

LA SALUD EN REPUBLICA DOMINICANA (segunda parte)

AMIRO PEREZ MERA

4.- FINANCIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

4.1.-INTRODUCCION HISTORICA

Aun cuando el acceso a los servicios de la medicina privada goza de preferencia, por el reconocimiento de su eficacia y por ser el característico de los grupos con status, existen otras modalidades de acceso a la medicina moderna.

Históricamente las empresas extranjeras con plantaciones de azúcar, bananas u otras, han tenido en el país servicios médicos propios como beneficios marginales a su personal (especialmente al extranjero), política que se mantiene hasta la fecha. En años recientes se incluyen seguros colectivos de salud para el personal de alto nivel, lo cual les permite financiar indirectamente servicios complementarios, utilizando el empleado los servicios médicos nacionales o extranjeros de acuerdo a su preferencia.

La segunda modalidad detectada históricamente en el país son los servicios de medicina estatal, financiada con los fondos generales del Estado. Esta toma dos formas; servicios propios para grupos escogidos como personal de las fuerzas armadas y la red de servicios médicos del Estado, para la población general, habitualmente utilizada gratuitamente por los residentes en las áreas próximas a los establecimientos. Esta última tiene la mayoría de las instalaciones hospitalarias del país.

La tercera modalidad la forman grupos voluntarios que desarrollan y operan servicios independientes, sin fines de lucro, con una financiación múltiple formada por donaciones, aportes del Estado y pagos directos (tarifas reducidas) de parte del consumidor. Este tipo de servicios generalmente está orientado hacia problemas específicos como lucha contra la tuberculosis, el cáncer, la lepra, rehabilitación de inválidos. Su operación está generalmente en condiciones de dificultad financiera y tiende a ser absorbida por el Estado.

El cuarto modo de financiación directa es el Seguro Social Obligatorio, que tuvo origen en el interés gubernamental en mejorar la capacidad de trabajo de los obreros de la caña y los obreros y empleados de las empresas urbanas. Este interés coincidió con la expansión de las empresas de la familia Trujillo, incluyendo la entrada de ésta en la producción azucarera de la cual captó unas dos terceras partes. El I.D.S.S. por su capacidad de captar ahorro obrero patronal se ha transformado en un mecanismo importante de financiación indirecta de los servicios de salud.

Finalmente, en los años recientes se ha introducido en el país la financiación indirecta de los servicios médicos de contratos de seguro comercial o modalidades similares. Este tipo de seguro es, hasta el presente, seguro de grupos, ordinariamente empresas privadas, pero ha expandido su cobertura hasta los organismos estatales e inicia el campo de las pólizas familiares. Aparte de las compañías comerciales de seguros que cubren el riesgo salud, el servicio es provisto también por grupos médicos que trabajan por contrato de servicios igualados.

4.2.- MEDICINA DE LAS EMPRESAS EXTRANJERAS

Las grandes empresas extranjeras fueron las pioneras en este tí-

po de servicios y su ejemplo ha sido imitado por las empresas más importantes del Estado.

Inicialmente el servicio estaba dirigido a cuidar la salud del personal de alto nivel técnico o administrativo que requeriría este servicio y de sus dependientes, extendiéndose el servicio a cubrir parte de los problemas de salud de obreros y empleados de nivel inferior, aprovechando así la capacidad no utilizada de los servicios propios de la empresa.

Estos servicios han persistido después de la introducción del Seguro Social y en los años recientes se han convertido en un beneficio social para los trabajadores. En el caso de empresas como la Gulf & Western, propietaria de un hospital privado de 80 camas, excelentemente equipado, el servicio se ha extendido con unidades móviles y dispensarios rurales complementarios de los I.D.S.S. Para el personal de alto nivel, la empresa contrata los servicios de una de las compañías de seguros médicos propietaria de servicios médicos propios, la cual cubre todos los servicios especializados. Todos los servicios de la empresa son financiados bipartitamente por el empleado y la empresa. Esta última actúa como agente de retención para el I.D.S.S. y el seguro comercial. En el caso de los servicios móviles destinados a los trabajadores de campo, la empresa cubre los servicios móviles totalmente y en el hospital privado de la empresa los servicios se presentan con cargos bajos por los servicios que eventualmente son donados en caso de cuentas que exceden la capacidad de pago del trabajador.

