en el sector salud dominicano, se expresa a través de instituciones con fines de lucro e instituciones sin fines de lucro.

Las primeras reciben recursos financieros principalmente a través de igualas médicas o primas de seguros.

“Las igualas médicas privadas constituyen una modalidad de seguro desarrollado por centros médicos particulares para extender su clientela y asegurar ingresos fijos. Mediante las igualas muchos de esos centros han podido atraer sectores laborales cuyo nivel de ingreso no les permitiría el acceso directo. La gama de servicios cubiertos por las igualas varía de acuerdo con el plan específico, pero en general ofrecen servicios de atención médica y maternidad en servicios ambulatorios, así como de hospitalización en algunos casos. Solo se incluyen los medicamentos prescritos durante la hospitalización. En diagnósticos más complejos las igualas cubren entre el 50 y el 75% del costo.

“Casi todas las compañías de seguros de vida ofrecen a sus clientes un seguro complementario de salud. Estos seguros están orientados a funcionarios de nivel superior y estratos de ingresos elevados. Sus primas son más caras que las de las igualas, pero sus planes son más flexibles, con más posibilidad de elección de médico y centro hospitalario.

“Otra modalidad son los seguros de salud autoadministrados, de los cuales el más conocido es el Seguro Médico de Maestros (SEMMA), de carácter mutualista, subsidiado por el Gobierno”.²¹ (Comillas y cursiva son nuestras).

Las instituciones privadas ligadas al sector salud, sin fines de lucro, son principalmente las denominadas Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). Estas se financian principalmente con subsidios públicos consignados en la Ley de Ingresos y Gastos Públicos, de cada año, y con recursos provenientes de la cooperación internacional. Forma parte de su financiamiento también las denominadas cuotas de recuperación (copago)²², que aportan los pacientes que reciben los servicios de salud.

²¹ Gámiz de Luna, Clara: Estudio citado, págs. 16-17.

²² Las cuotas de recuperación son pagadas por los usuarios pobres, pero con visibles resistencias.

Diagnosticando la distribución del gasto por fondones, en el subsector privado de la salud, en el año 1996, notamos una participación notable de la atención curativa y la administración que en conjunto representaron el 81% del total, lo que contrasta con la participación de tan sólo en un 8.04% de la promoción y prevención de la salud; e igualmente en el caso de la investigación y formación de recursos humanos cuya participación no alcanzó el 1.0%. Los gastos privados en materia de coordinación de los subsistemas que lo integran son prácticamente nulos.

Cuadro 15
Gastos en salud por funciones en el subsector salud privado (año 1996)
(En millones de RDS)

Denominación	Subsector privado	% del total
Promoción y prevención	695.3	8.04
Atención curativa	4,009.6	46.39
Investigación formación de RR	5.4	0.06
Regulación	0.2	0.00
Producción y compra de insumos	220.3	2.55
Administración	2,989.4	34.59
Edificaciones	723.3	8.37
Total	8,643.4	100.00

Fuente: Banco Central, Cuentas de salud del sector público.

Respecto al objeto del gasto, la mayor proporción del gasto privado se destina a servicios personales y no personales, en un porcentaje de 82.83%, siguiendo en orden decreciente el gasto en construcciones de obras con una participación de 5.64%. Paradójicamente, en este subsector, la menor proporción del gasto queda ubicada en la adquisición de equipos médicos y sanitarios, con apenas un 2.07%.

Cuadro 16
Gastos del subsector salud privado por objeto (1996)
(En millones de RD\$)

Denominación	Subsector privado	% del total
Servicios personales	3,433.8	39.73
Servicios no personales	3,725.1	43.10
Productos medicinales y farmacéuticos	225.2	2.61
Materiales y suministros	344.3	3.98
Equipos médicos Y sanitarios	179.1	2.07
Otros equipos y reparaciones	248.6	2.88

Seguridad social

Construcciones de obras	487.3	5.64
Total	8,643.4	100.00

Fuente: Banco Central de la República Dominicana, Cuentas de salud del sector público 1996-1999, junio 2001.

Así mismo, debemos indicar que el Producto Interno Bruto (PIB) para el año 1996 fue de un monto de RD\$183,532.2 millones. La participación del subsector privado en el PIB (financiamiento como porcentaje del PIB) fue de 4.8%, del cual 4.1% le corresponde a los hogares, mientras 0.7% proviene de otros entes privados, como las ONGs, empresas financieras y no financieras privadas, y el seguro médico o servicio prepago de salud.²³

Si nos internamos a la estructura propia de financiamiento privado, notamos que el 84.5% (que resulta de (744.2/8807)(100), estuvo financiado directamente por el hogar, mientras el restante 15.5% (que resulta de (1365.8/8807)(100) lo financiaron las empresas a través de los sistemas prepagos de salud, tanto públicos (contribuciones del empleador IDSS) como privados (pagos del empleador a los sistemas de salud).²⁴

Cuadro 17
Financiamiento como porcentaje del PIB (1996)
(En millones de RD\$)

Concepto	Monto RD\$	% del PIB
PIB	183,532.2	100.0
Hogares	7,441.2	4.1
Otros privados	1,365.8	0.7
Total sector privado	8,807.0	4.8

Fuente: Banco Central de la República Dominicana, Cuentas de salud del sector público 1996-1999, junio 2001.

2.4. Asunción teórica

La investigación que hemos emprendido se enmarca en el contexto de la economía de la salud, que tiende a sistematizar todo un conjunto de elementos esenciales para el estudio del comportamiento de las grandes variables que inciden en dicho sector en interrelación con la economía toda.

²³ Véase el estudio del Banco Central de la República Dominicana, denominado “Cuentas nacionales de salud”, año 1996, Santo Domingo, R.D., p.49.

²⁴ *Ibíd.*, p. 50.

El camino ha sido emprendido bajo las dinámicas de teorías económicas entendidas como conjunto de proposiciones relacionadas entre sí, que presentan un punto de vista sistemático de fenómenos, especificando relaciones entre variables, con el objeto de explicar y predecir los fenómenos bajo estudio, particularmente los engendrados en el marco de la ejecución de la nueva ley de seguridad social No. 87-01. Más aún, reiteramos con Black y Champion, que una teoría es un conjunto de proposiciones relacionadas sistemáticamente que especifican relaciones causales entre variables.²⁵

*“La investigación científica es una forma de conocimiento de la realidad caracterizada por su objetividad, precisión y poder predictivo. Conocer con objetividad, quiere decir libre de toda apreciación subjetiva que distorsione los hechos, sea por satisfacer ideas preconcebidas o por intereses. Conocer con precisión quiere decir de la manera más próxima a la forma real en que ocurren los hechos. Esta característica del conocimiento científico, ha obligado a los científicos a desarrollar instrumentos de medición cada vez más exactos. El conocimiento científico ofrece la posibilidad de prever lo que ocurrirá si se dan determinadas condiciones. Es decir, permite predecir, lo cual lo convierte en un arma importante para dominar y transformar la realidad. Es por ello que el conocimiento científico supera a otras formas de conocimiento, como el empírico o el intuitivo”.*²⁶ (Comillas y cursiva son nuestras).

Al llevar a cabo esta investigación: costos del seguro familiar de salud y del plan básico y desmonte de las partidas presupuestarias gubernamentales para su financiamiento, nos acogemos a las orientaciones de Kroeger y Luna, sobre la necesidad de conocer científicamente la realidad bajo estudio, sin privilegiar el empirismo y la simple intuición.

Así, los enfoques microeconómicos y macroeconómicos permean esta investigación, en la medida que tratamos de evaluar los costos del Seguro Familiar de Salud y su Plan Básico de Salud, a partir de la teoría del coste en un marco de corto plazo, y auxiliándonos de la contabilidad de costos para la identificación y cuantificación de los costos por servicios y atenciones. Y simultáneamente pretendemos relacionar la realidad microeconómica con la macroeconómica, en el entendido de que tiene que estar allí presente una visión global acerca del

²⁵ Sampieri, Collado y Lucio: *Metodología de la investigación*. McGraw Hill, México, primera edición, 2000, págs. 21-54.

²⁶ Kroeger y Luna: *Atención primaria de salud. Principios y métodos*. Segunda edición, México, 1992, P. 121

Seguridad social

funcionamiento de la economía tanto a escala nacional como internacional. Mas, aprehender la esencia de la materia investigada, arriba citada, pasa por la comprensión de un método correcto, que como aducen Kroeger y Luna, tiene que ser científico, es decir, que sea fáctico, lo que quiere significar que los hechos son su fuente de información y de respuesta; que trascienda los hechos, de modo que pasando del nivel observacional al teórico, lo trascienda; que se atenga claramente a operaciones y procedimientos establecidos de antemano; que se atenga a la verificación empírica, para formular respuestas a los problemas planteados; que sea autocorrectivo, a fin de que permita el avance sobre la base de afianzar lo verosímil e ir desechando todas aquellas afirmaciones que van siendo desechadas por la realidad; y que sea objetivo, pues debe conducir al conocimiento de la realidad, independientemente de las convicciones de quien lo aplica, como muy lo explícita Ezequiel Anger-Egg.²⁷

En efecto, ese es el camino que hemos trillado para acometer esta investigación. Nos atenemos a la “(...) recolección de información, la elaboración de una hipótesis y la comprobación de esa hipótesis”.²⁸ (Comillas, el punto suspensivo y cursiva son nuestros). Este es el método científico.

²⁷ Anger-Egg, Ezequiel: *Técnicas de investigación social*. Editorial HVMANITAS, edición XIX, 1982, págs. 43-44.

²⁸ García Laguardia y Lujan Muñoz: *Guía de técnicas de investigación*. Editorial Casagrande, México, séptima edición, 1978, p.2.

CAPÍTULO III EL MÉTODO

3.1. Hipótesis principales

Las hipótesis principales que guiaron la investigación fueron las siguientes:

1. Los costos del seguro familiar y plan básico de salud, están directamente asociados con las siguientes variables: la población a ser beneficiada e insumos y factores a utilizar en los servicios de salud, implicados en el plan.

En esta primera hipótesis tenemos dos variables independientes: la variable población y la variable insumos y factores que se utilizan en los servicios de salud. La primera ejerce un impacto significativo en los costos, puesto que si el costo total del seguro familiar de salud, deviene como resultado de multiplicar el costo per cápita por la cantidad de personas que se van a beneficiar, y ésta presenta una variación alcista, en esa medida el dicho costo total tenderá a incrementarse. La segunda, también tiene una influencia marcada en el costo total, debido a que una mayor cantidad de recursos médicos para asistir a los beneficiarios del seguro familiar de salud, conlleva consecuentemente un aumento en el costo total.

2. Los criterios para la determinación del desmonte de las partidas presupuestarias gubernamentales citadas en el artículo No.20 de la ley de referencia, se fundan en el marco teórico metodológico, construido por el Banco Central, a fin de elaborar las cuentas nacionales del sector salud de la República Dominicana.

En esta hipótesis número dos (2), advertimos dos variables independientes: el marco teórico- metodológico y cuentas nacionales del sector salud.

La primera es crucial, en virtud de que sobre la base del conjunto de fundamentos teórico-analíticos diseñados por el Banco Central de la República Dominicana, para emprender el proceso de construcción de las cuentas nacionales del sector salud, es que nosotros hemos podido afrontar con éxito esta empresa (producto 2). La

Seguridad social

segunda, reviste también gran importancia, ya que el andamiaje teórico-metodológico, arriba evocado, no tiene sino por objeto registrar, medir y clasificar informaciones vinculadas con la economía de la salud en la República Dominicana, desde la perspectiva de la contabilidad nacional.

3. La metodología para evaluar científicamente los costos y financiamiento, del seguro familiar de salud, reposa en la conjunción de métodos cuantitativo-analíticos.

Esta tercera hipótesis, reposa en una variable: conjunción de métodos cuantitativo-analíticos, con lo que queremos aseverar que la metodología citada, debe descansar en enfoques analíticos de abordaje de la problemática del costo del seguro familiar de salud, en lo que concierne a sus distintos componentes (bajo la guía de la teoría del coste) y al mismo tiempo se requiere del uso de elementos cuantitativos referidos a la contabilidad de costos.

3.2 Estrategias

Planteadas las preguntas esenciales de investigación que nos hemos formulado y que aparecen en la introducción de este estudio, especificados los objetivos principales y formuladas las hipótesis de trabajo, procedimos a explicitar el plan de actividades (estrategia) que nos condujo exitosamente a lo largo del proceso investigativo:

Revisión de literatura y antecedentes vinculados al tema objeto de investigación.

Evaluación, en términos analíticos y cuantitativos, del costo y fuente de financiamiento del seguro familiar de salud y plan básico de salud.

Definición del marco conceptual del desmonte o transformación de las partidas presupuestarias para el financiamiento del sistema, las cuales están contenidas en el artículo No. 20 de la ley No. 87-01.

Incorporación de la información disponible de las cuentas nacionales de salud, a la estimación del costo del seguro familiar de salud y plan básico de salud y sus fuentes de financiamiento.

Definición de la metodología para la evaluación del costo del seguro familiar de salud y plan básico.

3.3 Recolección de los datos

La recolección de datos implicó obtener informaciones sobre el número proyectado de habitantes de la República, para el período 2002-2010; costos de los servicios involucrados en el paquete básico de salud, para el año 2000; frecuentación poblacional hacia los servicios de salud considerados; gasto en salud de la SESPAS, en el período 1990-2000; presupuesto total ejecutado por la SESPAS, en el período 1990-2000; gastos ejecutados en salud por otros integrantes de la red del servicio público de salud (IDSS, SNEM, ISSFAPOL, PROMESE y otros), en el período 1990-2000; y gasto total en salud en la República Dominicana (sectores público y privado).

3.4 Análisis de los datos

El análisis de los datos básicamente tuvo un soporte estadístico. En tal virtud utilizamos: estadística descriptiva y el análisis paramétrico.

3.5 Procedimiento

Primer paso: escuchamos personalmente a los funcionarios de los Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), respecto a lo que ellos deseaban avanzar en el conocimiento, para su transformación, de la realidad de la seguridad social prevaleciente en la República Dominicana, muy particularmente con relación al desmonte de las partidas presupuestarias de las entidades gubernamentales que como la SESPAS están comprometidas con el financiamiento del seguro familiar de salud y el plan básico de salud.

Segundo paso: varias veces nos reunimos con parte del plantel técnico de la SISALRIL, del cual recibimos orientaciones y sanos consejos.

Tercer paso: lectura intensiva de la literatura y documentos relacionados con la seguridad social y el costo del PBS. Este material fue muy útil, sin el cual no hubiese sido posible acometer los tres productos consignados en los términos de referencia del contrato de la realización de la investigación.

Cuarto paso: formulamos el proyecto de investigación (planteamiento del problema, objetivos, preguntas y justificación del estudio, marco teórico, hipótesis, diseño de investigación, recolección de datos y análisis de datos).

Quinto paso: emprendimos la colección de datos e informaciones sobre las

Seguridad social

variables contenidas en las hipótesis. Así obtuvimos una proyección de la población dominicana (1990-2010), de la autoría de la CELADE y asumimos de manera íntegra los datos e informaciones contenidos en el cuadro 1 del estudio de la SISALRIL: “Propuesta del catálogo de prestaciones del PBS” y digerimos hasta la saciedad los datos e informaciones de la publicación de la ONAPRES: “Informe de ejecución presupuestaria”, en el período histórico 1990-2000; así mismo tuvimos entrevistas, para fines de acumular datos, con autoridades de la Secretaría de Estado de Finanzas y en particular de la ONAPRES.

