
Seguridad social y neoliberalismo: raíces históricas, conceptuales y su implantación en República Dominicana

Social Security and Neoliberalism: historical and conceptual roots and its implementation in the Dominican Republic

Sécurité sociale et néolibéralisme: racines historiques et conceptuelles et sa mise en œuvre en République dominicaine

Matías Bosch*

Resumen

En este artículo se presenta la relación estrecha entre las reformas neoliberales que se emprendieron a escala global desde los años 70 en el siglo XX, los paradigmas que se establecieron sobre la función del Estado y el metabolismo social, los organismos encargados de establecer estas agendas en América Latina, y la reforma y creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social, en línea con lo ocurrido en otros países de la región. A partir de esto, puede seguirse un “rastros” político, institucional, estratégico, de intereses y de dispositivos ideológicos a la reforma dominicana en Seguridad Social. De igual manera puede verse que las consecuencias que esa reforma ha tenido en la vida y en los derechos disfrutados o conculcados para las dominicanas y dominicanos tienen raíces identificables en la historia y por cierto

* Licenciado en Ciencias Ambientales, Magíster en Ciencias Sociales y en Gestión y Políticas Públicas. Investigador en la Fundación Juan Bosch y académico de la Universidad APEC (República Dominicana).

han sido ventiladas en el debate académico y político de las últimas décadas. En este artículo se trata de mostrar que dichas consecuencias existenciales, colectivas y para la calidad democrática de la sociedad dominicana no pueden ser entendidas como meras particularidades locales o “efectos no deseados”, ni pueden explicarse sin las relaciones de poder, de ganadores y perdedores, como las opciones ético-políticas que son base de las mismas.

Palabras clave: *Reformas estructurales, estado, pensiones, instituciones.*

Abstract

This article presents the close relationship between the neoliberal reforms, initiated at global scale since the 1970 decade of the twentieth century, the paradigms that were set off concerning the state's functions and the social metabolism, as well as of the organizations in charge of setting out the reform agendas in Latin America, likewise the reforms and creation of the Social Security System. From that, it follows the “trace” of political, institutional, strategic, interests, and ideological devices of the Dominican social reform. Similarly, it can be seen this reform's consequences on the lives and rights enjoyed or violated for all Dominicans, which has its identifiable roots in the history which has been discussed during the academic and political debates of last decades. This article attempts to show that these existential consequences, collective and for Dominican society democracy quality cannot be understood like mere domestic particularities or “not wished effects”, nor it can be explained without power relationships, from winners and losers, like ethical-political options which are the platform of the latter.

Key Words: *Structural reforms, state, pensions, institutions.*

Résumé

Cet article présente l'étroite relation entre les réformes néolibérales engagées à l'échelle mondiale depuis les

années 1970 au XXe siècle, les paradigmes qui se sont établis sur le rôle de l'État et le métabolisme social, les organismes en charge de l'établissement de ces agendas en Amérique latine, et la réforme et la création du système dominicain de sécurité sociale, conformément à ce qui s'est passé dans d'autres pays de la région. À partir de là, une "piste" politique, institutionnelle, stratégique, d'intérêt et idéologique peut être suivie jusqu'à la réforme dominicaine de la sécurité sociale. De la même manière, on peut voir que les conséquences que cette réforme a eues sur la vie et sur les droits dont jouissent ou bafouent les femmes et les hommes dominicains ont des racines identifiables dans l'histoire et ont certainement été diffusées dans le débat académique et politique des dernières décennies. Cet article tente de montrer que lesdites conséquences existentielles, collectives et pour la qualité démocratique de la société dominicaine ne peuvent être comprises comme de simples particularités locales ou des "effets indésirables", ni ne peuvent être expliquées sans les relations de pouvoir, gagnants et perdants, comme les options éthiques et politiques qui en sont la base.

Mots clés : *Reforme structural, état, régime de retraite, institutions.*

Protección social y Estado

La protección social, incluyendo los derechos a la salud y a la previsión social, va de la mano con el modelo de sociedad que exista en cada país. El bienestar social se usa para designar servicios, instituciones y objetivos que estos deberían satisfacer, para el logro de mayor satisfacción individual y colectiva.

La protección social podría ser entendida como "amparo ante eventualidades, donde las personas están expuestas a situaciones de privación, desventaja o experimentan circunstancias adversas" y "se utiliza también para referirse a una gama

de servicios de protección ofrecidos, incluyendo el seguro social, la asistencia social y la atención a la salud” (Spicker y otros, 2009).¹

La protección social se vincula directamente con la noción de derechos de ciudadanía o “ciudadanía social”, y es fundamental para la realización de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC-1966) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La protección social sería parte esencial de la política social, y esta a su vez es pieza fundamental de los regímenes de bienestar, por lo que debe orientarse a “sistemas de protección social basados en derechos, integrales en su estructura, robustos en su cobertura y financiamiento, y orientados a lograr mayores niveles de inclusión e igualdad social” (Cecchini *et al.*, 2015).

Así las cosas, se podrían definir dos modelos de bienestar: 1) modelo de bienestar institucional y 2) modelo de bienestar residual.

El primero de los dos modelos mencionados sirve para describir aquellos escenarios en que “la prestación colectiva y universal de protección social es aceptada como algo normal que forma parte de la vida social”, mientras el modelo residual se basa “en la asistencia proporcionada mediante una red de protección social dirigida a personas que no pueden sobrevivir con sus propios recursos ni por otros medios” (Spicker y otros, 2009). En el modelo residual, caracterizado por la focalización, está muy presente la tradición de descalificación y “pruebas de medios” que tienen su base en las Leyes de Pobres de Gran Bretaña.²

1 Según Spicker et al. (2009) el bienestar encuentra sus fundamentos en el sistema social y económico de una sociedad, más que en servicios y políticas.

2 Las Leyes Inglesas de Pobres, proclamadas en 1598 y consolidadas en 1601, existieron hasta 1948. Fueron el primer sistema nacional para asistencia a los pobres. Existió una Antigua Ley de Pobres (1601-1834), en general inconsistente y dependiente de la administración local, para luego surgir la Nueva Ley de Pobres (1834-1948), que combinó el alivio a la indigencia con medidas disciplinarias y punitivas contra los pobres. Esta reforma de 1834 aislaba y encerraba a los pobres en asilos, por lo que la asistencia era al mismo tiempo una forma de disuasión de

El modelo de bienestar institucional y el modelo de bienestar residual, como ya se decía, vienen además dados por el diseño de Estado y la noción de ciudadanía que este incluye.

Es importante considerar que los sistemas de protección social van a tener un desarrollo dados su contexto y ubicación histórica, económica, política y social; no tienen continuidad ni son parejos y menos estandarizados para toda época ni región, y van a ser fruto de las disputas y conquistas sociales y políticas allí donde exista, como se decía antes en virtud de un menor o mayor desarrollo de los derechos de ciudadanía (Spicker et al, 2009; Cecchini et al, 2015; Kremmerman et al, 2016; Navarro, 2019). Siendo así, los sistemas existentes en América Latina son especies de rompecabezas donde se combinan e incluyen:

“i) los legados del viejo modelo contributivo de las clases medias y los trabajadores formales del modelo sustitutivo de importaciones; ii) la técnica y la orientación residualista de las políticas focalizadas en la pobreza de los años ochenta y noventa; iii) la ampliación mediante prestadores privados y de la sociedad civil, y el Estado regulador pero no proveedor de los años noventa, combinada con los nuevos modelos de articulación público-privada; iv) la preferencia por el financiamiento de la demanda, combinada con un nuevo rol del Estado, que determina los requerimientos desde las necesidades; v) la incorporación del enfoque de derechos, combinada con una tradición centrada en necesidades básicas y ries-

los potenciales, y se basaba en el criterio de menor elegibilidad, ya que los indigentes debían demostrar que estaban en una posición de desventaja en relación con los trabajadores independientes que no estaban aislados. Desencadenaban lo que se conoce como “estigma del pauperismo”. Las personas eran elegidas más por su *descartabilidad* y descalificación social que por su necesidad. Solo cuando se comprobaba su verdadera indigencia podían ser sometidos al régimen del asilo de pobres que brindaba asistencia. El Informe de la Ley de Pobres de 1834 expresaba: “Si el solicitante no acepta los términos en que se otorga la ayuda a los pobres, no se le dará nada; si acepta, su obediencia muestra la validez de su petición, es decir, su calidad de indigente válido”. Esa obediencia implicaba trabajos físicos extenuantes (incluso de sobreexplotación lucrativa) para quienes estaban físicamente “aptos”, mientras que, a otros, como los ancianos, se les encomendaban trabajos monótonos. Como alternativa a este sistema surgieron las pensiones para ancianos, con otro enfoque (Spicker y otros, 2009).

gos, y vi) un desarrollo creciente de las nociones de rendición de cuentas, transparencia y evaluación, combinado con una institucionalidad aún débil y dependiente de coyunturas políticas y económicas”. (Cecchini et al, 2015)

Hay, a la vez, una diferencia importante entre la perspectiva del Estado garantista o social de derecho y el Estado subsidiario, que tiene implicaciones para el afinamiento del “bienestar”, la protección y la seguridad social en toda sociedad, especialmente posterior a las reformas neoliberales.