Un caso especial lo constituye el Consorcio Estatal del Azúcar, empresa pública resultado de la confiscación del emporio azucarero de Trujillo. Este último compró una de las tres grandes empresas azucareras privadas del país, de propiedad norteamericana y su empresa heredó la tradición de servicio médico propio con hospitales en los centros azucareros. Circunstancias especiales convirtieron a la Empresa en los últimos años en la implementadora de un innovativo plan de servicios orientado a prestar atención médica de orientación preventiva a la población residente en sus campos de caña (Consejo Estatal del Azúcar, 1971).

El programa, quizás el de mayor rendimiento por dinero invertido, fue descontinuado después de un cambio de administración.

Las empresas privadas, tanto de la industria manufacturera como del comercio tienden a ofrecer a sus empleados y dependientes no cubiertos por el seguro social el beneficio de planes de seguro de salud o de servicios contratados a empresas privadas de servicios médicos.

Estos beneficios sociales son favorecidos por las empresas por ser deducibles del impuesto sobre la renta, por ser demandados en los pactos colectivos por los sindicatos y por la deficiente prestación de *servicios del I.D.S.S.*

4.3. EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO

Desde 1947, la ley de Seguridad Social hace obligatorio la inscripción de todo trabajador (obrero o empleado) privado cuyo ingreso mensual sea inferior a \$200.00. En la práctica sin embargo, la aplicación de la ley ha sido parcial y sólo cubre parte de los trabajadores permanentes. La cobertura es aún más restringida en el caso de los trabajadores temporeros.

Dado el hecho de que la fuerza de trabajo rural sólo está cubierta cuando pertenece a las plantaciones azucareras, arroceras y otras de gran tamaño, no existe prácticamente la cobertura de la fuerza de trabajo agrícola. En la zona urbana, los trabajadores móviles, como es el caso de la construcción, tampoco están cubiertos ni asimismo en el sector Servicios aquellos pertenecientes al subsector informal. Otro

Nota: El esfuerzo por conseguir información cuantitativa sobre los pagos realizados por las empresas en este tipo de servicios se vió obstaculizado al no tener las encuestas información de estos gastos/desagregada del resto de la contabilidad, aún cuando en todos los casos se manifestaron los ejecutivos entrevistados dispuestos a conseguir la información, preparando un informe ad hoc, para la preparación del cual dijeron necesitar más tiempo del que se disponía para este estudio.

Los grupos nacionales de servicios médicos no dieron facilidades y un funcionario de una empresa de Seguro Comercial extranjera en el país expresó que toda la información puede conseguirse solicitándola a la casa matriz quien lleva todas las estadísticas al respecto.

grupo importante no cubierto es el transporte. La inestabilidad de la ocupación de la fuerza de trabajo dominicana determina que aun aquellos inscritos y cotizantes alguna vez no cumplan con los requerimientos legales para ser derecho-habientes efectivos.

En el censo de 1970, la fuerza de trabajo estuvo integrada por 1,072,507 personas. Si excluimos de éstos a los ocupados en el gobierno, artesanía urbana y el sector informal de servicios, restan 878,438; excluyendo además el 19 por ciento ocupado en agricultura de subsistencia resta 675,000 ocupados, casi totalmente con ingresos mensuales inferiores a los \$200. Esta cifra contrasta con los 110,020 asegurados inscritos para el año.

Los asegurados fijados sin embargo, han aumentado desde 1961, en que había 37,838 hasta 1974 cuando se registraron 71,774; un crecimiento neto para el período de 90 por ciento. El total de inscritos varía considerablemente cada año por las fluctuaciones de los asegurados móviles, siendo 76,502 la cifra más baja y 170,168 la más alta, correspondiendo ésta a 1973.

Las prestaciones de servicios han tenido una tendencia decreciente, reduciéndose desde 3.6 días de hospitalización por asegurado-año en 1961 hasta 2.0 en 1973. Idéntica tendencia muestran los subsidios por enfermedad, los cuales descendieron desde 0.36 subsidios por asegurado-año en 1961 hasta 0.16 para el 1973.

El financiamiento del I.D.S.S. recae sólo sobre obreros y patronos ya que el gobierno no ha hecho efectivo su aporte establecido por ley.

A pesar de ello el I.D.S.S. ha tenido ingresos crecientes. En 1961 las cotizaciones obrero patronales representaron 5.07 millones de RD pesos; alcanzando éstas la cifra de 16.94 millones en 1974.

