

Estudios Sociales
Vol. XXXVII, Número 137
Julio-Septiembre 2004

IMPACTO DE LA LEY 87-01 QUE CREA EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LA EQUIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD¹

Rosa María Cañete Alonso²

Introducción

Garantizar una buena salud a su población es un objetivo para todos los estados del mundo. De hecho, muchos estados contemplan este objetivo en sus leyes y constituciones. De manera particular, en la carta magna de República Dominicana se establece que el Estado tiene la obligación de garantizar un adecuado estado de salud a toda su población.

El logro de este objetivo, sin embargo es muy desigual entre los diferentes países. Por eso pueden observarse grandes diferencias en los principales indicadores de la salud. Estas diferencias son notables entre países ricos y pobres, pero también puede encontrarse entre países de más o menos el mismo nivel de riqueza. De ahí la importancia de estudiar los diferentes mecanismos que utilizan los estados para lograr la mejor organización y estructuración de sus sistemas de salud.

¹ Resumen y actualización de la Tesina presentada en junio 2003 al final del Magister en Desarrollo y Ayuda Internacional del Instituto Complutense de Estudios Internacionales (ICEI) de la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

² Investigadora del Centro de Estudios Sociales Padre Juan Montalvo, S.J.

Los diferentes sistemas de salud suelen evaluarse en dos grandes aspectos: los niveles de eficiencia en el uso de los recursos y el grado de equidad que logren alcanzar. La experiencia ha demostrado que en ambos aspectos el rol del gobierno es muy importante. Esto es así porque en el sector salud se presentan grandes fallas del mercado que dificultan el papel de este último como instrumento de asignación de recursos. Estas fallas se expresan en la existencia de una gran asimetría de información entre los actores, mercados incompletos, externalidades, bienes públicos, entre otras. En ese sentido, todos los estados del mundo participan, aunque en diferente manera y magnitud, tanto en la regulación del sector, como en la participación directa a través del financiamiento y/o provisión de servicios de salud.

Por otra parte, la participación del Estado en el sector salud suele tener impacto en la distribución del ingreso y, por lo tanto, juega un papel importante en los niveles de pobreza de un país.

En base a lo descrito, el objetivo de este trabajo es analizar el impacto sobre la equidad y por tanto en la distribución del ingreso que tendrá la ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social con respecto al sector salud. El análisis se centrará en el estudio de la incidencia, en la provisión de servicios y en la incidencia en el financiamiento de éstos, dejando para otros análisis variables también muy importantes como la eficiencia y la calidad de los servicios prestados sobre la equidad y la sostenibilidad económica del sistema.

Se abordará inicialmente, un análisis de las características del sector salud en República Dominicana anterior a la aprobación de la ley y una descripción de las principales características de la nueva ley con respecto al Seguro Familiar de Salud. Finalmente se realizará un análisis comparativo de la incidencia de la provisión de los servicios de salud priorizando la focalización de estos servicios y posteriormente la incidencia de la forma del financiamiento de los servicios prestados.

I. Análisis y características del sector salud dominicano antes de la aprobación de la nueva ley de seguridad social

En esta sección se comentarán las características generales del Sistema Dominicano de Salud previa a la aprobación de la ley 87-01 y especialmente en la capacidad de redistribución del sistema.

Características generales del sistema de salud antes de la ley 87-01

Organización institucional, cobertura y financiamiento

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) es el organismo rector de todo el sistema de salud. También es el principal proveedor de servicios públicos de salud. En 1998 administraba el 56% de las camas disponibles del sector salud³. Se financiaba a través del presupuesto nacional, es decir de los impuestos generales y su gasto representaba un 1.2% del PIB un 19.3% del gasto total en salud y cubría a un 45.2% de la población.

Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). El segundo proveedor de servicios públicos de salud, ya que contaba con el 8% de las camas disponibles del sector salud. Sus principales beneficiarias/os eran las/os trabajadoras/es del sector formal que ganaban menos de dos salarios mínimos, cubría al 6% de la población. Excluía a la familia de la persona asegurada y también a las/os empleadas/os públicas/os con salarios superiores a dos salarios mínimos. Se financiaba a través de las contribuciones del sector formal de la economía que son un 9.5% del salario de la persona asegurada pagado entre el Estado, el empleador y el empleado.

Las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional administran los servicios de salud de sus empleadas/os y sus familias que representaban el 2% de la población.

La Presidencia de la República se encarga directamente de la inversión en infraestructura y equipos necesarios en el sector público y gestiona también el Programa de Medicamentos Básicos

³ M. Rathe, *Salud y equidad*. Calverton: Programa DHS/ Marco Internacional, 2000, p. 32.

(PROMESE-CAL) que provee de suministros médicos al sector público de salud así como, administra una red de boticas populares que venden medicamentos genéricos a bajo precio.

El sector privado, según datos de 1998, es un proveedor esencial de servicios dentro del sistema dominicano de salud, cubriendo el 36% de las camas disponibles hospitalarias. Se financiaba principalmente a través del pago directo de bolsillo aunque en los últimos tiempos se comenzó a desarrollar la modalidad de servicios pre-pago a través de los seguros médicos. El sector privado realiza un gasto en salud equivalente al 4.6% del PIB lo que representa el 76% del gasto total en salud y da servicio al 50.7% de la población. Del 76% del gasto total en salud el 49.6% era pagado por los hogares, el 16.5% por seguros de salud privados, un 9.9% las ONGs y otros. Dentro del sector privado también ofertaban servicios alrededor de 200 organizaciones gubernamentales, ONGs que se financiaban a través de aportes gubernamentales, fondos locales y ayuda externa.