Sexto paso: estos datos de la SISALRIL fueron sometidos a estudios, en base a los cuales pudimos montar todo un conjunto de supuestos y simular escenarios distintos a los dibujados por la SISALRIL, que permitieron presentar una esfinge relativamente diferente de la estimación y proyección de los costos discutidos.

Séptimo paso: paralelamente con 11 volúmenes de Informe de ejecución presupuestaria de la ONAPRES, correspondientes al lapso 1990-2000, fuimos desmontando las partidas presupuestarias de las entidades gubernamentales, especialmente de la SESPAS, reflejadas en el artículo 20 de la referida ley e igualmente construyendo el gasto público en salud para los años 1990-2000.

Octavo paso: después que analizamos los datos desde el punto de vista estadístico, procedimos finalmente a elaborar el reporte de la investigación. Para la validación de las hipótesis, tuvimos que recurrir a la colectación de informaciones y datos variados, relacionados con el tema objeto de investigación. Las fuentes principales consultadas, fueron el boletín trimestral del Banco Central, el informe de ejecución presupuestaria de la ONAPRES y los anexos de los documentos analizados en el apartado de antecedentes.

En lo que concierne al costo del plan básico de salud, de hecho asumimos el resultado per cápita, del trabajo del equipo técnico de la SISALRIL, debido a que el método de cuantificación lo ponderamos como correcto, por un lado, y porque además es bastante actualizado e incluye todas las atenciones explicitadas en la ley de seguridad social, en su artículo No. 129. Sin embargo ese mismo costo los contrastamos con la realidad, bajo otros supuestos y esquemas.

CAPÍTULO IV RESULTADOS PARA EL PRODUCTO NÚMERO 1²⁹

4.1 Estimación de costos

4.1.1 Introducción

El cuadro que a continuación exponemos, proviene de la SISALRIL.

Cuadro 18
Costos per cápita del catálogo de prestaciones del PBS (Junio 2002)

Tipo de atención	Frec. por hab.	Demanda total	Costo per cápita
PREVENCIÓN Y PROMOCION 1/	0.564701	5,020,386	301.37
Asist. prenatal 2/	0.028300	251,597	34.95
Prev. fiebre reumática	0.044900	399,176	17.27
Tratamiento int. niños y niñas	0.098279	873,734	42.34
Enf. de Trans. sexual	0.002546	22,635	1.43
Planif. familiar	0.077587	689,775	43.54
Malaria	0.0008106	72,065	4.69
Prog. amp. de inmun. (PAI)3/	0.028300	251,597	9.14
Salud escolar	0.097472	866,560	4.65
Trat. hipert. Arterial	0.054200	481,857	97.15
Prev. cáncer cérv.-uterino	0.001758	15,629	13.48
Prev. y trat. Tuberculosis	0.000437	3,885	2.32
Prev. y trat. diab. tipo I- insulino-dep.	0.018150	161,360	22.87
Prev. y trat. diab. tipo II-no dep.	0.104666	930,517	7.54
ATENCIÓN AMBULATORIA 4/	1.930000	17,158,362	209.90

²⁹ El producto 1 se refiere a las “Propuestas de costos y financiamiento del Seguro Familiar de Salud (SFS) y el Plan Básico de Salud (PBS)”.

Seguridad social

Cons. medicina general	0.760000	6,756,661	102.40
Cons. médica nivel 2	0.740000	6,578,854	53.75
Cons. médica nivel 3	0.430000	3,822,847	53.75
ODONTOLOGÍA 5/	0.403500	3,587,253	120.90
Preventivo	0.190000	1,689,165	53.00
Tratamiento	0.213500	1.898,088	67.90
EMERGENCIA	0.309658	2,752,966	137.43
Emergencia	0.309658	2,752,966	137.43
HOSPITALIZACION	0.104985	933,353	226.20
Hosp. general y esp. básica 6/	0.104985	933,353	226.20
PARTOS	0.030371	270,009	168.75
Atención de parto normal	0.019741	175,504	75.66
Atención de parto por c.	0.010630	94,504	93.09
CIRUGÍA	0.008616	76,599	48.22
Cirugía general	0.008616	76,599	48.22
APOYO Dx	2.467951	21,940,931	351.82
Laboratorio	1.904701	16,933,445	91.24
Radiología e imágenes	0.364371	3,239,383	167.86
Otros medios Dx	0.198879	1,768,103	92.72
ATENCIONES DE ALTO COSTO Y MÁXIMO NIVEL DE COMPLEJIDAD	0.005125	45,563	178.17
Cirugía de corazón abierto para by pass	0.000012	107	1.92
Angioplastía	0.000028	249	2.11
Válvulopatía mitral	0.000012	107	1.16
Trasplante de córnea	0.000018	160	0.70
Hemodiálisis renal	0.000067	596	22.50
Diálisis peritoneal	0.000012	107	3.21
Trasplante renal	0.000006	53	1.14
Reemplazo articular cad.	0.000028	249	1.18
Reemplazo articular rod.	0.000014	124	0.73
Reemplazo articular homb.	0.000001	9	0.05
Columna: cirugía escoli	0.000003	27	0.22
Columna: espondilolistesis total	0.000006	53	0.30
Atención prematuros	0.001811	16,100	111.33
Atención en unidad de cuidados intensivos	0.002871	25,524	21.53
Trat. del cáncer	0.000236	2,098	10.10
REHABILITACIÓN	0.185795	1,651,781	19.20
Consultas rehabilitación	0.015971	141,988	4.35
Terapias rehabilitación	0.049824	442,952	9.04
Aoaratos y nrótesis	0.120000	1,066,841	5.81
HEMOTERAPIA	0.020000	177,807	0.32

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	1.000000	8,890,343	216.00
SUBTOTALES			1,978.28
ADMINISTRACIÓN 10%)			197.83
TOTAL (RDS)			2,176.10
TOTAL (USS)			120.89

Fuente: Extraído de “Propuesta del catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud” de la SISALRIL (junio 2002).

Notas: tasa de cambio 18 pesos dominicanos por un dólar; 1/ estimado sobre la base de las prestaciones calculadas en el estudio de P. Cowley; 2/ no incluye costos de partos y cesárea, los cuales se calculan en el punto 6; 3/ para los primeros tres (3) años de operación del sistema, se contempla la aplicación de las vacunas por parte del Seguro Familiar de Salud, quedando sobre la responsabilidad de la SESPAS el suministro de los biológicos a las PSS; 4/ las alternativas para las consultas son frecuencias de 1.28, para medicina general, y de 0.76, 0.74 y 0.43 para medicina especializada; 5/ tomando como referencia el estudio de C. Gámiz y datos de una iguala dental; 6/ incluye medicamentos hospitalarios, los cuales representan alrededor de un 6%.

4.1.2 Servicios de salud

El cuadro contiene 12 servicios de salud, los cuales constituyen la base para el cálculo del PBS. Estos son: prevención y promoción, atención ambulatoria, odontología, emergencia, hospitalización, partos, cirugía, apoyo Dx, atenciones complejas, rehabilitación, hemoterapia y medicamentos ambulatorios.

4.1.3 Justificación de los servicios consignados

Se advierten elementos que tocan directamente el objeto central del PBS. De hecho allí está presente el vínculo con la atención médica primaria, entendida como la *“(…) asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”*.³⁰ (Comillas,

³⁰ Kroeger y Luna: Obra citada, págs. 5-6.

el punto suspensivo y cursiva son nuestros).

Notamos en el paquete propuesto la presencia del tratamiento integral materno-infantil, bajo la visión de establecer un equilibrio adecuado entre las actividades de tipo curativo y preventivo, privilegiando el campo de la prevención y de promoción (monitoreo de crecimiento, inmunización, educación para la salud, etc.). La misma orientación se está dando en el mundo de hoy a la asistencia de la madre, con énfasis en los servicios preventivos y curativos. Aseveran Kroeger y Luna, que idealmente, los servicios pre y postnatales y de planificación familiar deben operar conjuntamente con el servicio infantil para ofrecer un servicio integrado.

El costo per cápita del tratamiento integral del niño, es de RD\$42.34.

El programa ampliado de inmunizaciones (PAI), es concebido como una acción conjunta de la colectividad local e internacional, dirigido a reducir las muertes y los casos de enfermedad, ocasionadas por sarampión, tosferina, poliomielitis parálitica, tuberculosis, tétano y difteria. El costo per cápita de este programa es de RD\$9.14.

La asistencia prenatal y atención del parto, consiste en un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con el fin de obtener el mejor grado de salud de ésta y de su hijo. Naturalmente, esto va a depender de que la asistencia se inicie lo más temprano posible en el proceso de gestación de la criatura; de la frecuencia de las consultas, sobre todo en aquellas embarazadas de alto riesgo; que sea completa, en lo que concierne a contener acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; y que sea extensa, en el sentido de abarcar la mayor cantidad de personas para disminuir la tasa de mortalidad materna. Su costo per cápita es de RD\$34.95.

También en el paquete, aparece incluida la planificación familiar, la cual debe tener como orientación principal otorgar prioridad en la atención anticonceptiva al grupo de mujeres con mayor riesgo reproductivo. En este servicio hay que incluir actividades de educación en salud, junto a actividades directamente asistenciales. Su costo per cápita es de RD\$43.54.

Las enfermedades de transmisión sexual, se difunden principalmente a través del acto sexual, sobre todo en estado de promiscuidad. Las más frecuentes son: sífilis, gonorrea, chancro y el SIDA. El factor educación, respecto a la salud, es el mejor vehículo para prevenir estas enfermedades. Su costo per cápita es de RD\$1.43.

El tratamiento de la tuberculosis, posee un costo per cápita de RDS2.32. Pensamos que al incluir este servicio en el paquete básico se parte de la necesidad de cumplir con dos metas: aliviar los sufrimientos de una parte de la población dominicana, que aún es víctima de la tuberculosis y disminuir la transmisión del bacilo en la población, especialmente en la carenciada.

Se incluye también el combate a la malaria, con un costo per cápita de RDS4.69. Es conveniente su incorporación al paquete básico, pues bien sabido que esta es una enfermedad propia del trópico y que se anida en ambientes donde están diseminadas condiciones de pobreza, como en las zonas rurales. Por otra parte, el paquete básico incluye el servicio de la odontología, que es un servicio de salud muy importante. Actualmente se reconoce una buena salud oral como elemento importante para el bienestar físico y social de las personas. El tener dientes y encías saludables es esencial para eliminar fuentes de infecciones que luego pueden diseminarse hacia otras partes del cuerpo. Su costo per cápita, es de RD\$ 120.90.

El servicio del laboratorio, ha sido incluido en el paquete básico, con un costo per cápita de RD\$351.82. El laboratorio cumple dos funciones en el contexto del primer nivel de atención: contribuye al diagnóstico y control de los pacientes atendidos en ese nivel y contribuye al conocimiento de la presencia y distribución de las enfermedades en el ámbito geográfico en que opera.³¹

Frecuencia en el ámbito de los servicios de salud

Del cuadro anterior inferimos el siguiente:

Cuadro 19
Servicios de salud y frecuencia

Tipo de servicio	Frecuencia por 1000 habitantes
Prevención y promoción	564.70
Atención ambulatoria	1,930.00
Odontología	403.50
Emergencia	309.66
Hospitalización	104.99
Partos	303.71
Cirugía	8.62
Apovo Dx	2,467.95

³¹ El conjunto de criterios expuestos por el autor de este trabajo, sobre el significado de los servicios incluidos en la atención primaria fue extraído de la obra citada de la autoría de Kroeger y Luna.

Seguridad social

Atenciones compleias	5.12
Rehabilitación	185.79
Hemoterapia	20.00
Medicamentos ambulatorios	1,000.00

Fuente: Elaborado por Manuel Linares, sobre la base del cuadro 1 de “Propuesta del catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud” de la SISALRIL.

Observamos una tasa de frecuencia en el servicio emergencia, equivalente a 309.66 casos por 1,000 habitantes, la cual es muy elevada, si es comparada con el promedio, de dicha tasa, en otros países, que es de alrededor de 250 por 1,000 habitantes.³² En el estudio de Gámiz, dicha tasa arrojó una magnitud mucho más elevada: 587 emergencias por 1,000 habitantes.

Respecto a las tasas de frecuencia de consultas médicas ambulatorias, el estudio que hemos asumido (correspondiente a la SISALRIL), no especifica magnitud alguna, pero en una nota de pie de cuadro (el número 1), calzada con el número 4, señala la tasa de frecuencia de 1.28 para medicina general y 0.76, 0.74 y 0.43, para consultas subsecuentes. Adoptamos, para los fines de este trabajo, de conformidad con el cuadro de salud, en proceso de reforma en la República Dominicana, las últimas tres tasas: 760 consultas, en el primer nivel, por cada 1,000 habitantes, en cambio 740 y 430, para los niveles subsiguientes. En el estudio de Gámiz, fue similar la tasa de frecuentación de consultas, al menos, del primer nivel, equivalente 500 consultas por 1,000 habitantes.

De todas formas, cualquiera de las dos tasas, denotan un problema serio en el cuadro de salud dominicano, pues otros países alcanzan 5,000 consultas por mil habitantes y por año.

Ahora, sin hacer distinción alguna en el tipo de consulta, alcanza una tasa de 1.93 por habitante (1,930 por 1,000 habitantes), aún inferior a las alcanzadas en otros países latinoamericanos, que bordea 2.2 consultas por habitante (2,200 por 1,000 habitantes).

En lo que concierne a la tasa de frecuencia de consultas preventivas y curativas (en el campo odontológico) del estudio de la SISALRIL (trabajo que hemos asumido), éste concluye en una magnitud de 403.5 consultas por mil habitantes, relativamente elevada, la cual contrasta con dos informaciones: primera, en el estudio de Gámiz

³² *Ibíd.*, págs. 34-42.

llega a 230; segunda: en Costa Rica es de 230.2 por mil habitantes³³, es decir, la tasa propuesta en el estudio del equipo técnico de la SISALRIL, supera en un 75.28% a la prevaleciente en Costa Rica.

De la frecuencia de los servicios de salud, pasamos a la demanda total que resulta del producto de dos variables: tasa de frecuencia de los servicios de salud y número de habitantes.

En virtud de que esta variable, demanda total, tiene como uno de sus pilares las tasas de frecuentación de los servicios de salud implicados en el PBS, adolece de los mismos problemas arriba comentados; sin embargo debemos poner en relieve una evidencia cuantitativa relativamente importante: servicios claves para la salud de las personas, tales como prevención y promoción, odontología y rehabilitación, las demandas que generan, apenas superan en un 15.39% el número de habitantes del año 2002 (hipótesis intermedia de la CELADE): 8.890,343.

4.1.5 Especificación de los costos

Las informaciones del cuadro que se presenta más abajo, fueron extraídas del citado estudio del equipo técnico de la SISALRIL, arriba analizado, donde aparecen la frecuencia por habitante, la demanda total y el costo per cápita propiamente dicho.

Debemos aclarar que seleccionamos, del citado trabajo, la opción C del escenario 1, concebido como de costos bajos, para el que el costo per cápita asciende a 2,176.10 pesos, es decir, 120.89 dólares, que llevados a un plano de cuantificación total arroja una cifra de RD\$19,346,275,402.30.

Cuadro 20
Costo per cápita del PBS por niveles de atención (año 2002)

Servicio	Frec./hab.	Demanda total	Costo per cápita (RD\$)
Prevención/ promoción	0.564701	5,020,386	301.37
Atención ambulatoria	1.930000	17,158,362	209.90
Odontología	0.403500	3,587,253	120.90
Emergencia	0.309658	2,752,966	137.43
Hospitalización	0.104985	933,353	226.20
Partos	0.030371	270,009	48.22

³³ Gámiz, Clara: Estudio citado, p. 35.