Nota: Los ingresos y gastos están en unidades monetarias corrientes. No se deflactó por razones del tiempo disponible para la realización del presente estudio. Sin embargo para el período 1971-1974, los ingresos del I.D.S.S. a precios de 1962, tuvieron un incremento de 12 por ciento en el período.

Los ingresos globales han ascendido de 7.4 millones en el 1961 hasta 22.9 en 1974.

El gasto per cápita en prestaciones médicas se ha elevado desde \$28.50 en 1961 a \$85.87 en 1974.

CUADRO 27

Estadísticas Básicas del IDSS

Año	Asegurados			Consultas	Por
	Fijos	Móviles	Total	Total	Aseg.
1961	37,838	101,498	139,336	836,879	6.0
1962	42,370	103,922	146,292	891,472	6.1
1963	45,452	93,295	138,747	890,499	6.4
1964	49,360	107,444	156,804	974,565	6.2
1965	40,450	41,378	81,828	560,038	8.8
1966	34,428	42,074	76,502	650,783	8.5
1967	39,327	108,292	147,929	770,545	5.2
1968	38,637	49,198	87,830	756,164	8.6
1969	44,862	72,328	117,190	768,804	6.6
1970	47,864	62,156	110,020	766,149	7.0
1971	50,120	92,152	142,272	874,859	6.2
1972	58,560	96,999	155,559	988,505	6.4
1973	66,409	103,759	170,168	1,067,602	6.3
1974	71,774	57,927	129,701	1,130,459	8.7

	Hospitalizaciones (días)		Subsidios por Enfermedad		Subsidios por Maternidad	
	Total	Por Aseg.	Total	Por Aseg.	Total	Por Aseg.
1961	506,443	3.6	36,219	0.26	5,300	0.04
1962	487,108	3.3	37,499	0.26	5,397	0.04
1963	508,940	3.7	40,912	0.29	7,112	0.05
1964	504,230	3.2	41,875	0.27	7,123	0.05
1965	515,834	6.3	18,413	0.23	3,467	0.04
1966	425,043	5.6	17,963	0.23	3,516	0.05
1967	346,868	2.3	24,353	0.16	3,640	0.02
1968	454,374	5.2	26,134	0.30	3,433	0.04
1969	491,317	4.2	25,903	0.22	3,248	0.03
1970	370,916	3.4	27,239	0.25	3,728	0.03
1971	283,309	2.00	30,780	0.22	4,185	0.03
1972	410,833	2.6	27,903	0.18	4,737	0.03
1973	344,940	2.0	26,825	0.16	5,541	0.03
1974	415,130	3.2	26,079	0.17	5,376	0.04

Ingresos

	Por Cotizacio- ciones en Miles de RD\$	Por Aseg. RD\$	Total de Ingresos Corrientes en Miles de RD\$	Gastos Prestaciones Médicas		
				Por Aseg. RD\$	Total	RD\$
1961	5,076	36.43	7,437	53.37	3,892	28.50
1962	6,712	45.88	8,811	60.23	4,853	33.17
1963	8,409	60.61	10,710	77.19	5,578	40.20
1964	8,656	55.20	11,012	70.23	6,862	43.76
1965	5,877	71.82	7,512	91.80	4,709	57.55
1966	7,138	93.30	9,530	124.57	5,458	71.34
1967	10,300	69.83	13,771	93.09	6,258	42.30
1968	9,945	113.22	13,507	153.78	6,010	68.42
1969	10,439	89.08	14,526	123.95	6,762	57.70

1970	8,705	*	17,334	157.55	—	—
1971	13,665	96.05	—	—	7,426	52.20
1972	14,668	94.29	19,144	123.07	8,252	53.05
1973	15,218	89.43	20,488	120.40	9,961	58.84
1974	16,944	130.64	22,884	176.44	11,138	85.87

Nota * no disponible.

Fuente: IDSS editado por ONAPLAN (Planes 26), pág. 577, 578, 579.

