

“DIME DE CUÁNTO DISPONES Y TE DIRÉ PARA CUÁNTO TE ALCANZA”. VIABILIDAD FINANCIERA DE LA REFORMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA¹

Jefrey Lizardo²

Introducción

En un período de dos meses, entre febrero y abril del año 2001, el Congreso de la República aprueba, primero, una nueva Ley General de Salud y, más tarde, la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Este hecho merece atención porque ambas leyes marcan un hito en la República Dominicana al introducir fuertes cambios estructurales en el modelo de protección social vigente en el país y en el sistema dominicano de salud. Así, nuestro país, con cierta tardanza, se suma al resto de la región al introducir reformas estructurales en sus sistemas de salud y pensiones.

¹ Basado en el documento “Dime cuánto tienes y te diré para cuánto alcanza: la reforma de la seguridad social en la República Dominicana” elaborado como insumo para el *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005*. Oficina de Desarrollo Humano del PNUD y el Centro de Gerencia Social y Gobernabilidad del INTEC. Mimeo. El autor contó con la aprobación del PNUD para publicar este extracto editado.

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

Ambas reformas buscan de manera complementaria proteger a la población contra los riesgos asociados a las enfermedades, la vejez, la muerte del proveedor principal, los accidentes de trabajo, la pérdida de empleo a edad tardía, la discapacidad temporal o permanente y, en cierta manera, contra los riesgos asociados a las precariedades económicas, en particular, la indigencia. Y es que República Dominicana llega al nuevo milenio con una creciente deuda social, a pesar del milagro económico de los noventa³.

La reforma de salud establece un nuevo diseño y reordenamiento del sistema dominicano de salud a partir de la separación de las funciones de regulación, financiamiento y provisión de los servicios. Por su lado, la reforma de la seguridad social establece el aseguramiento universal para toda la población de manera obligatoria e integral, tanto para la salud como para las pensiones y riesgos laborales, así como una nueva forma de asignación de los recursos financieros.

El presente artículo analiza ambas reformas desde las perspectivas de sus alcances y posibles resultados a partir del financiamiento disponible, el aspecto nodal para su avance y universalización. Precisamente, la hipótesis del artículo es que el nuevo sistema de protección social seguirá reproduciendo los tradicionales problemas del antiguo sistema hasta tanto no se busquen fuentes alternativas y más solidarias de financiamiento.

1. La reforma de salud y su financiamiento

En su conjunto tanto la Ley General de Salud (42-01) y la 87-01 que establece el Sistema Dominicano de Seguridad Social, definen un nuevo modelo que establece un Seguro Familiar de Salud de carácter universal, integral y obligatorio para la población. Este modelo establece, entre sus puntos más importantes:

- Un sistema nacional de salud cuya rectoría estará a cargo de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y sus expresiones territoriales, locales y técnicas.
- La separación de las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de los servicios de salud.

³ La República Dominicana fue el país de mayor crecimiento económico en América Latina y el Caribe durante la segunda mitad de los 90's.

“DIME DE CUÁNTO DISPONES Y TE DIRÉ PARA CUÁNTO TE ALCANZA”.
 VIABILIDAD FINANCIERA DE LA REFORMA DE SALUD Y SEGURIDAD
 SOCIAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

- La asignación de recursos a través del método de capitalización individual. El Seguro Familiar de Salud (SFS) tendrá como beneficio principal una canasta básica de servicios de salud igual para toda la población al que se le ha llamado Plan Básico de Salud. El mismo tendrá un costo anual per cápita igual para toda la población y su financiamiento será mixto; por un lado, el financiamiento público para la población sin poder contributivo, y el financiamiento privado (a través de las cotizaciones tanto de la población trabajadora como de los empleadores) para la población con poder contributivo.
- El aseguramiento de la población a través de las Administradoras de Riesgos de Salud tanto públicas como privadas. El Seguro Nacional de Salud (SENASA) será la ARS pública donde se afiliarán de manera obligatoria la población en los regímenes subsidiado y contributivo-subsidiado, así como los empleados de las instituciones públicas y descentralizadas que no tengan seguro de autogestión.
- La articulación de los servicios de salud a través de los diferentes niveles de atención. La puerta de entrada al sistema será el nivel de atención primaria con el establecimiento de un sistema de referencia y contra-referencia con los diferentes niveles de atención ambulatoria especializada y de hospitalización general y compleja.
- La articulación de redes de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) alrededor de las Administradoras de Riesgos de Salud y el Seguro Nacional de Salud.

