



Juan Bosch

Fundación Juan Bosch

MATÍAS BOSCH CARCURO
AIRON FERNÁNDEZ GIL

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

Central de la República Dominicana

Banco Central de la R

AN0007228

BCRD

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

Sed justos lo primero, si queréis ser felices. Ese es el primer deber del hombre; y ser unidos, y así apagaréis la tea de la discordia y venceréis a vuestros enemigos, y la patria será libre y salva. Yo obtendré la mayor recompensa, la única a que aspiro, al veros libres, felices, independientes y tranquilos.

JUAN PABLO DUARTE

(Carta a José Gabriel García, Caracas, 29 de octubre de 1869).

Es el pueblo el que tiene que crear esa sociedad del futuro; es él, a través de todos sus sectores sociales, el que tiene que decir cómo deberá funcionar; y además es él quien decidirá cómo se organizará.

JUAN BOSCH

(“Bosch expone planes para salud pública”, 1970, en *Obras Completas*, tomo XXI).

Esta economía neoliberal mata más gente que todos los ejércitos del mundo juntos, y no hay ningún acusado, no hay ningún preso, no hay ningún condenado. Todos los horrores que estamos viendo en el mundo, gran parte de ellos, tienen un trasfondo que está anclado a esta visión de tratamiento y práctica económica.

MANFRED MAX NEEF

(Entrevista en revista *En Torno*, 2015).

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**

MATÍAS BOSCH CARCURO

AIRON FERNÁNDEZ GIL

Santo Domingo, República Dominicana

2019

© Matías Bosch Carcuro , Airon Fernández Gil
© Fundación Juan Bosch Inc.,
Calle Nicolás Ureña de Mendoza No. 54, Esq. Font Bernard, Local 2A,
Los Prados. Santo Domingo, D. N.
Teléfono: (809) 472-1920
www.juanbosch.org

Primera edición: 2019

Revisión, corrección y diagramación: Janley Rivera Mejías, Harold Frías Maggiolo

Diseño de portada: Vivian Martínez Hart

ISBN: 978-9945-9098-8-3

Impresión:

Impresora Soto Castillo S. A.

Calle Caonabo No. 44, Calero, Villa Duarte, Tels. 809-596-4106 y 809-592-4551

Santo Domingo Este, Rep. Dominicana. email: sotoimpresora@yahoo.es

República Dominicana

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS.....	8
PRÓLOGO. <i>Por Dr. Senén Caba Plascencia</i>	13
INTRODUCCIÓN	17
CAPÍTULO I. CLAVES DE UNA DISPUTA: ¿SEGURIDAD SOCIAL O NEGOCIO SEGURO?.....	25
CAPÍTULO II. GASTO NACIONAL Y ASEGURAMIENTO EN RIESGOS DE SALUD: LA CONSTRUCCIÓN DE UN GRAN NEGOCIO	65
CAPÍTULO III. SISTEMA DE PENSIONES: EL ASALTO DEL SIGLO.....	91
CONCLUSIONES	133
RECOMENDACIONES GENERALES	145
ANEXO. Consejo de Directores y Gerentes de las AFP	149
BIBLIOGRAFÍA	153

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS

GRÁFICOS

- Gráfico 1. Gasto corriente en salud según fuente de financiamiento, 2004-2017. (Valores en millones de RD\$) . . . 67
- Gráfico 2. Gasto corriente en salud según fuente de financiamiento, 2004-2017. (Como % del PIB) 69
- Gráfico 3. Gasto en salud según esquema de financiamiento, 2017. 71
- Gráfico 4. Evolución del monto dispersado per cápita promedio mensual del Régimen Contributivo vs. Régimen Subsidiado, 2007-2018. (Valores en RD\$) 73
- Gráfico 5. Evolución del número de afiliados del Régimen Contributivo vs. Régimen Subsidiado, 2007-2018. (Valores en millones de RD\$) 75
- Gráfico 6. Ingresos en salud, gastos operacionales más beneficio neto de las ARS del Régimen Contributivo, según privadas y públicas, total acumulado 2007-2018. (Valores en millones de RD\$) 77
- Gráfico 7. Ingresos en salud, gastos operacionales más beneficio neto de las ARS del Régimen Contributivo, según privadas y públicas, 2018. (Valores en millones de RD\$) 79

Gráfico 8. Beneficios o pérdidas ARS públicas y privadas, septiembre 2007-diciembre 2018. (Valores en millones de RD\$).	81
Gráfico 9. Rentabilidad de las ARS privadas y públicas, septiembre 2017-diciembre 2018. (En porcentajes)	83
Gráfico 10. Participación de mercado de las ARS privadas 2018. (En porcentaje del ingreso total)	85
Gráfico 11. Montos pagados por las ARS del Régimen Contributivo, según tipo de prestador de servicio de salud, 2010-2018	87
Gráfico 12. Montos pagados por las ARS del Régimen Subsidiado, según tipo de prestador del servicio de salud, 2010-2018.	89
Gráfico 13. Evolución de afiliados, cotizantes y densidad del sistema de pensiones.	94
Gráfico 14. Utilidades Sistema de AFP de 2004-2018. (Valores en millones de RD\$)	99
Gráfico 15. Rentabilidad histórica del sistema de AFP	105
Gráfico 16. Rentabilidad real histórica anualizada de los Fondos de Pensiones. Promedio del sistema. (Diciembre 2005-marzo 2019).	107
Gráfico 17. Evolución del Patrimonio de los Fondos de Pensiones como % del PIB. (Al 31 de marzo de 2019)	111
Gráfico 18. Evolución de patrimonio de los fondos de pensiones (2003-2019). (Valores en millones de RD\$)	112
Gráfico 19. Tasas brutas de reemplazo en pensiones para 19 países América Latina. Trabajadores de ingreso promedio	120

Gráfico 20. Tasa de apoyo a la vejez (*Old-age support ratio*)
Chile, República Dominicana, Alemania
y ALC. (2000-2060) 124

Gráfico 21. Ingresos por comisiones de las AFP,
reales 2012-2018 y estimados 2019-2031, según
proyecto del Gobierno. (Valores en millones de RD\$) . . . 131

CUADROS

Cuadro 1. Distribución de afiliados, cotizantes y densidad
de cotizantes en el sistema. (Al 30 de junio 2019) 92

Cuadro 2. Cantidad de cotizaciones mensuales de
afiliados a las AFP. (Al 31 de diciembre de 2018) 96

Cuadro 3. Ingresos operacionales y utilidades de las AFP
2012-2018. (Valores en millones de RD\$) 98

Cuadro 4. Utilidades y gastos operacionales y generales
sistema de AFP de 2004 a 2018. (Valores en millones) . . 100

Cuadro 5. Ingresos por Tipo y AFP, 2018 102

Cuadro 6. Cotizantes por tramo de edad sistema
de pensiones. (Al 30 de junio 2019) 108

Cuadro 7. Relación de cotizantes por cantidad de salarios
mínimos cotizables del sistema. (Al 30 de junio 2019) . . 109

Cuadro 8. Inversión de los Fondos de Fondos de Pensiones
de Capitalización Individual, según emisor calificado.
(Al 30 de junio de 2019) 114

Cuadro 9. Inversión Fondos de Pensiones de Capitalización Individual en instituciones públicas. (Al 30 de junio 2019)	115
Cuadro 10. Inversión Fondos de Pensiones de Capitalización Individual en la banca comercial. (Al 30 de junio 2019). . .	116
Cuadro 11. Inversión Fondos de Pensiones de Capitalización Individual en empresas privadas.(Al 30 de junio 2019) . . .	117
Cuadro 12. Inversión Fondos de Pensiones de Capitalización Individual en otros tipos de emisores. (Al 30 de junio 2019). .	118
Cuadro 13. Crecimiento fondos de pensiones administrados por AFP. (Valores en millones de RD\$) . . .	127
Cuadro 14. Ingresos estimados por esquema de comisión proyecto de Ley del Gobierno. (Valores en millones de RD\$)	129

PRÓLOGO

A las puertas del decimonoveno aniversario de la ley que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), su discurrir es evaluado de una manera crítica por Matías Bosch Carcuro y Airon Fernández Gil, en su importante obra *Del Negocio Seguro a la Seguridad Social*.

Los autores, bajo el auspicio de la Fundación Juan Bosch, vuelven a sorprendernos con esta valiosa investigación. Sin dudas agregan a su hoja de vida una significativa contribución al acervo que vienen adquiriendo distintos sectores que siguen de cerca lo concerniente a la referida ley y el SDSS.

En efecto, catalogada en un momento como el más trascendental aporte hacia la sociedad del siglo XXI, la aprobación de la Ley No. 87-01 concitó en sus inicios esperanzas y positivas expectativas en el colectivo social. Se conformó un escenario promisorio, que ofertaba sepultar la desprotección secular que mantenía en la más abyecta orfandad a millones de dominicanos desamparados desde tiempos inmemoriales.

Sin embargo, desde el momento en que el tema comenzó a concebirse, a principios de la última década del siglo pasado (1991), a instancias del régimen de Joaquín Balaguer, como respuesta a la huelga de la entonces Asociación Médica Dominicana (AMD), la opinión pública estaba aleccionada y sospechaba. Las

lúgubres acciones del gobierno de turno daban sobradas razones para dudar sobre lo que se urdía.

Como era costumbre del mandatario, todo reclamo de trascendencia lo remitía a una “comisión”, en este caso a la Comisión Nacional de Salud integrada por actores como el Consejo Nacional de la Empresa Privada (CONEP), algunas figuras del grupo neoliberal “Triálogo”, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el propio gobierno y la AMD.

El hecho es que, al cabo de cuatro años (1995), dicha instancia evacuó sus resultados en el documento titulado “Salud, visión de futuro”, una suerte de credo que intentaba emular al texto “Invertir en salud” (1993), publicado por el Banco Mundial. Solo que, en este caso, se auxiliaba de las deplorables estadísticas sanitarias dominicanas de la época para reclamar un cambio de paradigma, que excluyera el Estado “ineficiente” del proceso de gestión de los recursos en salud, dejándole, a título de “premio de consolación”, solo la rectoría del sistema, invitándolo a “descentralizarse” y a encargarse de la “salud colectiva”.

Transcurrido el tiempo, aquellos principios que a fuerza de retórica grandilocuente esgrimían “solidaridad, universalidad, equidad y libre elección”, quedaron engavetados como simples letras muertas. Puras pamplinas.

República Dominicana, diecinueve años después de promulgarse la Ley No. 87-01, sigue evidenciando altas tasas de exclusión y marginalidad social, con indicadores de salud que nos convierten en una vergüenza a nivel hemisférico, mientras las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y de Fondos

de Pensiones exhiben ganancias exorbitantes e irritantes, llegando a niveles de obscenidad.

De ahí la pertinencia de la presente obra, en la cual los autores ponen al desnudo los enormes recursos económicos que perciben tanto las intermediarias en salud como las que gestionan los fondos de pensiones, recibiendo el apoyo supuestamente "solidario" de un gobierno que, en vez de asumirse como garante de los servicios que debe recibir la población, se ha convertido en cómplice y protector del "negocio del siglo", como bien puede llamársele.

Se ha facilitado y expandido el proceso de mercantilización, fragmentación y precarización del sistema, al promover mediante la Ley 123-15 la privatización de lo que quedaba de la antigua red pública hospitalaria, convirtiéndola en redes e instituciones autogestionarias, a las cuales otorga presupuestos elevados en unos casos y miserables en otros, incrementando la exclusión de aquellas personas que aún no han sido empadronadas.

Se deja languidecer los hospitales y centros de primer y segundo nivel, y se obvia la intervención oficial del Estado en el primer nivel de atención, produciendo mayor marginalidad en las capas empobrecidas de la población; es decir, en la gran mayoría de nuestra ciudadanía.

Esta obra pone de relieve el interés de sus autores para que el lector logre abreviar en datos originales, colocándose pormenores obtenidos desde sus propias fuentes, que en la mayoría de los casos son las mismas instancias oficiales. Por otra parte, se obtienen citas muy enriquecedoras de expertos en las materias tratadas.

Resaltan los gráficos altamente explícitos, que evidencian de modo descarnado el mercantilismo vulgar, tanto en el sector salud como en el previsional.

Sin lugar a dudas, el libro *Del Negocio seguro a la Seguridad Social* será un referente necesario para que la sociedad dominicana conozca y comprenda lo que ocurre en la seguridad social, las pugnas de intereses que envuelven este sistema y el destino de nuestro país si todo continúa sin cambios reales.

DR. SENÉN CABA PLASCENCIA.

INTRODUCCIÓN

En 2019 se cumplen 18 años de la creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social, a través de la promulgación de la Ley No. 87-01. Bajo este sistema se han constituido las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y toda una política de aseguramiento en riesgos de salud, así como se ha construido el primer sistema de pensiones de carácter nacional, que es administrado por Administradoras de Fondos de Pensión (AFP) de carácter privado o de propiedad pública, que funcionan bajo la lógica de ahorro financiero y capitalización individual.

Nueve años después de promulgada aquella ley, se proclamó la Constitución dominicana de 2010. La misma señala en su Sección II, Artículo 60 que: “Toda persona tiene derecho a la seguridad social. El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y la vejez”.

El contenido de esta publicación es el resultado de una investigación que, a la luz de la teoría y la evidencia estadística internacional, así como del análisis de la historia y los datos de República Dominicana, busca poner en manos de los ciudadanos, sus organizaciones y movimientos, elementos fundamentales para discutir si en realidad en el país se está garantizando la seguridad social y el derecho a la misma de acuerdo con las

declaraciones de la propia Constitución e incluso de la ley, o bien se ha construido un negocio con fines de lucro que no protege el derecho establecido mientras genera jugosas ganancias para unos pocos mediante el sacrificio de la mayoría.

Por otro lado, los graves problemas de salud que aquejan a la población dominicana, no han sido resueltos, y se mantienen las mismas causas estructurales que les han sido inherentes durante mucho tiempo. Alta mortalidad materno-infantil, negación de atenciones en su totalidad o parcialmente, falta de equipos y materiales esenciales, epidemias que causan muertes evitables, crisis de los hospitales, penosas condiciones laborales de médicos y enfermeros(as), expropiación de la salud y su reificación en un bien de consumo y patrimonio de expertos, son solo algunos de los males que dan cuenta de un sistema de salud deficiente.

Al mismo tiempo, se nos dice que no hay recursos disponibles o que son difíciles de encontrar para emprender las mejoras y cambios que se requieren en el sistema de salud. El presupuesto público —se insiste— es escaso y, aunque las leyes digan otra cosa, no alcanzan para todo, siendo la salud una de las víctimas de esta realidad. Sin embargo, vemos crecer y florecer una industria poderosa de aseguradoras de riesgos de salud (ARS) y de servicios privados que, de acuerdo con el sistema implantado desde 2001, prometían ser la solución a todos los problemas, además de resolver los déficit de los servicios públicos, creando no un sistema, sino un aparato fragmentado, segmentado, vertical, antidemocrático e ineficaz, combinando dosis explosivas

de los modelos arcaicos de salud curativa-paliativa con neoliberalismo de siglo XXI.

En consecuencia, la población ha quedado dividida en dos segmentos: uno que puede pagar y otro que no, del cual debe encargarse el Estado. Lo público —se nos ha dicho— funciona mal y contamina la administración, a lo sumo está para proteger al desvalido y a quienes “no tienen”, mientras lo privado ofrece libertad, seguridad y confiabilidad.

Se ha llegado al extremo de que los trabajadores y empleadores paguen, además de los impuestos generales, impuestos para la seguridad social y los servicios públicos, a los que se suma el pago de bolsillo, y mientras las atenciones que reciben son precarias y dadas cuando la enfermedad ya ha aparecido, las ARS y los centros privados de atención exhiben fabulosos ingresos y ganancias. Todo esto en un país que gasta el 6% del PIB en salud. Entonces, ¿cómo que no hay recursos? ¿A dónde se está yendo todo ese dinero? ¿Cómo convive tanto gasto con un sistema de salud en tan precarias condiciones?