De acuerdo con Allard, Henning y Galdámez (2016), en el Estado subsidiario hay un desbalance marcado entre derechos civiles y políticos, por un lado, y derechos sociales por otro, en lugar de verlos de manera integral. Vistos los derechos como libertades individuales, en el Estado subsidiario hay una normativa que enfoca de esa manera el acceso a bienes y servicios, mientras deja a la tutela judicial la preservación de garantías de protección supuestamente “sociales”. Asimismo, se caracteriza por establecer la segmentación de la demanda y la falta de solidaridad, al servicio de lo privado. Respecto al caso chileno, afirman estos autores:

“El Estado subsidiario se arraiga fuertemente en el individualismo, tanto a la hora de reconocer el derecho a la salud como al momento de garantizarlo, en que el Estado asume lo sobrante, aquello que no resulta atractivo o rentable para el sector privado [...]”. (Allard, Henning y Galdámez, 2016)

En la Constitución dominicana promulgada en 2010 y modificada en 2015, queda patentizado el rol subsidiario del Estado implícito en la declaración del derecho a la salud, cuando en el Artículo 61 establece que “Toda persona tiene derecho a la salud integral”, pero a la vez “El Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas”, mientras es su deber asegurar “el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran”, así como garantizar “el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos

y, en consecuencia, prestará su protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables”.

Por igual, en el artículo 219 la Constitución establece que “El Estado fomenta la iniciativa económica privada, creando las políticas necesarias para promover el desarrollo del país. Bajo el principio de subsidiariedad³ el Estado, por cuenta propia o en asociación con el sector privado y solidario, puede ejercer la actividad empresarial con el fin de asegurar el acceso de la población a bienes y servicios básicos, y promover la economía nacional”.

El neoliberalismo en marcha, el Estado y lo público como objetivo

Entre el 26 y el 30 de octubre de 1938 —hace ya 80 años—, se reunió en París un selecto grupo de intelectuales, a propósito de la publicación del libro de Walter Lippman, “The Good Society”. En dicho encuentro se congregaron Ludwig von Mises y Friedrich Hayek, de la llamada escuela austriaca, junto a otras figuras como Wilhelm Röpke, Jacques Reuff, Louis Baudin y Alexander Rüstow. Esta actividad se conoce históricamente como el “Coloquio Lippmann”.

El objetivo de la reunión era establecer las bases para un nuevo liberalismo. Así, la voz “neo” se le agregó y nació el llamado neoliberalismo, con cuatro principios básicos:

- El nuevo liberalismo admite que solo el mecanismo de los precios, funcionando en mercados libres, permite la óptima utilización de los medios de producción y trazar el camino para la satisfacción máxima de los deseos humanos.

3 El principio de subsidiariedad se refiere en la economía neoliberal a que el Estado actúa allí donde la actividad no es rentable para los agentes empresariales privados o estos actúan con “fallas de mercado”.

- Al Estado incumbe la responsabilidad de determinar el régimen jurídico que sirva de marco al libre desarrollo económico así concebido.
- Otros fines sociales pueden ser sustituidos por los objetivos económicos enunciados más arriba.
- Una parte de la renta nacional puede ser sustraída del consumo para fines generales (como impuestos, siempre al consumo, nunca a la ganancia), pero con la condición de que la transferencia se haga a “plena luz” (transparencia total) y sea “conscientemente consentida”.

Un segundo encuentro neoliberal ocurrió en Mont-Pèlerin, Suiza. Allí también acudieron Hayek y otros destacados intelectuales afines: Walter Eucken, Milton Friedman, Bertrand de Jouvenel, Frank Knight, Ludwig von Mises, Karl Popper, Lionel Robbins y Wilhelm Röpke. En 1947, la Sociedad Mont-Pèlerin albergó a 258 miembros fundadores, de los cuales 101 eran estadounidenses, 28 alemanes y 29 ingleses, entre otros. La preocupación por el destino del liberalismo, la supuesta decadencia de la moral y el derecho, y la falta de confianza en la propiedad privada y la economía de mercado, en un contexto en que la Unión Soviética había sido el factor determinante de la derrota nazi en la II Guerra Mundial, eran las motivaciones de esta reunión, que terminó en la fundación de la referida sociedad.

De acuerdo con Omar Guerrero (2009), el neoliberalismo, sin embargo, se mantuvo como un ejercicio intelectual hasta que fue asumido como doctrina y alcanzó la primacía planetaria cuando en Chile comenzó la ola privatizadora de la dictadura cívico-militar dirigida por Pinochet, y en Inglaterra Margaret Thatcher tomó control de la primera magistratura. Hay que añadir que poco tiempo después, en 1980, Ronald Reagan ganaría las elecciones de Estados Unidos, volviéndose, junto a Thatcher y Pinochet, paladín del neoliberalismo y de la derrota del campo socialista.

Dice Guerrero sobre la óptica neoliberal acerca del problema del Estado:

“(...) el Estado había demostrado que padece una incapacidad congénita para resolver los problemas de la reproducción del capital, de modo que su papel en la vida económica no debió trascender su función estimulante de la acumulación primitiva [...]. Su sobreactuación solo produjo un conjunto de organismos de la administración pública cuyo carácter fue la intrusión en la vida privada. Por consiguiente, el Estado debía restringirse a procurar las condiciones básicas para el desenvolvimiento de la vocación y el destino de los productores particulares. Asimismo, la expansión indebida del Estado en la salud, seguridad social, protección del trabajo, y en general, en el bienestar social, hizo más visible su efecto negativo por generar la sobre-saturación de exigencias provenientes de las clases y grupos beneficiados, provocando una sensible distorsión en la operación del mercado (...)

[...] En fin, la “des-estatización” de las relaciones naturales reclamó la reorganización de las tareas productivas y comerciales, para que volvieran a sus auténticos propietarios: los individuos, que como usufructuarios del primer y único de los derechos personales: la propiedad, harían más productiva y feliz a la sociedad.

[...] Ese sentimiento de posesión automáticamente haría eficientes a las empresas descuidadas por los burócratas, de modo que, si este principio se aplicaba a los asuntos del Estado, muy pronto los servicios públicos incrementarían sus capacidades; pero si estos servicios fueran concesionados a empresarios privados, los saldos positivos se elevarían al cien por ciento. En suma: siendo el Estado inherentemente mal administrador, no solo de la sociedad, sino de una economía que arrebató a los particulares, qué mejor que su gobierno —“un mal necesario”— se redujera a una mínima expresión”. (Guerrero, 2009)

En la nueva etapa del capitalismo que comienza en los años setenta y ochenta, la administración pública va dejando de estar en manos de los aparatos de gobierno y se contrae en favor del beneficio de la empresa privada. No obstante, la administración estatal sigue ocupando un papel clave en

los centros de control de la vida social. Durante los ochenta, sus expertos e ideólogos la llamaban *era de la privatización* (Guerrero, s/f).

A la corriente neoliberal se le va a inyectar un nuevo nutriente ideológico, desarrollado por la conocida Escuela de Chicago. Se trata del concepto de *public choice o elección pública*. James M. Buchanan, ganador ni más ni menos que del Premio Nobel en 1986 por sus postulados, fue un impulsor de la nueva corriente, que aseguraba su capacidad de extender los brazos de la economía neoclásica para entender lo que antes le estaba vedado: el comportamiento del Estado, los administradores públicos y los votantes.

La política, desde su punto de vista, es un mercado, y el comportamiento político se puede estudiar como pura búsqueda del interés individual en base al análisis de costo-beneficio, y de esa misma forma debe ser regulado. Los funcionarios públicos son *maximizadores* de presupuesto, y buscan aumentar su poder e influencia. Las decisiones colectivas a menudo son irracionales, por encima del provecho individual, en tanto los individuos sí saben maximizar el bienestar. Más individualismo, más mercado privado y menos Estado, son medidas aconsejables.

Asimismo, las ideas de Romain Laufer y Alain Burlaud (1980) enfocan la dialéctica entre administrador y administrado considerando a este último como usuario, y en particular como cliente. La administración de lo público puede ofrecer o no; el ciudadano convertido en consumidor puede consumir o no, lo que genera una competencia intensa. Como dice Guerrero (2009), *la administración pública descubre que tiene clientes y la empresa privada descubre que tiene público* (cursivas nuestro).

En esta etapa, numerosas empresas públicas, servicios y funciones del Estado pasan a manos de la empresa privada. Es cuando la mediación entre Estado y sociedad se da a través de entidades de interés privado, y es momento del auge de las “políticas públicas” a través de las cuales administración

estatal y privados realizan transacciones de mutuo beneficio. La administración es “neutral” y “apolítica”, basada en la unidad entre Estado y sociedad, y, esta última, como campo de lo privado, queda reducida al ámbito del consumidor y de la empresa.

Gobiernos, empresas, grupos de presión, entre otros, toman las decisiones políticas, formulan la “política pública” —que tiene ese apellido para diferenciarse de las políticas corporativas, pero adquiere su misma naturaleza en tanto satisfacción de los grupos de interés o “accionistas”—, cada vez más favorecedora de la burguesía, mientras “eficientizan” la acción estatal en procesos y servicios que antes eran asumidos como fundamentales.

De la mano de la crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial también se convirtieron en factores decisivos para esta ola de achicamiento, reducción y privatización de las actividades estatales, ya que condicionaban a ello los préstamos y las ayudas. A su vez, en 1989, el economista John Williamson formuló las diez medidas básicas del Consenso de Washington, un decálogo neoliberal que marcaría los años noventa.

En esos tiempos, de una segunda oleada neoliberal, Inglaterra va a ser el territorio del advenimiento de la llamada Nueva Gerencia Pública. Según explica Guerrero (2009):

“La voz “gerencia” (*management*) no tiene en la gerencia su fundamento, sino la más general noción de empresa mercantil, que es el modelo que propone como sustituto del esquema “burocrático” del Estado. Aquí tienen su origen las propuestas a favor de establecer mercados intra-gubernamentales y orientar al gobierno hacia el consumidor, no hacia el ciudadano; así como la introducción del “espíritu empresarial” en el gobierno, y el desarrollo de la competencia en la provisión de bienes y servicios públicos.