Financiamiento del Plan Básico de Salud (PBS). Aspecto nodal de la reforma de salud

Como se expresó anteriormente, el PBS es el conjunto de servicios de salud que recibirán todas las personas afiliadas a la nueva Seguridad Social, no importa el régimen de afiliación. El PBS es estándar, igual para toda la población afiliada a la Seguridad Social y de cumplimiento obligatorio, no importa la edad, el sexo, las condiciones de salud, social o laboral del afiliado.

El PBS tendrá un costo por persona, y ese monto provendrá de las cotizaciones que realizarán los trabajadores y los empleadores, y del Estado, para aquellos que no estén trabajando o sean pobres. Se supone que con dicho costo, las Administradoras de Riesgos de Salud tendrán que asegurarle a la población afiliada los servicios incluidos en el PBS, que incluyen las actividades de promoción de la salud, la atención ambulatoria, cirugías, partos, apoyo diagnóstico, odontología, emergencia, rehabilitación, hemoterapia, medicamentos ambulatorios y algunas atenciones de alto costo y complejidad.

La Ley establece que el PBS, incluyendo los medicamentos, será gratuito para los afiliados al régimen subsidiado. Los afiliados al régimen contributivo y contributivo subsidiado (los trabajadores asalariados, los empleadores y los trabajadores informales y sus dependientes) tendrán que pagar el 30% del costo de los medicamentos de la lista de medicamentos esenciales incluidos en el Plan Básico de Salud. Para los demás servicios se contempla el establecimiento de copago o cuotas moderadoras que no son más que el aporte o pago adicional que tendría que pagar el usuario de los servicios. En el caso de las cuotas moderadoras, no se conoce qué tanto tendrá que contribuir el usuario, pero el objetivo, según el reglamento, es desincentivar el uso excesivo de los servicios de salud incluidos en el Plan Básico de Salud. El establecimiento de copago y cuotas moderadoras podrían convertirse en un mecanismo para atraer más recursos al sistema en caso de desequilibrio financiero. Pero las mismas podrían ser inequitativas si la carga es alta para el afiliado.

El costo del PBS representa el aspecto medular del nuevo sistema de Seguridad Social en salud, porque la canalización de recursos por parte de la Tesorería de la Seguridad Social a las Administradoras de Riesgos de Salud y al Seguro Nacional de Salud depende del mismo. El PBS como tal es muy sensible a las variaciones de precios y la depreciación de la moneda frente al dólar. Los componentes del PBS más sensibles a la subida de los precios y la apreciación del dólar son: los medicamentos ambulatorios, apoyo diagnóstico y atenciones de alto costo y máximo nivel de complejidad, así como los programas de inmunización y el tratamiento de la hipertensión y la diabetes. Estos componentes tienen un alto porcentaje de insumos importados. El artículo 169 de la Ley 87-01 establece que el costo del PBS será revisado anualmente de forma ordinaria y cada seis meses de forma extraordinaria.

“DIME DE CUÁNTO DISPONES Y TE DIRÉ PARA CUÁNTO TE ALCANZA”.
VIABILIDAD FINANCIERA DE LA REFORMA DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Para la implementación del Seguro Familiar de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social aprobó el 30 de octubre de 2002 el catálogo de prestaciones del PBS a un costo de RD\$2,176.10 per cápita anual, sometido por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales en su versión 1.4. Para la fecha urgía contar con un costo del PBS como aspecto fundamental para el inicio en la Región IV del país de la Seguridad Social correspondiente al Seguro Familiar de Salud del régimen subsidiado.