Seguridad social

Cirugía	0.008616	76,599	351.82
Apoyo Dx	2.467951	21,940,931	351.82
Atenciones complejas	0.005125	45,563	178.17
Rehabilitación	0.185795	1,651,781	19.19
Hemoterapia	0.020000	177,807	0.32
Medicamentos Ambulatorios	1.000000	8,890,334	216.00
Subtotales	-	-	1,978.27
Administración (10%)	-	-	197.83
Total (RD\$)	-	-	2,176.10
Total US\$1	-	-	120.89

Fuente: Elaborado sobre la base del cuadro 1 del estudio Propuesta del catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, de la SISALRIL.

En el costo del PBS, por niveles de atención, se advierte una participación mayoritaria de prevención y promoción, atención ambulatoria, apoyo Dx. hospitalización y medicamentos ambulatorios, prestaciones que absorben casi el 60% del costo total.

Cuadro 21
Porcentaje del costo per cápita por atención

Servicio	Costo per cápita (RD\$)	% respecto al total
Prevención y promoción	301.37	13.80
Atención ambulatoria	209.90	9.60
Odontología	120.90	5.50
Emergencia	137.43	6.30
Hospitalización	226.20	10.40
Partos	168.75	7.70
Cirugía	48.22	2.20
Apoyo Dx	351.82	16.10
Atenciones complejas	178.17	8.20
Rehabilitación	19.19	0.88
Hemoterapia	0.32	0.01
Medicamentos ambulatorios	216.00	9.90
Subtotales	1,978.27	90.90
Administración (10%)	197.83	9.10
i Total (RD\$)	2,176.10	100.00
Total US\$1	120.89	-

Fuente: Elaborado sobre la base del cuadro 1 del estudio Propuesta del catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud.

4.2 Construcción de escenarios y proyección de costos

4.2.1 Primer escenario

El primer escenario que vamos a construir, tiene como base estos supuestos:

a) Evolución de la población conforme a la alternativa intermedia de la proyección realizada por CELADE; b) tasa de inflación 6.5%; c) los medicamentos ambulatorios se incrementarán anualmente en 10%.

Esos supuestos están, en cierta medida, estructurados de conformidad con la realidad existente en la República Dominicana, hasta el mes de diciembre del año 2002. El c es prácticamente común en todos los estudios similares al que nos ocupa, que se han elaborado en la República Dominicana, pues existen evidencias empíricas que contrastan la presunción de que los precios de los medicamentos ambulatorios, crecen mucho más rápidamente que el promedio de precios de los bienes típicos de consumo que integran la canasta familiar, a partir de los cuales se estructura el índice de Precios al Consumidor (IPC).

Esta situación podría tener una explicación doble: primera, la rígida inelasticidad precio-demanda de los medicamentos, la cual garantiza que si bien el permanente aumento de sus precios conduce a una merma relativa de la cantidad demandada, constante los otros factores determinantes de la demanda de los medicamentos (ingreso per cápita, verbigracia), los incrementos porcentuales que experimentan dichos precios suelen ser superiores: la segunda hipótesis explicativa puede ser que si hay un renglón productivo, en el cual la inflación importada y el deterioro (devaluación) del peso dominicano, se manifiestan con mayor contundencia es el que estamos abordando, pues su componente importado es muy predominante.

Con relación al supuesto b, se fundamentó en la evolución de la inflación en la economía dominicana, en los últimos años. Veamos:

Seguridad social

Cuadro 22
Evolución de la tasa de inflación en la República Dominicana
(1991-2001) (base: año 1999)

Año	Tasa de inflación (%)
1991	7.90
1992	5.17
1993	2.79
1994	14.31
1995	9.22
1996	3.95
1997	8.37
1998	7.82
1999	5.10
2000	9.02
2001	4.38

Fuente: Banco Central de la República Dominicana.

El promedio simple de la variación porcentual del IPC, arroja una tasa de 7.09%. De modo que la adopción de un 6.5%, como tasa de inflación para edificar los distintos escenarios en que se podría mover el costo del PBS, es realista.

Los resultados fueron los siguientes:

Cuadro 23
Proyección del costo total y del costo per cápita del PBS en el primer escenario (2003-2010)
(En RD\$)

Años	Costo total	Costo per cápita
2003	20,984,832,286	2,325.86
2004	22,671,890,330	2,477.04
2005	24,576,026,532	2,647.79
2006	26,633,631,418	2,830.61
2007	28,856,694,767	3,026.39
2008	31,258,127,353	3,236.07
2009	33,851,818,809	3,460.68
2010	36,652,730,155	3,701.32

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

4.2.1.1 Índice relacionado con el primer escenario

De estos resultados podemos edificar el índice de costos per cápita, con base al año 2002, para observar su incremento porcentual para la serie de tiempo 2002-2010:

Cuadro 24
Índice del costo per cápita del PBS en el primer escenario (2002-2010)

Años	Costo per cápita	Índice (base: año 2000)	Variación (%)
2002	2,176.10	100	-
2003	2,325.86	107	7
2004	2,477.04	114	14
2005	2,647.79	122	22
2006	2,830.61	130	30
2007	3,026.39	139	39
2008	3,236.07	149	49
2009	3,460.68	159	59
2010	3,701.32	171	71

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

Este índice habla muy claro: al cabo de ocho (8) años el costo per cápita del PBS, conforme a los supuestos del escenario que estamos discutiendo, sería superior en un 71%, en comparación al valor registrado en el 2002, poniendo de manifiesto el influjo notable de la inflación y el incremento en 10% del costo de los medicamentos ambulatorios y el aumento de la población.

4.2.1.2 Deflactación parcial

Si deflactamos estos costos (pendiente del incremento señalado en los medicamentos), obtenemos estos resultados:

Cuadro 25
Índice del costo per cápita del PBS en el primer escenario (2002-2010)

Año	Costo per cápita nominal (RD\$)	IPC (%)	Costo relativamente deflactado
2003	2,325.86	136.379214	1,705.43
2004	2,477.04	145.243862	1,705.43
2005	2,647.79	154.684714	1,711.73
2006	2,830.61	164.739220	1,718.23
2007	3,026.39	175.447269	1,724.95

Seguridad social

2008	3,236.07	186.851342	1,731.89
2009	3,460.68	198.996679	1,739.06
2010	3,701.32	211.931463	1,746.47

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

La estimación del ÍPC, se produjo del modo siguiente: utilizamos el IPC (base, 1999), elaborado por el Banco Central de la República Dominicana, correspondiente al año 2001, y los multiplicamos sucesivamente por la constante 1.065, que recoge el efecto inflación a partir del supuesto de que ésta sería de 6.5%. Sin embargo, estos son costos relativamente deflactados, debido a que en su seno subsiste, en parte, el aumento de 10% del costo de los medicamentos ambulatorios: aun así, es notable que lucen menos inflados:

Cuadro 26
Comparación de costos en el primer escenario (2003-2010)

Año	Costo relativamente deflactado (I)	Costo per cápita nominal (II)	Diferencia absoluta (III)=I-II
2003	1,705.43	2,325.86	-620.43
2004	1,705.43	2,477.04	-771.61
2005	1,711.73	2,647.79	-936.06
2006	1,718.23	2,830.61	-1,112.38
2007	1,724.95	3,026.39	-1,301.44
2008	1,731.89	3,236.07	-1,504.18
2009	1,739.06	3,460.68	-1,721.62
2010	1,746.47	3,701.32	-1,954.85

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

¿Qué se infiere de esta situación simulada? Se infieren estas proposiciones: el incremento del costo unitario de los medicamentos y la previsible inflación, constituyen los factores más influyentes en el ascenso del costo per cápita del PBS; el crecimiento vegetativo de la población ha de influir también pero en una proporción menor. De ahí que el Estado dominicano, a través del Banco Central, deberá estar permanentemente comprometido a mantener una política económica sana, sobre todo prudente en el campo monetario, a fin de mantener la inflación en guarismos manejables.³⁴

³⁴ Es muy lamentable, que esta proposición no pudo mantenerse a partir del año 2003, en el cual la inflación estuvo por encima del 30%.

4.2.2 Segundo escenario

El segundo escenario que vamos a construir, está relacionado con los siguientes supuestos:

Un copago o cuota de recuperación de 15%, en las áreas de odontología, atenciones altamente complejas, y rehabilitación, que provoca un desestímulo en la demanda de esos servicios y un descenso de un 10% en los costos per cápita en dichos tratamientos. En las otras áreas se mantiene el supuesto de inflación de 6.5%. Un incremento de 10% en los medicamentos ambulatorios y el aumento vegetativo de la población.

Una reflexión breve sobre el copago, conduce a los siguientes criterios: el copago, conocido en la República Dominicana, como cuota de recuperación, entendida esta cuota como un aporte relativamente voluntario del paciente para costear parte de los servicios de salud que se les ofrecen.

El mismo valoriza monetariamente el servicio, insertándolo en el contexto microeconómico de la relación inversa precio-cantidad, por lo que la cantidad demandada tiende a declinar, lo que finalmente se traduce en una disminución de los costos.

La hipótesis gira en torno a una cuota de 15% del costo de los servicios arriba citados. Este porcentaje concuerda con la estimación realizada por el Banco Central de la República Dominicana. Este dice: *“Las cuotas de recuperación se estimaron, a partir de información parcial suministrada por la SESPAS, dado que esa institución no dispone de información completa por establecimiento de salud, resultando ser un 14.7% del total de gasto en salud de SESPAS”*.³⁵ (Comillas y cursiva son nuestras).

Ahora bien, la disminución que proponemos en el costo de los servicios afectados por el copago, de un 10%, empalma más que con una evidencia empírica en el caso dominicano, con el postulado teórico de la elasticidad precio-demanda de un producto o servicio y con el estudio de la OCDE que estima en -0.2 este tipo de elasticidad de la demanda. Ese coeficiente (-0.2), refleja que la elasticidad precio-demanda del copago en salud, tiende a ubicarla en un tipo de demanda inelástica; de donde se supone que una variación porcentual del precio provoca una

³⁵ Banco Central: “Cuentas de salud del sector público”. Santo Domingo, R.D., 1999, p. 28.

Seguridad social

variación porcentual en la demanda del servicio de salud afectado, en una proporción menor. Es por esta razón que proponemos sólo una reducción de un 10% en costo, frente a un copago de 15%.

Los resultados fueron los siguientes:

Cuadro 27
Proyección del costo per cápita en el segundo escenario (2003-2010)

Año	Costo per cápita (RD\$)
2003	2,288.57
2004	2,437.33
2005	2,605.50
2006	2,785.57
2007	2,978.42
2008	3,184.99
2009	3,406.28
2010	3,643.37

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

Los resultados en este escenario, en virtud de las consideraciones precedentemente expuestas, en términos cuantitativos no arrojan una diferencia notable respecto al primer escenario. El costo per cápita, casi fue igual al del escenario 1, como se puede apreciar en el cuadro que a continuación presentamos:

Cuadro 28
Comparación de costos en el primer y segundo escenarios (2003-2010)

Año	Costo per cápita del primer escenario (I)	Costo per cápita del segundo escenario (II)	Diferencia III= I-II
2003	2,325.86	2,288.57	37.29
2004	2,477.04	2,437.33	39.71
2005	2,647.79	2,605.50	42.29
2006	2,830.61	2,785.57	45.04
2007	3,026.39	2,978.42	47.97
2008	3,236.07	3,184.99	51.08
2009	3,460.68	3,406.28	54.40
2010	3,701.32	3,643.37	57.95

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

4.2.3 Tercer escenario

El tercer escenario construido, es una variante del anterior. Novedad: incorpora el servicio medicamentos ambulatorios dentro de aquellos que estarían sujetos también de copago de 15%, que provoca un descenso en la demanda y ésta un descenso en el costo per cápita de 10%; como es lógico, se asienta además en el supuesto de una inflación de 6.5% anual y obviamente el crecimiento vegetativo de la población. Los resultados fueron estos:

Cuadro 29
Proyección del costo per cápita del PBS en el tercer escenario (2003-2010)

Año	Costo per cápita (RD\$)
2003	2,262.44
2004	2,409.50
2005	2,574.88
2006	2,751.89
2007	2,941.38
2008	3,144.23
2009	3,361.45
2010	3,594.06

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

Comparemos estos resultados con los correspondientes al escenario 1:

Cuadro 30
Comparación de los costos del primer y tercer escenario (2003-2010)

Año	Costo per cápita del primer escenario (I)	Costo per cápita del tercer escenario (II)	Diferencia III=I-II
2003	2,325.86	2,262.44	63.42
2004	2,477.04	2,409.50	67.54
2005	2,647.79	2,574.88	72.91
2006	2,830.61	2,751.89	78.72
2007	3,026.39	2,941.38	85.01
2008	3,236.07	3,144.23	91.84
2009	3,460.68	3,361.45	99.23
2010	3,701.32	3,594.06	107.26

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

En términos promedios el costo per cápita en el escenario 3, declina en un promedio anual de 2.8%, es decir, 1.2 puntos porcentuales más que en la situación donde se comparó el resultado del escenario 2 con el 1, Esta diferencia tenía que surgir

Seguridad social

obviamente, pues fue incorporado al copago un nuevo servicio: medicamentos ambulatorios, el cual ostenta el costo per cápita más elevado dentro de los distintos servicios considerados.

A pesar de que el copago es una realidad en muchas partes del mundo, hay que tener cuidado con su aplicación indiscriminada, debido a que puede crear un sesgo contrario al interés de la seguridad social que es precisamente proteger a los más desvalidos; por consiguiente en el supuesto de que el copago se institucionalice, debe ser restringido a aquellas atenciones donde el costo no sea muy elevado.

4.2.4 Cuarto escenario

El cuarto escenario dibujado, procura el desglose del costo del PBS, en el marco de los tres regímenes de afiliación: contributivo, contributivo- subsidiado y el subsidiado.

Partimos de los resultados cosechados en el escenario 3, arriba discutido, el cual de hecho entraña los supuestos del escenario 1, pues el factor copago o cuota de recuperación se aplica en medio de una inflación de una tasa de 6.5% anual y un aumento del costo de los medicamentos ambulatorios de 10% anual. Los resultados fueron estos:

Cuadro 31
Proyección del costo del PBS por régimen de afiliación en el
cuarto escenario (2003-2010)
(En millones de RD\$)

Contributivo	Contributivo- subsidiado	Subsidiado	Aporte del Estado	Aporte privado	Total
8,165.0	8,165.0	4,082.5	8,042.6	12,370.0	20,412.6
8,821.5	8,821.5	4,410.7	8,689.2	13,364.5	22,053.7
9,559.7	9,559.7	4,779.8	9,416.3	14,482.9	23,899.3
10,357.2	10,357.2	5,178.6	10,201.8	15,691.1	25,892.9
11,218.4	11,218.4	5,609.2	11,050.2	16,995.9	28,046.1
12,148.4	12,148.4	6,074.2	11,966.2	18,404.8	30,370.9
13,152.5	13,152.5	6,576.2	12,955.2	19,925.9	32,881.1
14,236.2	14,236.2	7,118.1	14,022.7	21,567.9	35,590.6

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

¿Cómo se obtuvieron estos resultados?

Lo primero es que el total del costo, que aparece en la última columna, fue calculado conforme a los supuestos del escenario 3, arriba discutido. Dichos valores surgen de

la multiplicación del costo per cápita por el número de habitantes. Para determinar las porciones del costo para cada uno de los regímenes, es imprescindible conocer la población beneficiada que le correspondería a cada uno de ellos y luego relacionarla con el coste percápita, y así calcular el costo total por régimen.