En el presente estudio se darán argumentos teóricos, conceptuales y estadísticos que demuestran que todo lo anterior está estrechamente entrelazado: que en República Dominicana se instauró un modelo de salud y protección social basado en el aseguramiento, esencialmente neoliberal, que sistemáticamente desfinancia al sector público y lo relega a un papel residual y caritativo, con recursos cada vez más bajos y desiguales que lo ponen al borde del colapso, mientras se engorda una gigantesca industria privada de finanzas y servicios.

La salud, al igual que la seguridad social, que según la Constitución son derechos fundamentales, se privatizan y se convierten en un negocio más, regido por la regla de la oferta y la demanda; una salud mercantilizada a la cual se accede en la medida que se tenga empleo e ingresos individuales suficientes. Toda lógica de solidaridad y de contrato social queda prácticamente destruida. Es lo que hemos llamado un régimen de corrupción legalizada, donde la riqueza social es desviada de sus fines legales y socialmente prescritos, y se transforma en riqueza privada, a costa del sufrimiento colectivo.

Hay que decirlo con toda claridad: este tipo de regímenes ha sido un fracaso social en todos los países donde se ha impuesto. La mayoría de nuestra población y de los profesionales de la salud que están en el aparato público cada vez tendrán menos derechos y dignidad, mientras el aseguramiento sea la lógica de financiamiento. Los profesionales serán forzados a migrar a la industria privada; las personas se verán obligadas cada vez más a comprar y a pagar, o a recibir como beneficencia lo que en realidad les corresponde como ciudadanos.

Asimismo, las pensiones, bajo la lógica de la administración privada y la capitalización individual (“cada quien se rasca con sus propias uñas” y “se arropa hasta dónde le dé la sábana”), serán una formidable riqueza para la industria financiera, con pensiones escasas e indignas para la gente, a costa del esfuerzo social y de las finanzas públicas. Más corrupción legalizada, la cual —por supuesto— sus beneficiarios y propietarios llaman a “corregir” con recetas ya prescritas antes en otros países, que

no funcionan y que solo castigan más a la gente: incrementar las cotizaciones, aumentar la edad de retiro, combinadas con algunas ideas demagógicas como “la rebaja de comisiones”. Nada que vaya al fondo de la cuestión.

La sociedad no puede esperar que esto cambie si los perjudicados, es decir, la inmensa mayoría de trabajadores, empresarios y emprendedores no se asumen como perjudicados y exigen soluciones reales, en base al estudio objetivo y sin conflictos de intereses. Tampoco se puede hacer nada si quienes hablan desde los afectados asumen los postulados, criterios y enfoques de los que se benefician con esta catástrofe y este régimen corrupto, en lugar de adoptar una perspectiva desde la gente y sus necesidades.

En base al análisis de la teoría y de los datos, proponemos al país un debate honesto, que salga de los límites del modelo impuesto, que enfrente la necesidad de una transformación profunda, encaminada al rescate del derecho fundamental a la salud y a la protección social; para convertir el Estado y lo público en instancias con más transparencia y confiabilidad; pero también defendiendo su centralidad, ya que es el lugar por esencia de la democracia y la garantía de derechos. Para ello, se necesita fortaleza y capacidad, y convertir el sistema de pensiones y la salud en un sistema integral, manejado de manera confiable y eficiente.

Por último, en la presente publicación se incluye como anexo la lista de Consejos de Directores y Gerentes de las Administradoras de Fondos de Pensiones, obtenida a través de los datos que brinda la Superintendencia de Pensiones (SIPEN). Esa información

se puede utilizar para identificar sus vínculos con grupos empresariales o actores políticos. La información es relevante porque las decisiones y agendas de quienes administran, responden claramente a intereses y objetivos particulares o grupales, y en este caso, dichos intereses y objetivos definen en gran medida lo que la sociedad hace (o puede hacer) con los inmensos recursos aportados por trabajadores y empleadores para los fondos de pensiones.

En cambio, sobre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) ha sido imposible obtener información del mismo modo, por medio del acceso público como derecho ciudadano respecto a empresas que gestionan los recursos de la salud de los afiliados, obligados por ley a cotizar, y que reciben los ingresos desde la Tesorería de la Seguridad Social y no mediante una actividad comercial privada común.

En carta del mes de junio de 2018, firmada por el Dr. Pedro Luis Castellanos, superintendente de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), en respuesta a nuestra solicitud de distintas informaciones, incluyendo la Rentabilidad Anual de las ARS, así como la lista de accionistas y miembros de directorios, se nos contestó que la primera de estas se consideraba “información reservada, de acuerdo con el Artículo 3 de la Resolución SISALRIL No. 179-2010”, emitida en 2010.

La misma resolución también ha definido como reservada “toda información que incluya detalles de los datos personales de terceros, identificados e identificables, registrada en la base de datos del Sistema de Información y Monitoreo (SIMON)”.

Esta resolución —debe especificarse— data de un período anterior al ejercicio del Dr. Castellanos como superintendente.

Como respuesta a una nueva petición enviada en 2019, donde se solicitaba información “sobre los accionistas (personas naturales, personas jurídicas y empresas) y los nombres de los miembros de los directorios de cada una de las ARS”, la SISALRIL nos remitió a la Ley 3-02, de 2002, sobre Registro Mercantil, haciendo referencia a que las ARS se podrían considerar entidades “que se dedican de manera habitual al comercio”, indicando que la Cámara de Comercio y Producción de Santo Domingo es la institución a la cual se le debe solicitar tal información.

Esto instala, con toda lógica, dos preguntas:

- ¿Cómo es posible que un sistema de administración de fondos de pensiones y otro de administración de fondos para riesgos de salud, constituidos ambos por empresas con fines de lucro y que, por ley, cumplen una función de interés público, a quienes los ciudadanos están compelidos a cotizar, tienen dos marcos normativos divergentes y contradictorios en cuanto al derecho a conocer las rentabilidades, los propietarios, accionistas y miembros de directorios?
- ¿Si según la Ley 87-01 es misión del Estado dominicano ser “garante final del adecuado funcionamiento del Seguro Familiar de Salud (SFS)”, y la SISALRIL tiene como propósito legal “velar por el estricto cumplimiento de la presente ley y sus normas complementarias; de proteger los intereses de los afiliados; de vigilar la solvencia financiera del Seguro Nacional de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Salud

(ARS); de supervisar el pago puntual a dichas Administradoras y de estas a las PSS; y de contribuir a fortalecer el Sistema Nacional de Salud”, cómo ha sido posible que la propia SISALRIL produjese una resolución para obstaculizar el conocimiento público y libre de una información fundamental sobre las ARS, que por cierto reciben sus pagos a través de la Tesorería de la Seguridad Social, en base a una cotización obligatoria por ley?

Como diría Shakespeare: “algo huele mal en Dinamarca”.

Por estos motivos, desde la Fundación Juan Bosch y las entidades que acompañan esta publicación, se hacen aportes conceptuales, sugerencias y propuestas de políticas para ayudar al debate sobre estas materias tan cruciales, tomando en cuenta que la naturaleza del Estado Social y Democrático de Derecho obliga al respeto absoluto de la dignidad humana y a que se garantice la protección de los derechos fundamentales, como son la salud y la seguridad social.

Esperamos que este sea un instrumento de estudio, de debate, de toma de consciencia y, sobre todo, un paso para la acción comprometida con la vida digna de todos los dominicanos y dominicanas, en libertad, igualdad y justicia social.

“Sed justos, es lo primero si queréis ser felices”, dijo el Padre de la Patria, Juan Pablo Duarte. Esta, como se sabe, no es una mera consigna: es un ideal y una tarea.

CAPÍTULO I

CLAVES DE UNA DISPUTA: ¿SEGURIDAD SOCIAL O NEGOCIO SEGURO?¹

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).²

¹ Esta frase (“El sistema creado no es de seguridad social sino un negocio seguro”) ha sido patentizada y dicha en público por el exvicepresidente de la República y exministro de Trabajo, Rafael Alburquerque.

Por otro lado, la presente sección se basa principalmente en los informes de la Fundación Juan Bosch “Pensiones: ¿seguridad social o gran negocio? Radiografía del sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y propuestas para un nuevo modelo” (2016); y “¿Seguros de salud o negocio seguro?” (2017); así como en el libro de Bosch, García y Fernández, titulado *Sistema de pensiones: de la estafa del siglo a un modelo justo e incluyente* (2019). También se basa en el trabajo “El acceso de inmigrantes y descendientes a la salud y la protección social en la República Dominicana” (Bosch y otros, 2019).

² 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

Por su parte, Basile señala que los “modelos de protección social” están asociados a “los derechos de ciudadanía”, así como a “la forma en que una sociedad y las personas se organizan y relacionan en virtud de estos” (Basile, 2018, en base a Fleury, 1997).

Siendo así, 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

sociales, y depende estructuralmente de que ciertos derechos fundamentales estén garantizados y sean efectivos, como por ejemplo, el derecho al trabajo y a un salario digno. Y dicen que: «La idea de “derechos al bienestar” tiene dos sentidos diferentes: en un sentido general, refiere a los derechos de asistencia social, y en un sentido puntual, al reconocimiento de titularidades legales de personas específicas de acceder a beneficios de la seguridad social. En el general, los derechos al bienestar incluyen tanto derechos morales como positivos. Los derechos morales son reclamos morales o justificaciones de acciones destinadas a las personas titulares de derecho. Los derechos al bienestar están, parcialmente, contenidos en declaraciones morales como los incluidos en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos, que garantiza “la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad [*de las personas*] y al libre desarrollo de su personalidad”» (ONU, 1948: Artículo 22), y “un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (ONU, 1948: Artículo 25.1). Los derechos positivos adquieren estatus legal; dependen de sanciones legales y, por lo tanto, de las estructuras legales vinculadas con la condición de ciudadanía. Como ejemplos, pueden mencionarse los derechos al ingreso de subsistencia, en algunos países, o a seguros médicos, que están sujetos a marcos legales establecidos y son exigibles en caso de su incumplimiento. Desde este punto de vista, los derechos al bienestar se encuentran estrechamente relacionados con los derechos humanos (ver derechos humanos y pobreza). Mientras que en el sentido puntual, el término “derechos al bienestar” se utiliza para referirse a una gama de acciones destinadas al ejercicio de los derechos legales existentes, con el fin de promover el principio de un ingreso mínimo básico.

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.³

³ 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 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. Por ejemplo, las pertenencias de las personas eran inventariadas y debían renunciar a ellas, demostrando que carecían de los recursos necesarios para vivir de manera independiente, fuera por una contingencia o de manera persistente. Es importante decir que, para los pobres e indigentes, ingresar a este sistema de asistencias era degradante y estigmatizante, asociado a que en la reforma de 1894 se estableció una “oferta del asilo” que buscaba constituirse en un método eficaz para diferenciar y filtrar a los pobres válidos de los inválidos. 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).

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. Hay una diferencia importante entre la perspectiva del Estado garantista o Social de Derecho y el Estado subsidiario.

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).

Una vez establecidas estas coordenadas, se debe saber que la seguridad social que se desarrolla en la segunda mitad del siglo XX adquiere relevancia como referente del modelo de Estado Social y tiene un recorrido histórico. Según Kremmerman, “si el derecho del trabajo contemporáneo encuentra sus raíces doctrinales en Alemania, es en el Reino Unido donde fue concebido el segundo pilar del Estado social moderno: la instauración de

un sistema universal de seguridad social. Finalmente, en Francia se edifica la teoría de los servicios públicos, que constituye el tercer pilar del Estado social” (Kremerman, 2014).

En el Reino Unido, posterior a la II Guerra Mundial, se elaboró y publicó el Plan Beveridge. En este informe se “proponía un plan de ‘seguridad social’ que integrase los seguros sociales (para las necesidades básicas), la asistencia social (para los casos especiales) y los seguros voluntarios complementarios. Se trataba de la creación del primer sistema unificado de seguridad social”, poniendo énfasis en su carácter redistributivo de los ingresos, para atender necesidades prioritarias (Kremerman, 2014).⁴

En esa misma época, ocurren cambios progresivos y similares en varios lugares de los países centrales. Esto se manifiesta en la Declaración de Filadelfia de 1944, con un seguro social para proteger a “todos los asalariados y trabajadores independientes y a las personas a su cargo”; el Plan Wagner-Murray, de 1943 en Estados Unidos, para “unificar el seguro social con la asistencia social, con la intención de que pudiera protegerse contra los infortunios sociales tanto a los trabajadores asalariados como

⁴ De acuerdo con Kremerman, este plan, sustentado en principios como el servicio público único o unificación de la responsabilidad administrativa, la comprensividad, y la uniformidad en la cotización y la prestación (Mesa-Lago 2004), establecía dos formas de redistribución del ingreso: “a) horizontal, vale decir, los activos transfieren recursos a los pasivos; b) vertical, los grupos de altos ingresos transfieren a grupos de bajos ingresos a través de las cotizaciones (los de mayor ingreso pagan más, aunque puede haber un tope que limita el efecto), las prestaciones (como la pensión mínima) y los subsidios estatales, especialmente si el sistema tributario del país es de carácter progresivo. Esto se lograría a través del financiamiento tripartito: trabajador, empleador y Estado”. Asimismo, la “comprensividad en la cobertura de las personas” sería un instrumento clave para abolir la pobreza (Kremerman, 2014).

a los independientes o por cuenta propia”; el Plan Marsh de Canadá, que propuso un sistema de carácter más amplio, dirigido a cubrir a toda la población; y en Francia, cuando en 1946 se crea el sistema nacional de seguridad social (Kremerman, 2014).

Una idea central es que la protección del trabajador y sus derechos laborales serían insuficientes si deja de funcionar la fuente principal de ingresos, o aparecen la enfermedad o la invalidez. Ante esto, la respuesta fue atender esta realidad de forma colectiva, con responsabilidad social y garantías establecidas.

Las cláusulas sociales en las constituciones europeas, que establecieron derechos sociales y su cobertura garantizada con la seguridad social, cristalizan esta conquista, superando las condiciones de vida como desafíos privados, asumiendo la premisa de derechos colectivos. La seguridad social es parte esencial del Estado social y de bienestar, en tanto es “la seguridad del individuo, organizada por el Estado, contra los riesgos a que está expuesto, aun cuando la sociedad se organice de la mejor forma posible” (Aparicio, 2010, en Kremerman, 2014).

En América Latina, este proceso tuvo una dinámica distinta. Según Basile: “Los sistemas de protección social fueron mecanismos institucionales ejecutados por los Estados de bienestar y se desarrollaron para combatir la pobreza y la desigualdad en las sociedades de sistemas de acumulación capitalista industriales”, y en la región latinoamericana este proceso «fue “incompleto” (estratificado y segmentado) (...) y fue en parte importado de modelos europeos desconectados de nuestras realidades» (Basile, 2018).

Derecho a la salud

En términos del derecho a la salud, de acuerdo con Selig (2017), es erróneo ver —como sucede en cierto enfoque preva-
leciente en República Dominicana— que “el sistema de salud es
sinónimo de sistema de atención en salud” o que “el sistema de
salud es diferente al sistema de seguridad social”, sin advertir su
relación y mutuo condicionamiento.

Según este autor, la seguridad social se vincula directamente
con los derechos efectivos y los accesos, condicionándose mu-
tuamente:

[...] la seguridad social no se contempla como una
estructura del sistema de salud. Es una estrategia que apunta
al logro de los objetivos del sistema de salud. Es una forma
concreta en que se organiza la provisión de determinados
servicios orientados a determinados fines. Su desarrollo
estará decidido en gran medida, por la forma en que se
estructura, se organiza y funciona el sistema de salud, lo que
puede favorecer o impedir sus ejecutorias (Selig, 2007).