De hecho, con el costo aprobado del PBS, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales⁴ estimó que el Seguro Familiar de Salud tendría una brecha sustancial desde sus inicios hasta el final del período de transición en el 2010. Esta brecha se estimó bajo escenarios favorables de crecimiento económico y financiamiento público y baja evasión. En el escenario favorable, el Estado destinaría al final del período 3.2% del PIB a salud, pero la fuente principal de la brecha lo sería todavía el bajo financiamiento público de salud dado el alto número de personas en los regímenes subsidiado y contributivo-subsidiado. En el régimen contributivo no se preveía brecha alguna y, dado que no hay solidaridad entre los diferentes regímenes por la separación de los fondos, la brecha descansaba en el lado del financiamiento público. Esta brecha se estimó en 23% de la población que no estaría cubierta por el Seguro Familiar de Salud al final del período⁵.

Dado que la masa salarial y la transferencia de recursos públicos hacia salud no crece en el mismo sentido que los precios en la economía, un aumento del costo del PBS implica una reducción del número de personas que puedan cubrirse con las recaudaciones a través de las cotizaciones y el financiamiento público. En este sentido, el comportamiento de los precios en la economía y el desempeño del mercado de trabajo son elementos fundamentales para la financiación del nuevo modelo de salud.

La cobertura del SFS es muy sensible al costo del PBS. Por ejemplo, con un nivel de financiamiento de 6,000 millones de pesos

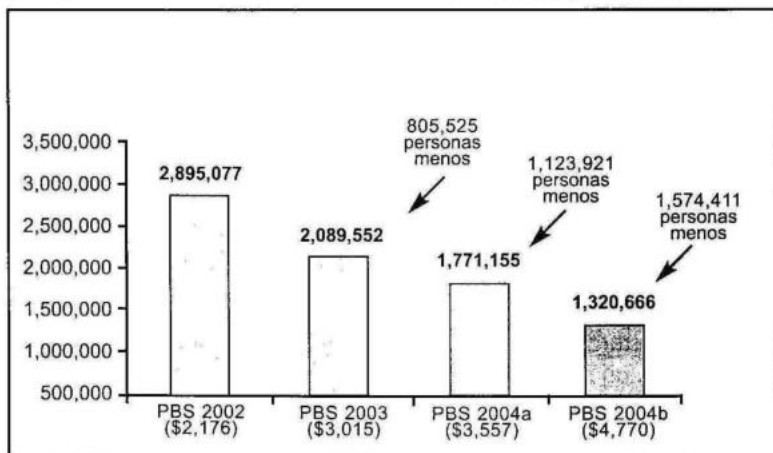
⁴ Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (2002). Plan Básico de Salud Versión 1.3. Santo Domingo, República Dominicana

⁵ Jeffrey Lizardo, "Escenarios para el sector salud en la República Dominicana 2000-2015", en CONAPOFA, *Escenarios para una política de población y desarrollo*. Santo Domingo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2003

y con un PBS que cueste RD\$2,176, se cubrirían unas 2,756,840 personas. Suponiendo que el costo del plan básico de salud aumente en un 15% y el monto de las cotizaciones no varíe, el número de personas a ser cubierta por el plan básico de salud sería de 2,397,252, esto es, 359,588 personas menos.

En el gráfico 1 se observa el impacto del aumento del costo del PBS en la afiliación potencial posible con el 70%⁸ de los recursos que el Gobierno presupuestó para el Sector Salud en el año 2004. Después de la última versión del PBS aprobada por el Consejo Nacional de la Seguridad Social, la SISALRIL ha sometido varios costos tomando en cuenta los nuevos escenarios de depreciación del peso y la inflación acumulada en el 2003 y 2004. La versión 1.10 presentada de manera no oficial tiene un costo de RD\$4,770 per cápita anual. Bajo estos nuevos escenarios y con los recursos públicos disponibles, será cada vez menor la población que podría afiliarse en los regímenes subsidiados y contributivo-subsidiado. Con el último costo del PBS se estima que un millón y medio de dominicanos perderán la posibilidad de afiliarse al SFS si se compara con el nivel de costo inicial de RD\$2,176.