Aunque la Nueva Gerencia Pública ostenta como apellido el vocablo “público”, nada lo vincula a tal noción, pues sus propósitos y resultados se encaminan a la privatización del Estado. Emanada de los procesos de exprivatización de la década de los años de 1980, la Nueva Gerencia Pública personifica la endoprivatización de la gestión pública a través del establecimiento de mercados interiores y mecanismos de competitividad entre las oficinas gubernamentales, que aclaman la ganancia, el lucro y el individualismo egoísta, que ninguna relación tienen con el espíritu solidario de lo público. La Nueva Gerencia Pública es hija de la segunda generación neoliberal, cuya cuna son los procesos comerciales y los mercados financieros.

Del mismo modo como la empresa lucrativa atiende preferentemente al mercado para ser lucrativa, la administración pública solo será eficiente proveyendo bienes y servicios cuando sea rentable. Es decir: para ser rentable debe orientarse al cliente; para orientarse al cliente debe evadirse de su nicho burocrático y situarse en el mercado. Debe, en suma, adoptar la Nueva Gerencia Pública como su mentor y así incorporarse a los progresos de la economía neoclásica globalizada”. (Guerrero, 2009)

Salud, pensiones y otros “derechos” subordinados a las pugnas del capital

En la época actual, la globalización capitalista vive el camino abierto por aquellas reformas neoliberales de los años setenta y ochenta. El achicamiento del Estado a través de menos ingresos, más *exprivatización* y *endoprivatización*⁴, abrió el camino a la expropiación de los trabajadores por vías antes nunca pensadas: convertir sus necesidades elementales en fuente de ganancias del capital, en específico del capital financiero.

4 La endoprivatización es la privatización como lógica incorporada en el funcionamiento interno de la administración pública, que ahora debe competir interiormente por presupuesto y por “clientes” se complementa con la exprivatización que es entregar a agentes empresariales privados la gestión de necesidades sociales.

Carlos Pérez Soto (2016) identifica la hegemonía que sobre los ciudadanos del mundo ha alcanzado el capital financiero internacional, asociado al propietario privado del capital. De acuerdo con este autor:

“Están ahí los administradores del capital, las burocracias nacionales, los Estados y las burocracias privadas administradoras de capital. Las AFP, por ejemplo, que son administradores de capital y hacen posible la viabilidad del capital financiero. El capital financiero no sería viable sin la cooptación inmediata de los funcionarios del Estado que permiten que haya administradores de capital”. (Pérez Soto, 2016)

De acuerdo con Iriart (2008), el neoliberalismo está ligado al poder del capital financiero, incluyendo su dominación creciente en el campo de la salud y en las pensiones. Según la autora:

“(…) cantidades crecientes de capital financiero requirieron de nuevos países y sectores dentro de los países donde reproducirse. Esto demandó cambios a nivel político, a través de un proceso de desregulación - privatización - re-regulación, así como de profundos cambios ideológicos. A nivel ideológico, el neoliberalismo se instala como pensamiento único y en salud implica la transformación del sentido común para que la salud deje de ser un derecho que el Estado debe garantizar y se transforme en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. La lógica privada permea todos los espacios y el sector público “debe” adoptarla para operar eficientemente. A nivel político la desregulación permite al capital financiero internacional operar en el sector salud de los países, antes prohibido total o parcialmente”. (Iriart, 2008)

Costas Lapavitsas (2011) resalta cómo la expropiación financiera⁵ tiene relación con lo señalado por Iriart: al creciente protagonismo de la acumulación desligada de compromisos con la clase trabajadora y con creciente peso del capital

5 Otros autores como Euclides Mance explican esto relacionando el concepto de expropiación, que se da en la fase del crédito, mientras en el trabajo productivo se produce la explotación y en la esfera del intercambio sucede la expropiación (Mance, 2019).

financiero. Sucede la conversión de lo que antes eran derechos fundamentales -sujetos a pujas del sector trabajador y a acuerdos obreros-Estado-patronos capitalistas- en fuentes de apropiación, acumulación y reproducción de las finanzas. Esto se relaciona estrechamente con el hecho de que los fondos de pensiones y la salud se hayan puesto en manos de los intermediarios financieros mediante bancos y entidades aseguradoras, o la clase trabajadora deba “invertir” para provisionarse de bienes fundamentales:

“Extraer ganancia financiera directamente de ingresos personales constituye expropiación financiera. En combinación con la banca de inversión, ha catalizado la gigantesca crisis actual. En un sentido más amplio, la financiarización ha sostenido la emergencia de nuevas capas de rentistas, definidos primariamente a través de su relación con el sistema financiero más que por la propiedad de capital prestable.

(...) La financiarización, finalmente, ha permitido que la ética, la moralidad y la mentalidad financieras penetren tanto la vida social como la individual. El concepto de “riesgo” – con frecuencia nada más que una formalización banal de las prácticas del financista – se ha vuelto prominente en el discurso público. Oleadas de codicia han arreciado a partir de la transformación de viviendas y pensiones en “inversiones”, arrastrando a los individuos al interior de burbujas financieras.

(...) En el capitalismo financiarizado las condiciones ordinarias de existencia de la clase trabajadora han caído progresivamente dentro del ámbito del sistema financiero. La dependencia individual del dinero como medio de pago (no solo como medio de intercambio) se ha vuelto más fuerte, a la vez que la previsión social ha retrocedido en áreas como vivienda, pensiones, consumo o educación. El acceso al dinero cada vez determina más la habilidad para conseguir productos básicos, afectando también su racionamiento. De este modo, el aspecto usurero de las instituciones financieras avanzadas ha sido nuevamente fortalecido, excepto por los beneficios financieros que ahora no son generados solo por

intereses, sino también por honorarios cobrados por servicios”. (Lapavitsas, 2011)

Derecho a la salud y las pensiones en las políticas neoliberales

Salud

Laurell enmarca las reformas en salud de la región en dos grandes corrientes: 1) introducir competencia y mercantilización en el sector, bajo la influencia de la economía neoclásica y el enfoque neoliberal, y 2) la vigencia de un sistema unificado y público de salud (SUS), sosteniendo la idea de que en un Estado social y democrático los servicios básicos como la salud deben ser públicos y estar garantizados como derechos, en tanto “acceso igual, oportuno y gratuito a los servicios requeridos a toda la población ante la misma necesidad”. (Laurell, 2012)

El primer tipo de reforma tiene unas formas de implementación. A decir de Laurell,

“[...] opta por el aseguramiento con múltiples administradores de fondos/compradores de servicios y proveedores de los servicios y la canalización de cuantiosos subsidios fiscales para sostenerlo. Este modelo se conoce bajo distintos nombres, por ejemplo, Competencia administrada o Pluralismo estructurado. La mayoría de los adherentes a esta corriente enfatizan casi exclusivamente en el aseguramiento universal en salud, o sea en una de las formas de financiamiento. Los ejemplos latinoamericanos más destacados son las reformas de Chile, Colombia y México y el internacional los EUA”. [*Estados Unidos de América*] (Laurell, 2012)

Por su parte, la segunda corriente aboga por una salud desmercantilizada, asumiendo al Estado como aparato al servicio de una sociedad democrática, que redistribuye y garantiza condiciones de vida dignas en forma de servicios y bienes.

De acuerdo con Laurell, son ejemplos de este enfoque Cuba, Brasil, las reformas en Venezuela, Bolivia y Ecuador⁶, a los que se podrían agregar, entre otros, el caso inglés, el español y países nórdicos (Laurell, 2012).

Los procesos de reformas neoliberales en América Latina se dieron, en una primera instancia, en el contexto del Consenso de Washington, con los procesos de endoprivatización-expropiación y el desmantelamiento de los dispositivos del Estado social, convirtiendo a los ciudadanos en clientes (Guerrero, 2009).

Tanto lo público como socialmente instituido fue reducido a lo estatal-burocrático; y esto, a su vez, reducido a la interpretación de lo ineficiente, excedentario, limitándolo a un rol subsidiario, que entrega los recursos sociales a una actividad dada, gestionando y corrigiendo solo “fallas de mercado” y “brechas”. La sostenibilidad de las inversiones sería la garantía de solución a la crisis de los servicios y bienes básicos.

Es importante agregar que la mercantilización de servicios como la salud no implica simplemente la “reducción del Estado”, sino también el papel residual y subsidiario del mismo, el cual no administra ni gestiona, pero es el aparato político-jurídico que garantiza las reglas del juego y el flujo de financiamiento, que hace de estos servicios una fuente de lucro funcional, dejando a los individuos el gerenciamiento del riesgo y a la esfera pública el cuidado de aquellos a los que sus ingresos no les alcanzan, no obstante «como veremos más adelante» esta termina siendo también una vía de privatización y expoliación empresarial del erario como de los ingresos de los ciudadanos.

6 La autora se refiere a reformas constitucionales y las políticas puestas en marcha antes de los cambios de gobierno ocurridos en Bolivia en 2019 y en Ecuador en 2017.

La idea que se entroniza en la gestión de la salud es la “restricción financiera”, viendo el asunto como un derecho legalmente establecido, pero de acceso y aprovisionamiento individual. Es decir, la salud se resuelve como otro bien de consumo, en la relación proveedor-cliente, por fuera de los compromisos de corresponsabilidad y de redistribución de la riqueza, y por tanto fuera de la noción de derechos sociales.

Bajo esa premisa, la primera ola de reformas impulsó su mercantilización y ubicar el Estado en la atención focalizada de “los más pobres”. Aquí el documento clave fue el “Informe del Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud” del Banco Mundial. Posteriormente el mismo Banco Mundial y otras entidades promotoras de estas políticas, hasta llegar a la OMS, impulsaron la “cobertura universal en salud” entendida como la carnetización masiva con seguros, como propuesta ante las brechas que no permiten a todos superar la mentada “barrera financiera”.