Tabla 1. Distribución del gasto realizado en salud por cada actor como % del PIB, del gasto total en salud y población que cubre cada uno (1998)

	Gasto (% PIB)	% del gasto total en salud	% de población servida
Sector Público (Gobierno Central)	1.5	24.0	49.3
SESPAS	1.2	19.3	45.2
Otros: otros ministerios y la Presidencia	0.3	4.7	4.1
Sector privado	4.6	76.0	50.7
Hogares	3.0	49.6	
Seguros de salud privados	1.0	16.5	
Otros incluyendo ONGs	0.6	9.9	
Total	6.1	100.0	100.0

Fuente: P. Auffret, *Informe sobre la pobreza en República Dominicana*. Santo Domingo: PUCMM y Banco Mundial, 2002, p. 76

Basado en datos de ONAPRES y ENGIH 1998.

Análisis crítico del sistema de salud pública dominicano y sus efectos redistributivos antes de la ley 87-01

El gasto nacional en salud (GNS), ascendía en 1996 a 6.5% del PIB conformado por un 1.5% de gasto público y un 4.8% privado y un 0.2% por el resto del mundo en forma de cooperación financiera. Dicho de otra forma, del GNS el 23.5% estaba cubierto por fondos públicos y el 73.9% por fondos privados siendo un 62.4% cubierto por las familias y un 11.5% por las empresas⁴.

Esta alta proporción de la participación privada, a través del pago directo a los proveedores, en la financiación del GNS y la baja cobertura de los seguros (solo un 10.3%) son indicadores de la falta de equidad del sistema. Existía una muy baja cobertura de aseguramiento, tan sólo el 18.3% de la población tenía alguna clase de seguro, esto significaba que el 82% no tenía ningún tipo de cobertura y este porcentaje aumentaba en el sector rural a un 91% de la población. Por niveles de ingreso los datos dicen que tan sólo el 5.3% del quintil más pobre tenía alguna cobertura mientras en el quintil más rico alcanzaba un 33.6%. Se da una clara diferencia entre quintiles, signo de la inequidad del sistema, pero aún así era muy alta la proporción de personas del quintil más rico sin ningún tipo de cobertura. Esto implicaba también que el 94% del gasto de los hogares se hiciera a través del pago directo de bolsillo y por tanto, tan sólo un 7% en modalidad pre-pago. El pago directo es muy ineficiente porque obliga a desembolsos de grandes sumas en corto periodo de tiempo requiriendo, en muchos casos y muy frecuentemente, en los quintiles más bajos el endeudamiento o la venta de activos y, por tanto, el cierre de microempresas.

Para estudiar el efecto redistributivo del gasto en salud nos fijaremos en el financiamiento del gasto en salud de las familias por nivel de ingreso. Apreciamos que el 64% del gasto en salud de los más pobres era financiado privadamente y por tanto, el 36% era financiado públicamente. En el quintil más rico el 81% del gasto en salud era privado y el 19% público.

⁴ Rathe, p. 80

Tabla 2. Distribución del gasto público total en salud por quintil (1996)

	%del gasto público total en salud que va dirigido a cada quintil
Quintil 1	21%
Quintil 2	24%
Quintil 3	20%
Quintil 4	19%
Quintil 5	16%

Tabla 3. Fuentes de financiamiento del gasto total realizado en salud por cada quintil (1996)

Fuentes de financiamiento del gasto realizado en salud por cada quintil			
	Presupuesto Nacional	Bolsillo de los hogares	Total
Quintil 1	36%	64%	100%
Quintil 2	41%	59%	100%
Quintil 3	33%	67%	100%
Quintil 4	25%	75%	100%
Quintil 5	19%	81%	100%

Fuente: Rathe, pp. 88 y 90

Podemos ver que pese a que el gasto en salud era en cierta manera progresivo, es decir beneficiaba en mayor medida al quintil más pobre, el gasto privado de las familias de este estrato poblacional era aún muy elevado y que, por tanto, el subsidio en salud además de ser insuficiente no estaba bien distribuido entre los distintos grupos sociales ya que, si ante la escasez de recursos el objetivo del gasto social era la población más vulnerable, este grupo debería tener un

IMPACTO DE LA LEY 87-01 QUE CREA EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LA EQUIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

gasto privado muy bajo en salud y de esta forma, el gasto público en salud elevaría los ingresos de las familias más pobres que no habrían de gastar en este concepto y podrían por tanto dedicar esos ingresos a otros bienes.

Aunque beneficiaba más a los pobres, hay un muy bajo nivel de focalización del gasto público en salud. En 1996, el quintil más pobre recibía tan sólo el 21% del gasto público en salud y el más rico el 16%, esto implicaba un mínimo impacto de redistribución de ingresos a través del gasto en salud.

Se sigue dando una muy baja inversión con respecto a la media de los países latinoamericanos. En 1998, tan sólo se alcanzaba un 1.5%⁵ del PIB de gasto público en salud. En 1998-1999 se dio un gasto social per cápita en salud medio en América Latina de US\$ 111 mientras en República Dominicana era tan sólo de US\$ 31.⁶

II. Características generales de la ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social⁷

En este apartado referimos las características básicas y primordiales de la nueva ley aprobada, poniendo nuestra atención en el Seguro Familiar de Salud que es sobre el que se centra el estudio.