Gráfico 7: Personas cubiertas con el 70% de lo que el Gobierno gastará en salud en el 2004 con diferentes costos del PBS



Se asume que el restante 30% se dedica a los servicios esenciales de salud (rectoría y salud colectiva).

“DIME DE CUÁNTO DISPONES Y TE DIRÉ PARA CUÁNTO TE ALCANZA”.
VIABILIDAD FINANCIERA DE LA REFORMA DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Por su parte, en el régimen contributivo existía cierto equilibrio financiero. Sin embargo, tomando los datos de recaudación posible a partir de las cotizaciones reales para los fondos de pensiones⁷, y con el costo del PBS de RD\$4,770 per cápita anual, se estima que ya no existe tal equilibrio y la brecha financiera alcanza 35.7 millones de pesos mensuales o 428.2 millones de pesos anuales para un total de 90,000 personas sin posibilidad de insertarse en la Seguridad Social en salud en el régimen contributivo. Esta brecha se explica porque la masa salarial ha crecido en menor proporción en comparación con el nivel de inflación y depreciación de la moneda nacional. Hasta octubre de 2003, el ingreso promedio de la población ocupada creció en un 18% respecto al año 2002, mientras la tasa de inflación llegó a colocarse por encima del 35% a esa fecha⁸.

II. La reforma de pensiones y su financiamiento

La reforma dominicana en el área previsional se realiza tomando como referencia las reformas iniciada en los ochenta por Chile y continuada en la región por Bolivia, México, El Salvador y Nicaragua, entre otros países. Se cambia el modelo de reparto y se introduce las cuentas de ahorros individuales o lo que se conoce como el modelo de capitalización plena e individual (CPI). Esto significa que los afiliados recibirán una pensión de acuerdo al monto acumulado de ahorros en su cuenta individual al final de su vida laboral. Mesa Lago⁹ se ha referido a este tipo de reforma como sustitutiva porque se sustituye el sistema público por el privado.

En la reforma dominicana se destacan los siguientes aspectos de trascendental importancia para el financiamiento de la Seguridad Social:

- a) Tiene un tercer régimen de afiliación, además, del contributivo y el subsidiado, que trata de incorporar a los trabajadores del sector informal, pero que contará con un subsidio variable que aportará el Estado según tipo de ocupación.

⁷ Estimado a partir de los datos publicados por la Superintendencia de Pensiones para el primer semestre de 2004.

⁸ Datos del Banco Central de la República Dominicana.

⁹ Carmelo Mesa Lago, “La reforma de pensiones en América Latina: modelos y características, mitos y desempeños, y lecciones”, en Hugo Katja, Carmelo Mesa Lago y Manfred Nitsch (eds.), *¿Públicos o Privados? Los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas*. Caracas, Nueva Sociedad, 2004.

- b) Los afiliados al régimen subsidiado recibirán una pensión solidaria que no sólo protegerá a la población envejeciente, sino también a la población discapacitada y jefas de hogar con ingresos inestables por debajo del mínimo nacional.
- c) La población afiliada en el nuevo sistema con menos de 45 años de edad fue obligada a pasar al nuevo sistema de pensiones, mientras que a los mayores de 45 años de edad se les dio la libertad de quedarse en el sistema de reparto o pasar al nuevo sistema. Aquellos que pasen al nuevo sistema recibirán un bono de reconocimiento de acuerdo al total de cotizaciones acumuladas en el sistema de reparto.
- d) El Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) deja de recibir las cotizaciones por parte de los afiliados que se mantienen en el sistema de reparto y, en cambio, son enviadas a la Secretaría de Estado de Finanzas que es la institución que ha asumido el pago a los pensionados del sistema de reparto.

Si bien es cierto que el modelo CPI busca aliviar la carga financiera de los sistemas de pensiones al atar los beneficios a las posibilidades de contribución de los afiliados, su desempeño va a depender de las posibilidades que tenga el afiliado de cotizar exitosamente a lo largo de su vida laboral. Supone, además, que el mercado de trabajo es homogéneo y que todos los participantes tendrán la posibilidad de al menos cotizar a lo largo de 25 años de su vida. De esta manera el financiamiento público será vital para asegurar un mínimo a la población envejeciente que no haya logrado cotizar lo necesario para recibir una pensión mínima (tanto en el régimen contributivo para aquellos que no llegaron a 300 cotizaciones, como para los regímenes contributivo-subsidiado y subsidiado).