En cuanto a sus características esenciales, el hoy en boga aseguramiento universal tiene como característica que, utilizando el término “universal”, propone a una población un seguro para cubrir un paquete determinado de servicios, que siempre está fundado en el principio de “sostenibilidad financiera”, como queda patente en la Ley No.87-01. El núcleo del sistema por tanto no está en la integralidad o no de la cobertura, sino en cuánta población y qué paquetes son sostenibles financieramente, apuntando a un mayor número de afiliados como medida de universalidad.

De acuerdo a Laurell, la nueva versión del seguro universal busca superar dos problemas fundamentales que la reforma impulsada por el Banco Mundial en 1994 presentaba: crear una demanda, integrando a las capas pobres de la población a la capacidad de consumo de salud, y ampliar y expandir el mercado de la salud como industria lucrativa. Por esto la supesta “universalidad” requiere de fuerte inyección de fondos

fiscales en forma de subsidio a la demanda (en lugar de la oferta de servicios) e incremento de la competencia, mientras el Estado cumple un rol “regulador” de la competencia, como de rectoría (Laurell, 2010).

En línea con Guerrero (2009) y la estigmatización de lo público como fracaso, la llamada crisis de los sistemas públicos ha sido el sustrato real e ideológico de las reformas para instalar la mercantilización y el sistema de aseguramiento. Según Laurell, “se argumenta que sus innegables problemas son inherentes a las instituciones públicas; suposición que difícilmente resiste una comparación crítica entre las públicas y las privadas” (Laurell, 2012).

Cabe resaltar que el aseguramiento no es, por todo lo anteriormente expuesto, una determinada metodología de incorporación y gestión financiera del acceso a los servicios, sino que es la manifestación y concreción material de una lógica de relación de los individuos y la sociedad con bienes y servicios que pasan de ser derechos a bienes de consumo, y que rompen con la perspectiva de la salud y la protección social construida a lo largo de sesenta años, poniéndolos en función de la agenda del capital financiero en lugar de la moderación de la relación capital-trabajo y el ordenamiento de los Estados sociales de derecho.

Características generales del modelo de aseguramiento

Sistemas segmentados y/o fragmentados. La seguridad social tiende a ser el segmento público más sólido, pero con una cobertura poblacional y médica variable dependiendo de las características del pacto corporativo en cada país.

El Ministerio de Salud es generalmente débil y debería de atender a la población sin seguro social, pero en algunos casos solo es responsable de las acciones de salud pública. Es de subrayar que los ministerios suelen tener poca capacidad

regulatoria sobre el sistema en su conjunto a pesar de que son la autoridad sanitaria legal.

Subsistemas públicos con recursos físicos y humanos insuficientes con una desigual distribución territorial y social de los servicios y el personal. Las condiciones de desfinanciamiento y falta de recursos físicos y humanos frecuentemente han llevado al extravío del propósito institucional de mejorar las condiciones de salud de la población y una tendencia al predominio de los intereses particulares, legítimos o ilegítimos, sobre el interés general. Se dan además a menudo distintas formas de corrupción.

Fuente: Elaboración propia en base a Laurell (2012)

Según explica Laurell, los resultados de este tipo de “revoluciones” han sido negativos, pues

“[...] la cobertura no es universal y tampoco el acceso oportuno a los servicios requeridos. Sigue habiendo inequidad en el acceso según sus características y el paquete de servicios amparados. Continúan las barreras económicas, territoriales y burocráticas. Hay un incremento en los presupuestos de salud, pero una parte importante se ha canalizado al sector privado o ha sido dilapidado en los altos costos de transacción”. (Laurell, 2012)

Además, según esta autora, existe una marcada presencia del copago o cuotas a cargo de las personas, y una restricción de derechos que distan mucho entre su formulación nominal y los “paquetes” o “planes” que finalmente operacionalizan los accesos:

“[...] en los sistemas mixtos de seguros contributivos y con subsidios fiscales generalmente existen copagos, coseguros y cuotas moduladoras que incrementan de hecho el gasto de bolsillo, aunque se argumenta que los seguros protegen contra el gasto catastrófico de salud. También se evade indicar cuál es la cobertura de servicios de los distintos seguros a pesar de señalar que debe estar garantizada la sostenibilidad financiera para acto seguido recomendar el establecimiento

de paquetes de servicios que distan de ser los servicios requeridos. Esto implica a su vez otro gasto de bolsillo para cubrir la atención de las intervenciones no amparadas por el seguro”. (Laurell, 2012)

Pensiones y sistemas previsionales.

Según la CEPAL, las reformas a los sistemas de pensiones pueden distinguirse en dos tipos: 1) Reformas estructurales y 2) Reformas paramétricas, que se caracterizan de la siguiente manera:

Reforma estructural:

“[...] son aquellas que conducen a la creación de un nuevo sistema de pensiones y quizás una de las más profundas e importantes políticas sociales implementadas en América Latina en los últimos 36 años, tanto por la población beneficiaria involucrada como por sus efectos sociales, fiscales e institucionales en permanente debate” (CEPAL, 2018).

Reforma paramétrica:

“[...] es aquella que promueve cambios en los parámetros del sistema de pensiones y, por tanto, no cambia la estructura del modelo existente. Las modificaciones más recurrentes son: i) el aumento de la tasa de cotización, ii) el aumento de la edad de retiro (por sexo), que incrementa el conjunto de activos contribuyentes y disminuye el flujo de nuevos pensionados, iii) la variación de las condiciones de acceso a los beneficios, por ejemplo el aumento o la disminución de los años mínimos de cotizaciones requeridos para acceder a un beneficio, y iv) la disminución de los beneficios mediante la reducción de las tasas de reemplazo o la modificación de las bases imponibles establecidas para el cálculo de las pensiones, por ejemplo, aumentando la cantidad de años necesaria para la estimación de beneficios” (CEPAL, 2018).

Las reformas estructurales a los sistemas de pensiones y varias reformas paramétricas que se han dado a partir de la apli-

cada en Chile, en 1981, han tenido como escenario las transformaciones neoliberales y una auténtica avanzada contra los sistemas de pensiones, que también se aplicaron, como ya vimos, en el terreno de la salud.

Para hacer viables las reformas estructurales, se aprovecharon escenarios de crisis fiscal y/o económica, se instrumentalizaron necesidades de los Estados mediante los préstamos o las calificaciones de organismos internacionales, y además se creó un ambiente catastrofista con una propaganda abundante sobre el pronóstico demográfico apocalíptico, que señalaba al supuesto envejecimiento acelerado y general de la población como causante de que los sistemas previsionales tradicionales se volvieran financieramente insostenibles, además de ineficientes y opacos (Kremerman, 2014; Kremerman et al, 2016).

En base a esa propaganda, se hizo posible que la ciudadanía llegara a percibir que “es imprescindible contar con un sistema privado para complementar el monto de las pensiones”, en tanto “la discusión se concentra en los gastos del sistema de reparto, pero no en sus ingresos (cotizaciones, aumento de impuestos y aportes del Estado). No obstante, los promotores de la privatización hacen creer a la ciudadanía de que esto se trata de una discusión técnica/científica, cuando más bien corresponde a una elección política y ética” (Kremerman, 2014).

En esa dirección, se creó «un falso consenso en la comunidad científica, del cual forman parte los organismos multilaterales y “expertos” contratados por las agencias privadas de pensiones y/o sus gremios, quienes colonizan los medios de comunicación promocionando las bondades de los sistemas privados y las deficiencias de los sistemas públicos de reparto», a la vez que se restringieron los procesos a organismos cerrados y alejados de la gente mediante metodologías antidemocráticas, estructurando un “sistema de puerta giratoria entre funcionarios del sector público y el mundo privado”,

que permite el lobby sistemático a favor de la industria privada de las pensiones y seguros (Kremerman, 2014).

Una vez la avanzada contra los sistemas de pensiones pudo crear el terreno propicio, vino el proceso de reformas inspirado en el informe “Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento”⁷, de 1994 del Banco Mundial, solicitado por su economista jefe durante ese período, Lawrence Henry Summers (Kremerman et al, 2016).

El papel jugado por Banco Mundial⁸ fue decisivo en dicho proceso. La primera oleada de reformas estructurales fue posible en el marco de la liberalización económica ortodoxa y con un rol activo del Estado como garante, protector y promotor de los “arreglos” institucionales de mercado impulsados en ese entonces:

“Se califica el nuevo sistema de “privado” pero aún en el prototipo y más “puro” sistema, el chileno, el Estado juega un papel importante: obliga a la afiliación (no es voluntaria), regula con enorme detalle todo el sistema, crea y financia una Superintendencia que supervisa y establece normas para el sistema, crea y financia una Clasificadora de Riesgos que ordena los instrumentos de inversión de acuerdo con su grado de riesgo, se hace cargo del triple costo de la transición (el déficit del sistema antiguo, el bono de reconocimiento y la pensión mínima en el nuevo sistema) y concede otras garantías como el rendimiento mínimo de la inversión del fondo, y las pensiones en caso de quiebra de una administradora “.(Mesa Lago, 2004, citado en Kremerman et al, 2016).

Es decir, lejos de ser un ente ausente, el Estado fue garante y promotor de la liberalización y financierización de las pensiones (léase seguridad social), y para la doctrina del Banco

7 “Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Informe de Banco Mundial sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo”, Banco Mundial, 1994.

8 Indermit Singh Gill, Truman Packard y Juan Yermo, “*Keeping the promise of social security in Latin America*”, Stanford University Press, 2005.

Mundial el modelo de Chile era la panacea por promover (Kremerman et al, 2016).