Beneficiarias/os del Seguro Familiar de Salud (Art. 5)

Son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y preservación del medio ambiente, sin discriminación alguna, todos los dominicanos y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

⁵ Auffret, p. 76.

⁶ COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). *Panorama Social de América Latina 2000-20*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2001, p. 144.

⁷ Se ha de aclarar que la ley 87-01 no utiliza el lenguaje de género en ninguna de sus partes hablando de "afiliados" o "trabajadores" suponiendo que así incluye a ambos sexos. Cuando se citan fragmentos de la ley hemos mantenido este lenguaje discriminatorio queriendo hacerlo patente. Cuando no se citan fragmentos de la ley sí se introduce un lenguaje que incluye a ambos sexos.

Prestaciones del Seguro Familiar de Salud (SFS)

El SFS cubrirá las siguientes prestaciones con diferente cobertura dependiendo del régimen al que se pertenezca: Plan Básico de Salud. Servicios de Estancias Infantiles. Subsidio de maternidad. Y Subsidio por enfermedad

Selección familiar de los servicios de salud (Art. 120)

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) garantizará la libre elección familiar de la Administradora de Riesgos de Salud (ARS), del Seguro Nacional de Salud (SENASA) y/o PSS de su preferencia. Esto es válido tan sólo para las personas afiliadas al régimen contributivo y que no son empleadas/os públicos, ya que el resto estará regulado por el SENASA.

Articulación de los niveles de atención en salud (Art. 152)

Para ser habilitadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, el Seguro Nacional de Salud y cada Administradora de Riesgos de Salud (ARS) deberá contar con Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) que, en conjunto, cubran y articulen los niveles de atención cumpliendo, al menos, con las condiciones mínimas siguientes:

- Un nivel de atención primaria como puerta de entrada a la red de servicios, con atención profesional básica a la población a su cargo, dotado de adecuada capacidad resolutive y centrado en la prevención, en el fomento de la salud, en acciones de vigilancia y en el seguimiento de pacientes especiales, que cubra las emergencias y la atención domiciliaria.
- Un nivel de atención ambulatoria especializada, con capacidad profesional y tecnológica para atender a los pacientes referidos desde el primer nivel de atención.
- Un nivel de hospitalización general y complejo, dotado de los recursos humanos y tecnológicos para atender la demanda de pacientes que requieren internamiento y cirugía, referidos por los niveles ambulatorios o por emergencias.
- Un sistema de referencia desde el nivel de atención primaria hacia la atención ambulatoria especializada, y/o la hospitalización general y compleja, y viceversa.

Los servicios preventivos de carácter general permanecerán a cargo de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y serán financiados con recursos especializados del presupuesto nacional, en tanto que las acciones de promoción y prevención individual serán cubiertas por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) prestará toda su colaboración a la SESPAS en la planificación y ejecución de las campañas sanitarias, así como en las que se deriven de situaciones de emergencia o catástrofe nacional, aportando el personal profesional, técnico y administrativo necesario.

Regímenes de financiación

A diferencia del anterior sistema de salud dominicano, que se caracterizaba por ser de reparto la nueva ley divide el universo de las personas usuarias en tres pilares, tres formas distintas de financiación totalmente separadas en la contabilidad y fondos independientes (Art.5) con pequeñas tasas de transferencia de unas a otras.

A continuación resumimos las características esenciales de cada régimen con respecto al Seguro Familiar de Salud.

Tabla 4. Regimen Contributivo. Seguro Familiar de Salud (SFS)

Beneficiarias/os Art.123	Beneficios Art.126	Financiamiento Art. 140	Salario máximo y mínimo cotizabile Art. 143	Fecha de entrada en función (Art. 7)
<ul style="list-style-type: none"> • El trabajador afiliado • El pensionado del Régimen Contributivo, independientemente de su edad y estado de salud • El cónyuge del afiliado y del pensionado o, a falta de éste el compañero de vida con quien haya mantenido una vida marital durante los tres años anteriores a su inscripción, o haya procreado hijos, siempre que ambos no tengan impedimento legal para el matrimonio • Los hijos menores de 18 años del afiliado • Los hijos del afiliado hasta 21 años cuando sean estudiantes • Los hijos discapacitados, independientemente de su edad, que dependan del afiliado o del pensionado 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Básico de Salud • Servicios de Estancias Infantiles • Subsidio de maternidad. • Subsidio por enfermedad 	<p>A. Cotización total de un 10% del salario cotizabile del cual el empleador cubrirá un 7% y el empleado un 3%. Del 10% cotizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9,43% para cuidado de salud de las personas • 0,1% para las Estancias Infantiles • 0,4% para el pago de subsidios • 0,07% para las operaciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. <p>B. El aporte porcentual que marque el CNSS que debe hacer el Estado para cubrir a las/os pensionadas/os de este régimen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Salario mínimo cotizabile es el salario mínimo legal marcado por el Código de Trabajo. (A partir del 1 de diciembre 2004 es RD\$4.900) • Salario máximo. cotizabile: 10 veces el salario mínimo nacional. <p>Al cumplirse el primer año del inicio de la ejecución de la presente ley, el Consejo Nacional de Seguridad Social ordenará los estudios correspondientes, para ajustar, en los casos que fuere necesario, el límite del salario cotizabile a las realidades socioeconómicas y para contribuir al equilibrio financiero del sistema. Estos estudios deberán ser ordenados periódicamente por el Consejo Nacional de Salud (CNS), por lo menos, cada dos años.</p>	15 meses tras la entrada en vigencia de la ley.