El régimen subsidiado, beneficia a los desocupados, pensionados, discapacitados e indigentes. El contributivo beneficia empleados públicos y privados y sus patronos y el contributivo-subsidiado, incluye las categorías de trabajadores independientes y servicio doméstico.

En la encuesta de gasto e ingresos de los hogares (Banco Central, 1998), se obtienen valiosas informaciones sobre la población dominicana, según actividad y quintil de ingreso dando cuenta de la existencia, en el año 1998, de 325,239 empleados públicos; empleados privados 1,002,683; trabajadores independientes 1,314,965; patronos 92,978; empleados no remunerados 159,979; servicio doméstico 104,194; desocupados 518,156; inactivos 2,593.371 y menores de 10 años 2,044,729: gran total 8,155,294.

Luego si dividimos los potenciales afiliados de cada régimen, por el gran total, tendremos: para el contributivo 17%, para el contributivo- subsidiado 17% y el subsidiado 8%, es decir:

$$1,420,900/8,155,294= 17.4\%.$$

$$678,135/8,155,294= 8.3\%.$$

$$1,419,159/8,155,294= 17.4\%.$$

Luego si consideramos solamente la Población Económicamente Activa (total de la población menos inactivos y menores de 10 años), y relacionamos la cantidad de afiliados por régimen con dicha población, entonces tendremos los siguientes resultados:

Cuadro 32
Afiliados por régimen y quintil de ingreso (1998)

Quintil	Contributivo	Contributivo-subsidiado	Subsidiado	PEA
1	148,545	297,201	206,071	637,396
2	229,444	338,841	157,079	725,364
3	308,856	301,982	127,009	737,847
4	347,608	290,062	113,785	751,455
5	385,447	205,494	74,191	665,132

Seguridad social

TOTAL	1,419,900	1,419,159	678,135	3,517,194
-------	-----------	-----------	---------	-----------

Fuente: Elaborado por el autor, en base a la tabla 8 del estudio de Bitrán: Escenarios macroeconómicos y fiscales para la reforma de la seguridad social en salud en la República Dominicana (2001).

Contributivo 40%

Contributivo-subsidiado 40%

Subsidiado 20%.

¿De dónde surge el porcentaje de dependientes por régimen? $40-17= 23\%$ de personas dependientes en el régimen contributivo. $40-17= 23\%$ de personas dependientes en el régimen contributivo-subsidiado. $20-8= 12\%$ de personas dependientes en el régimen subsidiado.

Determinados los beneficiarios por régimen, multiplicamos la cantidad de personas por el costo per cápita, para obtener el costo total del PBS.

En cuanto a la participación del sector Estado en los costos, debemos decir que proviene de tres fuentes: cubrir el 100% del régimen subsidiado, un aporte de 28.5% para el contributivo-subsidiado y de un 20% en el contributivo; la diferencia, 60.6% corresponde al sector privado.

Para evitar discrepancias estadísticas, se puede recorrer un camino mucho más corto, que pasamos a detallar:

El costo per cápita obtenido en el escenario 3, es multiplicado por la población de cada año, para así obtener el costo total del PBS. De ese costo total extraemos el costo por régimen de afiliación: 40% tanto para el contributivo, como para el contributivo-subsidiado y el 20% para el subsidiado. La participación privada del costo total equivale a un 60.6% y del sector estatal 39.4%.

4.3 Flujo de financiamiento del seguro familiar de salud hacia el PBS y estancias infantiles

4.3.1 Fundamento legal

Hasta este apartado, la exposición de los resultados de la investigación se ha circunscrito a la cuantificación del costo global del PBS, Ahora, es necesario poner al descubierto el proceso mediante el cual se generarán los recursos para financiar los costos arriba enunciados.

El primer paso que debemos dar es conocer el fundamento legal del financiamiento que se encuentra establecido en la ley de seguridad social. En efecto, la ley establece, en su artículo 13 que el régimen contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, se financia mediante: a) Las cotizaciones y contribuciones obligatorias de los afiliados y de los empleadores; b) los beneficios, intereses y rentas provenientes de las reservas del Fondo de Solidaridad; c) el importe de las multas impuestas como consecuencia del incumplimiento de la presente ley y sus normas complementarias; d) la realización de activos y utilidades que produzcan sus bienes; e) las donaciones, herencias, legados, subsidios y adjudicaciones que se hagan en su favor.

Sin embargo, es en el artículo 140, donde la ley establece con claridad el financiamiento del seguro familiar de salud del régimen contributivo. Allí se dice que “el Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo se fundamenta en un régimen financiero de reparto simple, basado en una cotización total del diez por ciento (10%) del salario cotizable: un tres por ciento (3.0%) a cargo del afiliado y un siete por ciento (7.0%) del empleador, distribuido en las siguientes partidas como sigue:

Un nueve punto cuarenta y tres por ciento (9.43% para el cuidado de la salud de las personas;

Un cero punto diez por ciento (0.10%) para cubrir las Estancias Infantiles;

Un cero punto cuarenta por ciento (0,40%) destinado al pago de subsidios;

Un cero punto siete por ciento (0.07%) para las operaciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.³⁶

Respecto al régimen subsidiado, la ley establece en su artículo 142 lo siguiente: “*El Régimen Subsidiado será financiado con un aporte del Estado Dominicano, con cargo a la ley de Gastos Públicos. Su monto será determinado en función de la cantidad de población atendida y del costo per cápita del plan básico de salud. Durante el período de transición la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) deberá separar los fondos asignados en su presupuesto e identificar los recursos destinados a la atención a las personas. En función de la población comprendida por este régimen se determinará el monto actual de la*

³⁶ Secretaría de Estado de Trabajo: *Ley No. 87-01* citada, págs. 115-116.

asignación per cápita, debiendo el Estado Dominicano adicionar los recursos necesarios para completar el costo per cápita del plan básico de salud correspondiente a este Régimen de las aportaciones consignadas en el artículo 20 de la presente ley".³⁷ (Comillas y cursiva son nuestras).

El financiamiento del régimen contributivo-subsidiado, dice la ley en su artículo 146, que se determinará del modo siguiente: *"El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) determinará mediante estudios, la distribución del costo per cápita del Plan Básico de Salud entre el trabajador y el Estado Dominicano, tomando en cuenta la capacidad contributiva real de los diversos segmentos de los trabajadores por cuenta propia, así como la disponibilidad del Estado Dominicano. El Poder Ejecutivo, a propuesta del CNSS, dispondrá mediante decreto el porcentaje de los aportes y su distribución"*.³⁸ (Comillas y cursiva son nuestras).

4.3.2 Metodología

Precisadas las fuentes de financiamiento, lo que nos resta ahora es identificar el método que nos lleve a la cuantificación financiera. Por esto, debemos estimar el ingreso promedio que estaría sujeto a cotización de los afiliados de los regímenes contributivo y contributivo- subsidiado, multiplicarlo por el número de afiliados potenciales y luego aplicar los mandatos de la ley expresados en los artículos arriba citados, que versan sobre el financiamiento del sistema.

El cálculo de los afiliados potenciales es muy sencillo. En el caso del contributivo multiplicaríamos el 17% (arriba explicado) por la población y luego por el ingreso promedio anual cotizante. Como no disponemos anualmente de esta última información, estamos obligados a recurrir a datos de muestras del universo que nos permitan transitar el camino más expedito.

Bitrán aconseja extraer dicha información de la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares de 1998. Así, *"(...) para el Régimen Contributivo Subsidiado se calculó el ingreso promedio cotizante como la suma de los ingresos monetarios producto del trabajo independiente, dividido por la suma de trabajadores independientes, dando como resultado RD\$51,366 anuales. Para el caso del Régimen Contributivo se hizo lo propio, considerando el ingreso monetario del*

³⁷ *Ibíd.*, p. 118.

³⁸ *Ibíd.*, p. 120.

trabajo dependiente y el número de trabajadores dependientes, lo cual entrega un valor de RD\$56,486 al año (...)".³⁹ (Comillas, puntos suspensivos y cursiva son nuestros).

Precisadas las fuentes principales de financiamiento de los tres regímenes y las estancias infantiles, y el método de cálculo, procedemos a edificar los escenarios que nos permitirán simular contextos distintos de la problemática bajo estudio. Así, tendremos tres escenarios: uno optimista, otro pesimista y un tercero intermedio o probable.

4.3.3 Escenario optimista

En este escenario partimos de que las tasas de evasión en la afiliación en los regímenes contributivo y contributivo-subsidiado, es de 0% y que el costo per cápita del PBS es el correspondiente al escenario tres, arriba estimado para el período 2003-2010. Igualmente suponemos que en el contributivo-subsidiado, la cotización es un 8% de los ingresos promedios.

Los resultados fueron estos:

Cuadro 33
Proyección flujo financiamiento proveniente de los regímenes de afiliación en el escenario optimista (2003-2010) (En millones de RD\$)

Afiliación	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Con- tri- buti- vo:								
1. Total	9,227.0	9,968.8	10,766.3	11,623.5	12,544.7	13,534.2	14,596.8	15,737.5
2. Cui- dado salud*	7,870.6	9,001.8	10,152.6	10,961.0	11,829.6	12,762.7	13,764.8	14,840.5
Cont. subs.	7,132.1	7,705.5	8,321.9	8,984.5	9,696.5	10,461.3	11,282.7	12,164.4

³⁹ Bitrán y otros; Escenarios macroeconómicos y fiscales para la reforma de la seguridad social en salud en la República Dominicana. Santo Domingo, R.D., p.

Seguridad social

Sub-si-diado	1,633.0	1,764.3	1,911.9	2,071.4	2,243.7	2,429.7	2,630.5	3,084.9
Total	17,992.1	19,438.6	21,000.1	22,679.4	24,484.8	26,425.2	28,509.9	30,986.9

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

*Véase el artículo 40 y su párrafo 1, de la ley de seguridad social. Lea, además: “Comparación costo/financiamiento”, en este estudio.

La cantidad de afiliados del régimen contributivo se obtuvo extrayendo el 17% de la población, lo que representa el número de integrantes de la PEA que iría a dicho régimen. En el caso del contributivo-subsidiado fue usado el mismo porcentaje; mientras que en el subsidiado utilizamos el 8%.

Luego, la PEA del contributivo fue multiplicada por el promedio de ingreso anual asignado a este régimen, pero incrementado en un 6.5% (otro supuesto establecido, pues la foto tirada en la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, probablemente no permanecería estática con el paso del tiempo y las mutaciones experimentadas por la economía nacional). Finalmente le aplicamos el 10% estipulado en el artículo 140 de la ley de seguridad social.

La cantidad de afiliados del régimen contributivo-subsidiado se obtuvo extrayendo el 17% de la población, lo que representa el número de integrantes de la PEA que iría a dicho régimen. Luego, la PEA del contributivo-subsidiado fue multiplicada por el promedio de ingreso anual asignado a este régimen, pero incrementado en un 6.5%. Finalmente, a este último resultado le aplicamos un 8% (supuesto, en virtud de que la ley no especifica porcentaje alguno).

En el caso del subsidiado, la cantidad de afiliados se obtuvo extrayendo el 8% de la población, lo que representa el número de integrantes de la PEA que iría a dicho régimen, y luego multiplicando por el costo per cápita del PBS, obtenido en tercer escenario dibujado en la estimación y proyección de dicho costo.

4.3.3.1 Comparación costo/financiamiento en el escenario optimista

Ahora procederemos a comparar los flujos de costos y financiamiento de los regímenes de afiliación, a fin de visualizar sus posibilidades de autofinanciamiento. Ahora bien, no todo el flujo financiero del régimen contributivo, proveniente del 10% del salario cotizante, se destinaría al financiamiento del PBS (ver artículo 40 de la ley de seguridad social). Del total solamente se capturaría el 9.43%, que de conformidad con el párrafo I, del citado artículo, durante los primeros cinco años a

partir de la fecha en que entre en vigencia el Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, se desglosará así: 8.53% en el primer año, 9.03% en segundo año, 9.43% en el tercer año, 9.43% en el cuarto año y 9.43% en el quinto año. Por tanto, los valores del régimen contributivo que aparecen en el cuadro “Proyección financiamiento del PBS por régimen de afiliación (2003-2010)”, se le debe deducir 1.47% en el primer año, 0.97% en el segundo año, 0.57% en tercer año y este mismo porcentaje en los años cuarto y quinto. Suponemos, para no mutilar la serie histórica, la deducción de 0.57% para los años subsiguientes, hasta el 2010.

En atención a lo arriba establecido, se deduce el siguiente flujo costo/financiamiento de los regímenes de afiliación, orientado a cubrir el costo del PBS.

Cuadro 34
Costo del PBS y su financiamiento desde los regímenes de afiliación (2003-2010)
(En millones de RD\$)

Detalles	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
I. Costos	20,413	22,054	23,899	25,893	28,046	30,371	32,881	35,591
II. Fin.:								
1. Contrib.	7,870.6	9,001.8	10,152.6	10,961.0	11,829.6	12,762.7	13,764.8	14,840
2. Contrib. Subs.	7,132.1	7,705.5	8,321.9	8,984.5	9,696.5	10,461.3	11,282.7	12,164
3. Subs.	1,633.0	1,764.3	1,911.9	2,071.4	2,243.7	2,429.7	2,630.5	3,084
III. II/I	81.5%	83.7%	85.3%	85.0%	84.7%	84.5%	84.2%	84.5%

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

De estos resultados se infiere claramente, que en el marco del paquete de supuestos utilizados para arribar a las cifras presentadas en el cuadro que estamos comentando, el financiamiento procedente de los regímenes de afiliación no supe totalmente los costos del PBS, cubriendo en promedio, el 87.5% del costo global. Se supone que en el marco de un escenario pesimista para el financiamiento, estos resultados serían menos favorables.

Seguridad social

4.3.3.2 Financiamiento de otras instituciones del sistema de seguridad social en el escenario optimista

El 10% del salario cotizante, en el régimen contributivo, del cual nos habla el artículo 40 de la ley de seguridad social, es el que sirve de base para financiar otras instituciones y otorgar subsidios. Veamos:

Cuadro 35
Distribución de los recursos financieros del régimen contributivo en el escenario optimista
(2003-2007)
(En millones de RDS)

Partidas	2003	2004	2005	2006	2007
Total	9% 8,304.3	9.5% 9,470.4	10% 10,766.3	10% 11,623.5	10% 12,544.7
Cuidado de salud	8.53% 7,870.6	9.03% 9,001.8	9.43% 10,152.6	9.43% 10,961.0	9.43% 11,829.6
Estancias	0.10% 92.3	0.10% 99.7	0.10% 107.7	0.10% 116.2	0.10% 125.4
Subsidios	0.30% 276.8	0.30% 299.0	0.40% 430.6	0.40% 464.9	0.40% 501.8
SISALRIL	0.07% 64.6	0.07% 69.9	0.07% 75.4	0.07% 81.4	0.07% 87.1
Aporte del afiliado	2.7% 2,491.3	2.85% 2,841.1	3.0% 3,229.9	3.0% 3,487.1	3.0% 3,763.4
Aporte del empleador	6.3% 5,813.0	6.65% 6,629.3	7.0% 7,536.4	7.0% 8,136.5	7.0% 8,781.3

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

4.3.3.3 Resultados de costo y financiamiento en el régimen contributivo

El régimen contributivo, de acuerdo a la ley de seguridad social, debe ser autofinanciable, es decir, es el único régimen de afiliación que no recibiría subsidio del Estado; por consiguiente es conveniente observar su comportamiento a nivel de costos y flujo de financiamiento durante la serie de tiempo para la que hemos efectuado las estimaciones y proyecciones.