Evidentemente, esto corresponde al rol subsidiario instaurado en buena parte de nuestros países. En el modelo sustitutivo, que reemplazó el esquema público de reparto por un sistema de capitalización individual de administración privada, se inscribieron Chile (1981), Bolivia (1997), México (1997), El Salvador (1998) y República Dominicana (2003).

De acuerdo con Uthoff (2016), las características centrales de la reforma estructural chilena fueron:

- Se modificó desde múltiples cajas que operaban bajo regímenes de reparto a un sistema único de cuentas de ahorro individuales obligatorias.
- Se mantuvo el régimen contributivo.
- Se sustituyó el esquema de reparto por la capitalización en cuentas individuales.
- Se sustituyó el régimen de beneficios definidos por otro de contribuciones definidas.
- La administración de los fondos pasó de cajas paraestatales a empresas privadas.
- Se fortaleció la regulación y supervisión del Estado sin un componente explícito de alivio de la pobreza.

De un tiempo a esta parte, a escala global, nuevas tesis sobre pensiones basadas en el gerenciamiento del riesgo social enfatizan y radicalizan su concepción asumiendo que todos los males siguen proviniendo de la injerencia del Estado (a lo sumo un mal necesario, sin esclarecer para quién), y repiten muchas veces en sus enunciados que la preocupación actual debe ser evitar que la “extensión de la pobreza” en las

personas laboralmente pasivas “deslegitime” el pilar de capitalización individual privada del sistema de pensiones. Se concentran en la “uberización” del trabajo y la informalidad del mercado laboral, el aumento de la esperanza de vida y, por supuesto, los riesgos de colapso fiscal y la corrupción administrativa, empleando el discurso demagógico de que los sistemas distintos a la capitalización individual exigen “más impuestos de la gente”.

Así, el Banco Mundial y otros organismos del centro capitalista plantean “reformas de las reformas”, proponiendo tres tipos de diseño posibles para atacar el pilar de prevención de la pobreza: 1) Un mínimo garantizado para quienes han contribuido una cantidad de años; 2) un beneficio focalizado para los más pobres que no cumplen con los requisitos de acceso al sistema contributivo; 3) un beneficio universal uniforme a todos los mayores a partir de cierta edad⁹ (Kremerman et al, 2016).

En el fondo, la “individualización” de la cobertura del riesgo implícita en las reglas sigue intacta y vigente como herramienta más positiva para estimular la incorporación de trabajadores contratados en un mercado laboral que cada vez es más inseguro socialmente. La joya de la corona que las AFP nunca van a ceder es la capitalización individual, que permite convertir la contribución a la pensión en ahorro financiero para uso de la industria de las finanzas, y por eso insistirán en desplazar el debate a otras cuestiones: el mercado laboral, la informalidad, los bajos aportes, la edad de retiro, la falta de cotizantes, e incluso están dispuestas a reglas que disminuyan las comisiones y a “aumentar la competencia” con aparatos como una AFP pública.

9 Esta es básicamente la esencia de la reforma aplicada en Chile en 2008.

La intimidad de la reforma dominicana en 2001¹⁰

Fue el ex vicepresidente dominicano, Rafael Alburquerque, quien acuñó la frase que en República Dominicana se estaba gestando un “negocio seguro” en lugar de seguridad social, cuestión que ha hecho pública en varias intervenciones sobre el tema.

En perspectiva histórica, en República Dominicana, en el primer gobierno de Leonel Fernández (1996-2000), existió una iniciativa que nacía del gobierno y, en términos más específicos, del Instituto Dominicano del Seguro Social, para reformar de manera general el Seguro Social.

El presidente Leonel Fernández dispuso, como una de sus primeras medidas de gobierno, el 29 de agosto de 1996, catorce días después de su toma de posesión, la constitución de una comisión tripartita con el encargo de redactar un anteproyecto de ley sobre reforma a la seguridad social (Alburquerque, 1998). A partir de ese momento, se elaboró un proyecto de ley que contó con auspicios de la OIT y se sometió al Congreso Nacional para reformar todo lo que era el Seguro Social.

El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) dispusieron de 120 millones de dólares a manera de préstamo para la instauración de un nuevo modelo de seguridad social en República Dominicana, por lo cual nació oficialmente la Comisión Tripartita para la Reforma del Seguro Social (COTRESS), que fue el organismo que impulsó en el país la reforma del sector salud a base de préstamos. El gobierno de Leonel Fernández utilizó los mencionados 120 millones de dólares, que fueron “invertidos” en pagos a consultores, expertos y asesores «casi siempre gente allegada al BID y al Banco Mundial», quienes vinieron a impulsar esa reforma a

10 Este acápite se nutre fundamentalmente de los hallazgos que se presentan en el libro de Matías Bosch, Airon Fernández y Edgar García (Alessio Adanti, coordinador) titulado “*Sistema de pensiones: de la estafa del siglo a un modelo justo e incluyente*” publicado por ISCOS y Fundación Juan Bosch, Santo Domingo, 2019.

la seguridad social que se venía haciendo en América Latina, fundamentalmente después del primer ensayo en Chile.

Los trabajadores, representados por el sector sindical, junto con el empresarial y el gubernamental, cuando el Dr. Rafael Albuquerque era ministro de Trabajo, se dedicaron a elaborar un proyecto de ley al que denominaron “tripartito”. Se trataba, pues, de un proyecto elaborado con una visión desde la OIT: humana, no comercial, apegada a los parámetros de un verdadero sistema de seguridad social.

Como ya explicamos, esta reforma abarcó tanto a la salud como a las pensiones. En aquella ocasión se tuvo una gran oportunidad, a través de la permanencia en las discusiones nacionales sobre este tema por parte de la Asociación Médica Dominicana, de impulsar una reforma a la seguridad social distinta a la planteada por el gran sector financiero, ya que existió una actitud de lucha y combate protagonizada por este gremio, lo que ameritó grandes movilizaciones en el país, llegando a límites de que muchos médicos fueron atropellados y amenazados por sus posiciones.

Senén Caba relata los antecedentes históricos del modelo escogido para instaurarse en República Dominicana:

Cuando en 1991 la doctora Altagracia Guzmán [*en ese momento presidenta de la Asociación Médica Dominicana, gremio del sector*] y las personas comisionadas por el Dr. Balaguer [presidente de la República] arribaron a una serie de acuerdos, dentro de los que se encontraba la conformación de una Comisión Nacional de Salud para deponer la dilatada huelga que esta había iniciado cuatro meses atrás, probablemente no imaginaban que a partir de ese entonces se rubricaba el acta de defunción de un sistema de salud que desde la llamada Década Perdida (años 80) venía evidenciando su agotamiento: nos referimos al Código Trujillo de Salud.

Ciertamente, esta comisión produjo una serie de avances en el conocimiento de la situación sanitaria; de hecho, se logró publicar el libro *Salud, una visión de futuro* (1995), que plas-

mó en sus páginas una verdadera radiografía del quehacer en esta área con propuestas para superarlas (Caba, 2008).

También hubo dos impulsos importantes: la publicación de la tesis “Reforma del Sector Salud en República Dominicana”, y la creación, en 1997, de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud.

Con la Ley General de Salud y la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social, se transformaron la concepción y distribución de las funciones de rectoría, organización, administración y prestación de servicios de salud. En el campo del financiamiento, se incorporó el aseguramiento “en función a la modalidad de inserción en el proceso productivo; es decir, el trabajador asalariado se encuentra en el Régimen Contributivo, el trabajador informal se afilia en el Régimen Contributivo-Subsidiado y aquel grupo de población que no tiene capacidad de contribuir por no tener ingresos o por ser estos inferiores al salario mínimo se inserta a través del Régimen Subsidiado a cargo del Estado [...]”, (Suárez, 2009), o sea, una universalización ad-hoc, fragmentada en lógicas de financiamiento.

El proceso no fue pleno de aquiescencia ni no conflictivo, pero a pesar de luchas y disputas hasta inicios del año 2000, durante el mandato de Hipólito Mejía (2000-2004) el gobierno mostró que no estaba en la menor disposición de negociar con el gremio de la salud, aun cuando este dejaba entrever su intención de evitar que el proyecto respaldado por los grandes capitales se aprobara.

Tras recorrer este camino de discusiones y propuestas, en el año 2001, frente al proyecto de ley que el anterior gobierno había sometido a las cámaras legislativas, el Senado de la República recibe un proyecto normativo diferente introducido por Iván Rondón Sánchez, en ese entonces senador de la provincia de Hato Mayor. Ambos proyectos eran totalmente antagónicos: el primero sustentado en el reparto y el propuesto por el senador en la capitalización individual.

Debe saberse que este último proyecto legislativo presentado por el senador Rondón Sánchez respondía a evidentes imposiciones del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en la década de los 90, cuando la globalización neoliberal estaba en su mayor etapa de despliegue, pues ya se habían impuesto en el país una serie de préstamos para la reforma del Estado dominicano en diversas áreas: educación, justicia y, por supuesto, del sector salud y la seguridad social.

No solo los embistes foráneos del neoliberalismo respondían a la agenda anteriormente planteada, puesto que el sector bancario nacional también mostraba interés para que se aprobara el sistema de pensiones de capitalización individual, bajo el alegato de que “era cuesta arriba vender reforma al seguro social cuando este ha colapsado, necesitamos un sistema nuevo”. A juicio del poder bancario, “el sistema de reparto ya había fracasado, el seguro social estaba totalmente descreditado y lo que tenía que hacerse era desaparecerlo y crear un sistema de capitalización individual”. Se trataba de una lógica previsible de preservación de garantías para el capital financiero, y la supuesta debacle de un sistema de pensiones “de reparto” prácticamente inexistente, sin transparencia y frustrante para muchos dominicanos, creaba las condiciones emocionales y subjetivas para legitimar el nuevo modelo.