CUADRO 28

Ingresos y Gastos del IDSS (Presupuesto) del Período 1972-1974

Ingresos	1972	1973	1974
A. Ingresos Corrientes	20,647,200	20,888,876	23,181,001
Saldos Inic. Caja y Banco	364,924	310,450	297,028
Entradas propias corrientes	20,272,276	20,578,426	22,883,973
Ventas bienes y servicios	168,266	100,290	143,123
Intereses perc. var.	466,499	607,499	684,973
Arrend. y Alquiler	—	4,637	9,557
Otros	19,637,511	19,866,000	22,046,320
B. Ingreso Capital	6,000,000	7,500,000	7,500,000
Saldos Inic. Caja y Banco	6,000,000	7,500,000	7,500,000
Totales	26,647,200	28,388,876	30,681,001

IDSS Comparativo de Gastos 1972-72

Concepto	1972	1973	1974
A. Gastos Corrientes	16,781,395	19,364,961	21,209,751
1. Gastos de Operación	11,212,066	13,212,759	14,538,480
a. Gast. personal	7,185,617	8,232,358	9,053,865
b. Bienes y servicios	4,026,449	4,980,401	5,484,615
2. Transf. corrientes	5,212,212	5,674,088	5,966,956
a. Al Sector privado	5,212,212	5,674,088	5,966,951
3. Intereses de la deuda y amortización	357,117	478,114	704,319
a. Amort. deuda administrativa	A 357,117	478,114	704,319
B. Gastos de Capital	2,055,355	1,226,887	989,282
1. Inversión Directa	2,055,355	1,226,887	989,289
a. Inversión Real	1,106,511	818,342	988,882
Máquina y equipo	818,276	494,151	626,482
Adq. bienes inmuebles	10,000	23,000	—
Construcciones	278,235	301,191	362,395
b. Inv. Financieras	984,844	408,545	400
Préstamos	984,844	408,545	400
Totales	8,836,750	20,591,841	22,199,033

Fuente: Oficina Nacional de Presupuesto (1975). Presupuesto ejecutado 1974.

CUADRO 29

Aporte del CEA al Financiamiento del IDSS por Tipo de Contribución y Año, 1972-1975. RD\$ por Año

IDSS	1972	1973	1974	1975
Ingresos Totales del IDSS				
Aporte CEA	4,639,886	4,780,169	5,438,024	6,022,413
Retención empleados	925,113	985,704	1,073,744	1,180,776
Aporte patronal	2,634,553	2,479,471	3,025,138	3,400,652
Colonos	112,940	207,958	206,777	99,913
Accidentes del trabajo	967,274	1,117,036	1,132,365	1,341,062

Fuente: Consejo Estatal del Azúcar. Oficina de Programación.

4.4.- SEGUROS COMERCIALES DE SALUD Y SEGUROS AFINES

Las compañías de seguros médicos en el país y grupos médicos que prestan servicios por igualas a empresas y otros grupos semejantes, operan siguiendo dos modelos básicos.

Las compañías de seguros comerciales ofrecen pólizas de seguro colectivo en salud, en combinación con seguros ordinarios de vida a empresas con más de 15 asegurados. Los beneficios de salud, son el reembolso de parte de los gastos incurridos durante la hospitalización, incluyendo honorarios médicos, laboratorio y gastos de hospitalización. Las limitaciones en los planes examinados dejan al usuario sin protección efectiva en los casos de enfermedades catastróficas y en los otros gastos médicos mayores. A pesar de ello, tienen buena

aceptación y constituyen beneficios marginales que las empresas progresistas ofrecen a su personal. La financiación de estos planes es generalmente bipartita y la empresa actúa como agente de retención.

Una excepción de este sistema es el de los Seguros Dominicanos de Salud (SDS), compañía de seguros que opera en el campo de salud, organizada por médicos y que opera un sistema tipo Blu Cross-Blue Shield, norteamericano. En este caso, el derechohabiente puede utilizar a cualquiera de una lista de médicos y hospitales, los cuales reciben del S.D.S. una parte substancial de la cuenta por los servicios prestados. El usuario deberá aportar la diferencia básicamente con el objeto de desincentivar el uso superfluo del servicio. Además existen límites en las prestaciones, que hacen recaer el peso de los gastos en caso de enfermedades catastróficas en el usuario.

Las otras organizaciones, los grupos médicos que ofrecen servicios por contrato fijo (iguales), están constituídas por médicos y propietarios de instalaciones hospitalarias privadas que contratan con empresas los servicios médicos e institucionales por sumas fijas mensuales por personas cubiertas. Estos grupos limitan las consultas y otras prestaciones, excluyen la libre elección y no cubren las medicinas.