Tabla 5. Régimen Contributivo Subsidiado. Seguro Nacional de Salud

Beneficiados/as (Art. 126)	Beneficios (Art. 128)	Financiamiento (Art. 146)	Salario máximo y mínimo cotiz-able (Art. 143)	Fecha de entrada en función (Art. 7)
<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales y técnicos que trabajan en forma independiente, así como sus familiares • Los trabajadores por cuenta propia, urbanos y rurales, así como sus familiares • Los trabajadores a domicilio, así como sus familiares • Los jubilados y pensionados del Régimen Contributivo Subsidiado 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Básico de Salud • Servicios de Estancias Infantiles 	<p>El CNSS determinará, tras la realización de estudios, el costo per cápita del PBS y la distribución de éste entre el Estado, como empleador, y la/el empleada/o, dependiendo también esta distribución de los distintos segmentos de ingresos de las/os trabajadoras/os. El Poder Ejecutivo, a propuesta del CNSS, dispondrá mediante decreto el porcentaje de los aportes y su distribución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Salario mínimo cotiz-able: salario mínimo legal marcado por el código de trabajo, multiplicado por un factor, de acuerdo al nivel de ingreso promedio de cada segmento social del régimen • Salario máximo cotiz-able: 10 veces el salario mínimo nacional 	<p>24 meses tras la entrada en vigencia de la ley</p>

Tabla 6. Régimen Subsidiado. Seguro Familiar de Salud

Beneficiarios/as (Art. 125)	Beneficios (Art. 128)	Financiamiento (Art. 142)	Salario máximo y mínimo cotiz-able (Art. 143)	Fecha de entrada en función (Art. 7)
<ul style="list-style-type: none"> • Los desempleados, urbanos y rurales, así como sus familiares • Los discapacitados, urbanos y rurales, siempre que no dependan económicamente de un padre o tutor afiliado a otro régimen y tengan derecho a ser protegidos en otro régimen • Los indigentes, urbanos y rurales, así como sus familiares, bajo las modalidades solidarias que establecerá el Poder Ejecutivo a propuesta del Consejo Nacional de Seguridad Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Básico de Salud • Servicios de Estancias Infantiles 	<p>El Estado Dominicano cubrirá los gastos completos de este renglón, la cantidad se marcará en base a los resultados de los estudios que se hagan, con cargo a la Ley de Gastos Públicos</p>	<p>Las personas bajo este régimen se supone que sus ingresos son inferiores al salario mínimo por ley y por lo tanto no cotizan</p>	<p>18 meses tras la entrada en vigencia de la ley</p>

III. Impacto de la ley 87-01 sobre la equidad del Sistema Nacional de Salud

Cómo ya vimos, el sector salud en la República Dominicana presenta serias dificultades en la eficiencia y equidad en el uso de los recursos. Esto se refleja en casi todos los indicadores nacionales de salud. En este apartado centraremos nuestra atención en la evaluación de los aspectos relacionados con la equidad del gasto en salud y los resultados esperados con la puesta en ejecución de la nueva Ley de Seguridad Social.

Para tales fines realizaremos lo que suele denominarse como “Análisis de incidencia de un programa público”, es decir, analizaremos quién y en qué medida provee los recursos para financiar el sistema de salud y quién se beneficia de los servicios de salud provistos en la situación actual, y luego veremos qué cambios se pueden esperar en esos aspectos con la puesta en marcha de la ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Análisis de incidencia del sistema de salud dominicano antes de la ley

Incidencia en la provisión de servicios de salud

La incidencia en la provisión de servicios de salud analiza quién recibe los beneficios del gasto público en salud. De manera particular, interesa saber los beneficios que recibe la población según sus niveles de ingreso. Tomando eso en cuenta, un sistema de salud se considera progresivo en la provisión de servicios de salud si la proporción de beneficios que llega a cada grupo es menor en la medida que aumenta su ingreso y un sistema es más progresivo que otro si entrega un mayor porcentaje de beneficios a las personas más pobres. De la misma manera, un sistema de salud se define como regresivo si entrega mayor porcentaje de beneficio a las personas más ricos.

Como vimos en el primer apartado, el sistema de salud en la República Dominicana, en términos generales, era progresivo en cuanto a la provisión de servicios, ya que el 21% del subsidio público beneficiaba a las personas ubicadas en el primer quintil y decrecía hasta un 16% para el grupo más rico de la población. Sin embargo,

se mostraba insuficientemente progresivo, debido que una parte importante del subsidio público beneficiaba a la población de más altos ingresos. Además los beneficios del grupo del segundo quintil superaban a los del primer quintil, llegando a 24%.⁸

Utilizaremos para medir el grado de progresividad de la prestación de servicios públicos en salud el índice de focalización y el índice de concentración⁹.