Los trabajadores apoyaron el proyecto original, pero la presión fue de tal naturaleza que las centrales sindicales comenzaron a inclinarse por capitalización individual. En el avance de la mencionada discusión participaron, intensamente, el sector médico, gremial, todas las oficinas bancarias de nuestro país, el Estado dominicano, instituciones y asesores internacionales, y entidades prestatarias. En el plano internacional, en el proyecto de reforma a la seguridad social, fueron tres entidades las que participaron de manera decisiva: el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Fondo Nórdico.

El sector financiero de República Dominicana invitó al país a José Piñera (padre de la capitalización individual) como conocedor de la materia; a quien le siguieron numerosos “expertos internacionales en protección social”, cuyos paradigmas de inspiración para la instalación de un “nuevo” sistema de seguridad social en República Dominicana provenían de los modelos legislativos e institucionales de Colombia y Chile, respaldando en todo momento las “bondades” del sistema de capitalización individual.

Piñera planteaba en el país la promoción de lo que se denominaba en ese momento “la libretita”, arguyendo que cada trabajador sabía lo que tenía en el sistema de capitalización individual gracias a la misma, mientras que en el sistema de reparto nadie sabe lo que tiene. Así se fue instalando de a poco en el imaginario dominicano, desde la visión internacional, una supuesta necesidad de respaldar el sistema que procuró el capital financiero dominicano, y que hacía sentido con la frustración y decepción del antiguo sistema de pensiones.

De igual manera, estos ejemplos normativos fueron trasladándose poco a poco en las diferentes discusiones respecto al tema, incluyendo a lo interno de la Comisión creada en el Senado de la República para el debate en torno a la reforma al Seguro Social, donde expresó sus consideraciones al respecto Carmelo Mesa-Lago, quien defendió el sistema de doble pilar uruguayo: un pilar solidario y luego un pilar de capitalización individual.

A pesar de que solo algunas centrales sindicales, un sector de la Asociación Médica Dominicana (hoy CMD), expertos y académicos se intentaban resistir a la imposición de un modelo de capitalización individual, triunfó en República Dominicana este modelo y —sumado a su fundamentación en los instrumentos legislativos internacionales previamente mencionados— nació la Ley 87-01, que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

La lógica del Pluralismo Estructurado marca cómo se distribuyen la gestión, prestación y financiación de la salud y la

protección social en República Dominicana, con la Ley No. 42-01 (Ley General de Salud) y la No. Ley 87-01 (Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social).

A decir de Suárez, esta fue una auténtica revolución legislativa que significó transformaciones en la concepción y distribuciones de las funciones de rectoría, organización, administración y prestación de servicios de salud, así como en el campo del financiamiento, creando diferentes regímenes y tipos de inserción según el estatus laboral. De acuerdo con esta autora, con las nuevas normas, se reorganizó el sistema de salud pública, se establecieron diferentes regímenes y prestaciones, se modificaron roles y se crearon un conjunto de instituciones e instancias para la operatividad el sistema. Se introdujo la especialización institucional y la separación de las funciones de provisión, financiamiento y rectoría (Suárez, 2009).

El espíritu de la reforma dominicana está fielmente estampado también en las palabras de Luis Morales (2009), cuando al analizar el proceso vivido desde su implantación, sugiere que los hospitales públicos deben ser para “los más pobres”, mientras que los sectores de altos ingresos se vayan a concentrar sus aportes para sí en la esfera privada, como si la lógica de solidaridad y la redistribución sencillamente fuese un fósil ideológico, e incluso un daño al funcionamiento ideal de los sistemas de salud:

“[...] la ineficiencia en la redistribución de los subsidios que el Estado destina a los más pobres es también un problema. La desviación de recursos públicos para financiar a los estratos más pudientes de la población, en detrimento de los servicios a los más pobres, es evidente. Como puede verse, cerca del 30% de las hospitalizaciones que se realizan en los hospitales de la SESPAS y el IDSS, están dirigidas a personas de los estratos más pudientes de la población”. (Morales, 2009)

Morales enuncia también cómo debe instalarse la lógica vendedor-comprador en el nuevo “mercado” de la seguridad social, entendiéndola natural y consustancial al sistema de financiamiento de la salud, basándose en las premisas ideo-

lógicas del neoliberalismo, por ejemplo, la llamada soberanía del consumidor y la libre elección:

“La forma como la República Dominicana hace operativo el concepto comprador-proveedor de servicios de salud tiene lugar de manera diferente en cada uno de los tres regímenes de afiliación al sistema. Básicamente, el modelo de reforma propuesto busca controlar los efectos adversos o indeseables que genera un mercado imperfecto de carácter monopólico, mediante la utilización de varios tipos de herramientas diferentes [...]”. (Morales, 2009)

Entre las diferentes herramientas este autor cita: 1) la relativa libre elección que puede ejercer el usuario/paciente, tanto de la aseguradora como del prestador de servicios de su preferencia; 2) la libre competencia en el aseguramiento y en la provisión de servicios; 3) la obligatoriedad de todos los ciudadanos de afiliarse al sistema, así como de pagar un impuesto con el que se financia; 4) la estandarización y regulación del producto o paquete de beneficios que se ofrece, así como también de su precio promedio o pago per cápita promedio; 5) la prohibición para que aseguradores y proveedores de servicios discriminen durante la afiliación o atención a los pacientes basados en cualquier motivo; 6) en el régimen subsidiado el esquema de un solo comprador y de hecho un solo vendedor, conformarían un pseudomercado de competencia interna.

Como se puede observar en estas referencias, ha existido a lo largo de la implementación de la reforma un “optimismo de época”, y hasta una euforia por la incorporación del país al dogma neoliberal en materia de salud y seguridad social, con la característica confusión entre ambas que cumple un rol propagandístico muy importante, pues legitima la idea de la salud como mercado y la seguridad social como caja de fondos para el mismo. El discurso se encargó de vislumbrar un futuro promisorio donde cada quien compre y consuma la salud que le corresponda, segmentando la población y segregándola, por supuesto, sin dejar de mencionar las palabras “ciudadanos”, “derechos” y “universalidad”, dejándole el trabajo sucio a un Estado menguado, sin capacidad de recaudar los recursos que ahora irán al “mercado”.

El rol residual (aun sin decirlo) del sector público como “rector” y encargado de la “salud colectiva”, mientras el financiamiento se vuelca a la relación asegurador-prestador-cliente, dejando en claro que el aseguramiento público debe insistir en los “cápita” y para la población “sin capacidad contributiva” (Lizardo, 2009), son ideas que han marcado toda una época.

Visto este esbozo histórico de los procesos de reforma en República Dominicana, se podría hacer acopio de las palabras pronunciadas por el experto Alburquerque en el marco de los conversatorios de la reforma a la seguridad social a través del CONARE (Consejo Nacional para la Reforma del Estado), las cuales señalaron el carácter del proceso en marcha y la instalación de la capitalización individual en nuestro sistema de pensiones, tres años antes de promulgarse la ley. Este expresó textualmente lo siguiente:

“Todas estas explicaciones y consideraciones nos demuestran claramente que es totalmente falaz centrar el debate entre estatización y privatización del sistema, pues como se ha visto, la conducta incorrecta del Estado es tan perniciosa en un sistema público como en un sistema privado. De igual modo, es engañoso reducir la confrontación a la dicotomía “reparto” versus “capitalización individual”, pues como se ha explicado también existen otros modelos, como el de capitalización individual colectiva con primas escalonadas, que es establecido en el anteproyecto de una ley que se examina. Asimismo, se incurre en una falacia cuando se oponen las bondades de la capitalización individual a los efectos perversos del sistema tradicional de reparto, pues si este último tiene sus problemas no es menos cierto, como se ha mostrado, que el primero puede ser muy perjudicial para los trabajadores de bajos ingresos y para las mujeres que participan del mercado de trabajo”. (CONARE, Alburquerque, 1998)

Y concluía Alburquerque:

“Tampoco es aceptable considerar que con el modelo de capitalización individual se incentiva el ahorro nacional y se promueve el desarrollo económico, pues esta premisa no es tan cierta en países con un mercado reducido de asegu-

dos, como es el nuestro, amén de que los indicados efectos también pueden obtenerse con un modelo de capitalización colectiva en manos del Estado, con la ventaja de que no se pone en manos de un determinado y reducido sector económico el manejo de cuantiosos recursos y, por tanto, el poder de decidir en función de sus intereses particulares, el futuro de millones de personas. De igual manera, es un simple cuento de hadas divulgar la idea de que esta es una lucha entre la libre competencia y el monopolio estatal, pues la experiencia demuestra que en el modelo de capitalización individual el mercado termina siendo controlado por un duopolio o un oligopolio. Sea dicha la verdad monda y lironda, franca, abierta, atrevida, *el debate al cual asistimos es el antagonismo entre los que creen y los que no creen en la seguridad social; entre los que intentan preservar la seguridad social y los que tratan de sepultarla; entre los que privilegian lo social y los que reducen el problema a lo puramente económico; entre los que entienden que la economía debe estar al servicio del hombre y los que piensan lo contrario; entre los que defienden la seguridad social real y verdades, y los que buscan un negocio asegurado*” [Cursivas nuestras]. (CONARE, Alburquerque, 1998).