En la investigación realizada entre las compañías y algunos usuarios se encontró que esta modalidad de servicio está en rápida expansión, pero que hay frecuentes cambios en la clientela de cada empresa o grupo de servicio.

4.5. PATRONATOS Y OTRAS ORGANIZACIONES AFINES

El sector salud dominicano cubre servicios que han sido de interés especial de la población y los profesionales, del gobierno o de los organismos internacionales. Algunas áreas especiales no han sido interesantes para estos grupos y el país ha carecido por tiempo de servicios básicos en ellas. Por iniciativa de grupos o individuos especialmente motivados y con vocación de servicio, se han organizado asociaciones benéficas con el objeto de promover servicios especiales para estos problemas. Estos grupos ordinariamente recaban fondos me-

diante campañas para promover donaciones e inician un servicio orientado al problema base. Estas asociaciones o patronatos han probado ser eficaces, consiguiendo apoyo de la comunidad, con el cual consiguen crecer. Posteriormente a su acreditación, el Estado habitualmente apoya los servicios voluntarios.

Este tipo de servicio se ha desarrollado espectacularmente, atendiendo probablemente a que satisfacen una necesidad sentida y que, al no operar con fines de lucro sus tarifas son económicas y tienen mecanismos orientados a subsidiar parcial o totalmente los servicios de las personas de escasos recursos.

Dentro de estos grupos se destacan tres instituciones: el Instituto Oncológico, el centro especializado en cáncer del país; el Centro de Rehabilitación de Inválidos, que abarca la rehabilitación física, *mental y ocupacional*, y el Instituto Dermatológico, que dirige sus esfuerzos al control de la Lepra y otras enfermedades de la piel de importancia médico-social.

Estas organizaciones se financian a través de donaciones, venta de servicios y subsidio estatal. A pesar de orientar sus servicios a campos muy especializados, todas se destacan por el uso racional del personal auxiliar y el trabajo en equipo, por su eficiencia y por el adecuado equilibrio entre calidad y bajo costo.

Estas instituciones son modelos de servicios con éxito.

Las perspectivas de expansión de este tipo de servicios son buenas. El financiamiento múltiple permite recibir el aporte de donantes con los cuales pueden expandirse los servicios. Con los pagos por servicios ofrecidos a precios muy módicos, factibles por operar a una economía de escala y por la ausencia de fines de lucro, es posible incorporar entre los usuarios al máximo de la población que tenga en algún grado capacidad de pago. Con el aporte estatal podría cubrirse la población indigente desde el punto de vista médico.

El crecimiento de los fondos según las fuentes evidencia que los servicios adecuados son financiados por la comunidad y también reciben *trato preferencial del Estado*.

Un grupo de instituciones patrocinadas por grupos voluntarios sin fines de lucro operan servicios orientados a atender a los pacientes comunes, con servicios médicos de muy bajo costo, financiando los servicios a base de una cuota fija de recuperación y donaciones. Dentro de estos grupos se destaca el servicio médico de la Iglesia Bautista, que está asociado con el Medical Assistance Program (MAP), entidad que dona medicinas y materiales y equipo. La donación de medicinas constituyó la base para el ofrecimiento de un servicio médico que incluye el examen profesional y el suministro de medicinas para las enfermedades comunes.

Este programa ha tenido un éxito notable y otros grupos religiosos han duplicado el servicio, con éxito variable aparentemente relacionado con la capacidad organizativa y el grado de dedicación del personal.

La restricción en las donaciones extranjeras motivó la búsqueda de soluciones económicas a la provisión de medicamentos y la selección de un grupo de fórmulas efectivas frente a los problemas más frecuentes de salud ha permitido mantener uno de los atractivos del programa (diagnóstico y tratamiento) a pesar de la disminución en las donaciones.

El éxito del programa debido a que satisface la necesidad sentida de proporcionar los medicamentos inaccesibles por otros medios (compra en la red comercial y Sespas) y al prestigio de ofrecer por profesionales médicos a precios al alcance de grupos de ingresos bajos tiene elementos útiles que pueden ser tomados como modelos de servicios de bajo costo. La principal limitación estriba en que su orientación es curativa y su uso, que envuelve gastos, tiende a ser restringido a los casos de necesidad evidente, limitándose la búsqueda de servicios en los períodos iniciales de la enfermedad.

(Tercera parte en el próximo número).