Pero las confusiones o interpretaciones deliberadas sobre qué
es seguridad social y qué es sistema de salud, están vinculadas
con ver la salud como ausencia de enfermedad y desde un en-
foque curativo del sistema, así como a la mercantilización de la
salud, diferenciada en un nivel en manos del capital financiero y
en otro nivel subsidiario-asistencialista, bajo el Estado residual,
ya que la seguridad social funcionaría de manera paralela al sis-
tema de salud (Selig, 2017), protegiéndola de los altos riesgos

de la población empobrecida, bajo criterios de “sostenibilidad financiera”, en que se deslinda de la defensa de lo público, del rol redistributivo y de equidad de los ingresos y gastos del Estado. Bajo esta mirada, se impone no un enfoque de garantías definidas y sociales, con carácter universalista, sino de cobertura ante riesgos individuales, particularizados por clase social, ingresos y costos adjudicados a su condición.

De acuerdo con Basile (2013), las políticas de financiamiento, administración y prestación de salud se han dado en América Latina bajo tres modelos de protección social: 1) asistencia social, 2) seguro social y 3) seguridad social universal; los cuales se han movido sobre todo entre los primeros dos modelos; en tanto que las reformas neoliberales hicieron hegemónico el segundo (seguros) desde un enfoque mercantilizador.

Según este autor, el modelo de aseguramiento en América Latina tal vez tenga su primer precedente en la dictadura de Onganía en Argentina, que retrotrajo la política de acceso universal establecida bajo el primer peronismo (1946-1955) a un sistema de “seguro social” mediante la Ley 18.610, vinculando la protección social, la previsión social y la salud al estatuto del empleo formal, sobre la base de un régimen contributivo que segmentaba en función del empleo y el ingreso.

Por su parte, 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).

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 expropiación empresarial del erario.

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 subsidiaridad⁵ 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 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

⁵ El principio de subsidiaridad 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”.

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 Ecuador, a los que se podrían agregar, entre otros, el caso inglés, el español y países nórdicos (Laurell, 2012).

Los procesos de reformas neoliberales en el sector salud en América Latina tuvieron dos momentos: en una primera instancia, en el contexto del Consenso de Washington, con los procesos de endoprivatización-exoprivatización 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.

Con el paso del tiempo, en un abordaje más tardío en América Latina (que en Estados Unidos tiene sus antecedentes en Medicare y Medicaid), de acuerdo con Basile, la función pública sería completada en forma de focalización en la población “caren-ciada”, de tal forma que

Dispositivos del viejo modelo de asistencia social fueron la base para que los organismos internacionales propiciaran las políticas *focales* o *asistencialismo focalizado*, operaciones sociales asistenciales que debían dirigirse solo a los focos

de pobreza extrema y grupos vulnerables más profundos (focalización), quienes deberán demostrar su incapacidad como individuos y/o grupos para cubrir sus necesidades personales y las de su familia (prueba de medios), para entonces lograr percibir el “beneficio” (Basile, 2013).

Con la ola de reformas a escala continental y mundial, en la década de los 90, importantes organismos financieros multinacionales intervinieron en pos de la financiarización de la economía y la mercantilización de todos los bienes comunes, adelantando reformas en la salud y la seguridad social. Con la publicación del documento “Invertir en salud”, del año 1993, el Banco Mundial pasa a ocupar un rol protagónico en este tema. En un panorama de ajustes fiscales y de privatización de la vida social, de restricción al gasto de gobierno, tomar estas agendas era condicionante para acceder a préstamos de la banca multilateral (Basile, 2013).

En una segunda etapa, más reciente, con el concepto de “aseguramiento universal”, los organismos que lideran e imponen la agenda neoliberal buscan resolver la legitimidad del modelo, en todo caso nunca cediendo en el núcleo duro de su proyecto: la salud es un *derecho legal*, pero un *bien individual*, particularmente obtenido y gestionado, centrado además en la atención a la enfermedad, bajo una lógica de segmentación entre quienes pueden pagar y quienes no, dejando de lado toda discusión redistributiva. La principal restricción es financiera y, si esta se resuelve, el bienestar agregado será mayor.

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”. El núcleo del sistema por tanto no está en la integralidad o no de la cobertura, sino en cuánta población y con 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 supuesta “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; Basile, 2013).⁶

⁶ Gilberto Dupas (2008) plantea cómo en el siglo XXI mediante el crédito y políticas especializadas, se empezó a cruzar la última frontera del capitalismo, la que nunca se había atrevido a cruzar: el mercado de consumo para los pobres. Según este autor, en una cita de entonces: “el futuro del consumo está en los jóvenes de las clases C, D y E. Un buen ejemplo del consumo de los pobres es Brasil. Con una estructura que combina la mayor concentración de la renta y una de las más numerosas poblaciones de jóvenes pobres del planeta, Brasil tiene uno de los mayores coeficientes de penetración mundial de teléfonos celulares. El 70% de los 80 millones de jóvenes posee celular. El joven pobre sin celular (aunque sea prepago) se siente todavía más paria, más infeliz, más *out-group* [...] sin incluir a los miles de millones de pobres

En línea con Guerrero (2009) y la estigmatización de lo público como fracaso, la 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).

que viven con hasta 1,500 dólares por año, no habrá futuro ni para el capitalismo ni para las empresas globales”.

Costas Lapavitsas, por su parte, resalta como la expropiación financiera tiene relación con lo señalado por Iriart: a la hegemonía del capital financiero, le sucede convertir lo que antes eran derechos fundamentales sometidos a pujas del sector trabajador y acuerdos obreros-Estado-patronos capitalistas, en fuentes de apropiación, acumulación y reproducción de las finanzas, lo que se relaciona estrechamente con que los fondos de pensiones y la salud a través del aseguramiento hayan sido puestos en manos de los intermediarios financieros:

“Las respuestas de los bancos a la disminución de las vías tradicionales para obtener utilidades han sido múltiples [...], los bancos se volvieron hacia la renta personal de los trabajadores y el resto de la población como fuente de utilidades [...].

“La tendencia general presupone la participación creciente de los trabajadores en los mecanismos de las finanzas con el propósito de satisfacer sus necesidades elementales, como vivienda, educación, salud y ahorro para el retiro; solo entonces pueden los bancos extraer utilidades significativas directamente de los ingresos personales [...].

“[...] Por lo tanto, la extracción directa de beneficios financieros a partir de la renta personal de los trabajadores es una fuente de expropiación financiera que surgió sistemáticamente durante las últimas décadas. No debe confundirse con la explotación que tiene lugar de manera sistemática en la producción y que es la piedra angular de las economías capitalistas contemporáneas. La expropiación financiera es más bien una fuente adicional de utilidades que tiene su origen en la esfera de la circulación. En cuanto a la renta personal, moviliza flujos existentes de dinero y valor, antes bien que nuevos flujos de plusvalor; ahora, a pesar de que tiene lugar en la circulación, dado que se produce de manera sistemática y mediante procesos económicos, también tiene un aspecto de explotación.

“[...] el sector financiero juega con las necesidades básicas de los trabajadores y demás particulares, es decir, con la vivienda, las pensiones, el consumo, los seguros, etc., lo cual difiere cualitativamente del que se orienta a la producción y a la circulación del capital” (Lapavitsas, 2011).

De acuerdo con el doctor Senén Caba (2008), la introducción de este modelo de reformas en República Dominicana se relaciona con los trabajos para dotar al país de una Ley General de Salud y una Ley de Seguridad Social, con fuerte inclinación hacia los modelos colombiano y chileno.

Caba comenta los antecedentes históricos del modelo escogido para instaurarse en República Dominicana, recuerda la creación de una Comisión Nacional de Salud, a raíz de la huelga de los médicos en 1991, y posteriormente la publicación del libro *Salud, una visión de futuro* (1995). Asimismo, se publicó la tesis "Reforma del Sector Salud en República Dominicana", y en 1997 se creó la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (Caba, 2008).

La lógica del Pluralismo Estructurado marca cómo se distribuyen la gestión, prestación y financiación de la salud y la protección social en República Dominicana. En marzo de 2001 se promulgó la Ley 42-01 (Ley General de Salud), en tanto que en mayo de 2001 se hace lo mismo con la 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 operativizar 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), 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 ideológicas 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 monopolístico, mediante la utilización de varios tipos de herramientas diferentes [...].

Entre las cuales 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 seudomercado 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, en una gama amplia de especialistas y analistas del modelo.

Pero 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).

Desde una perspectiva alternativa, un sistema de salud integral debería actuar en todos los niveles en que la vida saludable es construida, teniendo como objetivo el pleno desarrollo de las potencialidades humanas, vistas estas tanto individual como colectivamente. En esa dirección la salud puede ser promovida, protegida, además de prevenir y restaurar- curar ante la enfermedad o el daño, con un sistema de salud integral que intervenga en ocho grandes dimensiones (Selig, 2017):

- Modificar el marco de actuación en que se desarrolla la salud y la vida.
- Modificar el modo de vida de los grupos sociales.

- Promocionar la salud y la vida.
- Prevenir el riesgo de enfermedades.
- Fomentar la capacidad de auto cuidado.
- Mejorar la comunicación y la información en salud con la población.
- Atender de forma integral las enfermedades y sus daños.
- Mejorar la gestión de casos de personas que viven bajo condiciones crónicas.

Ante el Estado subsidiario instituido en Chile, los autores Allard, Henning y Galdámez plantean un gran desafío, absolutamente válido y coherente con la noción de que en República Dominicana existe un “Estado Social y Democrático de Derecho”:

La consagración de un Estado comprometido con la salud de todos [...] puede ser el motor de un cambio de condiciones de vida para muchas personas, su reconocimiento merece tener lugar en las discusiones que esperamos puedan producirse en los próximos años, como una aspiración que permita en definitiva profundizar la democracia. El Estado debe liderar una política de justicia en este campo que asegure la protección del interés general y colectivo de nuestra población por sobre intereses privados. Si bien ello no impide una provisión mixta de la salud, la provisión en salud debe estar guiada por una mirada de bien público y no de un Estado que asume lo sobrante” (Allard, Henning y Galdámez, 2016).

Derecho a las pensiones

Según 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”.
- 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 aplicada 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; Basile, en: Fundación Juan Bosch, Fundación Sol y Médicos del Mundo, 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).

Los 10 mitos sobre los sistemas de seguridad social identificados por Peter Orszag y Joseph Stiglitz

(Kremerman, 2014).

- i) **Mitos macroeconómicos:** 1) Las cuentas individuales aumentan el ahorro nacional; 2) las tasas de rentabilidad son mayores en un sistema de cuentas individuales; 3) las tasas de rentabilidad decrecientes de los sistemas de reparto reflejan problemas fundamentales y 4) la inversión de los fondos fiduciarios públicos en acciones no tiene efectos macroeconómicos.
- ii) **Mitos microeconómicos:** 5) Los incentivos en el mercado laboral son mejores en un sistema de cuentas individuales; 6) los planes de prestación definida necesariamente otorgan más incentivos para el retiro anticipado y 7) la competencia asegura bajos costos administrativos en un sistema de cuentas individuales.
- iii) **Mitos de economía política:** 8) Los gobiernos corruptos e ineficientes brindan una argumentación para las cuentas individuales; 9) las políticas de ayuda estatal son peores bajo los planes públicos de prestación definida y 10) la inversión de los fondos fiduciarios públicos siempre se realiza sin el debido cuidado y su gestión es deficiente.

Una vez la avanzada contra los sistemas de pensiones pudo crear el terreno propicio, el cuerpo argumental de las reformas a aplicar provino de la denominada NOP (Nueva Ortodoxia Previsional), que el propio Banco Mundial impulsó e implementó. El informe que inspiró este proceso fue “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 (Basile, en: Fundación Juan Bosch, Fundación Sol y Médicos del Mundo, 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

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.

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 por Basile en: Fundación Juan Bosch, Fundación Sol y Médicos del Mundo, 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 NOP del Banco Mundial el modelo de Chile era la panacea por promover (Basile, en: Fundación Juan Bosch, Fundación Sol y Médicos del Mundo, 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). En el modelo paralelo, en el que se inscribieron Perú (1993) y Colombia (1994), los trabajadores deben elegir entre el sistema público de reparto o el esquema de capitalización individual y, por tanto, ambos sistemas son excluyentes y conviven compitiendo por los afiliados. El modelo paralelo integrado, que incluye una base solidaria universal que daría cobertura a todos los asegurados, correspondió al caso de Argentina (1994). Por último, el modelo mixto, donde el sistema público de reparto y el de capitalización individual se complementan, y los afiliados pertenecen a ambos sistemas,

se estableció en Uruguay (1996), Costa Rica (2001) y Panamá (2008). En total, 23 países realizaron algún tipo de privatización en su sistema de pensiones, 13 de ellos en América Latina y 10 en Europa Central y Oriental, incluyendo a Rumania en 2008 (CEPAL, 2018).

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 tipos⁹ 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

⁹ “Three Pillars of Pensions: Is There Really a Need for Mandatory Contributions?”, en: OECD Private Pensions Conference, Private Pension Series, No. 3, Paris, 2001, pp. 385-397.

contributivo; 3) un beneficio universal uniforme a todos los mayores a partir de cierta edad¹⁰ (Basile, en: Fundación Juan Bosch, Fundación Sol y Médicos del Mundo, 2016).

Ejemplos claros de esta línea de acción son la reforma chilena de 2008 y la que terminó imponiéndose en El Salvador en 2017. También el discurso nuevo habla de aumentar la edad de retiro, ampliar las posibilidades de inversión interna y externa de las AFP incluyendo las bolsas de valores, crear AFP públicas y disminuir tasas de comisiones, como recursos para “salvar” y mejorar el sistema de capitalización individual y financiarización de las pensiones.

En el fondo, la “individualización” de la cobertura del riesgo implícita en las reglas operativas de la NOP sigue intacta y vigente como planteamiento de ser la 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 (que en República Dominicana ha demostrado su rotundo fracaso social).

¹⁰ Esta es básicamente la esencia de la reforma aplicada en Chile en 2008.

Aunque ciertamente se necesitaría aumentar la cantidad de trabajadores que aportan, así como también mayores aportes fiscales (bajo una lógica de equidad y redistribución), y más eficiencia y transparencia en el uso de los recursos, el negocio de las AFP no representa nada de ello ni solución en estos temas. Lo que es seguro y cierto, confirmado, bajo este régimen de apropiación y corrupción legalizada, es que con la capitalización individual, que significa la ley de “rascarse con sus propias uñas” y “taparse hasta donde dé la sábana”, no hay posibilidad de una tasa de reemplazo aceptable y menos de una pensión digna y humana, aunque las AFP aceptaran ganar o pesos por comisiones, más en una economía, una sociedad y un mercado laboral como los de República Dominicana.

En los últimos años, en varios países han ocurrido reformas parciales o totales de los sistemas impuestos en América Latina bajo la NOP. En la actualidad, y en virtud de los procesos de re-reforma, solo Chile, México, El Salvador y República Dominicana siguen teniendo estructuras de contribución definida del tipo privada como eje central para el financiamiento de pensiones. En términos generales, el sistema de capitalización individual puro se ha reducido a pocos casos, y en la gran mayoría de los países el pilar público no solo es el principal, sino el único. Como explica Kremerman,

[...] en 154 países existe un sistema contributivo de pensiones. No obstante, solo en 36 países (23%) existe un segundo pilar privado. Pero, hay un elemento adicional que debe tenerse en consideración. En la mayoría de los países donde existe un pilar privado, este cumple un rol complementario (17 países) o

nace como una opción (7 países) al sistema público de reparto [...] en solo 9 países del mundo hay un sistema puro de contribución definida de capitalización individual, pero en cinco, coexiste junto a una pensión universal no contributiva o una pensión en función de recursos que cumple ampliamente los criterios de suficiencia [...]. En síntesis, solo Chile y República Dominicana, tienen un sistema de pensiones de capitalización individual “puro”, acompañado de un pilar contributivo acotado (en Chile solo a partir de 2008). (Kremerman, 2014).

Como corolario, un informe publicado a inicios de 2019 por la OIT confirma que la privatización de los sistemas públicos de pensiones no hace más que proporcionar enormes beneficios a una minúscula élite financiera, dejando de manera accesoría los fines de protección previsional que debe existir en el marco de un sistema de pensiones universal y solidario.