El índice de focalización (IF), se obtiene dividiendo el porcentaje de gasto que recibe el grupo objetivo o gasto social efectivo, en este caso el 20% más pobre, entre la proporción de ese grupo objetivo en la población total. Si el resultado es igual a 1 la población objetivo recibe la misma cantidad de ayuda que el resto de la población y según el resultado se vaya haciendo mayor que 1 el sistema estará más focalizado y por tanto será más progresivo y viceversa. En 1996 y por tanto antes de la ley, el índice de focalización era: $IF = 21/20 = 1.05$

El índice de concentración (IC) se obtiene dividiendo el porcentaje que recibe el grupo objetivo (20% más pobre) entre el que recibe el 20% más rico. Si el resultado es mayor que 1 el sistema será progresivo y al contrario, si el resultado es menor que 1 será regresivo. En 1996 y por tanto antes de la ley, el índice de concentración del gasto público en salud era: $IC = 21/16 = 1.31$

Pese a que como dijimos el sistema es progresivo, ambos indicadores del grado de progresividad son excesivamente bajos, si se tiene en cuenta los altos niveles de desigualdad existentes en la República Dominicana. En efecto, en el país el coeficiente Gini era en 1998 de 0.455 y la población del primer quintil sólo lograba el 5.1% del total de ingresos, mientras que las personas del 20% más rico concentraban el 53% de dichos ingresos, es decir unas 10.4 veces más.

Las principales razones que explican estos bajos niveles de focalización podrían ser las siguientes:

- Los servicios públicos de salud eran gratuitos para toda la población. Con esto, el tipo de focalización utilizada es la autofocalización. Bajo esta modalidad no se hace ningún

⁸ Rathe, en base a las Cuentas Nacionales en Salud de 1996. p. 90.

⁹ R. Mostajo, *Gasto Social y distribución del ingreso: caracterización e impacto redistributivo en países seleccionados de América Latina y el Caribe*. Serie de Reformas Económicas, 2000, p. 20.

IMPACTO DE LA LEY 87-01 QUE CREA EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LA EQUIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

esfuerzo en identificar a los receptores de los servicios públicos ofrecidos por el estado, ni en limitar el acceso a la población no objetivo. La focalización se da debido a que las características y las condiciones de los servicios ofrecidos (baja calidad, largas filas, entre otros) no estimulan a las personas a utilizar dichos servicios, tan sólo los utilizan los que no pueden buscar otras opciones, las/os pobres. Aparte de esta llamada regresividad cualitativa del sistema, la experiencia ha demostrado que este tipo de focalización sólo es efectiva parcialmente.

- Existe una baja cobertura de aseguramiento en toda la población. Como decíamos, tan sólo el 18.3% de la población tiene algún tipo de cobertura de seguros y generalmente es parcial. Incluso en la población de altos ingresos, sólo el 33.6% tiene seguro. Esto también motiva el uso de los servicios públicos por los estratos no pobres de la población.
- Parte del subsidio estatal en salud se canaliza como contribución al seguro social a través del IDSS, donde sólo están afiliados las personas que poseen trabajo formal. Esa población, aunque es de bajo recursos, no se encuentra entre el 20% más pobre.

Con la aplicación de la ley 87-01 ha de esperarse que mejore la incidencia en la prestación de servicios de salud a través de los siguientes mecanismos:

- **Universalización del aseguramiento.** La ley establece que toda la población deberá afiliarse a uno de los tres regímenes del nuevo sistema. Además, el seguro cubre a la familia directa del/la afiliada/o. Con esto se espera que en poco tiempo se eleve considerablemente la cobertura de aseguramiento y se logre el acceso universal al Plan Básico de Salud.
- **Creación de tres regímenes de financiamiento con su población objetivo claramente definida:**

*En el régimen contributivo, será financiado por las empresas y sus empleadas(os) y beneficiará a las(os) empresarias(os) y trabajadoras (es) del sector formal tanto público como privado

*El régimen contributivo subsidiado está dirigido a beneficiar a las(os) trabajadoras (es) por cuenta propia y será financiado por estos mismos más un subsidio de parte del Estado

*El régimen subsidiado se contempla que sea financiado totalmente por el Estado y atenderá a la población desempleada y más pobre del país.

Con esta medida, es previsible que se logre mayor nivel de focalización del gasto público en salud, ya que se establece claramente la población que tiene derecho a beneficiarse del subsidio público. Según los estudios realizados por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales y Ecocaribe, la distribución proyectada de la población dominicana y los costos del seguro de salud familiar son los que presentamos en el siguiente cuadro. Hemos de recalcar que las estimaciones de Ecocaribe sobre la población objetivo de cada régimen de financiamiento son anteriores a la fuerte crisis económica que sufrió el país en el año 2003 y que ha impactado fuertemente en los niveles de pobreza. Por esta razón, queremos hacer énfasis en que pese a que utilizamos estas estimaciones por ser las últimas realizadas, creemos que el impacto de la crisis habrá aumentado fuertemente la población objetivo del régimen subsidiado.

(Faint, illegible text, likely a table or figure from the original document)

TABLA 7. Población y gasto público en salud por régimen de financiación

Población y gasto público en salud por régimen de financiación					
Regímenes	Población	%Población	Costo aproximado	Subsidio público	% de subsidio público
Contributivo	3.780.000	38%	18.079.702.200,00	0,00	0%
Contributivo subsidiado	2.990.220	30%	14.302.192.357,80	7.151.096.178,90	32%
Subsidiado	3.222.037	32%	15.410.970.750,63	15.410.970.750,63	68%
TOTAL	9.992.257	100%	47.792.865.308,43	22.562.066.929,53	100%

Los datos sobre la población objetivo de cada uno de los regímenes se han tomado ECOCARIBE, "Estudio sobre la población objetivo de los regímenes subsidiado y contributivo subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social". 2002, p. 77.