La modalidad de pensiones solidarias para la población con precariedades económicas, en particular mujeres jefas de hogar y la población discapacitada, añadirá presión al financiamiento público de este modelo.

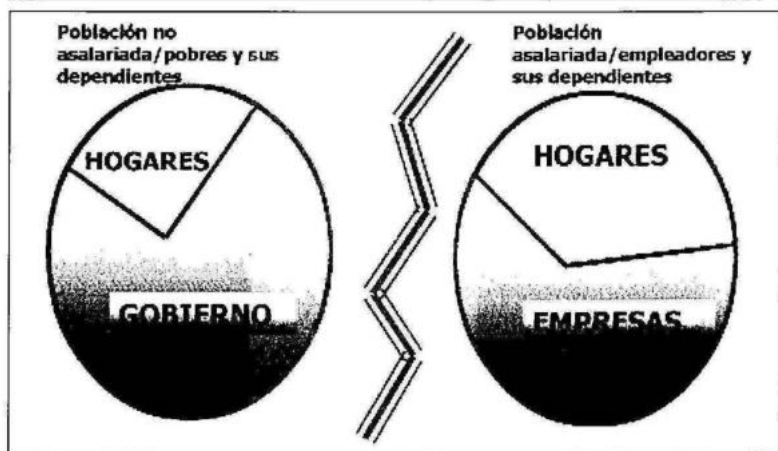
“DIME DE CUÁNTO DISPONES Y TE DIRÉ PARA CUÁNTO TE ALCANZA”.
 VIABILIDAD FINANCIERA DE LA REFORMA DE SALUD Y SEGURIDAD
 SOCIAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

III. **Financiamiento fragmentado en la reforma de la seguridad social**

El nuevo modelo de financiamiento tanto en salud como en pensiones es fragmentado. Las cotizaciones o los aportes de los afiliados y sus empleadores solo financiarán el régimen contributivo y, en parte, el régimen contributivo-subsidiado, mientras el financiamiento público sólo financiará el régimen subsidiado y una parte del contributivo-subsidiado.

En el caso de salud, las cotizaciones de los trabajadores y empleadores irán a un fondo común, no importa el monto de la cotización y el número de dependientes. Dicho fondo es de reparto y sólo va dirigido a proveer los beneficios contemplados en el Seguro Familiar de Salud para los afiliados al régimen contributivo.

Gráfico 2



La población afiliada al régimen subsidiado será financiada a través de los aportes del Gobierno, mientras que los afiliados al contributivo-subsidiado, además de los aportes públicos tendrán que cotizar una cantidad que será determinada por sus características ocupacionales.

La ley establece la separación de los fondos, de manera tal que no haya transferencia de recursos del contributivo al contributivo-subsidiado y subsidiado tal como se muestra en el gráfico 2.

De la misma manera, en el caso de pensiones, las cotizaciones de los trabajadores y empleadores irán a las cuentas individuales de los afiliados al régimen contributivo. Sin embargo, se estableció un Fondo de Solidaridad Social correspondiente al 0.4% de las cotizaciones. Dicho Fondo estará dirigido estrictamente para completar la pensión mínima a todo trabajador mayor de 65 años de edad y con, por lo menos, 300 meses de cotización y sin suficientes fondos para cubrir una pensión mínima.

La ausencia de transferencias solidarias de la población con poder contributivo a la población pobre está ausente tanto para el área de salud como para la de pensiones.