Según dicho informe de la OIT, titulado “La reversión de la privatización de las pensiones: Reconstruyendo los sistemas públicos de pensiones en los países de Europa Oriental y América Latina (2000-2018)”,¹¹

Visto que el 60% de los países que privatizaron las pensiones públicas obligatorias revirtieron dicha privatización, y teniendo en cuenta las sucesivas pruebas sobre las

¹¹ “La reversión de la privatización de las pensiones: Reconstruyendo los sistemas públicos de pensiones en los países de Europa Oriental y América Latina (2000-2018)”, Organización Internacional del Trabajo (OIT). [En línea, consulta en fecha 21 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55496>.

repercusiones sociales y económicas negativas, se puede afirmar que el experimento de privatización de las pensiones públicas ha fracasado. La privatización de las pensiones no dio los resultados esperados.¹²

El documento de la OIT define una serie de propuestas a los fines de, precisamente, “revertir” la situación actual de los sistemas de pensiones, muchas de las cuales coinciden con los argumentos expuestos en el debate reciente de República Dominicana y América Latina, señalando que

La privatización de las pensiones se puede revertir rápidamente, en tan solo unos meses. Los países que están sopesando la posibilidad de reconstruir sus sistemas públicos de pensiones, deben adoptar once medidas políticas principales: (i) iniciar un diálogo social para generar un consenso y lanzar campañas de comunicación; (ii) constituir un comité técnico tripartito de reforma, encargado de diseñar e implementar la renacionalización del sistema de pensiones; (iii) promulgar leyes con las principales características del sistema de prestaciones basadas en el reparto, de conformidad con las normas de seguridad social de la OIT; (iv) crear una institución/ administrador público de las pensiones que garantice la gobernanza tripartita; (v) transferir miembros del sistema privado al público; (vi) transferir los recursos acumulados de las cuentas individuales; (vii) establecer nuevas tasas de contribución y comenzar a recaudar contribuciones para el

¹² Ídem, traducción libre.

nuevo sistema público de pensiones; (viii) cerrar el mecanismo de recaudación de contribuciones del sistema privado; (ix) implementar servicios de inspección y mecanismos de aplicación de contribuciones; (x) crear la unidad o entidad a cargo de la gestión de inversiones del sistema público de pensiones; (xi) cerrar el organismo de supervisión y regulación de las pensiones del sector privado.¹³

La intimidad de la reforma dominicana en 2001

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

¹³ ídem.

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

Como se dijo anteriormente, en aquellos tiempos 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 conoedor 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 No. 87-01, que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Visto este esbozo histórico de los procesos de reforma al sistema de pensiones en República Dominicana, podríamos hacer acopio de las palabras pronunciadas por el experto Albuquerque 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 asegurados, 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. [Las cursivas son de los autores].* (CONARE, Albuquerque, 1998).

CAPÍTULO II

GASTO NACIONAL Y ASEGURAMIENTO EN RIESGOS DE SALUD: LA CONSTRUCCIÓN DE UN GRAN NEGOCIO

A partir de 2008, primer año completo de puesta en funcionamiento del régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS), se ha producido un considerable cambio en la composición del gasto nacional en este rubro. Este ha consistido fundamentalmente en un aumento de la proporción del financiamiento dirigido a los regímenes contributivo y subsidiado del SFS, en detrimento de los recursos que el gobierno central destina directamente a la salud.

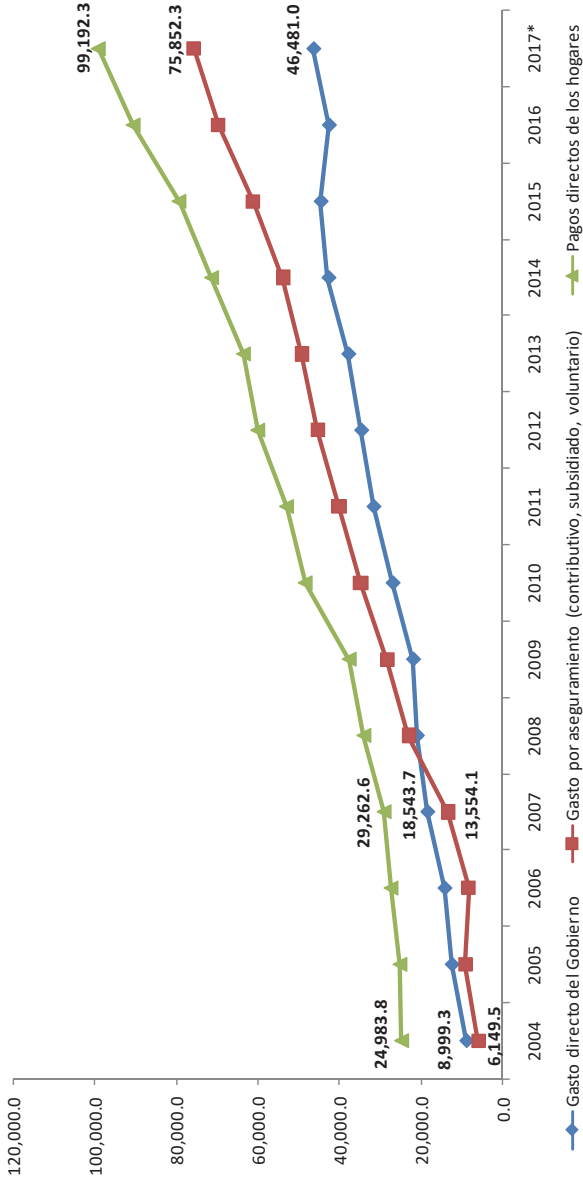
Lo anterior no es un hecho casual. La concepción original, reflejada en múltiples escritos y estudios, es que el aseguramiento como *financiamiento a la demanda*, reemplace absolutamente al *financiamiento directo del Estado a la oferta de servicios*; es decir, los centros de atención o prestadores, y que el Estado quede casi exclusivamente con las funciones de rectoría y algunas actividades subsidiarias (lo que los agentes del mercado no atiendan), vinculadas a lo que llaman (en una acepción sui géneris) “salud colectiva”. Bajo esta lógica, de lo que suceda con el régimen de aseguramiento (como se mostrará más adelante) dependerá en gran medida el destino de los centros públicos de salud que usa la mayoría de la población del país. La promesa de mejoría en el financiamiento de

los hospitales públicos ha sido desmentida en los hechos, lo cual se podrá constatar con los datos expuestos a continuación.

En 2007 lo gastado por aseguramiento, que incluye los seguros del régimen contributivo y subsidiado, voluntarios y de ONG's, fue de RD\$13,554.1 millones o el 22.1% del total del gasto corriente en salud (GCS); mientras que en el mismo año el aporte directo del sector público (fundamentalmente gobierno central) fue de RD\$18,543.7 millones o el 30.2% del total del GCS. Sin embargo, a partir del 2008, cuando entra en pleno funcionamiento el régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS), comienza a abrirse una brecha que favorece el gasto por aseguramiento en detrimento del que se hace vía el gobierno, la cual se ensancha notablemente a partir del 2015. Así, al cabo del 2017, el financiamiento de la salud por medio de los seguros asciende a RD\$75,852.3 millones o 34.2% del GCS global; mientras que el realizado a través de la esfera gubernamental es de solo RD\$46,481 millones o el 21% del GCS total (ver gráfico 1 en la página siguiente).

GRÁFICO 1

Gasto corriente en salud según fuente de financiamiento, 2004-2017
(Valores en millones de RD\$)



Fuente: elaboración propia en base a datos de la División de Cuentas Nacionales de Salud, de la Dirección de Planificación Institucional del Ministerio de Salud Pública. Septiembre, 2018.

Nota: * Provisional

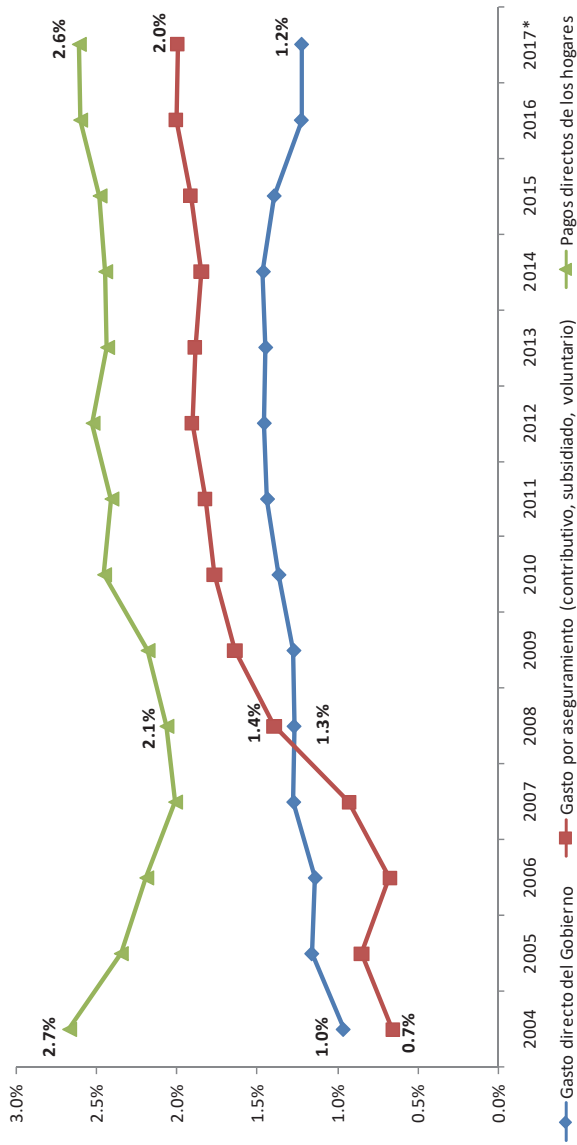
Asimismo, el gasto en salud que tienen que asumir las familias (gasto de bolsillo)¹⁴ crece continuamente y sigue ocupando la mayor proporción del financiamiento a la salud: RD\$99,192.3 millones o el 45% del GCS en 2017; de forma tal que su participación en el GCS se ha mantenido casi inalterable durante 2008-2017 (por encima del 42%, ver gráfico 1). 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.

Igualmente, con respecto a la evolución del gasto corriente en salud como porcentaje del PIB, se observa a partir del 2008, por un lado, un bajo y estancado financiamiento del gobierno; y, por el otro, unos altos y crecientes montos destinados al aseguramiento y al pago directo de los hogares (ver gráfico 2 en la página siguiente).

¹⁴ El gasto directo o de bolsillo de los hogares incluye los pagos que estos realizan total y/o parcialmente (copagos) para saldar la parte de la factura no cubierta por los seguros, ya sean estos obligatorios o complementarios.

GRÁFICO 2

Gasto corriente en salud según fuente de financiamiento, 2004-2017
(Como % del PIB)

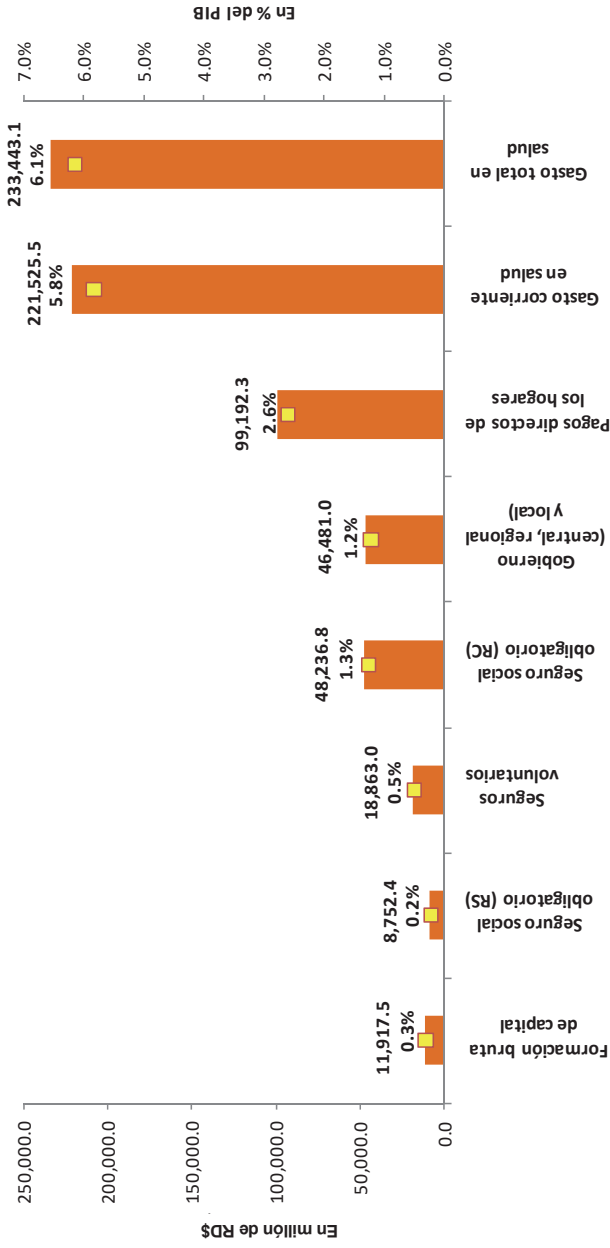


Fuente: elaboración propia en base a datos de la División de Cuentas Nacionales de Salud, de la Dirección de Planificación Institucional del Ministerio de Salud Pública. Septiembre, 2018.
Nota: * Provisional.

En 2017, el gasto total en salud como porcentaje del PIB se estima en 6.1%; de este porcentaje, el correspondiente a lo gastado por aseguramiento y lo pagado directamente por los hogares es de 4.6%, y solo el 1.2% corre a cuenta del gobierno. A la formación bruta de capital en sector salud representa solo el 0.3% del PIB (ver gráfico 3 en la página siguiente).

GRÁFICO 3

Gasto en salud según esquema de financiamiento, 2017*



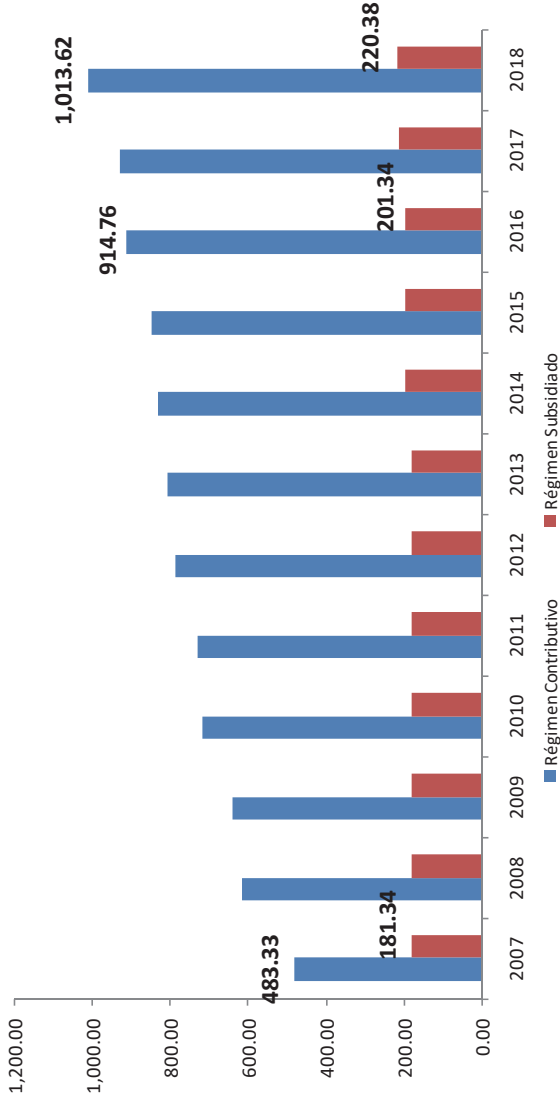
Fuente: elaboración propia en base a datos de la División de Cuentas Nacionales de Salud, de la Dirección de Planificación Institucional del Ministerio de Salud Pública. Septiembre, 2018.
Nota: * Provisional.

En resumen, como se ha visto, este esquema de financiamiento de la salud, propio del modelo neoliberal, que favorece la demanda para negocios privados en perjuicio de la oferta pública, se consolida año tras año en República Dominicana.