Se utiliza un costo estimado del Plan Básico de Salud per cápita de 4.782,99 RD\$ en junio 2005

Se estima que el Estado cubrirá el 50% del gasto derivado de la población del régimen Contributivo Subsidiado

Fuente: Estimaciones de la SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISRAIL) (2005) y ECOCARIBE (2002)

Elaboración propia

La identificación de la población a ser afiliada en los diferentes regímenes presenta grandes dificultades en términos prácticos. Sobre todo lo que respecta a la población de los regímenes subsidiado y contributivo subsidiado. Sin embargo, con el objetivo de poder comparar los niveles de equidad del sistema antes y después de la ley, nos atrevemos a establecer algunos supuestos que nos parecen sensatos:

1. El 20% más pobre de la población entrará al régimen subsidiado
2. Más del 95% del 20% más rico entrará al régimen contributivo. Una pequeña proporción podría afiliarse al régimen contributivo subsidiado. Esto en aquellos casos de personas que trabajan por cuenta propia y perciben altos niveles de ingresos. En todo caso, el subsidio que recibirán sería bajo ya que la ley establece que *“el monto de este subsidio será en proporción inversa a los ingresos reales de cada categoría de trabajador por cuenta propia”* (Art. 19). Por eso, nos atrevemos a suponer que el 3% del subsidio público destinado a este régimen podría beneficiar a la población ubicada en el grupo del 20% de más altos ingresos.

Utilizando las proyecciones de SISRAIL y los supuestos antes señalados podemos calcular los indicadores de focalización y de concentración.

- El Gasto Social Potencial es decir, la proporción del gasto público en salud en beneficio del 20% más pobre de la población es igual a 42.37%, en caso de que se logre la universalización de la cobertura.

El cálculo se realizó de la siguiente forma:

*Población total en el 20% más pobre: $9.992.257 \times 20\% = 1.998.451,40$ personas

*Gasto Público Total en Salud dedicado al quintil más pobre: $1.998.451,40 \times 4.782,99 \text{ RD\$} = 9.558.573.061,69 \text{ RD\$}$

*Porcentaje del Gasto Público en Salud dedicado al 20% más pobre con respecto al Total de Salud: $9.558.573.061,69 / 22.562.066.929,53 \times 100 = 42.37\%$

IMPACTO DE LA LEY 87-01 QUE CREA EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LA EQUIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- Índice de focalización: $IF = 42.37/20 = 2.12$
- Índice de concentración: $IC = 42.37/1.2 = 35.24$

*Población del quintil más rico subsidiada: estimando que un 3% de esta población entrará en el régimen contributivo subsidiado, la calculamos así: $3.780.000 \times 0.03 = 113,400$ personas.

*Gasto Público en Salud dedicado al quintil más rico: $113,400 \times 2,391.5 \text{ RD\$} = 271.195.533,00 \text{ RD\$}$

*Porcentaje del Gasto Público en Salud dedicado al 20% más rico con respecto al Gasto Público en Salud Total: $75,454,744.23 \text{ RD\$} / 7,351,727,536 \text{ RD\$} \times 100 = 1.2\%$

Es decir, con las condiciones de la nueva ley estimamos que la población del quintil más pobre obtendrá 2.12 veces más ayuda estatal para la salud que la ayuda promedio que obtendrá el resto de la población y además el Estado invertirá 35.24 veces más en la población del primer quintil que en la del grupo del 20% más rico.

Tabla 8: Indicadores de redistribución antes y después de la puesta en marcha de la ley 87-01

Indicadores de redistribución antes y después de la ley

	Índice de focalización	Índice de concentración	Gasto social efectivo
Antes de la ley 87-01	1.05	1.31	36%
Después de la ley 87-01	2.12	35.24	42.37%

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, los tres indicadores del impacto redistributivo del gasto público en salud mejoran notablemente con las condiciones de la nueva Ley, especialmente el gasto social efectivo que alcanzará el 42.37%, es decir, del gasto total en salud, el 42.37%, estará dedicado al 20% más pobre de la población y el índice de concentración pasa, de que el 20% más pobre recibiera tan sólo 1.31 veces más ayuda que el más rico, a que reciba 35,24 veces más ayuda los más pobres que los más ricos. Por lo tanto la

nueva ley aumenta en gran medida la equidad del sistema con respecto a la incidencia de la provisión de servicios y por tanto su impacto redistributivo.

Incidencia en el financiamiento del sector salud

Analizar la incidencia del financiamiento de los servicios de salud significa evaluar cómo se distribuye la carga de dicho financiamiento entre la población agrupada según sus niveles de ingresos. Las principales fuentes de financiamiento de los servicios de salud son cuatro: (1) impuestos generales, (2) cotizaciones a la seguridad social, (3) pago de primas de seguros privados y (4) pago directo de las/os usuarias/os. Los sistemas de salud de casi todos los países combinan varias de estas fuentes de financiamiento. De cómo se estructure esta combinación depende en gran medida el nivel de equidad en el financiamiento de los servicios de salud.