Algunos resultados cuantitativos de las políticas neoliberales en salud y seguridad social en República Dominicana¹¹

1. El gasto total en salud en República Dominicana está en torno al 6% del PIB. Pero en línea con el modelo neoliberal impuesto, de financiamiento y subsidio focalizado a la demanda, fragmentación y mercantilización, la mayor parte de este dinero ha ido retrocediendo de

11 Este acápite recaba los hallazgos del libro de Matías Bosch y Airon Fernández *Del Negocio Seguro a la Seguridad Social. Análisis económico-político y fundamentos para el debate sobre un nuevo modelo de derechos a la salud y la protección social en República Dominicana*, 2da. Edición, Ediciones Fundación Juan Bosch, Santo Domingo, 2020.

ser inversión pública en la oferta de servicios (1.2% del PIB), y se aglutina de manera cada vez más marcada en el aseguramiento y en el gasto de bolsillo en forma de mercancía (2% y 2.6% del PIB, respectivamente), coherente con toda la evidencia internacional.

2. El monto dispersado per cápita en el régimen contributivo es más de tres veces mayor que el destinado al régimen subsidiado: RD\$1,038.40 vs. RD\$220.38, respectivamente, mientras que en este último ya hay más de 3.7 millones de personas afiliadas, lo que parece indicar que, de acuerdo con la evidencia internacional, se ha diseñado una salud y un seguro pobre para pobres. La oferta de política pública ahora es seguir la senda de la llamada “cobertura universal en salud” según la recomienda el Banco Mundial: la magnetización universal inyectando más dinero al aseguramiento segregado de la población (la parte mayoritaria en un país como República Dominicana) en lugar de financiar adecuadamente los servicios.
3. Los paquetes de cobertura en riesgos de salud son insuficientes y demuestran que lejos de financiar derechos y funcionar bajo la lógica solidaria de un sistema de seguridad social, atan los accesos a servicios en la fase curativa y restaurativa, según el nivel de ingresos de las personas, además de atender el riesgo individual y no los derechos colectivos, en discordancia con la Constitución dominicana (enfoque en el riesgo en lugar de la protección). Un número importante de personas adquiere paquetes complementarios para aumentar su cobertura, lo cual también le exige más egresos (en 2017 se gastaron RD\$17,322.9 millones en seguros voluntarios, equivalentes a 0.5% del PIB de ese año).
4. El gasto de bolsillo sigue ocupando la mayor proporción del financiamiento a la salud (45% del gasto co-

riente en salud), y la misma se ha mantenido prácticamente inalterable durante los últimos 10 años. La promesa de que el aseguramiento iría acompañado de una disminución del gasto del bolsillo es otra de las consignas desmentidas por los hechos, constatados incluso por expertos afines a este modelo.

5. En los últimos 13 años, los gastos operacionales (que no son de salud) y los beneficios netos de las ARS privadas ascendieron a más de 58,000 millones de pesos, y solo en el año 2019 gastaron y ganaron por estos conceptos la suma de RD\$6,149 millones de pesos. Por tanto, se está ante la presencia de empresas intermediaras que resultan verdaderamente costosísimas para el sistema de salud dominicano. Como ya habíamos señalado en 2017, con los recursos que estas empresas gastan en burocracia y que obtienen como ganancia parasitaria, se podrían haber financiado varios programas públicos de salud preventiva y curativa, en un país con enormes necesidades y tasas altísimas de mortalidad materno-infantil, entre otros indicadores básicos de salud en estado de catástrofe.
6. Las ARS privadas siempre se han asegurado de operar con altas y estables tasas de rentabilidad. En 2017, 2018 y 2019 estas empresas obtuvieron ganancias records por valor de RD\$1,853.5 millones, RD\$1,893 millones y RD\$1,237 millones, respectivamente; promediando en los últimos años una tasa de retorno sobre su patrimonio en torno al 30%, lo que significa ganancias parasitarias a costa de los impuestos que pagan trabajadores y empleadores, y en medio de un sistema público de salud con enormes carencias.
7. Asimismo, el alto gasto burocrático y las ganancias parasitarias antes señalados, se producen en un mercado altamente concentrado: en 2019 solo cuatro ARS controlaban el 86% del mercado, y una sola controlaba

el 41%. Esto corrobora como una falacia la promesa de que, con este modelo mercantil de aseguramiento en salud, se abriría en el camino a la “libre competencia”, lo cual también es absolutamente coherente con la evidencia internacional.

8. En 2019, los prestadores privados de salud recibieron el 93% y 48% de los pagos realizados por las ARS del régimen contributivo y subsidiado, respectivamente, en una clara tendencia que privilegia a los prestadores y ofertantes privados en detrimento de los públicos. Este es un esquema de financiamiento que, como se ha visto, incluso se da con recursos del Estado (como son los del SFS subsidiado) que termina en manos privadas, lo cual refuta las promesas de financiamiento de la salud pública y es la última parte de la correa de transmisión de riqueza social al lucro particular.
9. Con una Fuerza de Trabajo que ha alcanzado (octubre-diciembre 2019) los 5,008,937 dominicanos y dominicanas, se tiene que solo un 38.4% de la Fuerza de Trabajo (1,924,919) está cubierta con cotizaciones efectivas, porcentaje que es claramente muy bajo. Esto es así, porque el modelo de pensiones impuesto, donde los beneficios están fuertemente vinculados al tipo de empleo y al nivel de los salarios, no se ajusta a la realidad socio laboral dominicana y resulta fallido para la equidad social.
10. Más de la mitad de los cotizantes del sistema de pensiones (57%) no rebasa los 39 años, y el 76% de los cotizantes no supera un ingreso salarial equivalente a dos salarios mínimos cotizables de marzo de 2020 (RD\$13,482); es decir, RD\$26,964 como máximo. De hecho, el 42% de los cotizantes (826,517) apenas tiene un salario que se ubica entre 0 y el mínimo cotizable, y el 34% (665,169) percibe entre 1 y 2 salarios mínimos cotizables. Esto

significa que, de los pocos incorporados efectivamente al sistema, cuyos recursos son expoliados por las AFP, la mayoría es parte de la población trabajadora peor pagada y más sacrificada.

11. Menos de la mitad de los afiliados al régimen de las AFP (47%) cotiza, y solo el 23% tiene más de 100 cotizaciones. Por lo tanto, al 77% de los que tributan para una pensión bajo el esquema privado de capitalización individual, le faltarían 22 años o más para lograr las 360 cotizaciones mensuales requeridas para poder aspirar a una jubilación; por lo que es improbable que la gran mayoría pueda ser pensionada bajo el sistema prevaleciente.
12. Las utilidades de las AFP en 2019 fueron de 5,889,802,780 de pesos, y las acumuladas entre 2004 a 2019, ascendieron a 39,768,911,715 de pesos (775,906,852 de dólares). Asimismo, entre 2004 y 2019 la rentabilidad anual promedio sobre su patrimonio ha sido de un 34.6%, y puntualmente de 38.7% en 2019; una tasa de retorno alta para cualquier empresa capitalista, sea grande, mediana o pequeña. Con esos recursos se podrían pagar pensiones a miles de personas que nunca accederían a ese derecho, y se podrían financiar servicios públicos fundamentales y atenciones para la población más vulnerable.
13. El patrimonio de los fondos de pensiones, principalmente el correspondiente a la capitalización individual, aumenta su participación e influencia en la economía, configurando de este modo un poder estratégico para las empresas administradoras (AFP) y los grupos empresariales propietarios de las mismas. Mientras que en diciembre de 2007 el total de los fondos de pensiones en cuentas de capitalización individual representaban solo el 2.3% del PIB, ya en diciembre de 2019 equivalían al 12.2% del PIB. Esto, junto con ser acreedores de inmensa deuda pública, significa poder económico

y político, que amenaza las reglas democráticas de la sociedad.

14. La inversión de los fondos de pensiones por parte de las AFP se realiza bajo un esquema improductivo, especulativo y de saqueo de los recursos de todos, sobre la base de los impuestos y préstamos a los dominicanos con sus propios ahorros. El 77% está colocado en instituciones o entidades públicas, lo que permite al gobierno contar con mayor liquidez para hacer frente al gasto público y la capitalización del Banco Central, permitiendo a la vez ganancias parasitarias para unos pocos, con riesgo casi insignificante, a costa del erario y del esfuerzo colectivo.
15. Asimismo, un no despreciable 10.5% del dinero está colocado en la banca comercial, o sea, en inversiones financieras que inyectan liquidez a los bancos y se usan para crear más riqueza financiera a través de préstamos y créditos. Lo que significa que parte de los fondos administrados por las AFP, fruto del esfuerzo de empleados y empleadores, se convierte en inyección de recursos para la banca comercial, alimentando así el endeudamiento de trabajadores y empresarios sometidos a bajos ingresos y condiciones difíciles de mercado y producción, además de altos intereses.
16. A marzo de 2020 se ha denegado el 60% y el 24% de las solicitudes de pensiones por sobrevivencia y por discapacidad, respectivamente. Las pensiones por sobrevivencia que se han otorgado a la fecha promedian solo RD\$11,354 y las de discapacidad RD\$12,469, inferiores al costo de la canasta familiar del 20% más pobre (RD\$14,477). Por otro lado, al 94% de los que han solicitado su pensión por ingreso tardío se les ha devuelto el saldo en su cuenta de capitalización individual, el cual asciende en promedio a solo RD\$146,003, suficiente

para cubrir tan solo diez (10) meses de la canasta familiar más baja.