Por otro lado, tal como se afirmó en un estudio previo de 2017, se mantiene el sesgo que favorece ampliamente al régimen contributivo por sobre el subsidiado, habida cuenta de que el monto dispersado per cápita en el primero es más de tres veces mayor que el dispersado en el segundo (ver gráfico 4 en la página siguiente).

GRÁFICO 4

Evolución del monto dispersado per cápita promedio mensual del Régimen Contributivo* vs. Régimen Subsidiado, 2007-2018 (Valores en RD\$)



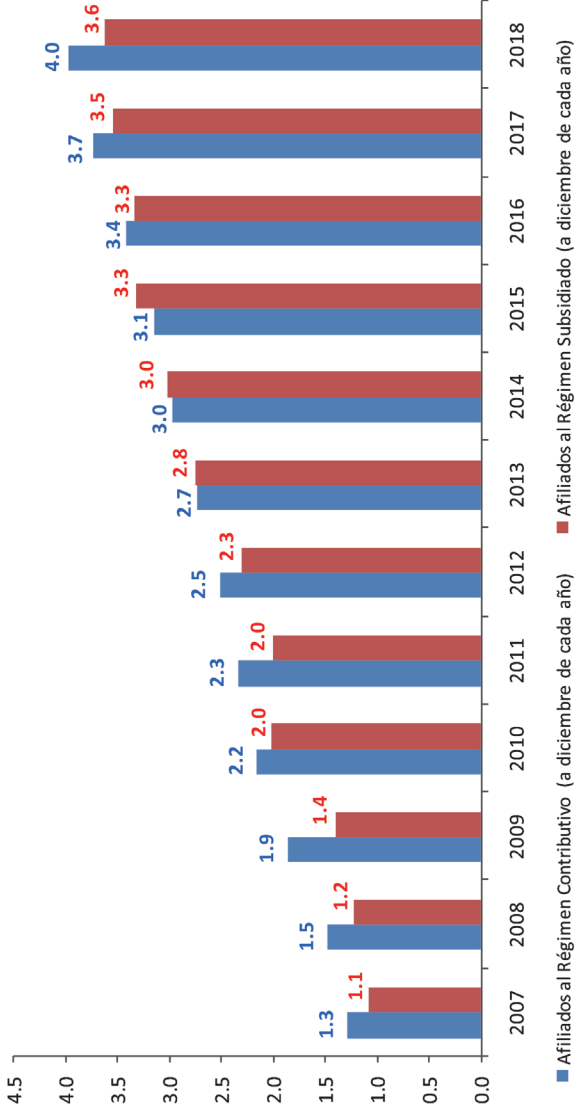
Fuente: elaboración propia con datos de la SISALRIL obtenidos vía solicitud de información pública.
* Excluye a las ARS de Autogestión.

Igualmente, sigue vigente la pregunta que nos hiciéramos hace dos años: si en el régimen subsidiado “[...] se ha creado un seguro y salud para pobres”,³⁵ puesto que en la actualidad hay más de 3.6 millones de afiliados a este régimen tan precario; sobre todo cuando en el propio régimen contributivo llueven las denuncias y las quejas sobre las fuertes limitaciones de cobertura para diversos servicios médicos, que atentan contra el acceso y la calidad de la salud de los pacientes (ver gráfico 5 en la página siguiente).

³⁵ Fundación Juan Bosch, “¿Seguros de salud o Negocio seguro? Análisis del modelo de financiamiento y mercantilización de la salud bajo el régimen de seguros en República Dominicana”, Ediciones Fundación Juan Bosch, Santo Domingo, 2017, p. 32.

GRÁFICO 5

Evolución del número de afiliados del Régimen Contributivo* vs. Régimen Subsidiado, 2007-2018 (Valores en millones de RD\$)



Fuente: elaboración propia con datos de la SISALRIL obtenidos vía solicitud de información pública.
* Excluye a las ARS de Autogestión.

Por lo tanto, se sigue verificando que

“[...] otra de las importantes promesas, entiéndase la garantía plena de iguales condiciones para todos sin importar su tipo de aseguramiento, resulta fallida. Al primar los principios básicos del modelo, especialmente la “sostenibilidad” y el “equilibrio financiero”, aunque la población y los empleadores pagan una cantidad creciente de impuesto a la seguridad social, el financiamiento que proviene de este se vuelca a la lógica “comprador-vendedor” y el financiamiento público se establece como residual en el modelo. La sostenibilidad y el equilibrio financiero son principios inquebrantables, sobre todo dado que “los pobres se enferman más”.¹⁶

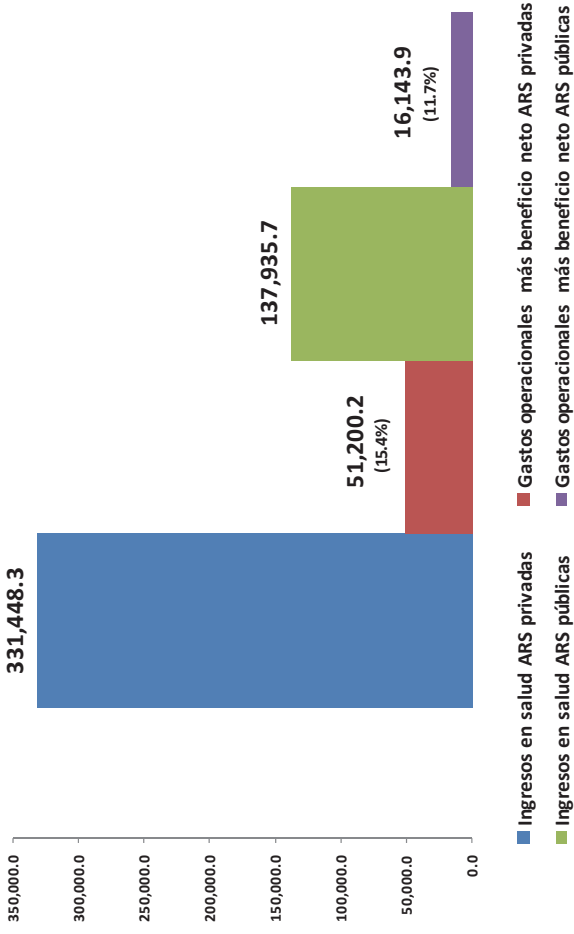
Como se ha dicho antes, las ARS, en especial las privadas, sin ser médicos ni enfermeros; sin ser hospitales o prestadores de servicios de salud, sino fundamentalmente empresas intermediarias entre médicos y pacientes, año tras año, resultan ser costosísimas para el sistema de salud dominicano.

En 12 años (2007-2018), las ARS privadas obtuvieron por concepto de gastos operacionales y beneficios netos la suma de 51,200.2 millones de pesos (4,266.7 millones de pesos promedio anual), concentrados principalmente —como veremos más adelante— en cuatro ARS. Contrario a la promesa de que estas empresas privadas darían más eficiencia al sistema, esta cifra total de gastos operacionales y beneficios netos, representa el 15.4% de los ingresos en salud acumulados por las ARS privadas; mientras que en las ARS públicas la proporción entre gastos operacionales más beneficios netos/ingresos en salud es de 11.7% (ver gráfico 6).

¹⁶ *Ibidem*, p. 33.

GRÁFICO 6

Ingresos en salud, gastos operacionales más beneficio neto* de las ARS del Régimen Contributivo, según privadas y públicas, total acumulado 2007-2018 (Valores en millones de RD\$)

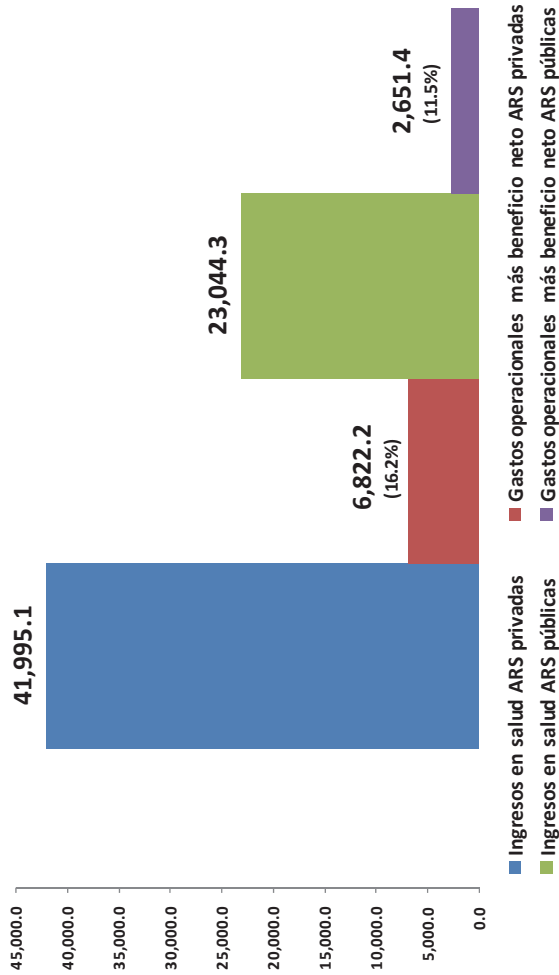


Fuente: elaboración propia con datos de la SISALRIL obtenidos vía solicitud de información pública.
 * Ingresos en salud, gastos operacionales más beneficio neto consolidados (además del PDSS, incluye otros planes de salud).

Asimismo, en 2018 las ARS privadas, con casi tres millones de afiliados, tuvieron unos ingresos totales en salud en torno a los 42,000 millones de pesos, de los cuales se apropiaron más de 6,800 millones o el 16.2% por concepto de gastos operacionales y beneficios netos; mientras que en las ARS públicas, con poco más de un millón de afiliados, la proporción entre gastos operacionales más beneficios netos/ingresos en salud, representó el 11.5% (ver gráfico 7 en la página siguiente).

GRÁFICO 7

Ingresos en salud, gastos operacionales más beneficio neto* de las ARS del Régimen Contributivo, según privadas y públicas, 2018
(Valores en millones de RD\$)



Fuente: elaboración propia con datos de la SISALRIL obtenidos vía solicitud de información pública.
* Ingresos en salud, gastos operacionales más beneficio neto consolidados (incluye el PDSS y otros planes de salud).

Según datos suministrados por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), entre 2007 y 2018 las ARS privadas han obtenido beneficios totales por un valor de 12,696.2 millones de pesos. Esto quiere decir que, gracias a las contribuciones e impuestos que mes tras mes pagan trabajadores y empleadores por el Seguro Familiar de Salud (SFS), las ARS privadas, como administradoras de estos recursos, se han asegurado, en promedio, beneficios anuales superiores a los 1,000 millones de pesos. En cambio, en igual período, las ARS públicas han alcanzado beneficios totales por un valor de 2,004.1 millones de pesos; es decir, 167 millones de pesos promedio anual, equivalente a solo el 16% de los beneficios que logran las ARS privadas (ver gráfico 8 en la página siguiente).

GRÁFICO 8

Beneficios o pérdidas* ARS públicas y privadas, septiembre 2007-diciembre 2018 (Valores en millones de RD\$)



Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la SISALRIL mediante solicitud de información.
* Incluye el PDSS y otros planes de salud.

Como se puede observar en el gráfico 8, tras haber transcurrido dos años desde la fecha de corte del anterior estudio sobre el aseguramiento en riesgos de salud, las ARS privadas han obtenido beneficios record: en 2017 y 2018 estos ascendieron a 1,853.5 y 1,871.6 millones de pesos, respectivamente.

De esta manera, las ARS privadas siempre se han asegurado de operar con altas y estables tasas de rentabilidad. En 12 años, nunca han tenido un retorno porcentual sobre su patrimonio inferior al 21%, siendo este, en promedio, de 30% anual. En los últimos dos años, su rentabilidad se ha incrementado sustancialmente: mientras en 2016 fue de 23.4%, se elevó en torno al 30% en 2017 y 2018 (ver gráfico 9 en la página siguiente).

GRÁFICO 9

Rentabilidad* de las ARS privadas y públicas, septiembre 2017-diciembre 2018 (En porcentajes)



Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la SISALRIL mediante solicitud de información.
* Corresponde al retorno porcentual (beneficios del período) que ha obtenido la empresa sobre su patrimonio. Incluye el PDSS y otros planes de salud.

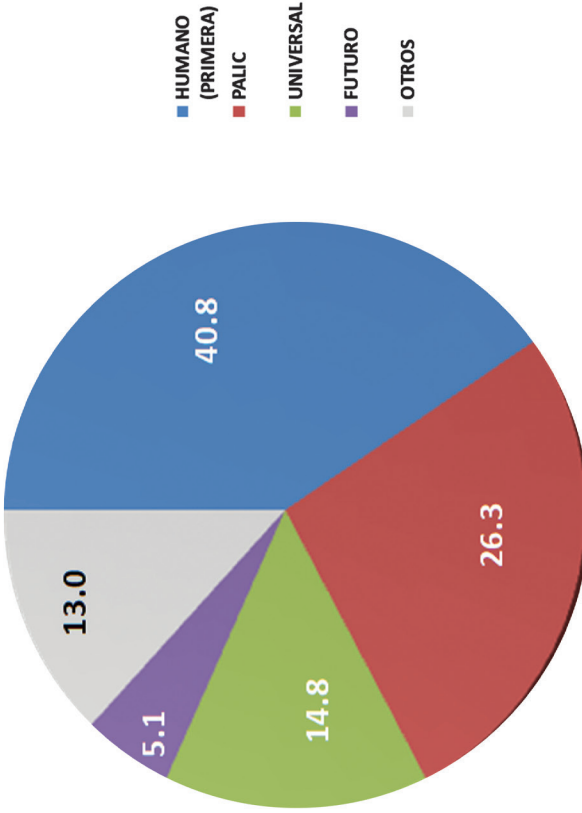
Queda una vez más en evidencia lo que ya habíamos afirmado dos años atrás, que las ARS funcionan como mecanismos de expropiación de parte de los ingresos de trabajadores y empleadores, obteniendo así ganancias parasitarias. Mientras esto ocurre, el acceso a todo tipo de servicios de salud resulta cada vez más caro, precario y/o inaccesible para millones de personas de escasos recursos, y la salud pública se encuentra en crisis permanente, debido fundamentalmente a la falta de recursos.

Por otro lado, como se indicó en la primera parte de esta publicación, los partidarios del actual régimen de aseguramiento en salud, postulaban que con la incursión de las ARS privadas se promovería la “libre competencia” y, con ello, mayores niveles de “eficiencia” y “bienestar” para los “usuarios” del servicio (eficiencia y bienestar que, como se ha visto en la práctica, no existen).

La evidencia sigue demostrando que el mercado de las ARS privadas se encuentra altamente concentrado. Medido en función de los ingresos totales percibidos, en 2018 solo cuatro ARS concentran el 87% del mercado, y una sola concentra el 41% (ver gráfico 10 en la página siguiente).

GRÁFICO 10

Participación de mercado* de las ARS privadas 2018
(En porcentaje del ingreso total)



Fuente: elaboración propia con datos de la SISALRIL.

* La participación de mercado se ha calculado en función de la proporción que representa cada ARS existente en los ingresos totales que genera la industria privada de los seguros de salud.