Es comúnmente aceptado que mientras mayor sea la parte del gasto nacional en salud que se financie con fuentes públicas (impuestos generales y cotizaciones de la seguridad social) más equitativo será un sistema. Según Grosh¹⁰ se considera que un sistema es:

- Progresivo: los pagos privados por la atención de salud crecen en proporción al ingreso a medida que el ingreso aumenta.
- Regresivo: los pagos privados por la atención de salud bajan en proporción al ingreso a medida que el ingreso aumenta.
- Proporcional: los pagos privados por la atención de salud corresponden al mismo porcentaje del ingreso para todas las personas, independientemente de su ingreso.

Llamaremos a partir de ahora "*progresivo*", tanto al sistema progresivo en el sentido estricto de la palabra, como al sistema proporcional entendiendo que en términos absolutos pagan también más los más ricos ya que, aunque sea el mismo porcentaje para toda la población, éste se aplica al ingreso y los más ricos ingresan más.

¹⁰ M. Grosh, "Toward Quantifying the Trade-Off: Administrative Costs and Incidence of Targeted Programs in Latin America" in VAN DE WALLE, D. Y K. NEAD (eds.), *Public Spending and the Poor. Theory and Evidence*. The Johns Hopkins University Press for the World Bank, 1995.

IMPACTO DE LA LEY 87-01 QUE CREA EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LA EQUIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En general, las fuentes públicas (impuestos generales y cotizaciones de la seguridad social) son progresivas, es decir, paga más quien gana más. Por otro lado, se entiende que las fuentes privadas (primas de seguros privados y pagos directos) son altamente regresivas ya que el precio de estos servicios lo establece el mercado y éste no discrimina en función del nivel de ingreso de las personas, sino que va unido al uso realizado de los servicios.

Como comentábamos en el primer apartado, en 1998 el 76% del gasto total en salud era privado y de éste el 94% correspondía al gasto directo de los hogares, es decir pago de bolsillo, y tan sólo el 6% a gasto prepagado, copagado o cotizaciones al IDSS. Esto implica un alto nivel de regresividad del financiamiento de la salud ya que el gasto de bolsillo va unido al pago de la necesidad sin ningún tipo de consideración sobre los ingresos de la persona en cuestión, y dado que las personas en situación de pobreza tienen más tendencia a enfermarse, éstas pagarán más que las ricas. El gasto prepagado tiene un grado de regresividad más bajo que el de bolsillo ya que aunque no diferencia pagos por el nivel de ingresos de la persona, tampoco se paga en función de los servicios utilizados sino en base a una cuota fija, la cual te asegura cobertura en caso de necesitarla. De esta forma también se da una transferencia de ingresos de sanos a enfermos. Aún así, en 1996 el gasto total cubierto por seguros privados tan sólo alcanzaba el 10.3% del gasto total en salud y el IDSS un 6.8%, cifras también muy bajas.

La nueva ley establece la cobertura universal de la población dominicana y marca la obligatoriedad de la cotización para las personas que obtienen un salario igual o mayor del salario mínimo legal marcado por la ley. Esto representa un avance en el sentido de que, con respecto a los servicios cubiertos por el Plan Básico de Salud, el pago no se hace con respecto a los servicios consumidos sino con respecto al ingreso obtenido. Esto hace que el sistema sea obligatoriamente más progresivo con respecto al sistema anterior.

Se establecen tres regímenes de financiación en función de los ingresos percibidos y también en la modalidad de trabajo realizado.

- En el régimen contributivo la cotización es obligatoria y proporcional al ingreso percibido con tope máximo de 10 salarios mínimos. El pago es igual al 10% del salario obtenido cubriendo el empleador, sea una empresa privada o el Estado, el 7%, y la persona empleada un 3%.

- En el régimen contributivo subsidiado la cotización es obligatoria y proporcional al ingreso percibido con tope máximo de 10 salarios mínimos. El CNSS determinará, tras la realización de estudios, la distribución de éste entre el Estado, como empleador, y la/el empleada/o, dependiendo también esta distribución de los distintos segmentos de ingresos de las/os trabajadoras/es.
- En el régimen subsidiado se exime del pago de cualquier tipo a la población que pertenece a él.

Aunque no podemos hacer estimaciones de en qué proporción cambiará el porcentaje de gasto financiado de una forma u otra, sí podemos afirmar que se reducirá en gran medida el gasto de bolsillo en salud en todos los quintiles de ingreso y también que se reducirá el gasto privado en salud en mayor medida para las personas del quintil más pobre que recibirán los mismos servicios y no habrán de pagar por ellos. Antes de la Ley el quintil más pobre cubría el 64% de su gasto en salud de forma privada mientras que el quintil más rico cubría privadamente el 81% de su gasto creemos que la nueva ley reducirá ambos porcentajes y en mayor medida en el quintil más pobre.

La nueva ley también introduce la obligatoria regulación tanto de calidad de los servicios prestados como de los precios lo cual conllevará obligatoriamente una reducción de los precios exigidos por las Prestadoras de Servicios de Salud que ante la imperfección del mercado y la falta de información de los demandantes en muchos casos no marcaban los precios de los servicios en base a su costo real.

Hemos de decir, que pese a la mejora redistributiva con respecto al financiamiento del sistema, ésta podría haber sido aún mayor sin la existencia de salarios máximos o al menos con el posicionamiento del tope más arriba en la escala. Otro punto a tener en cuenta es que no existe transferencia de un régimen a otro por lo que no se financian a través de las aportaciones de las personas del régimen contributivo los gastos del subsidiado, aunque sí existe la transferencia a través de la financiación de este régimen por los impuestos generales en los que el que más tiene o consume más paga.