Veamos:

Cuadro 36
Costos y financiamiento en el régimen contributivo en el escenario optimista (2003-2010)
(En millones de RD\$)

Detalles	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cos Tos	8,165.1	8,821.5	9,559.7	10,357.2	11,218.4	12,148.4	13,152.5	14,236.2
Fi- nanc.	7,870.6	9,001.8	10,152.6	10,961.0	11,829.6	12,762.7	13,764.8	14,840.5
Rela ción	06.4%	102.0%	106.2%	105.8%	105.4%	105.1%	104.6%	104.2%

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

Los resultados cuantitativos son claros: en el escenario optimista el régimen contributivo es autofinanciable, excepto en el año de arranque del sistema.

4.3.3.4 Flujo de financiamiento estatal en los tres regímenes de afiliación

El financiamiento estatal, tiene por objeto cubrir estos costos: del 10% del salario cotizable de los empleados públicos afiliados al régimen contributivo, el Estado deberá financiar el 7% y los empleados públicos el 3%, de dicho 10%; pero también está en el deber de financiar totalmente los costos derivados del régimen subsidiado; respecto al contributivo-subsidiado, hemos convenido un aporte de 28.5%.

Las fuentes de las cuales se podrá nutrir el Estado dominicano, para cumplir con sus responsabilidades financieras, en el contexto de la ley de seguridad social, están enmarcadas principalmente en el artículo 20 de la ley de seguridad social, No. 87-01. En efecto, en el producto 2 de esta investigación exploraremos a profundidad dicho artículo, para poner de manifiesto su potencial de financiamiento.

4.3.4 Escenario pesimista

En este escenario partimos de que las tasas de evasión en la afiliación es de 45% en el régimen contributivo, pero irá reduciéndose paulatinamente hasta situarse en 20% en el año 2010 y de 75% en el contributivo-subsidiado y se irá reduciendo hasta quedar en 30% en el año 2010. El costo per cápita del PBS es el correspondiente al escenario tres, arriba estimado para el período 2003-2010.

Igualmente suponemos que en el contributivo-subsidiado, la cotización es de un 8% de los ingresos promedios. Los resultados fueron los siguientes:

Seguridad social

Cuadro 37

Proyección flujo financiamiento proveniente de los regímenes de afiliación en el escenario pesimista (2003-2010)
(En millones de RD\$)

Afiliación	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Contributivo:								
1. Total	5,074.8	5,781.9	6,567.4	7,439.1	8,404.9	9,473.9	10,655.6	12,117.9
2. Cuidado de salud	4,328.8	5,221.1	6,193.1	7,015.1	7,925.8	8,933.9	10,048.2	11,427.2
Cont. subs.	1,783.0	2,311.6	2,912.7	3,593.8	4,363.4	5,230.7	6,431.1	7,906.9
Subsidiado	1,633.0	1,764.3	1,911.9	2,071.4	2,243.7	2,429.7	2,630.5	3,084.9

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

4.3.3.1 Comparación costo/financiamiento

Estos fueron los resultados:

Cuadro 38

Costo del PBS y su financiamiento desde los regímenes de afiliación en el escenario pesimista (2003-2010)
(En millones de RD\$)

Detalle	2003	2004	2005	2006
I. Costo	20,413	22,054	23,899	25,893
II. Fin.				
1. Contributivo	4,328.8	5,221.1	6,193.1	7,015.1
2. Contributivo-	1,783.0	2,311.6	2,912.7	3,593.8
3. Subsidiado	1,633.0	1,764.3	1,911.9	2,071.4
III.				
1M) ___	40%	42%	46%	49%

Conclusión...

Detalle	2007	2008	2009	2010
I. Costo	28,046	30,371	32,881	35,591

Linares

II. Fin.				
1. Contributivo	7,925.8	8,933.9	10,048	11,427
2. Contributivo- subsidiado	4,363.4	5,230.7	6,431.1	7,907
3. Subsidiado	2,243.7	2,429.7	2,630.5	3,085
III. 1M)	51.8%	54.6%	58.1	63%

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

Como era de esperarse, si en medio del escenario optimista, el financiamiento proveniente de los regímenes apenas cubrían el 87.5% del costo del PBS, en el marco del presente escenario pesimista, la situación es peor, pues el nivel más alto de financiamiento ocurre en el año 2010, con un 63%. Estos resultados eran previsibles, pues la evasión aunque va disminuyendo anualmente aún en el año 2010 subsiste: 20% para el contributivo y 30% para el contributivo- subsidiado.

Seguridad social



CAPÍTULO V

MARCO CONCEPTUAL PARA EL DESMONTE Y TRANSFORMACIÓN DE PARTIDAS PRESUPUESTARIAS GUBERNAMENTALES⁴⁰

5.1 Marco conceptual del desmonte y transformación de las partidas presupuestarias para el financiamiento del sistema de seguridad social

El Art. 20 de la ley 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), dice lo siguiente:

“Las aportaciones del Estado Dominicano al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), provendrán de las siguientes fuentes:

- a) *Las partidas del presupuesto de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) destinadas al cuidado de la salud de las personas.*
- b) *Las partidas gubernamentales para programas de asistencia social, las cuales serán integradas y especializadas para financiar las prestaciones de la población indigente y de los grupos sociales con insuficiente capacidad contributiva.*
- c) *Las partidas gubernamentales destinadas a contratar los seguros de salud y planes de pensiones de los departamentos de la Administración Pública.*
- d) *Los ingresos de los impuestos especializados para el pago complementario de los recursos humanos del sector salud.*
- e) *Los impuestos a las ganancias de los premios mayores.*
- f) *Los impuestos a los juegos de azar autorizados.*

⁴⁰ En este capítulo cumplimos con la obtención del producto 2: “Marco conceptual del desmonte y transformación de las partidas presupuestarias para el financiamiento del sistema de seguridad social”.

Seguridad social

- g) *Los patrimonios sin herederos.*
- h) *Los bienes confiscados por sentencia definitiva a los traficantes de drogas, de contrabando o de cualquier otro origen.*
- i) *Las utilidades obtenidas por las empresas públicas capitalizadas.*
- j) *Recursos extraordinarios de fuentes nacionales e internacionales para apoyar la reforma del sector salud y la rehabilitación y desarrollo de la infraestructura pública.*
- k) *Los impuestos correspondientes a los beneficios obtenidos por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las empresas Proveedoras de Servicios de Salud (PSS).*
- l) *Otros recursos adicionales ordinarios que serán consignados en la ley de Gastos Públicos*".⁴¹ (Comillas y cursiva son nuestras).

5.2 Desarrollo de la discusión por acápite

5.2.1 Acápite (a)

Para efectuar un trabajo correcto en lo atinente al desmonte o transformación de las partidas presupuestarias asignadas a la SESPAS, debemos partir de dos postulados fundamentales: primero, concepto de gasto en salud y segundo, conceptualización respecto a la clasificación del gasto, que nosotros preferimos sea por el objeto del gasto en salud.

En ambos casos nos vamos a adherir a la esencia del trabajo del Banco Central de la República Dominicana, denominado "Cuentas de salud del sector público".

En efecto, el Banco Central, dice: "*Se utilizó una definición estricta del gasto en salud incluyendo éste: todos los desembolsos realizados por los sectores público y privado, así como los hogares para la prevención, promoción, rehabilitación y cuidado que tengan por objetivo mejorar la salud. Incluye tanto gastos corrientes como de capital*".⁴² (Comillas y cursiva son nuestras). Y agrega: "*La definición comúnmente usada de gasto en salud es: todos aquellos gastos o desembolsos para*

⁴¹ Secretaría de Estado de Trabajo: *Ley 87-01*, citada, págs. 25-26.

⁴² Banco Central: "Cuentas de salud del sector público". Santo Domingo, R.D., 1999, p. 13.

la prevención, promoción rehabilitación y cuidado, nutrición y programas de emergencia que tengan por objetivo el mejorar la salud, tanto de individuos como de la población en su conjunto".⁴³ (Comillas y cursiva son nuestras).

Esta conceptualización del gasto en salud, es absolutamente estricta, pues algunos desembolsos que pudiera ejecutar la SESPAS, verbigracia, para contribuir indirectamente con la salud, no se consideran como parte de dicho gasto. Al mismo tiempo se destaca el hecho de que el gasto de capital, por ejemplo, en las edificaciones y reparaciones de hospitales y clínicas rurales, es incluido en el gasto en salud, pues su materialización incide directamente en el cuidado de la salud de las personas y colectividades.

Pero su carácter estricto no sólo deviene por lo anteriormente apuntado, sino porque de hecho excluye algunos renglones del gasto que en una conceptualización amplia, se podrían considerar como parte del gasto en salud. Sobre este particular el Banco Central, dice: *"En el caso de República Dominicana decimos que la definición adoptada es estricta, ya que excluye los programas tanto, públicos como privados, que tienen efectos en la salud, pero cuya intención principal no es la salud"*.⁴⁴ Y agrega: *"Son un ejemplo de estos gastos, los subsidios generales de alimentos, el abastecimiento y mejoramiento del agua potable, el mejoramiento de la vivienda, los gastos en servicios comunitarios y de asistencia social(...)"*⁴⁵ (Comillas, el punto suspensivo y cursiva son nuestros).

Aclarado el concepto de gasto en salud, procedemos ahora a concretizar la clasificación por objeto del gasto en salud.⁴⁶

Debemos advertir que en la metodología propuesta por el Banco Central, es independizado el renglón "Productos químicos y conexos", de "Materiales, suministros y productos diversos"; e igualmente de "Maquinarias y equipos", extrae "Equipos médicos sanitarios"; sin embargo ello no quiere decir que los desembolsos en "Materiales, suministros y productos", excepto "Productos químicos y conexos" y "Maquinarias y equipos" excepto "Equipos médicos sanitarios", no se incorporen al gasto en salud. Todo lo contrario también son incluidos. Simplemente es una forma metodológica de presentación del gasto en salud, desde el punto de vista del objeto del gasto, postulada por el Banco Central.

⁴³ *Ibíd.*, p. 13.

⁴⁴ *Ibíd.*, p. 13.

⁴⁵ *Ibíd.*, p. 13.

⁴⁶ *Ibíd.*, págs. 24-27.

Seguridad social

Respecto al acápite (a) citado, es conveniente acudir al capítulo “Asignaciones clasificadas por capítulo, programas, subprogramas, actividades y objeto del gasto”, en la publicación “Informe de ejecución presupuestaria”, de la Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRES). Publicación en la que se informa acerca del movimiento fiscal experimentado por el sector público, por año.

Cuadro 39**Conceptos incluidos en la clasificación por objeto del gasto del sector salud público**

Bien o servicio	Conceptos incluidos
Servicios personales	Servicios personales de los programas y subprogramas: a) Administración superior; b) Servicios operativos; c) Servicios de salud; d) Atención médica rural; e) Servicios operativos.
Servicios no personales	Servicios no personales de los programas y subprogramas: a) Administración superior; b) Servicios operativos; c) Servicios de salud; d) Atención médica rural; e) Servicios operativos.
Materiales y suministros	Total de materiales y suministros.
Maquinarias y equipos	Total de maquinarias y equipos
Construcciones de obras	Instalaciones, adiciones y reparaciones.

Fuente: Elaborado por Manuel Linares sobre la base de las Cuentas Nacionales del Banco Central de la República Dominicana.

En dicho capítulo identificamos la sección “Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social”, donde se especifica la ejecución presupuestaria de esta secretaría en función de programas, actividades y objeto del gasto.

Dicha secretaría cuenta con cinco (5) programas, que son: administración superior, coordinación de normas y control de programas de salud, servicios operativos, servicios sociales y financiamiento de instituciones.

El gasto que se ejecuta en cada programa aparece clasificado por objeto, es decir, servicios personales, servicios no personales, materiales y suministros, maquinarias y equipos, construcciones de obras y plantaciones agrícolas y aportes corrientes.

El criterio guía para determinar cuáles de los programas citados pudieran concebirse como posibles fuentes de financiamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) es aquel en que el gasto, tenga incidencia en la salud de las personas. Este mismo punto de vista se puede aplicar en los subprogramas o actividades.

Por tanto, se deben seleccionar los siguientes programas y subprogramas: Administración superior (programa), servicios de salud (subprograma del programa

coordinación de normas y control de programas de salud), Atención médica rural (subprograma del programa coordinación de normas y control de programas de salud) y servicios operativos (programa).

Mientras que se deben desechar: Servicios sociales (programa) y Financiamiento a instituciones (programa) y el subprograma “Atención al medio ambiente”.

Para completar el cuadro conceptual, analicemos cada uno de los elementos de la clasificación del gasto por objeto, arriba enumerados.

Los gastos de los programas y subprogramas seleccionados, que tienen por objeto cubrir servicios personales (sueldos a médicos, enfermeras y otros integrantes del personal de trabajo del sector salud), servicios no personales (principalmente reparaciones menores de centros hospitalarios), maquinarias y equipos (equipos médicos quirúrgicos, equipos hospitalarios, etc.), construcciones de obras y plantaciones agrícolas (vías de comunicaciones, acondicionamiento de suelos y plantaciones, etc.), y materiales y suministros (productos medicinales, productos textiles, útiles menores médico-quirúrgicos, etc.).

Las asunciones y las exclusiones citadas tienen su fundamento metodológico en las conceptualizaciones sobre gasto en salud, establecidas por el Banco Central de la República Dominicana, en el marco teórico del proceso de construcción de las cuentas nacionales para el sector salud de la nación dominicana y que fueron citadas textualmente más arriba.

5.2.2 Acápito (b)

En la publicación de referencia, acudimos a la clasificación económico- funcional de los gastos, para los servicios sociales, en la que tenemos el gasto gubernamental clasificado en el plano económico: gastos corrientes y gastos de capital; y clasificado desde el punto de vista funcional en el área de los servicios: educación, deportes y recreación, salud, asistencia social, trabajo, vivienda, alcantarillado y aguas potables, servicios municipales y servicios a la comunidad.

De todos esos renglones sociales el que nos interesa, para fines del acápite (b), es el de “Asistencia social”.

Todo lo que gasta el gobierno central y los organismos estatales descentralizados y autónomos en asistencia social, entendemos que debe ser asumido de manera íntegra, ya que esto es lo que se desprende taxativamente de la lectura del acápite b.

Seguridad social

Allí no hay lugar a duda. Por otro lado, el mandato contenido en dicho acápite no es discriminatorio, por tanto, somos de opinión que la asistencia social que brindan las instituciones descentralizadas, debe ser incluida.

Hay que consignar que en las estadísticas sobre la asistencia social de los organismos descentralizados y autónomos, solamente se especifican los siguientes: Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), Lotería Nacional e Instituto de Auxilios y Viviendas.

5.2.3 Acápite (c)

Las partidas presupuestarias destinadas a los seguros en el gobierno central, están claramente identificadas en las asignaciones clasificadas por programas, objeto y cuenta del gasto, específicamente en el objeto del gasto referido a “Servicios no personales”, en el que se incluyen servicios de comunicaciones, servicios básicos, publicidad, impresión y encuadernación, viáticos, transporte y almacenaje, alquileres, seguros, reparaciones menores y otros servicios no personales. Luego, de todos los renglones citados, asimilamos el referido a “seguros”.