17. En América Latina y el Caribe solo existen cuatro países que poseen estructuras de contribución definida de tipo privada como pilar central para el financiamiento de pensiones, entre ellos se encuentran República Dominicana y Chile. Estas cuatro naciones se ubican dentro de los siete países que presentan menores tasas de reemplazo (real o proyectada) para sus pensionados, siendo la proyección de República Dominicana la más baja de todas, de apenas un 23%.
18. La reforma a la Ley No. 87-01 mediante la Ley No.13-20 vino a demostrar y consolidar lo que ya se ha vivido en casi 20 años en debates públicos y en el seno del Consejo Nacional de la Seguridad Social: que la democracia es una ficción en este sistema de seguridad social. Tras dos años de debates en el Congreso Nacional, la única propuesta proveniente de las centrales sindicales que podía ser de carácter transformador fue desechada y se asumió sin necesidad de convencer ni consensuar una reforma que modificó el esquema de comisiones de las AFP para garantizarles ingresos (y por tanto ganancias) mediante la administración pura y simple de los saldos, lo que ha liberado a las AFP de toda preocupación respecto a los movimientos del mercado, aún bajo su lógica parasitaria y especulativa. Es tanto así que las AFP en el primer semestre de 2020, en pleno estado de emergencia y crisis nacional por la pandemia, han obtenido mayores ganancias que en 2016, 2017 y 2018.

Conclusiones

Con sus particularidades, la reforma dominicana de 2001, otras leyes relacionadas con la salud y la seguridad social y la institucionalidad ad-hoc creada para la estabilidad del

sistema, ha reproducido las pautas de las reformas neoliberales impulsadas en América Latina y a escala mundial. De igual modo sucede con los resultados. Sus elementos claves y consecuencias están en el manual de reformas similares, no corresponden a “efectos indeseados”, el “azar”, “fallas de implementación” o “falta de regulación”. El recorrido que ha tenido el sistema desde su origen al presente en 2020 se puede mapear e implica la voluntad política y los intereses de todos los actores internos y externos que entraron en el proceso y han sido parte del mismo, donde los hechos son conocidos, visibles e identificables.

A casi 20 años de la reforma, el país enfrenta un drama similar al de Chile, México, Perú, Colombia, que se ha hecho más palpable en la crisis de la pandemia COVID-19. Esta pandemia ha sido el contagio mundial de un virus, pero también la puesta al desnudo del virus de la mercantilización de los bienes y servicios públicos y sociales, con estructuras políticas, institucionalidades y legislaciones para que ello fuese posible, y ha dejado en evidencia sus ganadores y perdedores.

La sociedad dominicana tarde o temprano deberá abocarse a la discusión en serio de un problema de tal magnitud y consecuencias para su dignidad humana en términos del disfrute y garantía de sus derechos fundamentales y de ciudadanía que son la esencia de la vida en comunidad, la democracia y un Estado de derecho social. Ello implica discutir qué régimen de bienestar, qué sistema de seguridad social y de protección social se desean y se defienden; implica decantarse por un Estado subsidiario o un Estado que garantice la efectividad de los derechos; e implica por tanto una definición ética y política transcendental. El trabajo, la riqueza social y el Estado se realizan en función de la dignidad de todas y cada una de las personas, o están al servicio del usufructo de una élite social y económica en base al sufrimiento y la degradación de la vida humana.

Referencias bibliográficas

Libros y capítulos

- Bosch, Matías, Airon Fernández y Edgar García C. 2019. *Sistema de pensiones: de la estafa del siglo a un modelo justo e incluyente*. Coordinado por Alessio Adanti. Santo Domingo: IS-COS/Fundación Juan Bosch. Disponible en: <https://juanbosch.org/2019/03/12/sistema-de-pensiones-de-la-estafa-del-siglo-a-un-modelo-justo-e-incluyente-2/>.
- Cecchini, Simone, Fernando Filgueira, Rodrigo Martínez y Cecilia Rossel, eds. 2015. *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*, Libros de la CEPAL, N° 136 (LC/G.2644-P), Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38821/S1500279_es.pdf;jsessionid=E-C189868A774B72E7DE0C3CBFEF37E0B?sequence=1.
- Lizardo, Jeffrey. 2009. “Financiación pública del sector salud y la seguridad social en salud en la República Dominicana: antes y después de la reforma”, en *El nuevo modelo del sistema de salud: Inicios, rutas y dificultades*. Santo Domingo, República Dominicana: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra/Fundación Friedrich Ebert/Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales. Disponible en: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_531.pdf.
- Morales, Luis. 2009. “El Seguro Familiar de Salud en República Dominicana: una reforma impostergable”, en: *El nuevo modelo del sistema de salud: Inicios, rutas y dificultades*. Santo Domingo, República Dominicana: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra/Fundación Friedrich Ebert/ Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales. Disponible en: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_531.pdf.
- Spicker, P.; Sonia Álvarez Leguizamón y David Gordon, eds. 2009. *Pobreza: Un glosario internacional*. Traducido por Pedro Marcelo Ibarra y Sonia Álvarez Leguizamón. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/>.

Suárez, Rosa María. 2009. “Nuevo rol de los establecimientos de salud: reflexiones sobre las redes de servicios públicos de salud”, en *El nuevo modelo del sistema de salud: Inicios, rutas y dificultades*. Santo Domingo, República Dominicana: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra/ Fundación Friedrich Ebert/Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales. Disponible en: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_531.pdf.

Documentos, artículos y materiales electrónicos

Allard Soto, Raúl; Mônia Clarissa Hennig Leal y Liliana Galdámez Zelada. 2016. “El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario”. *Centro de Estudios Constitucionales de Chile*, Universidad de Talca, Año 14, N° 1. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142579/el-derecho-a-la-salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Caba, Senén. “Cosas veredes, medicus, que non crederes”. Entrevista en el periódico Hoy, 5 de julio de 2008. Disponible en: <https://hoy.com.do/%C2%93cosas-veredes-medicus-que-non-crederes%C2%94/>.

Guerrero, Omar. 1979. “Fases del desarrollo de la administración pública capitalista”. *Revista de Administración Pública*, No. 38, abril-junio, 1979. México: Ediciones INAP. Disponible en: <http://www.omarguerrero.org/articulos/FasesDesaAPcapita.pdf>.

Guerrero, Omar. 2009. “El fin de la Nueva Gerencia Pública”, en *Estado, Gobierno, Gestión Pública*, Revista Chilena de Administración Pública, N.º 13, junio 2009. Disponible en: <http://www.omarguerrero.org/articulos/elfindelangp.pdf>.

Laurell, Asa Cristina. 2010. “¿Pueden los seguros garantizar el acceso universal a los servicios de salud?” *Medicina Social*, editorial, Volumen 5, Número 3, septiembre 2010. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/download/475/935>.

Laurell, Asa Cristina. 2012. “Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos”. Febrero 2012. Disponible en: <https://www.paho.org>.

org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=403-sistemas-universales-de-salud-retos-y-desafios&category_slug=documentos-noticias-2012&Itemid=599.

Lapavitsas, Costas. 2011. “El capitalismo financiarizado. Crisis y expropiación financiera”, en *Huellas de Estados Unidos. Estudios, Perspectivas y Debates desde América Latina*, No. 1, mayo 2011, “(Re) pensando los Estados Unidos de América”. Disponible en: <http://www.huellasdeeu.com/ediciones/edicion1/articulo%205.pdf>.

Mance, Euclides (2019). “Capitalismo de Plataforma y Liberación Económica”. Presentación de Power Point, Medellín, noviembre, 2019. Disponible en: <https://kavilando.org/images/stories/documentos/2.-Capitalismo-de-Plataforma-e-Libertao-econmica---versin-final.pdf>.

Navarro, V. 2019. “Por una alianza entre emancipación y protección social”. Presentación realizada en el curso Bases para un nuevo republicanismo de los cursos de verano de la UCM, 12 de julio 2019. Disponible en: <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2019/08/Por-una-alianza-entre-emancipación-y-protección-social-vDEF-N0029-26.07.19-Edit.pdf>.

Pérez Soto, Carlos. 2016. “Urge que la izquierda se congregue en torno a un programa radical”. Entrevista de Victoria Viñals, lunes 15 de febrero 2016. Disponible en: <http://radio.uchile.cl/2016/02/15/carlos-pérez-soto-urge-que-la-izquierda-se-congregue-en-torno-a-un-programa-radical/>.

Informes y estudios

Albuquerque, Rafael *et al.* 1998. “Conversatorios sobre la Reforma a la Seguridad Social”. Santo Domingo: Consejo Nacional para la Reforma del Estado (CONARE).

Comisión Económica Para América Latina (CEPAL). 2018. *Panorama Social de América Latina, 2017*, Santiago de Chile, 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42716/7/S1800002_es.pdf.

Kremerman, Marco; Gonzalo Durán; Recaredo Gálvez; Matías Bosch y Gonzalo Basile. 2016. “*Pensiones: ¿seguridad social o gran negocio? Radiografía del sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y propuestas para un nuevo modelo. A 15 años de la creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social.*”. Santo Domingo: Fundación Juan Bosch, Fundación Sol <https://juanbosch.org/2016/10/01/pensiones-seguridad-social-o-gran-negocio/>.

https://www.researchgate.net/publication/333236713_Pensiones_Seguridad_social_o_gran_negocio_Radiografia_del_sistema_de_Administradora_de_Fondos_de_Pensiones_AFP_y_propuestas_para_un_nuevo_modelo_A_15_anos_de_la_cracion_del_Sistema_Dominicano_de_Segur

Uthoff, Andras: 2016. “Aspectos institucionales de los sistemas de pensiones en América Latina”, *Políticas Sociales*, Santiago de Chile: CEPAL, Serie Políticas Sociales. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40869/S1601271_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Documentos inéditos

Kremerman, Marco. 2014. “Viabilidad y justificación para incorporar como eje central del Sistema Previsional Chileno un Pilar Contributivo de Reparto. Elementos Preliminares”. Tesis de Maestría Internacional en Políticas de Trabajo y Relaciones Laborales, Universidad Central de Chile y Universidad de Bologna, Santiago de Chile, julio 2014.

Instrumentos legislativos

Constitución Política de la República Dominicana, 2015.

Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, 2001.