IV. El costo fiscal de la reforma de la Seguridad Social

La reforma de la seguridad social de la República Dominicana es muy generosa en el entendido de los beneficios y la carga financiera para el Estado. El cuadro 1 identifica cada una de las responsabilidades financieras del Estado respecto a la implementación de la reforma de la Seguridad Social. No se conocen estudios sobre el costo fiscal de la reforma de la seguridad social en los próximos años. Melhado¹⁰ estimó que la necesidad de recursos fiscales adicionales para la implementación de la seguridad social sería de 1.2% del PIB para el 2006. Esta estimación no toma en cuenta todos los costos asociados a la implementación tal como se señala en el cuadro 1 y asume, además, escenarios muy conservadores de cobertura de la población beneficiaria tanto en pensiones como en salud. Sólo la implementación de las pensiones solidarias representaría un costo adicional entre 1.5 a 2% del PIB, mientras que el aseguramiento de la población subsidiada para el Seguro Familiar de Salud requeriría de recursos adicionales por el orden del 2% del PIB según las estimaciones de la SISALRIL para el 2010. Por otro lado, el pasivo actuarial del IDSS ha sido estimado en 7.2% del PIB para el año 1999¹¹.

¹⁰ Oscar Melhado, *Fiscal Sustainability and Resource Mobilization in the Dominican Republic*. Washington, IMF Working Paper WP/03/19, 2002..

¹¹ Como % del PIB corriente del 2004, esta cifra podría ser la mitad por la alta inflación de los años 2003 y 2004.

**“DIME DE CUÁNTO DISPONES Y TE DIRÉ PARA CUÁNTO TE ALCANZA”.
VIABILIDAD FINANCIERA DE LA REFORMA DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA**

El costo fiscal de la reforma de la Seguridad Social va a depender de la gradualidad en la implementación¹², las ventas de los activos del IDSS, el nivel de evasión en las cotizaciones y el comportamiento del mercado de trabajo que estará relacionado al crecimiento económico en los próximos años y la capacidad para generar empleos de calidad.

**Cuadro 1
Detalle del costo fiscal de la reforma de la seguridad social según lo establece la ley 87-01**

Artículos Ley	Descripción
GENERAL	
9	Creación de un fondo especial para el bienestar de los servidores públicos para la adquisición y/o mejoramiento de las viviendas y otros servicios sociales complementarios a cargo del INAVI. El fondo se alimentará parcialmente de los aportes de los empleados públicos.
22: Párrafo	Actividades del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y sus dependencias directas.
PENSIONES	
39 Párrafo II	Creación de un fondo especial para completar la pensión mínima a los afiliados mayores de 45 años
41 Párrafo III	Certificado de reconocimiento de carácter excepcional a favor de los trabajadores afiliados a las cajas o fondos de pensiones especiales creados por ley que no sean viables financieramente, siempre que los trabajadores hayan cotizado regularmente por 4 años y más.
42	Deuda actuarial del IDSS (Se venderán los activos del IDSS ajenos a su función para cubrir parte del pasivo actuarial).
43	Bono de reconocimiento a los afiliados protegidos por las leyes 1896 y 379 que tengan menos de 45 años por el monto de los derechos adquiridos a la fecha de entrada en vigencia de la ley. El bono generará una tasa de interés anual del 2% por encima de la inflación redimible al término de la vida activa del afiliado.
43 Párrafo II	El Estado a través de la Secretaría de Finanzas asume las pensiones actuales del IDSS.
60	El Estado dominicano garantizará a todos los afiliados el derecho a una pensión mínima. (Financiado por el Fondo de Solidaridad Social para cubrir a los afiliados mayores de 65 años de edad que hayan cotizado durante por lo menos 300 meses).
67	Las pensiones solidarias del régimen subsidiado.

¹² La Ley establece un periodo de transición de 10 años.