Ahora bien, esta partida es muy agregada, ya que incluye diversos tipos de seguros. Para el objeto de esta investigación, nos interesa el seguro médico a las personas, subcuenta 0273. Esta información no aparece en el “Informe de ejecución presupuestaria” de la ONAPRES, por tanto es imprescindible obtenerla en las oficinas de la institución citada.⁴⁷

Estas partidas se deben computar tanto para el gobierno central como para los organismos públicos descentralizados o autónomos.

5.2.4 Acápite (d)

Estos ingresos forman parte de los ingresos ordinarios gubernamentales y particularmente a los ingresos tributarios. Como tienen un origen histórico reciente, la serie de tiempo diseñada no es extensa.

⁴⁷ Debemos aclarar que esta información fue obtenida finalmente en las oficinas de ONAPRES, por el autor de este estudio. Agradecemos al personal técnico y directivo de dicha oficina, por la ayuda prestada.

5.2.5 Acápito (e)

Los impuestos a las ganancias de los premios mayores de la Lotería Nacional, forman parte de los impuestos sobre los ingresos, históricamente han arrojado valores monetarios significativos, aunque en el lapso 1996-2000 sus aportes no aparecen en las publicaciones de la Oficina Nacional de Presupuesto. Las investigaciones directas que hemos realizado en la ONAPRES, indican que hasta el momento de hoy dicha omisión continúa, ya que la Lotería Nacional no está cumpliendo con ese deber.

5.2.6 Acápito (f)

Los impuestos a los juegos de azar autorizados, están desparrramados en distintas denominaciones en la clasificación de los ingresos fiscales por fuentes.

En las informaciones suministradas por la ONAPRES, ésta solamente incluye, como juegos de azar, casinos, tragamonedas y bingo. Los impuestos sobre los beneficios de los casinos de juegos y los impuestos sobre los beneficios generados por las máquinas tragamonedas, están ubicados en los impuestos sobre los ingresos. En cambio, los aportes de las salas de juego de bingo, se encuentran ubicados en transferencias corrientes.

5.2.7 Acápito (g)

Esta información no se encuentra registrada en los impuestos sobre la tenencia del patrimonio, ni en los impuestos sobre las transferencias patrimoniales, sin embargo podría encontrarse en el área de rentas internas de la Secretaría de Estado de Finanzas, específicamente en “Sucesiones y donaciones”. Su aporte como fuente de financiamiento del SDSS, podría ser muy limitado.

5.2.8 Acápito (h)

La ley prevaleciente en la República Dominicana sobre lavado de activos provenientes del tráfico ilícito de drogas, de fecha 26 de abril del 2002, y luego la aprobada el 29 de mayo del 2002, como una corrección a la anterior, en lo que respecta a los vicios detectados en su contenido respecto a lo tocante a la distribución de los bienes confiscados, estipula en su artículo 33, acápito (a) y numerales 1,2 y 3, b siguiente:

a) Cuando se trate de bienes decomisados provenientes del tráfico ilícito de drogas,

Seguridad social

el Comité Nacional contra el Lavado de Activos los destinará de la manera siguiente:

- 1) 15%...para las instituciones dedicadas a la regeneración de los adictos a drogas.
- 2) 50% (...) para la Dirección Nacional de Control de Drogas (...).
- 3) 35% (...) para el Consejo Nacional de Drogas (...).

Nuestro acápite (h) no aplica para los bienes confiscados en las circunstancias descritas en el acápite (a) del artículo 33 de la ley de tráfico ilegal de drogas; pero si aplica en el siguiente acápite, el (b), de dicho artículo, en el numeral 2. Veamos: “En los casos en que en el proceso de investigación de la infracción hayan participado autoridades de otros países u organismos internacionales, el Estado Dominicano podrá compartir con los demás Estados u organismos internacionales el destino del producto de los bienes decomisados. En el presente caso el producto correspondiente al Estado Dominicano se distribuirá conforme a los numerales 1 y 2 del presente acápite:

b) En los casos de bienes, productos o instrumentos decomisados que provengan de las demás infracciones graves previstas en la presente ley, serán destinados de la manera siguiente:

- 1) El 50%...para las instituciones mencionadas en bs numerales 1, 2 y 3 del acápite a) del presente artículo, en la misma proporción; y
- 2) El 50%...restante se destinará al Fondo General de la Nación”.

Lo primero que se debe hacer, es investigar cuales casos de este último tipo ya poseen sentencia definitiva y cuál es el valor aproximado de mercado de los bienes decomisado. Las instituciones públicas que podrían tener algunas informaciones sobre este particular son: Procuraduría General de la República, Dirección Nacional de Drogas, Consejo Nacional de Drogas y Oficina Nacional de Presupuesto.

5.2.9 Acápite (i)

Estas partidas o ingresos deben aparecer en "aportes corrientes", en la clasificación de los ingresos comentados del gobierno central, por fuente.

Su aporte actual podría ser limitado, pero en el mediano y largo plazo, su contribución como fuente de financiamiento sin lugar a dudas se incrementará, en virtud de la administración privada que se ejerce allí.

Por el momento, la ONAPRES ya posee algunas informaciones sobre ese particular

para el año 2001.

5.2.10 Acápito (j)

Estos recursos se encuentran ubicados bajo la categoría de recursos internos y recursos externos. En los primeros encontramos ventas de activos, donaciones, aportes extraordinarios, etc. En los segundos tenemos préstamos, esencialmente.

En tal caso, obviamente se deben cuantificar aquellas partidas de ingresos explícitamente indicadas en el citado acápite.

Este renglón, en el mediano y largo plazo, tendrá un límite fuerte, debido a la aversión que existe en la opinión pública nacional, respecto tanto al endeudamiento interno, como al externo.

5.2.11 Acápito (k)

Estas empresas, en el futuro se convertirán en una fuente importante y estable de ingresos para el financiamiento del SDSS. Las informaciones respecto a la cuantía que aportan estas empresas, vía el impuesto sobre los beneficios pueden ser obtenidas en la Dirección General de Impuestos Internos y ONAPRES, pero para los años venideros.

5.2.12 Acápito (l)

Aquí debemos estimar los recursos adicionales ordinarios que tendrá que aportar el gobierno, en dicha ley, al verificar la diferencia entre el costo anual de la ejecución del Plan Básico de Salud, y los importes obtenidos vía el artículo 20 de la Ley de Seguridad Social, desde el acápite (a) hasta el acápite (k). En adición hay que consignar que el párrafo 1 del artículo 20 discutido, le reportará recursos financieros adicionales al SDSS, en virtud de que la Lotería Nacional es una empresa pública rentable.

Seguridad social



CAPÍTULO VI RESULTADOS PARA EL PRODUCTO NÚMERO 2⁴⁸

6.1 Tratamiento empírico del artículo 20 de la ley 87-01

6.1.1 Gasto en salud de la SESPAS

De todos los acápite que posee el mencionado artículo, el más importante es el (a), puesto que da cuenta del vínculo del gasto de la SESPAS, con el gasto en salud. En efecto en el artículo 142 de la mencionada ley. leemos: "(...) *Durante el período de transición la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) deberá separar los fondos asignados en su presupuesto e identificar los recursos destinados a la atención a las personas*".⁴⁹ (Comillas, el punto suspensivo y cursiva son nuestros).

Cuadro 40
Desmonte de las partidas presupuestarias correspondientes a la SESPAS (1990-2000)
(En millones de RD\$)

Concepto	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gasto salud	449.9	429.8	709.8	993.1	1,217	1,138	1,382	2,008	2,682	3,268	4,252
Gasto SESPAS	526.3	506.9	828.4	1,145	1,401	1,347	1,615	2,459	3,544	4,664	5,939
Salud SESPAS	85.5	84.5	85.7	86.7	86.9	84.5	85.6	81.7	75.7	70.1	71.6

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

Tomando como base el Informe de ejecución presupuestaria de la ONAPRES, para la serie histórica 1990-2000 y aplicando los criterios del Ranejo Central, sobre las cuentas nacionales en salud, hemos desmenuzado las partidas que maneja la

⁴⁸ El producto 2 se refiere al "Marco conceptual del desmonte y transformación de las partidas presupuestarias para el financiamiento del sistema de seguridad social", el cual se obtuvo en el capítulo V. En este capítulo VI, se le da un tratamiento empírico al producto 2.

⁴⁹ Secretaría de Estado de Trabajo: *Ley 87-01*, p. 118.

Seguridad social

SESPAS, en materia de ejecución presupuestaria. En efecto, asumimos el gasto que ejecuta la SESPAS en el ámbito de las siguientes denominaciones: administración superior, servicio de salud, atención médica rural y servicios operativos; por consiguiente quedaron descartados, atención al medio ambiente, servicios sociales y financiamiento a instituciones.

Según se puede observar, en el cuadro más arriba presentado, durante la serie de tiempo 1990-2000, en promedio el 82% del gasto de la SESPAS estuvo dirigido al gasto en salud. Aunque a partir del 1997 se manifiesta una clara tendencia declinante en este tipo de gasto.

6.1.2 Proyección del gasto en salud de la SESPAS

Ahora procederemos a proyectar el gasto en salud de la SESPAS, que es la variable dependiente, en cambio el factor tiempo es la variable independiente.

Los mínimos cuadrados: método utilizado para efectuar la regresión lineal y hacer las proyecciones.

Para el gasto en salud de la SESPAS, se obtuvo la siguiente ecuación de regresión:

$Y = -414,117,308 + 349,781.572.8X$ y su coeficiente de correlación fue de 0.94.

Cuadro 41
Proyección del gasto en salud de la SESPAS (2001-2010)
 (En millones de RDS)

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gastos Salud SESPAS	3,783	4,133	4,483	4,833	5,182	5,532	5,882	6,232	6,582	6,931
Gastos SESPAS	5,162	5,659	6,156	6,653	7,150	7,647	8,145	8,642	9,139	9,636

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

6.1.3 Asistencia social del gobierno central e instituciones descentralizadas

Hemos computado principalmente el gasto del gobierno central y de los organismos descentralizados (Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), Lotería Nacional e Instituto de Auxilios y Viviendas) en asistencia social.

Cuadro 42
Asistencia social del gobierno central y organismos
descentralizados (1995-2000)
(En RD\$)

Año	Gobierno central	Instituciones descentralizadas	Total
1995	613,058,191	1,130.415,566	1,743,473,757
1996	979,885,806	1,154.061,421	2,133,947,227
1997	1,604,046,038	1,752,038,660	3,356,084,698
1998	1.477,175,812	1,944,066,379	3,421,242,191
1999	2.482,294,990	1,897,557,639	4,379,852,629
2000	3.222,180,949	1,461,928,885	4,684,109,834

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

Los recursos financieros contenidos para la asistencia social de conformidad con el acápite (b) del artículo 20 de la ley, serán, especializados para financiar las prestaciones de la población indigente y de los grupos sociales con insuficiente capacidad contributiva. De ahí la necesidad de ver su comportamiento histórico, para proyectar cuantitativamente sus valores para el futuro (2001-2010).

6.1.4 Proyección de los valores monetarios de la asistencia social

Ahora procederemos a proyectar los valores monetarios de la asistencia social, tanto del gobierno central, como de los organismos descentralizados.

Los mínimos cuadrados: método utilizado para efectuar la regresión lineal y proyectar los valores de la variable en cuestión. Fueron obtenidas las siguientes ecuaciones de regresión, para la asistencia social tanto del gobierno central, como de los organismos descentralizados, respectivamente:

$Y = -12.823,480.6 + 497.884.889. IX$ y su coeficiente de correlación fue de 0.96.

$Y = 1.148.669.795 + 116.573,799.1X$ y su coeficiente de correlación fue de 0.60.

Cuadro 43
Proyección de los valores monetarios de la asistencia social
(2001-2010)

Año	Gobierno central	Instituciones descentralizadas	Total
2001	3.472,370,742	1,964,686,388	5,437,057,130
2002	3,970,255,631	2,081,260,187	6,051,515,818

Seguridad social

2003	4,468,140,520	2,197,833,986	6,665,974,506
2004	4,966,025,409	2,314,407,785	7,280,433,194
2005	5,463,610,298	2,430,981,584	7,894,591,882
2006	5,961,795,187	2,547,555,383	8,509,350,570
2007	6,459,680,076	2,664,129,182	9,123,809,258
2008	6,957,564,968	2,780,702,981	9,738,267,946
2009	7,455,449,854	2,897,276,780	10,352,726,630
2010	7,953,334,743	3,013,850,579	10,967,185,320

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

6.1.5 Seguro de salud en el gobierno central

Las partidas del gobierno central destinadas a contratar seguros de salud y planes de pensiones, arrojaron las siguientes cifras:

Cuadro 44
Erogaciones del gobierno central en seguros médicos⁵⁰
a empleados públicos (1995-2000)

Año	Monto (RDS)
1995	132,321,174
1996	140,217,872
1997	147,795,906
1998	127,906,460
1999	207,066,555
2000	188,627,642

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

Esta partida, aunque refleja correctamente las erogaciones del gobierno central con relación al seguro médico de sus empleados, es parcial. Esto así, debido a que no aparecen aquí las erogaciones de las instituciones descentralizadas y autónomas del sector público; de modo que la cuantía de esta partida, es mucho mayor a la presentada en el cuadro en cuestión.

6.1.6 Proyección de las erogaciones gubernamentales en seguro de salud

Ahora procederemos a proyectar los valores monetarios del seguro de salud en el gobierno central.

⁵⁰ Corresponden a la subcuenta 0273.

Los mínimos cuadrados: método utilizado para efectuar la regresión lineal y proyectar los valores de la variable en cuestión. Se obtuvo la siguiente ecuación de regresión:

$Y = 111,103,707.2 + 13,205,398.037 X$ y el coeficiente de correlación fue 0.76.

Su proyección es como sigue:

Cuadro 45
Proyección erogaciones gobierno central seguros de salud
empleados públicos (2001-2010)

Año	Monto (RD\$)
2001	203,541,493
2002	216,746,891
2003	229,952,289
2004	243,157,687
2005	256,363,085
2006	269,568,483
2007	282,773,881
2008	295,979,279
2009	309,184,677
2010	322,390,075

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

6.1.7 Juegos de azar

Las contribuciones impositivas de los juegos de azar (casinos, tragamonedas y bingo), durante la serie histórica 1995-2000, fue como sigue:

Cuadro 46
Contribuciones impositivas de los juegos de azar (1995-2000)

Año	Monto (RD\$)
1995	184,801,068
1996	197,603,991
1997	330,085,420
1998	69,231,217
1999	98,003,111
2000	117,918,451

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

6.1.8 Proyección de las contribuciones al fisco de los juegos de azar

En este caso, fue mucho más apropiado realizar la proyección, sobre la base de la tasa promedio de crecimiento de la variable estudiada, equivalente a un 5%.

Esta proyección es como sigue:

Cuadro 47
Proyección de las contribuciones impositivas de los juegos de azar (2001-2010)

Año	Monto (RD\$)
2001	123,814,374
2002	130,005,092
2003	136,505,347
2004	143,330,614
2005	150,497,145
2006	158,022,002
2007	165,923,102
2008	174,219,257
2009	182,930,220
2010	192,076,731

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

6.1.9 Aportes corrientes de la Lotería Nacional

Los aportes corrientes reportados por la Lotería Nacional, al gobierno central, que de conformidad con el párrafo I, del artículo 20, será administrada en beneficio del Sistema Dominicano de Seguridad Social, durante la serie histórica 1995-2000, fueron los siguientes:

Cuadro 48
Aportes corrientes de la Lotería Nacional al gobierno central (1995-2000)

Año	Monto (RD\$)
1995	95,500,000
1996	105,000,000
1997	195,000,000
1998	162,350,000
1999	70,000,000
2000	10,000,000

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

Su declinar es tan pronunciado que la proyección de sus valores monetarios, sería imperceptible.