Otro tema a tener en cuenta, es que, aunque la nueva ley propugna la libre elección de las Administradoras de Riesgos de Salud por parte de la población, en realidad este derecho se reduce a las

personas del régimen contributivo y que no sean empleados públicos. La ley regula en su Art. 31 que los empleados públicos, los trabajadores informales del sistema contributivo, las personas beneficiadas por el régimen subsidiado y los trabajadores del contributivo que lo deseen estarán a cargo del Seguro Nacional de Salud (SENASA) aunque las/os afiliadas/os que pertenezcan al régimen contributivo y contributivo subsidiado podrán elegir sus Prestadoras de Servicios de Salud. Todo esto implica que si los servicios públicos no mejoran su calidad y su cobertura en la prestación de servicios, podría ocurrir como en el periodo anterior en el que sectores pobres en busca de calidad decidan pagar privadamente los servicios que se suponen cubiertos por el Plan Básico de Salud. El tema de la efectividad del gasto y de la calidad de éste implicaría otro estudio en profundidad que no está en el objetivo de éste pero que entendemos es muy necesario.

Conclusión

A través de la elaboración del trabajo, llegamos a la conclusión de que la nueva ley de Seguridad Social en la República Dominicana representa un gran avance en relación a la cobertura de necesidades básicas de la población, en gran medida desprotegida con anterioridad.

La ley representa un cambio sustancial con respecto al nivel de focalización del gasto público que, según nuestro análisis, se incrementará de forma sustantiva. Esto contribuirá en gran medida a la redistribución del ingreso, ya que los hogares pobres podrán no gastar sus ingresos en salud, pues estarán protegidos por el Estado, al menos en lo que respecta al Plan Básico de Salud..

El objeto de este trabajo era el estudio de la ley con respecto a sus indicadores de redistribución. Dichos indicadores mejoran notablemente con respecto a la situación anterior, pero señalamos que los mismos dependen también de un aumento en la calidad de los servicios públicos ofrecidos, que de no efectuarse podría anular los efectos positivos analizados.

No queremos dejar de comentar que el análisis de este trabajo es de la ley como tal. Esperamos que ésta sea implementada tal y como ha sido promulgada aunque consideramos que tardará algunos años en hacerse efectiva y más aún, en la situación de crisis

económica que vive la República Dominicana. En la actualidad, tan sólo 70.000 personas están cubiertas por el régimen subsidiado en la Región IV, situada en el suroeste del país. Se planifica aumentar esta cobertura este año extendiéndolo a la Región Este, pero muy limitadamente debido a la falta de fondos en el presupuesto 2005, que pese a que han aumentado, tan sólo llegan a RD\$ 593 millones. Dado el costo per cápita que se está aplicando en la actualidad (RD\$2,176), tan sólo se podrían cubrir 270.000 personas en el año.

Por otro lado, el porcentaje de población objetivo del régimen subsidiado es muy alto y, como explicábamos, lo es aún más tras el impacto de la crisis en los niveles de pobreza que tiene el país. Se adivina que será muy costoso para el Estado subsidiar tan sólo vía impuestos generales los costos derivados de este régimen y por tanto se prevén problemas de sostenibilidad financiera que se deberían ir trabajando.

La ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social representa un logro importante con respecto a la provisión de la salud como bien público a toda la población. Será labor de los gobiernos actuales y los que sigan ponerla en práctica y mejorarla en lo posible.

Otra bibliografía

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), *La brecha de la Equidad. Una segunda evaluación*. Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2000.

DIDA, *Cosas que hay que saber sobre la Seguridad Social*". Santo Domingo, CERSS, CNSS, DIDA, 2002.

GABINETE SOCIAL - ONAPLAN, *Estrategia para la reducción de la pobreza en la República Dominicana*. Santo Domingo, ONAPLAN, 2003.

GABINETE SOCIAL - ONAPLAN, *Política Social del Gobierno Dominicano*. Volúmenes I y II, Santo Domingo, ONAPLAN, 2002.

Petrei, H., *El gasto social y sus efectos redistributivos*. Río de Janeiro, Eciel, 1987.

PNUD, *Desarrollo Humano en la República Dominicana*. Santo Domingo, 2005.

IMPACTO DE LA LEY 87-01 QUE CREA EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LA EQUIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SECRETARÍA DE ESTADO DE TRABAJO, *Ley N° 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social*. Santo Domingo, 2002.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISRAIL), *Estimaciones del costo per cápita del Plan Básico de Salud*, marzo 2005.

Revista  **AMIGO DEL
HOGAR**

años
64

al servicio del país, de la iglesia y de los necesitados. Ofreciendo noticias, comentarios y reflexiones. Informando y animando. Un grano de arena en la construcción de la esperanza.

Suscripción anual

República Dominicana	RD\$ 250.00
Extranjero:	
Latinoamérica y El Caribe	US\$ 35.00
Estados Unidos, Canadá	US\$ 35.00
Europa	US\$ 40.00

C./ Manuel María Valencia, Los Prados,
Santo Domingo, República Dominicana
Aparatdo 1104, Tel.: 809-548-7594
Fax: 809-548-6252
E-mail: rev.amigohogar@verizon.net.do