ESTUDIOS SOCIALES 137

72 Y 76	El subsidio del régimen contributivo-subsidiado para garantizar una pensión mínima siempre que el afiliado logre cotizar por un mínimo de 300 meses y haber cumplido 65 años de edad.
79	Apoyo al Consejo Nacional de la Persona Envejeciente para ofrecer servicios sociales a los jubilados y pensionados.
SALUD	
136	Financiamiento de las estancias infantiles para brindar servicios a los trabajadores por cuenta propia y a las familias de bajos ingresos.
142	Financiamiento del Seguro Familiar de Salud del régimen subsidiado. El monto se determinará en base al costo per cápita anual del Plan Básico de Salud y la población afiliada en el régimen subsidiado.
146	Subsidio parcial del costo per cápita del plan básico de salud de los afiliados al régimen contributivo-subsidiado.
168	Subsidio mensual en caso de existir un déficit operativo en el IDSS durante el período de transición que tendrá un carácter temporal y decreciente.
174	Garantía del Estado dominicano del adecuado financiamiento del Seguro Familiar de Salud.
176 Párrafo	Aporte para las inversiones en infraestructura, el equipamiento y los gastos de operación del primer año de funcionamiento de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

Esa generosidad por el lado de los beneficios no se expresa en la identificación de nuevas fuentes de financiamiento para la Seguridad Social. El cuadro 2 presenta las fuentes de financiamiento establecidas en el artículo 20 de la Ley 87-01. La mayor carga proviene del presupuesto nacional. Los impuestos especializados todavía no se han estado destinando de manera directa a la seguridad social y algunas fuentes de importancia han sido excluidas por leyes posteriores. Este es el caso de los ingresos por concepto de las utilidades de las empresas capitalizadas que con una ley que crea el Fondo Patrimonial de las Empresas Capitalizadas, dichas utilidades se destinan a otros fines. La ley de lavado también destina los recursos provenientes de bienes confiscados por tráfico de drogas a otros fines.

“DIME DE CUÁNTO DISPONES Y TE DIRÉ PARA CUÁNTO TE ALCANZA”.
 VIABILIDAD FINANCIERA DE LA REFORMA DE SALUD Y SEGURIDAD
 SOCIAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Cuadro 2

Fuente de financiamiento de la Seguridad Social establecida por la Ley 87-01

DEL PRESUPUESTO	
1.	Partidas del presupuesto de SESPAS destinadas al cuidado de la salud de las personas
2.	Partidas gubernamentales para programas de asistencia social
3.	Partidas gubernamentales para el pago de seguros de salud y planes de pensiones
IMPUESTOS	
1.	Impuestos especializados para el pago complementario de los recursos humanos del sector salud
2.	Impuestos a las ganancias de los premios mayores
3.	Los impuestos a los juegos de azar autorizados
4.	Impuestos a los beneficios de las AFP, ARS y PSS
OTROS	
1.	Patrimonios sin herederos
2.	Bienes confiscados por sentencia definitiva a los traficantes de drogas, de contrabando o cualquier otro origen
3.	Utilidades obtenidas por las empresas capitalizadas
4.	Recursos extraordinarios de fuentes nacionales e internacionales para apoyar la reforma del sector salud
5.	Beneficios de la Lotería Nacional

IV. Las alternativas. Necesidad de más recursos para la seguridad social

La nueva reforma de la Seguridad Social es costosa. En el caso de salud el establecimiento de un modelo universal de seguro de salud requiere de muchos recursos adicionales, tomando en cuenta:

- La baja inversión pública en salud y alta carga financiera en los hogares, en particular, de los hogares pobres, unidas a un financiamiento fragmentado y poco solidario tal como se ha explicado anteriormente.

- La estructura del mercado de trabajo con un predominio del sector informal. El nuevo modelo descansa en el poder contributivo de la población, a mayor informalidad y desempleo, menores serán las posibilidades recaudatorias para financiar el SFS de la población asalariada, empleadores y dependientes y, por lo tanto, presionando por mayores recursos públicos.
- La transición epidemiológica que presiona por mayor demanda de servicios de salud para atender enfermedades crónicas de alto costo.
- La duplicación de costos por la coexistencia prevista en el período de transición del modelo tradicional con el nuevo.

En el caso de pensiones, el mayor peso en el corto plazo lo serán las pensiones solidarias que representarían entre el 1.5 al 2% del PIB y, que descansan totalmente sobre el financiamiento público.