Ahora podemos proceder a confeccionar el siguiente cuadro resumen:

Cuadro 49
Resumen proyectado (2001-2010)
(En millones de RD\$)

Acápite	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
A	3784	4133	4483	4833	5183	5182	5882	6232	6582	6931
B	5437	6052	6666	7280	7895	8509	9124	9738	10353	10967
C	204	217	230	243	256	270	283	2956	309	322
F	124	130	137	143	150	158	166	174	183	192
Total	9549	10532	11516	12499	13484	14119	15455	19100	17427	18412

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

Estos resultados proyectados, dibujan un panorama muy favorable al SDSS, pues el Estado dominicano estaría generando con creces los recursos financieros que les van a permitir cubrir holgadamente sus aportes a dicho sistema para alcanzar y mantener el equilibrio.

6.2 Bondad del ajuste y coeficiente de elasticidad⁵¹

Ahora procederemos a analizar la bondad de la regresión lineal efectuada más arriba y al mismo tiempo calcularemos y analizaremos los coeficientes de elasticidad que se derivan de la relación entre las variables dependientes (gastos en salud de la SESPAS, asistencia social del gobierno central, asistencia social de los organismos descentralizados y gastos del gobierno central en seguro de salud) y la variable independiente, que es el tiempo.

Trabajemos los estadísticos que se derivan de las cuantificaciones en el área del gasto en salud de la SESPAS.

Recta de regresión:

$$Y = a + mX$$

⁵¹ Consulte la obra de Damodar Gujarati, *Econometría básica*, editada por la McGraw Hill, México, 1985, págs. 12-86.

Seguridad social

$$Y = -414,117,308 + 349,781,572.8X$$

Donde:

$$a = -414,117,308$$

$$b = 349,781,572.8$$

El valor de $m = 349.78$, está asociado a la pendiente de la recta e indica que por cada año que vaya pasando, el gasto en salud de la SESPAS aumenta RD\$349.78 millones. El valor de $a = -414.12$ es el intercepto de la línea recta e indica el efecto promedio sobre el gasto en salud de la SESPAS de todas las variables que no se encuentran explícitamente especificadas en el modelo de regresión, ya que en éste solamente fue explicitada la variable tiempo.

Coefficiente de determinación $r^2 = 0.88$; este coeficiente significa que aproximadamente el 88% de la variación del gasto en salud de la SESPAS, está explicado por el factor tiempo.

Coefficiente de correlación: $r = 0.94$; este coeficiente muestra que las dos variables, gastos en salud de la SESPAS y el factor tiempo, están positivamente asociadas.

Respecto al coeficiente de elasticidad, ¿qué podemos decir?

Sus resultados fueron los siguientes:

$$\eta = (dY/dX)(X^*/Y^*)$$

Donde:

Y^* = sumatoria de Y entre n

X^* = sumatoria de X entre n

Luego, $\eta = 349,781,572.8 / (6 / 1,684,572,123) = 1.24$; es decir, el gasto en salud de la SESPAS es elástico con respecto a la variable tiempo; lo cual quiere decir que las variaciones porcentuales que se producen en la variable tiempo, originan cambios porcentuales de mayor magnitud en dicha variable dependiente.

Trabajemos los estadísticos que se derivan de las cuantificaciones en el área de la asistencia social del gobierno central.

Recta de regresión:

$$Y = a + mX$$

$$Y = -12,823,480.6 + 497,884,889.1X$$

Donde:

$$a = -12,823,480.6$$

$$m = 497,884,889.1$$

El valor de $m = 497.88$, está asociado a la pendiente de la recta e indica que por cada año que vaya pasando, las erogaciones en la asistencia social del gobierno central, aumentan RD\$497.88 millones. El valor de -12.8 es el intercepto de la línea recta e indica el efecto promedio sobre las erogaciones del gobierno central en asistencia social, de todas las variables que no se encuentran especificadas en el modelo de regresión, ya que en éste solamente fue explicitada la variable tiempo.

Como sabemos el coeficiente de determinación fue de $r^2 = 0.92$; este coeficiente significa que aproximadamente el 92% de la variación de las erogaciones en asistencia social del gobierno central, está explicado por el factor tiempo.

Coefficiente de correlación: $r = 0.96$; este coeficiente muestra que las dos variables, erogaciones en asistencia social del gobierno central y el factor tiempo, están positivamente asociadas.

Coefficiente de elasticidad: ¿Qué podemos decir respecto al coeficiente de elasticidad? Los resultados fueron los siguientes:

$$\eta = (dY/dX)(X^*/Y^*)$$

Donde:

Y^* = sumatoria de Y entre n

X^* = sumatoria de X entre n

Luego,

$$\eta = (497,884,889.1)(3.5/1,729,773,630) = 1.0$$

Es decir, el gasto en asistencia social, por parte del gobierno central, es unitario con respecto a la variable tiempo; lo cual quiere decir que las variaciones porcentuales que se producen en la variable tiempo, originan cambios porcentuales de igual

Seguridad social

magnitud en dicha variable dependiente.

Trabajemos los estadísticos que se derivan de las cuantificaciones realizadas, pero en el área de la asistencia social de los organismos descentralizados.

Recta de regresión:

$$Y = a + mX$$

$$Y = 1,148,669,795 + 116,573,799.1X$$

Donde:

$$a = 1,148,669,795$$

$$m = 116,573,799.1$$

El valor de $m = 116.57$, está asociado a la pendiente de la recta e indica que por cada año que vaya pasando, las erogaciones en asistencia social de los organismos descentralizados, aumenta RD\$116.57 millones.

El valor de $a = 1,148.67$ es el intercepto de la línea recta e indica el efecto promedio sobre las erogaciones de los organismos descentralizados en asistencia social, de todas las variables que no se encuentran especificadas en el modelo de regresión, ya que en éste solamente fue explicitada la variable tiempo.

El coeficiente de determinación $r^2 = 0.36$, por su parte, es un coeficiente que significa aproximadamente que el 36% de la variación de las erogaciones en asistencia social de los organismos descentralizados, está explicado por el factor tiempo.

Coeficiente de correlación: $r = 0.60$: este coeficiente muestra que las dos variables, erogaciones en asistencia social de los organismos descentralizados y el factor tiempo, están positivamente asociadas.

Coeficiente de elasticidad. ¿Qué podemos decir respecto al coeficiente de elasticidad? Los resultados fueron los siguientes:

$$\eta = (dY/dX)(X^*/Y^*)$$

Donde:

Y^* = sumatoria de Y entre n

X^* = sumatoria de X entre n

Luego,

$$\eta = (116,573,799.1)(3.5/1,557,678.092) = 0.26.$$

Es decir, el gasto en asistencia social por parte de los organismos descentralizados, es inelástico con respecto a la variable tiempo; lo cual quiere decir que las variaciones porcentuales que se producen en la variable tiempo, originan cambios porcentuales de menor magnitud en dicha variable dependiente.

Trabajemos los estadísticos que se derivan de las cuantificaciones en el área del gasto en seguro de salud del gobierno central.

Recta de regresión:

$$Y = a + mX$$

$$Y = 111,103,707.2 + 13,205.398.037X$$

Donde:

$$a = 111,103.707.2$$

$$m = 13,205.398.037$$

El valor de $m = 13.2$, está asociado a la pendiente de la recta e indica que por cada año que vaya pasando, las erogaciones en seguro de salud del gobierno central, aumentan RD\$13.2 millones.

El valor de $a = 111.1$ es el intercepto de la línea recta e indica el efecto promedio sobre las erogaciones del gobierno central en seguro de salud, de todas las variables que no se encuentran especificadas en el modelo de regresión, ya que en éste solamente fue explicitada la variable tiempo.

Coefficiente de determinación $r = 0.58$: este coeficiente significa aproximadamente que el 58% de la variación de las erogaciones en seguro de salud del gobierno central, está explicado por el factor tiempo.

Coefficiente de correlación: $r = 0.76$: este coeficiente muestra que las dos variables, erogaciones en asistencia social de los organismos descentralizados y el factor

Seguridad social

tiempo, están positivamente asociadas.

Coefficiente de elasticidad. ¿Qué podemos decir respecto al coeficiente de elasticidad? Los resultados fueron los siguientes:

$$\eta = (dY/dX)(X^*/Y^*)$$

Donde:

Y^* - sumatoria de Y entre n

X^* = sumatoria de X entre n

Luego, $\eta = (13.205.398.037)(3.5/1 57,322,601.5) - 0.29$. Es decir, el gasto en seguro de salud por parte del gobierno central, es inelástico con respecto a la variable tiempo; lo cual quiere decir que las variaciones porcentuales que se producen en la variable tiempo, originan cambios porcentuales de menor magnitud en dicha variable dependiente.

CAPÍTULO VII METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DEL COSTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD. PRODUCTO NÚMERO 3⁵²

7.1 Metodología para la evaluación del costo del Seguro Familiar de Salud (SFS)

7.1.1 Primer paso

Las estancias infantiles serán financiadas de este modo: fondos provenientes del SFS; recursos aportados por el Estado; recursos aportados por instituciones privadas y donaciones nacionales o extranjeras.

Por su parte, el SFS del régimen contributivo se fundamenta en un régimen financiero de reparto simple, basado en una cotización total del 10% del salario cotizable: un 3% a cargo del afiliado y un 7% del empleador, distribuido en las siguientes partidas como sigue:

A 9.43% para el cuidado de la salud de las personas; b) 0.10% para cubrir las estancias infantiles; c) 0.40% destinado al pago de los subsidios y 0.07% para las operaciones de la SISALRIL.

El régimen subsidiado será cubierto con un aporte del Estado dominicano. Su monto será determinado en función de la cantidad de población atendida y del costo per cápita del PBS.

El financiamiento del régimen contributivo-subsidiado, estará sujeto a la distribución del costo per cápita del PBS entre el trabajador y el Estado dominicano, tomando en cuenta la capacidad contributiva real de los diversos segmentos de los

⁵² El producto 3 es la Metodología para la evaluación y fuente de financiamiento del Seguro Familiar de Salud.

trabajadores por cuenta propia y posibilidades del Estado.⁵³

7.1.2 Segundo paso

La columna vertebral del SFS es el PBS, por tanto, el primer paso que debemos dar en el proceso de evaluación de su costo y fuente de financiamiento, es determinar el contenido que el mismo poseerá.

Esto queda resuelto con la lectura del artículo 129 de la ley de seguridad social, donde se explicitan siete servicios que debe contener el PBS.

Tales servicios son:

- Promoción de la salud.
- Atención primaria de salud.
- Atención especializada.
- Exámenes de diagnósticos.
- Atención odontológica.
- Rehabilitación.
- Prestaciones complementarias.

7.1.3 Tercer paso

Asunción de un enfoque de la teoría del coste. Partimos de una visión de corto plazo del costo, donde en el marco del SFS se manifestarán elementos cuya variación inmediata no será posible, en cambio otros sí. De donde emergerán insumos fijos e insumos variables, y por tanto, costos fijos y costos variables.⁵⁴

7.1.4 Cuarto paso

Identificados los servicios y asumiendo un enfoque de la teoría del coste, se procede a identificar cuáles son los insumos variables y cuáles son los insumos fijos que prevalecen en cada servicio del PBS.

Así tendríamos insumos fijos, como infraestructura, equipos médicos y de mantenimiento, mobiliarios y los vehículos e igualmente el personal administrativo. Los costos fijos tienen su origen aquí, precisamente.

⁵³ Secretaría de Estado de Trabajo: *Ley 87-01*, págs. 130-152.

⁵⁴ Véase la obra de Ferguson y Gould: *Teoría microeconómica*. FCE, México, 1978, págs. 188-204.

Insumos variables serían personal de salud, medicamentos, laboratorios, rayos-x, material gastable, gasolina, agua, luz, teléfono y comidas. Los costos variables tienen su génesis aquí, precisamente.

7.1.5 Quinto paso

En este paso procedemos a imputarles a cada servicio, la cantidad de insumos variables y de insumos fijos que conllevan su ejecución.

7.1.6 Sexto paso

Las cantidades de insumos variables deberán ser multiplicadas por sus precios de venta, lo que arrojaría el costo variable, del servicio en cuestión.⁵⁵

Las cantidades de insumos fijos deberán ser valoradas de conformidad a los supuestos establecidos o procedimientos de depreciación previamente convenidos, lo que arrojaría el costo fijo, por servicio.

La suma de los costos fijos y costos variables, aportaría el costo total por servicio final.

En el caso que nos ocupa, en la valorización del servicio promoción de la salud y medicina preventiva, se requiere explicitar los importes de las actividades relacionadas con la variable educación como el mecanismo por excelencia en dicho renglón: educación sobre el uso de los servicios de salud, principalmente en atención primaria, educación sobre estilos de vida saludables, educación alimentaria nutricional, educación para el autocuidado personal, familiar y comunitario, campaña anti-tabáquica y antialcoholismo y educación para la salud mental.

Ahora bien, en el servicio promoción y prevención, no basta con identificar la variable educación, es necesario convenir en los tratamientos específicos que lo integrarían. Entre éstos podemos citar: prevención de la diabetes, prevención y tratamiento de tuberculosis, prevención del cáncer cérvico-uterino, tratamiento de la hipertensión arterial, programa de inmunizaciones, asistencia prenatal, prevención de la fiebre reumática, enfermedades de transmisión sexual, prevención y tratamiento de la malaria, planificación familiar y otros. El servicio atención

⁵⁵ CV= (INSUMOS VARIABLES)(PRECIOS).

Seguridad social

primaria, supone también la ejecución de actividades de educación en contextos individual, grupal y colectivo. En este servicio hay que valorar especialmente las emergencias, servicios ambulatorios (medicina general y de niveles especializados) y a domicilio, la atención materno-infantil (partos, tanto normal como por cesárea) y farmacia ambulatoria.

La atención especializada y tratamientos complejos, es un servicio en el que para determinar su costo total, es necesario especificar los costos de las consultas, el costo de la habitación /día, el costo de los medicamentos, honorarios del médico cirujano por acto, el anestesista, la sala de cirugía por acto, las visitas del especialista y el médico general, los estudios diagnósticos y los medicamentos ambulatorios.

En el caso del servicio de exámenes diagnósticos tanto biomédicos como radiológicos, se precisa determinar los costos de laboratorio y de radiología e imágenes, principalmente.

La atención odontológica, en los campos preventivo y curativo, se puede valorar en función de las tarifas de seguros e iguales odontológicas, para luego encontrar un promedio representativo que se aproxime al costo de los tratamientos odontológicos que incluye el PBS.

El servicio de rehabilitación, su costo se puede determinar sobre la base de orientaciones de la Asociación Dominicana de Rehabilitación (ADR), respecto a los costos de las consultas de rehabilitación y de las terapias físicas y terapéuticas. Igualmente se puede hacer con algunos centros médicos privados, de forma que luego se pueda alcanzar un promedio adecuado de las tarifas cobradas en ambos sectores.

Finalmente, las prestaciones complementarias que incluyen aparatos, prótesis médica y asistencia técnica a discapacitados, sus costos pueden ser determinados en base a informaciones cuantitativas que al respecto se encuentran en encuestas realizadas por instituciones públicas y privadas, especialmente el Banco Central de la República Dominicana, donde se especifican las erogaciones efectuadas por la economía doméstica, en dicho renglón.

7.1.7 Séptimo paso

Una vez se obtienen los costos totales por servicio final, se procede a dividir estos montos entre los diferentes productos, para encontrar los costos unitarios.

Así tendremos:

Coste del egreso: costos del servicio/número total de egresos del servicio.