Otro mito que se derrumba con los datos es el mejor y mayor financiamiento de los servicios públicos. En 2017 ya se había afirmado que:

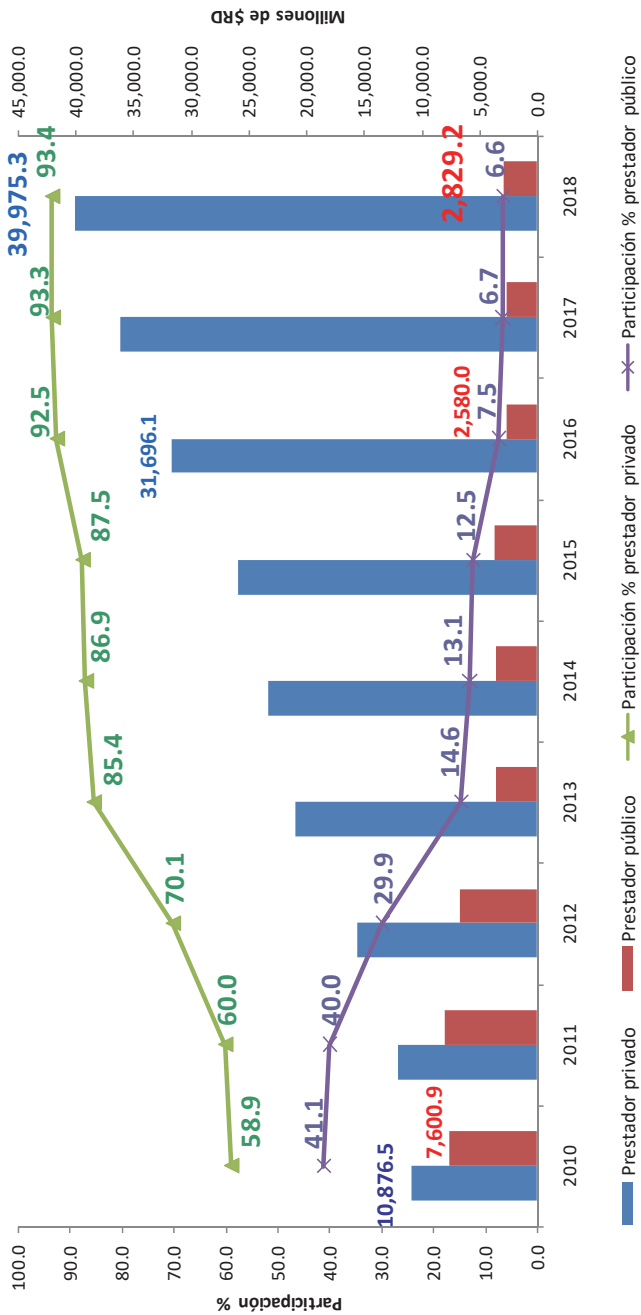
Convertida la salud en un mercado, dominado por la industria privada y la intermediación financiera, y bajo la lógica “comprador-vendedor”, queda claro que la tendencia en el régimen contributivo ha sido, y es, utilizar los impuestos del Seguro Familiar de Salud (SFS) que se facturan a trabajadores y empleadores para garantizar el flujo de la demanda cada vez mayor a los prestadores privados, a costa de la creciente reducción de la demanda y el financiamiento a los prestadores públicos. Es decir, este régimen ha servido para aumentar considerablemente la posición de mercado de los centros privados, en detrimento de los centros públicos, garantizándoles una cuota del mercado de la salud cada vez mayor a los primeros y, por ende, una cada vez menor a los segundos.¹⁷

En efecto, la tendencia citada en el párrafo anterior, no ha hecho más que empeorar, pues si en 2016 las ARS destinaban el 92.5% de sus pagos a los prestadores privados de salud, en 2018 destinaron el 93.4%; en consecuencia, la proporción de los pagos a los prestadores públicos pasó de 7.5% a 6.6% en el mismo lapso (ver gráfico 11 en la página siguiente).

¹⁷ *Ibíd*em, p. 41.

GRÁFICO 11

Montos pagados por las ARS del Régimen Contributivo, según tipo de prestador de servicio de salud, 2010-2018



Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la SISALRIL mediante solicitud de información.

Igualmente, se advertía en 2017 que

[...] los fondos públicos destinados al régimen de aseguramiento subsidiado han servido para incrementar y garantizar la demanda (ingresos y beneficios) de los prestadores privados a costa de la sostenibilidad de centros públicos que, encerrados en un círculo vicioso, quedan insuficientemente financiados para garantizar la salud como un derecho consagrado en la Constitución, incluso la atención meramente curativa.¹⁸

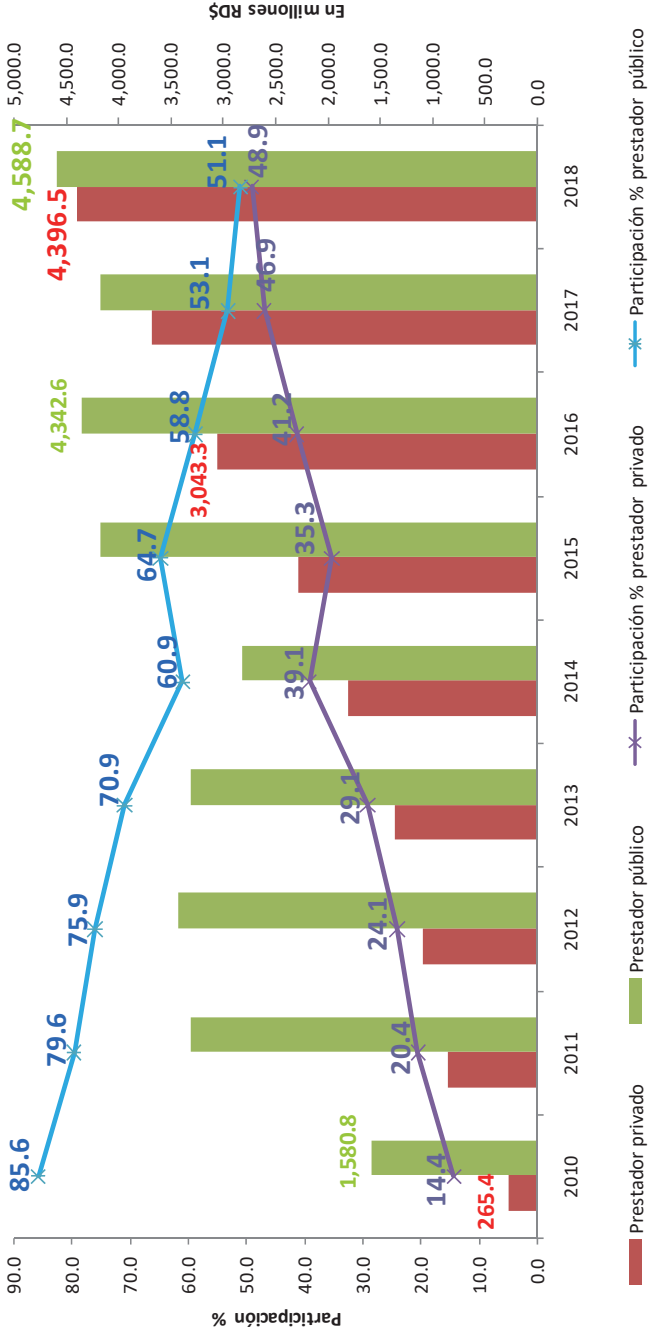
Asimismo, señalábamos lo paradójico de esta situación, pues el discurso con que se “legitimó” la reforma al sistema de salud prometía garantizar financiamiento suficiente al sector público. Además, si el régimen subsidiado se financia con fondos públicos, como en efecto ocurre, lo razonable es que bajo este régimen se prioricen los centros y prestadores públicos de servicios de salud.

Sin embargo, en los dos últimos años, la situación de los pagos a los centros públicos con fondos del régimen subsidiado, ha empeorado notablemente. En 2016, el 58.8% de los pagos realizados por el régimen subsidiado se destinaban a los prestadores públicos, y el 41.2% a los privados. Pero ya en el 2018, solo el 51.1% de los pagos fueron percibidos por los hospitales públicos y, por lo tanto, el 48.9% por los privados. Evidentemente, en los últimos años se ha favorecido tanto al sector privado, que ya recibe casi la mitad de los pagos realizados por el régimen subsidiado, que es financiado con impuestos generales y las finanzas públicas (ver gráfico 12).

¹⁸ *Ibidem*, p. 42.

GRÁFICO 12

Montos pagados por las ARS del Régimen Subsidiado, según tipo de prestador del servicio de salud, 2010-2018



Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la SISALRIL mediante solicitud de información.

Vale destacar que, como no encontramos ningún indicio de que esta tendencia vaya a revertirse, es probable que en los próximos años se observe una parte cada vez mayor de los pagos del régimen subsidiado derivándose a centros y proveedores privados.

Finalmente, se cita el siguiente párrafo del estudio de 2017, que cobra mayor vigencia en el presente:

Se demuestra de esta manera cómo este régimen de financiamiento a la demanda, en lugar de la oferta de servicios de salud garantizados y universales, ha condicionado la distribución de los recursos que maneja entre los prestadores públicos y privados, beneficiando a estos últimos, y ha convertido en fallida la promesa de un financiamiento suficiente a los centros públicos a través del régimen de seguros públicos (contributivo y subsidiado). Se pone en evidencia, además, la abismal diferencia en la dispersión de financiamientos entre ARS privadas y públicas, y, por ende, el desfinanciamiento sistemático para los prestadores públicos en este régimen.¹⁹

¹⁹ Ídem.

CAPÍTULO III

SISTEMA DE PENSIONES: EL ASALTO DEL SIGLO

A continuación se analizará la situación del sistema de pensiones a la luz de datos actualizados. Como se puede observar en el cuadro 1, si bien en los últimos años ha aumentado la afiliación al sistema de pensiones dominicano (un 87% en el sector formal), el porcentaje de los que actualmente cotizan en el mismo apenas alcanza el 47.7%; es decir, 1 de cada 2 personas no cotiza en el sistema. En la caso de las AFP, la densidad de cotizantes es de solo el 46.8% (ver cuadro 1 en la página siguiente).

CUADRO 1

Distribución de afiliados, cotizantes y densidad de cotizantes en el sistema
(Al 30 de junio 2019)

Sistema	Afiliados activos*	% de afiliados activos sobre el total	Cotizantes	% de cotizantes sobre el total	Densidad de cotizantes
Popular	1,191,475	30.2%	573,920	30.4%	48.2%
Reservas	509,548	12.9%	283,435	15.0%	55.6%
Romana	28,728	0.7%	16,949	0.9%	59.0%
Crecer	1,162,825	29.4%	485,057	25.7%	41.7%
Siembra	801,590	20.3%	363,651	19.3%	45.4%
Atlántico	41,175	1.0%	22,115	1.2%	53.7%
JMMB-BDI	4,852	0.1%	4,032	0.2%	83.1%
Total AFP	3,740,193	94.7%	1,749,159	92.8%	46.8%
FONDOS DE REPARTO					
Banco Central	1,380	0.0%	528	0.0%	38.3%
Banco de Reservas	2,490	0.1%	1,850	0.1%	74.3%
INABIMA	111,283	2.8%	93,402	5.0%	83.9%
Reparto Individualizado	115,153	2.9%	95,780	5.1%	83.2%
Ministerio de Hacienda	95,410	2.4%	31,998	1.7%	33.5%
Sin información	0	0.0%	8,260	0.4%	n/a
Total Fondos pensiones	3,950,756	100.0%	1,885,197	100.0%	47.7%

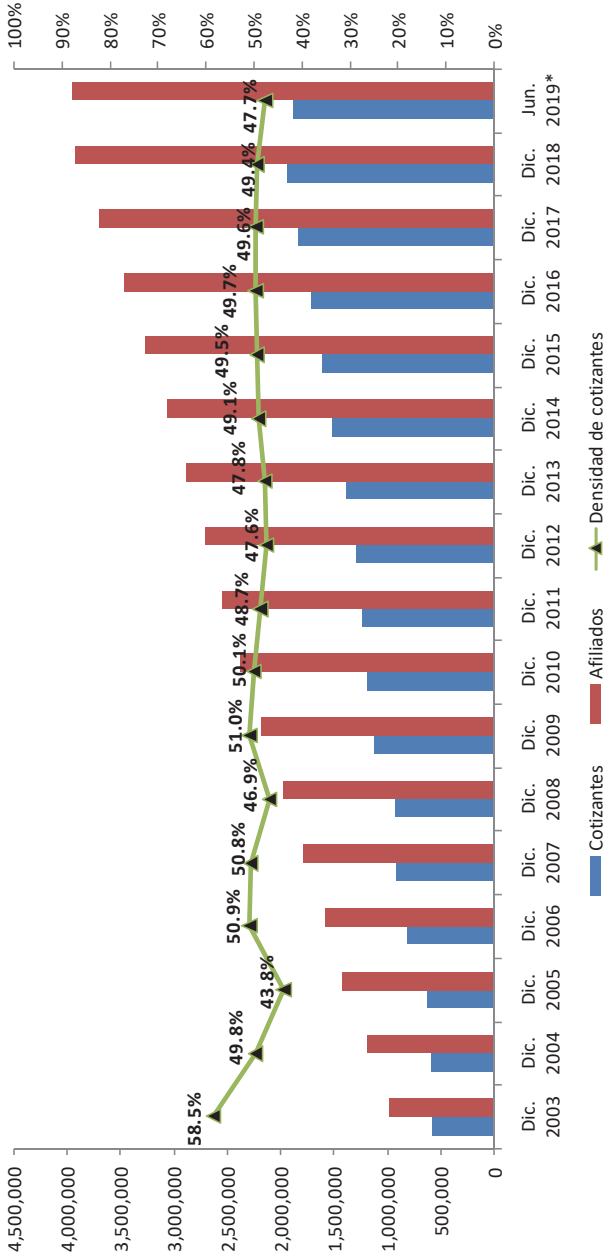
Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 64 de la SIPEN.
* Afiliados al Sistema que no han sido reportados como fallecidos.

Entre diciembre de 2003 y junio de 2019, la densidad de cotizantes (cotizantes/afiliados) paso de 58.5% a 47.7%, cayendo en casi 11 puntos porcentuales (ver gráfico 13 en la página siguiente). Como se ha dicho antes: “La baja densidad de cotizantes significa que hay un sector de los trabajadores que, si bien está registrado en el sistema, no cotiza regularmente, producto, entre otros factores, de la inestabilidad y precariedad laboral en la economía dominicana”.²⁰

²⁰ Fundación Juan Bosch, “Radiografía del sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). ¿Seguridad social o gran negocio?”, Ediciones Fundación Juan Bosch, Santo Domingo, 2018, p. 5.

GRÁFICO 13

Evolución de afiliados, cotizantes y densidad de pensiones



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Pensiones.
 * Incluye afiliados al Sistema que no han sido reportados como fallecidos.

Con una fuerza de trabajo que en la actualidad (enero-marzo 2019) alcanza los 5,196,805 dominicanos y dominicanas, se tiene que solo un 36.3% de la misma (1,885,197) está cubierta con cotizaciones efectivas; porcentaje que es, a todas luces, muy bajo. En línea con lo expresado en ocasiones anteriores, “Esto habla de un modelo de seguridad social que, al estar vinculado al tipo de empleo y nivel de salario, no se ajusta a la realidad sociolaboral dominicana y resulta fallido para la equidad social”.²¹

En el régimen de capitalización individual solo el 22% de los afiliados tiene más de 100 cotizaciones, y el 34.4% no ha cotizado más de 20 veces. Esto quiere decir que al 78% de los afiliados (con 100 cotizaciones o menos) en el esquema privado de capitalización le faltarían 22 años o más para lograr las 360 cotizaciones (requeridas para poder aspirar a una pensión), haciendo altamente improbable que la gran mayoría de los cotizantes (de por sí una fracción menor de la fuerza de trabajo) pueda acceder a una pensión bajo las reglas imperantes (ver cuadro 2 en la página siguiente).

²¹ Idem.

CUADRO 2

Cantidad de cotizaciones mensuales de afiliados a las AFP (Al 31 de diciembre de 2018)

Cotizaciones mensuales	Cantidad	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hasta 20	1,265,118	34.4%	34.4%
21-40	609,844	16.6%	51.0%
41-60	424,756	11.6%	62.6%
61-80	316,629	8.6%	71.2%
81-100	250,709	6.8%	78.0%
101 y más	809,491	22.0%	100.0%
Total	3,676,547	100.0%	-

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 62 de la SIPEN, al 31 de diciembre de 2018.

Ahora bien, más allá de las volatilidades que podrían haberse visto en los años transcurridos, debe quedar claro que estos entes privados llamados AFP, bajo cualquier esquema propuesto en el pilar de la capitalización individual, no pararán de ganar altas sumas de dinero a costa del esfuerzo de la población dominicana, y esto puede verificarse en los cálculos hechos por los más diversos especialistas que se han referido al tema.