Las opciones que se presentan en el corto y mediano plazo en el caso de salud son las siguientes:

- Recorte del PBS (propuesta SISALRIL de recortar el tercer nivel de atención en una primera etapa). Las atenciones del tercer nivel serían provistas por PSS públicos y patronatos. Esto implicaría una mayor transferencia de recursos y mecanismos de control para que los afiliados al régimen contributivo paguen una parte, dependiendo del número de salarios que coticen en los establecimientos del tercer nivel. Esto puede tener repercusiones en la equidad, por lo que ameritaría mayor discusión.
- Abaratamiento del PBS. Una posibilidad es incluir una lista de medicamentos genéricos en el PBS, en vez de la lista de medicamentos esenciales, tomando en cuenta el aumento del costo de los medicamentos con la devaluación. Adicionalmente se requiere del control de las tarifas por los servicios de manera tal que no se constituyan en un dolor de cabeza para la Seguridad Social y el establecimiento de topes de frecuencias de uso de servicios, en particular, en los primeros años de implementación del SFS.

“DIME DE CUÁNTO DISPONES Y TE DIRÉ PARA CUÁNTO TE ALCANZA”.
VIABILIDAD FINANCIERA DE LA REFORMA DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

- Aumento del tope del salario cotizante a 20 salarios en salud. Aunque se estima que sólo se recaudarían 17 millones mensuales adicionales, según estimaciones sobre la base de lo recaudado en pensiones. Anualmente serían unos 200 millones de pesos que podrían destinarse a un fondo para las atenciones del tercer nivel de la población en los regímenes subsidiados y contributivo-subsidiado.
- Establecimiento de mayores topes de copagos y cuotas moderadoras, tal como lo contempla el Reglamento para el Régimen Contributivo. Estos recursos serían destinados a financiar el SFS del régimen subsidiado. Podría ser muy inequitativo.

Otras fuentes posibles para mayores recursos a la Seguridad Social tanto para salud como para pensiones son:

- Redistribución del gasto público para redireccionar recursos hacia los sectores sociales y, en particular, para el financiamiento del SFS y las pensiones solidarias. Esto podría lograrse a través del financiamiento del gasto de capital a través de fuentes alternas como concesiones al sector privado, recursos externos, etc., eliminación de subsidios generalizados (gas, electricidad y otros que benefician mayormente a los más ricos), la reducción del gasto en áreas no prioritarias, eliminación de instituciones públicas que duplican actividades, entre otras acciones en el marco de la reforma y modernización del Estado.
- Establecimiento de una contribución adicional para ciertos tramos de ingresos y transferencia hacia el régimen subsidiado. Esto sería un subsidio cruzado desde el régimen contributivo al régimen subsidiado.
- Financiación pública con destino específico. Aunque la tendencia mundial es la eliminación de impuestos con destino específico, en el país, tradicionalmente es lo que más se cumple (ahí están los ejemplos de las transferencias a los municipios, el pago de la deuda externa, etc.).
- Hacer cumplir la Ley en lo relativo al artículo 20 sobre financiamiento de la Seguridad Social. La Lotería Nacional podría estar generando al menos unos 500 millones de pesos

anuales a favor de la Seguridad Social si se manejara tal como contempla la Ley 87-01.

- Reestablecer que las utilidades de las empresas capitalizadas sean dirigidas exclusivamente a la seguridad social. Derogar la Ley que crea el Fondo Patrimonial de las Empresas Públicas (Ley 124-01) porque reemplaza lo establecido en el artículo 20 de la Ley 87-01. Si se cumpliera esta parte se podrían estar recibiendo unos 500-1000 millones de pesos anuales por este concepto.
- Quitar el tope de exclusión para la cotización tanto en salud como pensiones, e incluir en el salario cotizable todos los pagos que se realizan a la población trabajadora tales como comisiones, incentivos, pago de gasolina y otros gastos de representación.

A modo de conclusión

La reforma de la Seguridad Social en la República Dominicana presenta serias limitaciones para su implementación. No cuenta con suficientes recursos para la entrega de los beneficios que la misma contempla en un contexto de universalización de la cobertura. Las soluciones que se presentan pueden ser muy inequitativas generando segmentación de los beneficios por lo que se estaría reproduciendo los mismos problemas que la reforma quiere corregir.