Coste de la estancia: costos del servicio/número total de estancias del servicio.

Costes de la consulta: costes totales de las consultas/número total de consultas.

Coste de las emergencias atendidas: costes totales del servicio de emergencias número total de emergencias.

7.1.8 Octavo paso

Es necesario identificar la población que será beneficiada. En efecto el SFS contempla una universalización de su protección a la población dominicana, claramente explicitada en el artículo 118 de la ley de seguridad social.

Una alternativa para continuar hacia delante, en el proceso de estimación de los costos, es viable acogerse a las estimaciones y proyecciones de población efectuadas por la CELADE:

Cuadro 50
Distintas alternativas de proyección de la población (2002-2010)
(Millones de habitantes)

Año	Hipótesis baja	Hipótesis mediana	Hipótesis alta
2002	8.4	8.9	9.4
2003	8.5	9.0	9.5
2004	8.6	9.2	9.7
2005	8.7	9.3	9.9
2006	8.8	9.4	10.0
2007	8.9	9.5	10.2
2008	9.0	9.7	10.4
2009	9.2	9.8	10.6
2010	9.3	9.9	10.7

Fuente: CELADE.

7.1.9 Noveno paso

En este paso, procedemos a estimar la demanda actual de los servicios explicitados por el artículo 129, arriba citado, encontrando la frecuentación de la población por cada uno de los niveles de servicios convenidos, multiplicando la población por la

frecuentación.

El procedimiento para calcular la frecuentación de cada servicio o de los ítems que los integran, es el siguiente:

En la frecuentación hospitalaria es contabilizado el número de egresos por 1000 habitantes, tanto en el ámbito público, como privado, procurando una media. La frecuentación en emergencia se obtiene el número de emergencias por 1000 habitantes. La frecuentación a las consultas, también se calculan por 1000 habitantes, a nivel de la SESPAS, el IDSS y el sector privado. En la atención primaria, se puede tomar el número de consultas por habitante (consultorios, dispensarios, clínicas rurales y urbanas) en las instalaciones médicas públicas y en las privadas. En la atención odontológica, se trata de obtener las tasas de frecuentación de los distintos tratamientos, dividiendo el número de casos, por tratamiento, entre el número de afiliados de iguales y aseguradoras en el área odontológica. Finalmente en el servicio de rehabilitación, se puede tomar como referencia las informaciones registradas por la Asociación Dominicana de Rehabilitación (ADR) y posteriormente extrapolarlas al país todo.

7.1.10 Décimo paso

En este paso procedemos a determinar el costo total de cada servicio, al multiplicar la demanda total de cada uno de ellos por su costo unitario. Luego al sumar estos costos por servicio, se obtiene el costo total el cual dividido por el número de habitantes nos arroja el costo per cápita.

7.2 El mismo problema en una perspectiva diferente

Ahora bien, si evaluamos esta problemática desde la perspectiva de los tres regímenes que componen el SFS (contributivo, contributivo- subsidiado y subsidiado), los criterios metodológicos a seguir son los siguientes:

En primer lugar, concebimos el costo per cápita como una variable vital para el cálculo del costo del SFS.

En segundo lugar hay que determinar la población beneficiaría por régimen de afiliación.

La población beneficiaría del régimen contributivo está claramente explicitada en el artículo 123 de la ley; la del régimen subsidiado en el artículo 125; y la del régimen

contributivo-subsidiado, en el artículo 126.

En tercer lugar, debido a que generalmente no se dispone de informaciones actuales de la cuantía de los segmentos poblacionales que se constituyen en afiliados potenciales de los regímenes arriba nombrados, es necesario recurrir a eventos históricos (encuestas) que aportan datos sobre el particular, especialmente la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, del Banco Central de la República Dominicana. De estas fuentes extraemos, el porcentaje que con respecto a la población total del año de la encuesta, representan los segmentos poblacionales relacionados con cada régimen de afiliación. Este o estos porcentajes son multiplicados por la población de los años de la serie para la que se está proyectando y así se obtiene la población beneficiaria, por régimen y por año que multiplicado por el costo per cápita nos da el costo total por régimen de afiliación. La suma de los tres montos, correspondientes a los tres regímenes, arroja el resultado del costo total.

Ahora, el costo estimado con el procedimiento descrito, tiene que ser desglosado en dos vertientes: la pública y la privada.

La porción del costo total que le corresponde al Estado dominicano, es de 39.4% y el restante 60.6% le corresponde al sector privado.

7.3 Criterios metodológicos para evaluar el financiamiento del costo del SFS

El primer paso que debemos dar es conocer el fundamento legal del financiamiento que se encuentra establecido en la ley de seguridad social.

En efecto, la ley establece, en su artículo 13 que el régimen contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, se financia mediante: a) Las cotizaciones y contribuciones obligatorias de los afiliados y de los empleadores; b) los beneficios, intereses y rentas provenientes de las reservas del Fondo de Solidaridad; c) el importe de las multas impuestas como consecuencia del incumplimiento de la presente ley sus normas complementarias; d) la realización de activos y utilidades que produzcan sus bienes; e) las donaciones, herencias, legados, subsidios y adjudicaciones que se hagan en su favor.

Sin embargo, es en el artículo 140, donde la ley establece con claridad el financiamiento del seguro familiar de salud del régimen contributivo. Allí se dice que “(...) *el Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo se fundamenta en un régimen financiero de reparto simple, basado en una cotización*

Seguridad social

total del diez por ciento (10%) del salario cotizante: un tres por ciento (3.0%) a cargo del afiliado y un siete por ciento (7.0%) del empleador, distribuido en las siguientes partidas como sigue:

“Un nueve punto cuarenta y tres por ciento (9.43% para el cuidado de la salud de las personas.

“Un cero punto diez por ciento (0.10%) para cubrir las Estancias Infantiles.

“Un cero punto cuarenta por ciento (0.40%) destinado al pago de subsidios.

“Un cero punto siete por ciento (0.07%) para las operaciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales”.⁵⁶ (Comillas, el punto suspensivo y cursiva son nuestros).

Respecto al régimen subsidiado, la ley establece en su artículo 142 lo siguiente: *“El Régimen Subsidiado será financiado con un aporte del Estado Dominicano, con cargo a la ley de Gastos Públicos. Su monto será determinado en función de la cantidad de población atendida y del costo per cápita del plan básico de salud. Durante el período de transición la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) deberá separar los fondos asignados en su presupuesto e identificar los recursos destinados a la atención a las personas. En función de la población comprendida por este régimen se determinará el monto actual de la asignación per cápita, debiendo el Estado Dominicano adicionar los recursos necesarios para completar el costo per cápita del plan básico de salud correspondiente a este Régimen de las aportaciones consignadas en el artículo 20 de la presente ley”.⁵⁷ (Comillas y cursiva son nuestras).*

El financiamiento del régimen contributivo-subsidiado, dice la ley en su artículo 146, que se determinará del modo siguiente: *“El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) determinará mediante estudios, la distribución del costo per cápita del Plan Básico de Salud entre el trabajador y el Estado Dominicano, tomando en cuenta la capacidad contributiva real de los diversos segmentos de los trabajadores por cuenta propia, así como la disponibilidad del Estado Dominicano. El Poder Ejecutivo, a propuesta del CNSS, dispondrá mediante decreto el porcentaje de los aportes y su distribución”.⁵⁸ (Comillas y cursiva son*

⁵⁶ Secretaría de Estado de Trabajo: Ley No. 87-01, págs. 115-116.

⁵⁷ *Ibíd.*, p. 118.

⁵⁸ *Ibíd.*, p. 120.

nuestras).

Precisadas las fuentes de financiamiento, lo que nos resta ahora es identificar el método que nos lleve a la cuantificación financiera.

Por eso, debemos estimar el ingreso promedio que estaría sujeto a cotización de los afiliados de los regímenes contributivo y contributivo- subsidiado, multiplicarlo por el número de afiliados potenciales y luego aplicar los mandatos de la ley expresados en los artículos arriba citados, que versan sobre el financiamiento del sistema.

En el caso del contributivo multiplicaríamos el 17% por la población y luego por el ingreso promedio anual cotizante. Como no disponemos anualmente de esta última información, estamos obligados a recurrir a datos de muestras del universo que nos permitan transitar el camino más expedito.

Bitrán aconseja extraer dicha información de la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares de 1999. Así, *“(...) para el Régimen Contributivo Subsidiado se calculó el ingreso promedio cotizante como la suma de los ingresos monetarios producto del trabajo independiente, dividido por la suma de trabajadores independientes, dando como resultado RD\$51,360 anuales. Para el caso del Régimen Contributivo se hizo lo propio, considerando el ingreso monetario del trabajo dependiente y el número de trabajadores dependientes, lo cual entrega un valor de RD\$56,486 al año (...)”* (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

Ahora bien el ingreso promedio cotizante, con el paso del tiempo, no puede permanecer estático. De ahí que sea necesario hipotetizar sobre su posible alza nominal.

Seguridad social



¡Ríen a pesar de las limitaciones impuestas por el capitalismo!

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este estudio hemos procedido a contrastar con la realidad, proposiciones y presunciones sobre costos y financiamientos del Seguro Familiar de Salud (SFS) y el Plan Básico de Salud (PBS), desmonte y transformación de partidas presupuestarias gubernamentales, con el propósito de encontrar fuentes institucionales estables para financiar el SFS y postulados metodológicos para que sirvan de guía en esos fines.

Dando como válido el estudio de la SISALRIL, que estima para junio del 2002, el costo del PBS, en una cuantía de RD\$ 2,176.10 (unos US\$120.89), en el escenario de costos bajos, alternativa C, nos empleamos a fondo en la justificación de los componentes de salud del paquete correspondiente al PBS, las características de la frecuentación por ítems, de los servicios de salud y la edificación de escenarios sobre la base del cambio de los soportes cuantitativos iniciales de las variables involucradas en los costos.

Al erigirse el costo total del PBS sobre la base de dos variables básicas: población a beneficiarse y el costo de los insumos y factores que sirven de fundamento para llevar a cabo los 12 servicios que los integran, fue notorio el incremento del costo total y del costo per cápita de dicho paquete; sobre todo en escenarios de alzas generalizadas de precios. De ahí, la tremenda importancia que reviste el hecho de que las autoridades del Banco Central de la República, continúen aplicando políticas monetarias y cambiarlas que mantengan la tasa de inflación en niveles manejables.⁵⁹

La edificación de escenarios optimistas, en lo que concierne a las posibilidades de financiamiento de los tres regímenes de afiliación en que se cimienta el SFS, es decir, el contributivo, el contributivo-subsidiado y el subsidiado, en circunstancias en que la evasión que podría afectar al primero y al segundo de los regímenes, se presume de 0%, arroja resultados positivos muy especialmente en el contributivo que sería autofinanciable. Más cuando el problema es analizado en conjunto (los tres regímenes), se produce un ligero déficit.

En el escenario pesimista, matizado por elevadas tasas de evasión en los regímenes contributivo y contributivo-subsidiado, el régimen contributivo entra en un proceso

⁵⁹ Lamentamos la ruptura del equilibrio macroeconómico en el año 2003, a causa de la ocurrencia de perturbaciones internas y externas.

Seguridad social

operacional deficitario y vistos los tres en conjunto la situación pasa de déficit ligero (escenario optimista) a un déficit gigantesco; con lo que se pone al descubierto que el control de la evasión (en la afiliación y en el pago de las obligaciones, por parte de los sujetos implicados en la ley de seguridad social), será clave, para alcanzar y mantener el equilibrio financiero del sistema. Además esta conclusión pone en cuestión, a algunos aspectos de la misma ley que no contempla subsidio alguno para el régimen contributivo; en el futuro la ley probablemente tendrá que ser reformada en ese particular.

El desmonte y transformación de las partidas gubernamentales claramente identificadas en el artículo 20 de la ley 87-01 de seguridad social, al cuantificar y proyectar los recursos financieros, sobre la base de datos históricos, usando métodos estadísticos apropiados, se pudo obtener resultados que provocan cierta tranquilidad a los auspiciadores del contexto legal protector de los pobres, en el campo de la salud, en virtud de que subestimando las fuentes comentadas, siempre y cuando se cumpla con el artículo 20 de la ley, el Estado estaría en capacidad financiera de acometer su rol a favor del SFS. Por tanto, es conveniente que el agente económico gobierno, haga conciencia del cumplimiento de la ley, y que haga cumplir los contenidos de los párrafos II, III y IV del artículo 20, en los cuales se estipula el grado de sanción que recaerá sobre los funcionarios públicos que incumplan con el citado artículo.

BIBLIOGRAFÍA

Ander-Egg, Ezequiel: *Técnicas de investigación social*. Editorial Hvmánitas. XIX edición, 1982.

Banco Central de la República Dominicana: “Cuentas nacionales de salud: año 1996”. Santo Domingo, RD, 1996.

Banco Central de la República Dominicana: “Cuentas de salud del sector público”. Período 1996-1999. Santo Domingo, RD, 2001.

Banco Central de la República Dominicana: “Boletín trimestral”. Santo Domingo, RD, abril junio 2001.

Bitrán, Ricardo y otros: “Escenarios macroeconómicos y fiscales para la reforma de la de la seguridad social en salud en la República Dominicana”. Santo Domingo, RD, 2001.

Bravo, Jorge: “Cambios en el empleo, la edad de jubilación y la fecundidad: sus repercusiones sobre la dependencia económica y el ingreso per cápita”. Revista Notas de Población, N° 51-52. CELADE, diciembre, 1991.

Comisión Nacional de Salud: “República Dominicana. Canasta de servicios básicos de salud”. Santo Domingo, RD, 1997.

Gámiz de Luna, Clara: *El costo del plan básico de salud del proyecto de ley de seguridad social*. Santo Domingo, RD, 2000.

García Laguardia, Jorge Mario: *Guía de técnicas de investigación*. Editorial Casagrande, México, 1978.

Jiménez, Celedonio: *Ética, crisis social y educación en valores*. Editora UASD, Santo Domingo, R.D., 2003.

Kroeger y Luna: *Atención primaria de salud*. Editorial Pax, México, 1992.

Linares, Manuel: *Análisis básico de la economía dominicana*. Editora SOMOS ARTES. Santo Domingo, RD, 2002.

Seguridad social

Morillo, Antonio: Transición de la fecundidad y sus factores determinantes en la República Dominicana (ensayo que aparece en la publicación *Bases para una política de población y desarrollo en la República Dominicana*, auspiciada por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, el Consejo Nacional de Población y Familia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas). Editora El Nuevo Diario, S.A., Santo Domingo, R.D., 2001.

ONAPRES: “Ejecución presupuestaria”. Volúmenes 1990-2000. Santo Domingo, RD, 1990-2000.

Rodríguez Cabrero, Gregorio: “Conflicto, gobernabilidad y política social” (Ensayo que aparece en el libro: *Buen gobierno y política social*, cuyos editores son Salvador Giner y Sebastián Sarasa). Editorial Ariel. Barcelona, España, 1997.

Sampieri, Collado y Lucio: *Metodología de la investigación*. McGraw Hill México, Segunda edición, 2000.

Secretaría de Estado de Trabajo: *Sistema dominicano de seguridad social. Ley 87-01*. Editora Centenario. Santo Domingo, RD, 2001.

SISALRIL: Propuesta del catálogo de prestaciones del PBS. Santo Domingo, RD, 2002.

Este libro se terminó de imprimir y encuadernar
en el mes de enero de 2004
en los talleres de Somos Artes Gráficas,
Tel.: 596-8239 • Fax: 699-2993
E-mail:
Santo Domingo. República Dominicana.