En el año 2018 las AFP vieron reducir sus ingresos operacionales o vía comisiones (los cuales representaban alrededor del 84% de sus ingresos totales en 2017) en 2,759.4 millones de pesos, ya que dichos ingresos pasaron de 7,547 millones de pesos en 2017 a 4,787.7 millones de pesos en 2018. Esta reducción de

36.6% en los ingresos entre un año y otro, llevó a que, como era de esperarse, las utilidades de las AFP se redujeran en 40.5% o 1,880.6 millones, pasando de 4,639.6 millones de pesos en 2017 a 2,759.0 millones de pesos en 2018. No obstante, resulta impresionante el monto de utilidades acumuladas solo entre 2012 y 2018, el cual asciende a RD\$25,290.1 millones o US\$511.6 millones.

Las AFP siguen ganando una inmensa cantidad de dinero, solo que entre un año y otro pueden ganar más o menos, dependiendo principalmente de la rentabilidad de los fondos y de las tasas de interés de los certificados de depósito de la banca comercial, ya que la llamada Comisión Anual Complementaria que bajo el esquema actual representa la mayor parte de sus ingresos (63% en 2017), depende de estas variables. Por ejemplo, en los años 2014, 2015, 2016 y 2018, tanto los ingresos como las utilidades de las AFP, aunque positivos, variaron a la baja (ver cuadro 3 en la página siguiente).

CUADRO 3

Ingresos operacionales y utilidades de las AFP 2012-2018 (Valores en millones de RD\$)

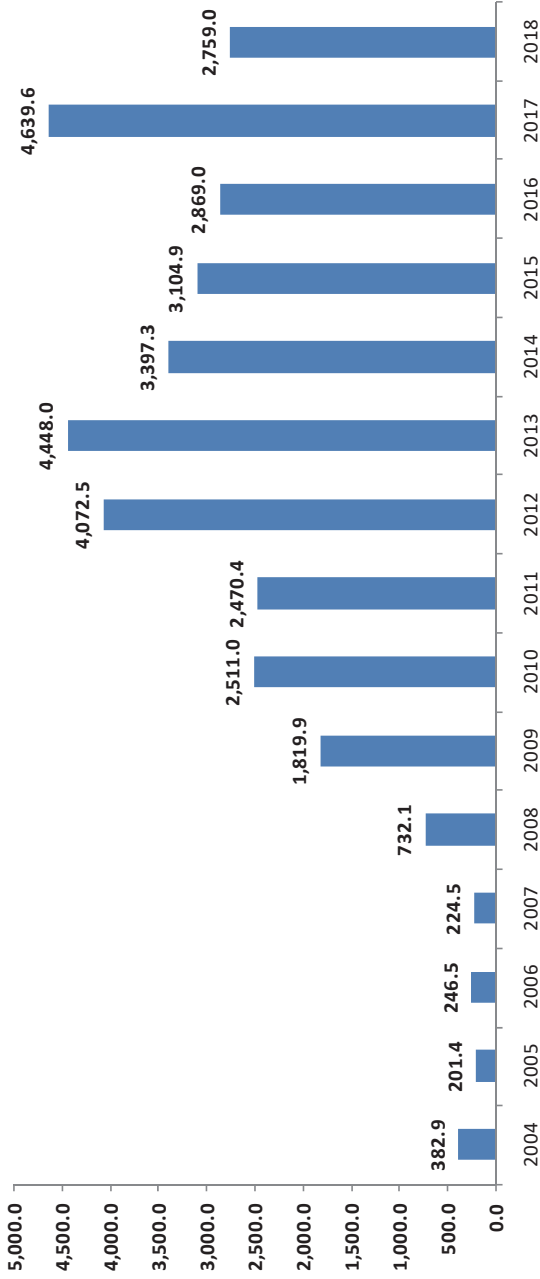
Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ingresos operacionales	5,086.5	6,618.1	5,340.2	5,084.3	4,828.1	7,547.0	4,787.7
Utilidades sistema AFP	4,072.5	4,448.0	3,397.3	3,104.9	2,869.0	4,639.6	2,759.0

Fuente: elaboración propia en base a los boletines trimestrales Nos. 38, 42, 46, 50, 54, 58 y 62 de la SIPEN.

Como ya se ha indicado, las utilidades de las AFP en 2018 fueron de 2,759,013,757 de pesos, y las acumuladas entre 2004 a 2018, ascendieron a 33,879,108,935 pesos. Esto es 685,387,370 de dólares (ver gráfico 14 en la página siguiente y cuadro 4 en la página 100).

GRÁFICO 14

Utilidades Sistema de AFP de 2004-2018 (Valores en millones de RD\$)



Fuente: elaboración propia en base a estados financieros auditados anuales de las AFP.

CUADRO 4

Utilidades y gastos operacionales y generales* sistema de AFP de 2004 a 2018 (Valores en millones)

Año	Utilidades AFP en RD\$ de diciembre 2018	Gastos operacionales y generales
2004	382.9	559.0
2005	201.4	644.9
2006	246.5	681.8
2007	224.5	706.2
2008	732.1	766.4
2009	1,819.9	831.2
2010	2,511.0	1,097.1
2011	2,470.4	1,253.1
2012	4,072.5	1,355.3
2013	4,448.0	1,732.3
2014	3,397.3	1,855.3
2015	3,104.9	1,997.6
2016	2,869.0	2,236.3
2017	4,639.6	2,657.0
2018	2,759.0	2,693.6
Total acumulado 2004-2018	33,879.1	21,066.9
Total, en US\$*	685.4	426.2

Fuente: elaboración propia en base a estados financieros auditados anuales de las AFP.

* Gastos operacionales incluyen: gastos de personal de ventas, gastos del personal administrativo y gastos por servicios externos. Gastos generales incluyen: gastos de traslados y comunicaciones, gastos de infraestructura y gastos diversos.

**Tasa de Cambio de referencia del Mercado *Spot* promedio 2018: RD\$49.4306.

En 2018 los ingresos de las AFP por concepto de comisiones (Comisión Mensual Administrativa y Comisión Anual Complementaria) representaron el 75% del total de ingresos del sistema, mientras que a 2017 representaban el 84%, lo cual, se explica por la reducción en un 53% de los ingresos vía Comisión Anual Complementaria en 2018 con respecto al 2017. No obstante, como se ha visto, el grueso de los ingresos del sistema de AFP sigue dependiendo de las referidas comisiones, principalmente la Comisión Anual Complementaria,²² que representó el 41% de los ingresos totales (ver cuadro 5 en la página siguiente).

²² En el informe del año pasado se recordó que la comisión complementaria por rentabilidades superiores a las tasas de interés de los certificados de depósito no existe en otro país de la región. Solo en Costa Rica se cobraba una comisión por rentabilidad, lo cual terminó en 2010.

CUADRO 5
Ingresos por Tipo y AFP, 2018

Ítem	AFP							Sistema
	Popular	Scotia Crecer	Reservas	Romana	Siembra	AFP Atlántico	AFPIMB BDI	
1) Ingresos operacionales	1,638,998,317	1,179,270,479	895,890,827	37,811,561	1,003,083,578	24,111,287	8,485,065	4,787,651,114
Comisión Mensual Administrativa /1	749,628,839	535,267,459	367,205,077	20,145,444	444,263,635	16,218,717	3,317,384	2,136,046,555
Comisión Anual Complementaria /2	889,161,534	643,818,108	528,613,917	17,662,970	558,680,112	7,887,137	5,167,431	2,650,991,209
Otros Ingresos Operac./ Intereses por Retraso	207,944	184,912	71,833	3,147	139,831	5,433	250	613,350
2) Ingresos Financieros y Rendimiento Garantía de Rentabilidad	704,629,504	143,098,653	216,488,061	12,359,996	399,694,289	1,779,849	3,694,955	1,481,745,307
3) Ingresos Extraordinarios	565,555	4,174,784	4,463,854	6,042,056	128,846,685	5,341,726	0	149,434,660
Total ingresos	2,344,193,376	1,326,543,916	1,116,842,742	56,213,613	1,531,624,552	31,232,862	12,180,020	6,418,831,081

CONTINUACIÓN

Ítem	AFP						Sistema	
	Popular	Scotia Crecer	Reservas	Romana	Siembra	AFP Atlántico		AFPIMMB BDI
Comisión Mensual Administrativa/Ingresos Totales	32.0%	40.4%	32.9%	35.8%	29.0%	51.9%	27.2%	33.3%
Comisión Anual Complementaria/Ingresos Totales	37.9%	48.5%	47.3%	31.4%	36.5%	25.3%	42.4%	41.3%
Ambas Comisiones/Ingresos Totales	69.9%	88.9%	80.2%	67.3%	65.5%	77.2%	69.7%	74.6%
Resultado del Ejercicio	1,023,433,140	678,039,178	383,850,220	10,948,451	738,237,940	-45,993,673	-29,501,499	2,759,013,757
Utilidad/Ingresos Totales	43.7%	51.1%	34.4%	19.5%	48.2%	-147.3%	-242.2%	43.0%

Fuente: Elaboración propia en base a los estados financieros auditados anuales de cada AFP año 2018.

Notas:

- /1 Comisión mensual por administración del fondo personal, la cual será independiente de los resultados de las inversiones y no podrá ser mayor del 0.5% del salario cotizable.
- /2 Comisión aplicada al fondo administrado, equivalente hasta un 25% del exceso de rentabilidad del Fondo sobre los certificados de depósitos de la banca comercial.

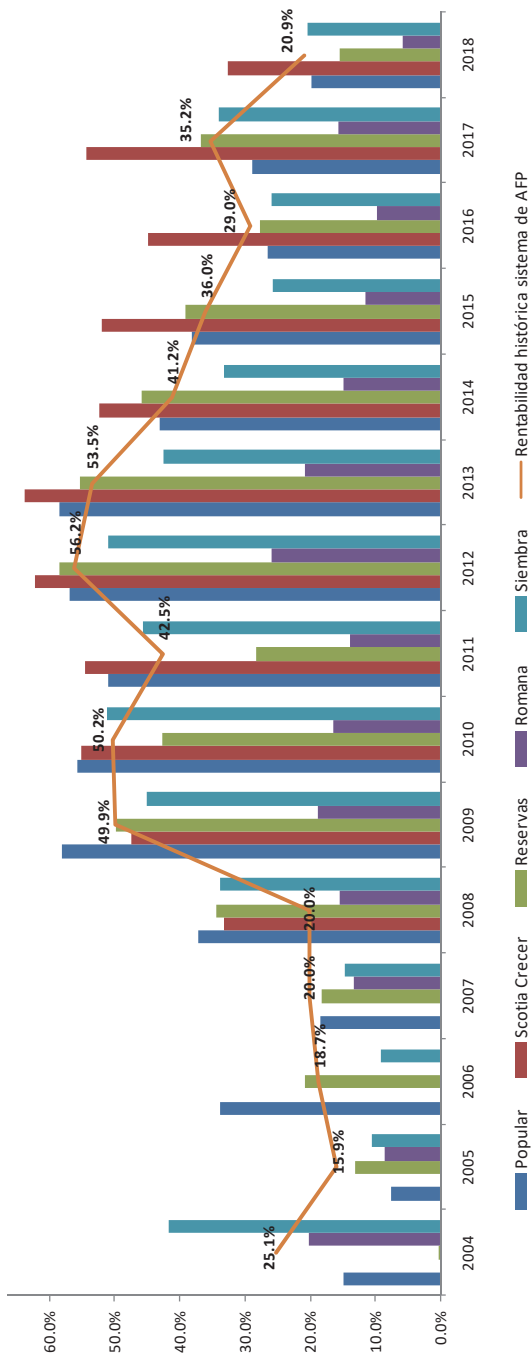
Sigue siendo muy llamativo que la AFP Reservas, la única de propiedad pública, obtuvo el 80% de sus ingresos por vía de las comisiones, recibiendo el 47.3% vía la Comisión Anual Complementaria. En este sentido, en los análisis publicados en 2018 se consideró que “Esto refleja el fracaso en términos de competencia, y sobre todo socioeconómicos y redistributivos, de la figura de la AFP estatal, idea que en estos momentos el gobierno conservador de Sebastián Piñera está proponiendo en Chile, con la oposición de un significativo movimiento social”.²³

Con relación a la rentabilidad de las AFP, se puede observar que entre 2004 y 2018 la tasa de retorno anual promedio sobre su patrimonio ha sido de un 34%, y puntualmente de 21% en 2018, una tasa que, aunque se ha reducido con respecto a la del 2017 (35%) debido fundamentalmente a la caída de los ingresos operacionales vía la Comisión Anual Complementaria, sigue siendo alta para cualquier negocio capitalista (ver gráfico 15 en la página siguiente). Vale destacar que en el último año la rentabilidad de la AFP Scotia Crecer fue de un 33%, y promedia un 50% en todo su ejercicio histórico (2008-2018).

²³ Fundación Juan Bosch, “Radiografía del sistema de Administradoras...”, p. 6.

GRÁFICO 15

Rentabilidad histórica del sistema de AFP

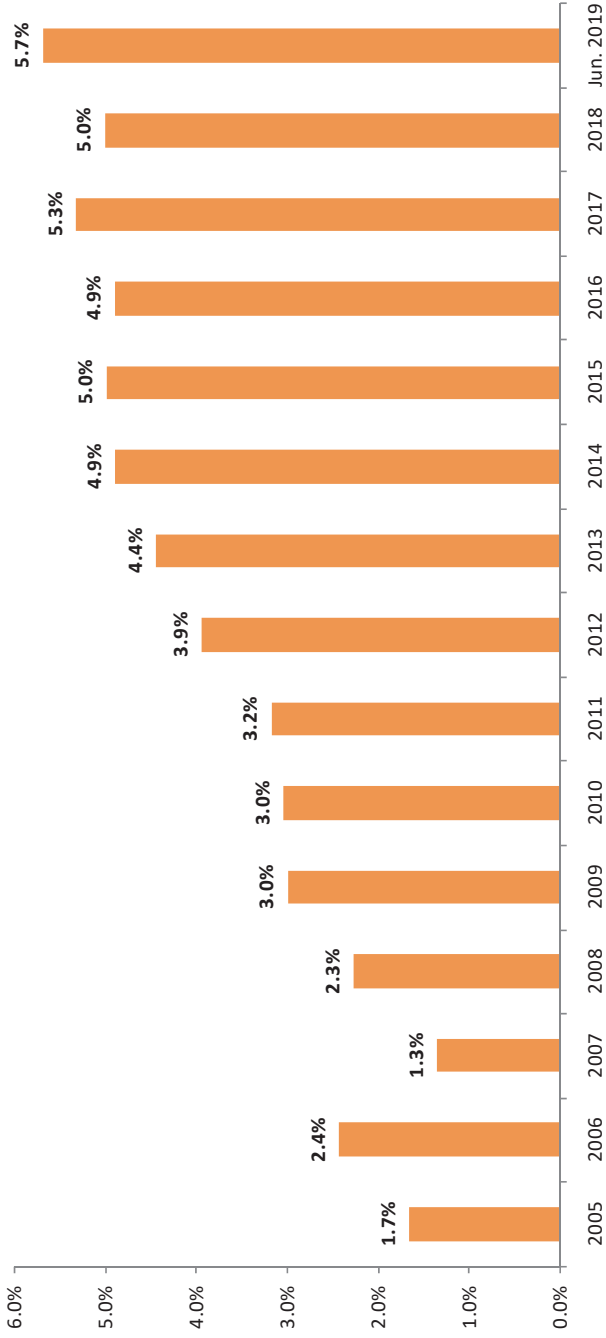


Fuente: Elaboración propia en base a los estados financieros auditados de cada AFP vigente al 2015, por cada año disponible en SIPEN.

Paralelamente, sin embargo, la rentabilidad real anualizada de los fondos de pensiones de trabajadores y trabajadoras ha sido de tan solo 5.7% a junio de 2019, e históricamente (2005-2019) ha promediado apenas 3.7%; lo cual, es una de las razones por las que el sistema no garantizará pensiones dignas para la mayoría; pero sí viene garantizando, como se ha visto, grandes ganancias para unos pocos grupos financieros (ver gráfico 16 en la página siguiente).

GRÁFICO 16

Rentabilidad real histórica anualizada de los Fondos de Pensiones Promedio del sistema (Diciembre 2005-junio 2019)



Fuente: elaboración propia en base a los boletines trimestrales Nos. 59, 62 y 64 de la SIPEN.

En el sistema de AFP, mientras se privatizan las ganancias, se socializan las pérdidas. Más de la mitad de los cotizantes (57.5%) no supera la edad de 39 años, y el 72% no supera un ingreso salarial equivalente a dos salarios mínimos cotizables de junio 2019 (RD\$11,826.00), o sea, RD\$23,652.00 como máximo. De hecho, el 36.5% de los cotizantes (687,597) apenas tiene un salario que se ubica entre 0 y el mínimo cotizable, y el 35.4% (667,557) percibe entre 1 y 2 salarios mínimos cotizables; siendo los peor pagados y más sacrificados (ver cuadros 6 y 7 en la página siguiente).

CUADRO 6
Cotizantes por tramo de edad sistema de pensiones
(Al 30 de junio 2019)

Tramo de edad	Cotizantes	% Total	Acumulado
Hasta 19 años	30,860	1.6%	1.6%
20-29	529,974	28.1%	29.7%
30-39	522,369	27.7%	57.5%
40-49	391,013	20.7%	78.2%
50-59	258,071	13.7%	91.9%
60 ó más	152,910	8.1%	100.0%
Total	1,885,197	100.0%	—

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 64 de la SIPEN.

CUADRO 7

Relación de cotizantes por cantidad de salarios mínimos cotizables del sistema (Al 30 de junio 2019)

Salarios mínimos cotizables*	Cotizantes	% Total	% Acumulado
0-1	687,597	36.5%	36.5%
1-2	667,557	35.4%	71.9%
2-3	198,925	10.6%	82.4%
3-4	91,858	4.9%	87.3%
4-6	153,974	8.2%	95.5%
6-8	35,724	1.9%	97.4%
8-10	17,894	0.9%	98.3%
10-15	18,290	1.0%	99.3%
15 o más	13,378	0.7%	100.0%
Total	1,885,197	100.0%	—

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 64 de la SIPEN.

* El salario mínimo cotizable fue de RD\$11,826.00 en junio de 2019.

Esta realidad no es otra que la que se denunciara en 2018, a saber:

La diferencia entre esta realidad salarial de los dominicanos, en su mayoría jóvenes, y las ganancias descomunales de las empresas financieras AFP no pueden llamarse de otra manera que saqueo y expropiación financiera, donde las víctimas no son solamente los trabajadores sino también los empleadores, en su inmensa mayoría micro, pequeños y medianos empresarios y

empresarias. A menudo los empleadores de pequeña escala han asumido el discurso de “carga laboral” al referirse a los costos de la llamada Seguridad Social, cuando a todas luces se puede afirmar que es una carga del sistema financiero, es decir carga patronal, que no beneficia justamente ni a trabajadores ni a empleadores, ni al colectivo social.²⁴

Por otro lado, 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 los fondos de pensiones en cuentas de capitalización individual representaban el 2.3% del PIB, ya en junio de 2019 equivalían al 14.2% del PIB;²⁵ es decir, su participación en la economía del país creció en un 531% o se multiplicó por más de 6 (ver gráfico 17 en la página siguiente). A junio de 2019, los fondos de pensiones administrados por las AFP ascendían a 513,546,776,642 pesos, dentro de un total de 653,995,670,353 pesos (ver gráfico 18 en la página 112).

²⁴ Ídem.

²⁵ PIB nominal de 2018.

GRÁFICO 17

Evolución del Patrimonio de los Fondos de Pensiones como % del PIB (Al 30 de junio 2019)

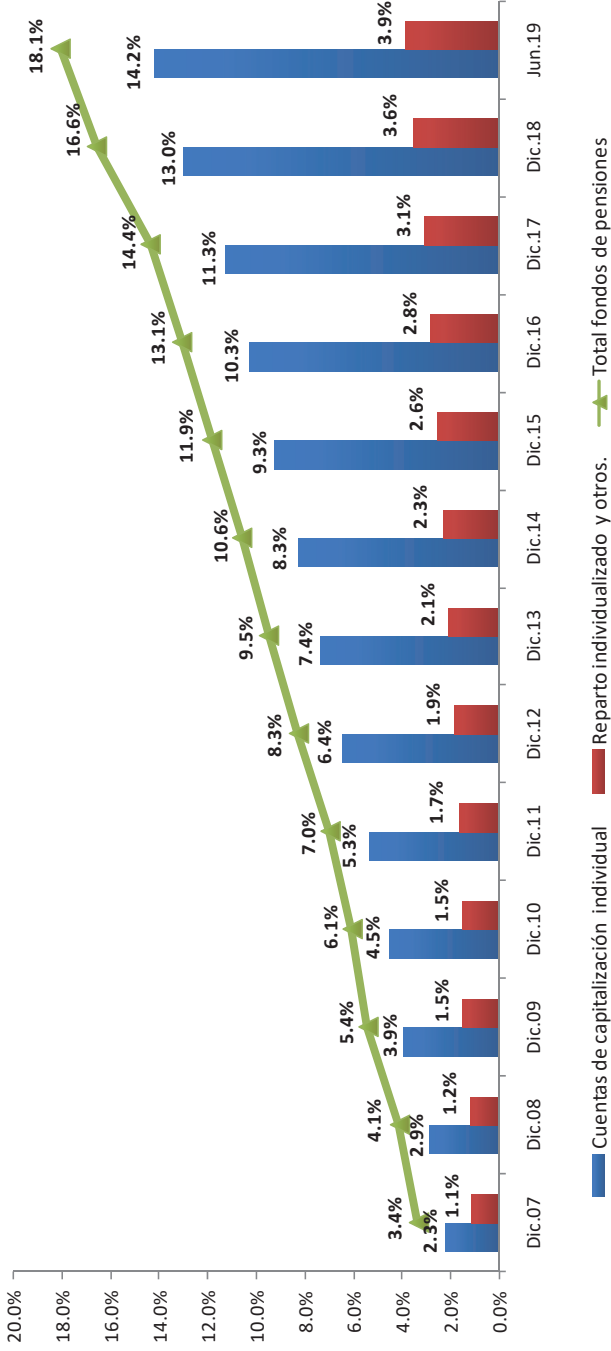
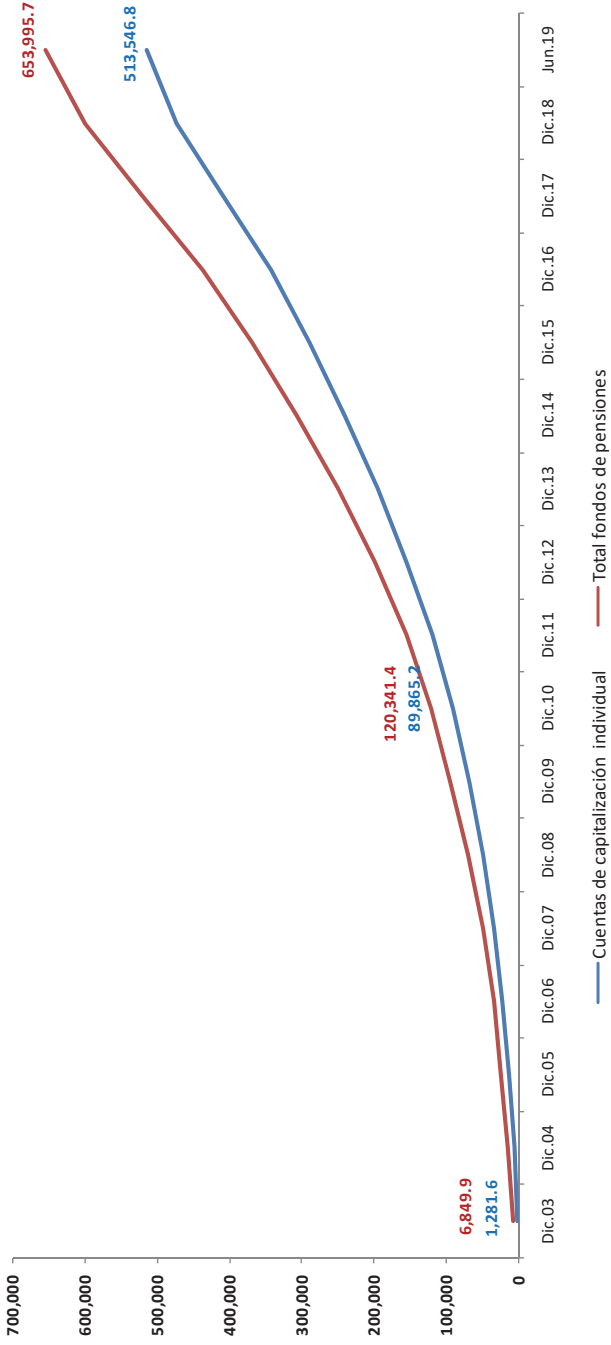


GRÁFICO 18

Evolución de patrimonio de los fondos de pensiones (2003-2019) (Valores en millones de RD\$)



Fuente: elaboración propia en base a los boletines estadísticos trimestrales Nos. 50, 58, 59, 62 y 64 de la SIPEN, Dic. 2015, Dic. 2017, Dic. 2018 y Jun. 2019, respectivamente.

Asimismo, la inversión de los fondos 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.

Como se puede observar en los cuadros 8 y 9 (en la página siguiente), de un total de 515,108,057,223.85 de pesos invertidos, el 78.4% (403,756,311,977.23 de pesos), está colocado en instituciones o entidades públicas (177,008,534,251.05 de pesos en deuda del Ministerio de Hacienda y 226,747,777,726.18 de pesos en certificados especiales del Banco Central, letras y notas de esa misma institución). Esto permite al gobierno de República Dominicana 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 a costa del erario y del esfuerzo colectivo.

En ese sentido, se ha organizado un juego de incentivos perversos cuya tendencia es prolongar este modelo: dinero fácil y ganancias con casi cero riesgo para los grandes grupos financieros, en base a los impuestos de la gente, que se traduce en deuda fácil para el sector público sin necesidad de discutir la reforma fiscal pendiente.

CUADRO 8

Inversión de los Fondos de Fondos de Pensiones de Capitalización Individual según emisor calificado (Al 30 de junio de 2019)

Agente económico	Monto inversión	% sobre el total
Banca comercial	59,717,099,787.22	11.6%
Empresas privadas	24,734,323,063.84	4.8%
Entidades públicas	403,756,311,977.23	78.4%
Asociaciones de ahorros y préstamos	7,240,641,622.40	1.4%
Bancos de ahorro y crédito	624,714,382.15	0.1%
Organismos Multilaterales	124,595,179.20	0.0%
Fideicomisos de oferta pública	574,536,341.20	0.1%
Fondos de Inversión	18,335,834,870.61	3.6%
Total inversión	515,108,057,223.85	100.0%

Fuente: de elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 64 de la SIPEN.

CUADRO 9
Inversión Fondos de Pensiones
de Capitalización Individual en instituciones públicas
(Al 30 de junio 2019)

Ministerio de Hacienda (Bonos del Gobierno Central)	177,008,534,251.05
Banco Central (certificados, letras y notas)	226,747,777,726.18
Total	403,756,311,977.23

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 64 de la SIPEN.

Por otra parte, un no despreciable 11.6% de lo invertido (59,717,099,787.22 de pesos) está colocado en bonos corporativos y certificados de depósitos de la banca comercial; es decir, en inversiones financieras que inyectan liquidez a los bancos y se usan para crear más riqueza financiera a través de préstamos y créditos. Mientras, solo un 4.8% (24,734,323,063.84 de pesos), está colocado en ocho empresas privadas, de las cuales tres son de generación eléctrica, otras tres son puestos de bolsas, una minera y la restante una importadora de combustibles. El restante 5.2% está invertido en asociaciones de ahorros y préstamos, bancos de ahorro y crédito, organismos multilaterales, fideicomisos de oferta pública y fondos de inversión (ver cuadros 8, 10, 11 y 12 en la página siguiente).

CUADRO 10

**Inversión Fondos de Pensiones de Capitalización
Individual en la Banca comercial
(Al 30 de junio 2019)**

Nombre banco	Cantidad invertida en RDs
Banco ADEMI	1,203,680,154.53
Banco BDI	157,343,361.13
Banco BHD-León	9,252,655,816.48
Banco Múltiple Lafise	74,955,688.03
Banco Caribe Internacional	187,543,350.84
Banco de Reservas	14,288,532,101.50
Banco del Progreso	1,960,039,994.49
Banco Popular	28,569,258,264.27
Banco Promérica	271,435,837.96
Banco Santa Cruz	1,725,571,513.45
Banco Vimenca	310,669,468.73
BanESCO	314,594,663.99
Citibank N.A.	481,999,999.83
Scotiabank	918,819,571.99
Total bancos comerciales y de servicios múltiples	59,717,099,787.22

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 64 de la SIPEN.

CUADRO 11**Inversión Fondos de Pensiones de Capitalización
Individual en empresas privadas
(Al 30 de junio 2019)**

Nombre empresa	Cantidad Invertida en RD\$
Alpha Sociedad de Valores	577,298,137.56
Consortio Energético Punta Cana-Macao	3,152,037,254.77
Consortio Minero Dominicano S.A.	2,534,303,028.71
Dominican Power Partners	6,751,356,185.21
Empresa Generadora de Electricidad Haina S.A. (EGEHAINA)	8,421,665,668.95
Gulfstream Petroleum Dominicana	1,684,503,370.62
Parallax Valores Puesto de Bolsa	902,856,175.52
UC United Capital Puesto de Bolsa S.A.	710,303,242.50
Total Empresas Privadas	24,734,323,063.84

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 64 de la SIPEN.

CUADRO 12

Inversión Fondos de Pensiones de Capitalización Individual en otros tipos de emisores (Al 30 de junio 2019)

Asociaciones de ahorros y préstamos	7,240,641,622.40
Asociación Cibao de Ahorros y Préstamos	2,360,978,701.46
Asociación La Nacional de Ahorros y Préstamos	849,806,345.51
Asociación La Vega Real de Ahorros y Préstamos	618,308,627.62
Asociación Popular de Ahorros y Préstamos	3,411,547,947.81
Bancos de ahorro y crédito	624,714,382.15
Banco de Ahorro y Crédito Confisa	38,414,927.03
Banco de Ahorro y Crédito ADOPEM	49,248,235.22
Banco de Ahorro y Crédito del Caribe S.A.	104,677,420.73
Banco de Ahorro y Crédito Fondesa	22,064,520.94
Motor Crédito Banco de Ahorro y Crédito	410,309,278.23
Organismos multilaterales	124,595,179.20
International Financial Corporation (IFC)	124,595,179.20
Fideicomisos de oferta pública	574,536,341.20
RD VIAL	574,536,341.20
Fondos de inversión	18,335,834,870.61
Total	26,900,322,395.56

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 64 de la SIPEN.

Como no puede ser de otra manera, mientras los fondos de pensiones sigan siendo manejados por unos cuantos grupos financieros con intereses muy estrechos y particulares, se mantendrá el mismo cuadro que se ha explicado con anterioridad:

[...] los ingresos y ganancias del sistema de AFP y cotización individual pueden señalarse como ganancia parasitaria y expropiación financiera, a costa del esfuerzo colectivo de trabajadores y empleadores dominicanos.

Los trabajadores y empleadores ponen su dinero de las pensiones para que las AFP se lo presten al sector público no financiero y financiero, deuda que en capital e intereses es pagada con los propios impuestos de la sociedad, y encima se les cobra una comisión exorbitante por estos “servicios”.

Además, parte de los fondos administrados por las AFP se convierten en inyección de recursos para la banca comercial y, con ello, para alimentar el endeudamiento de trabajadores y empresarios sometidos a bajos ingresos y condiciones difíciles de mercado y producción, además de altos intereses.

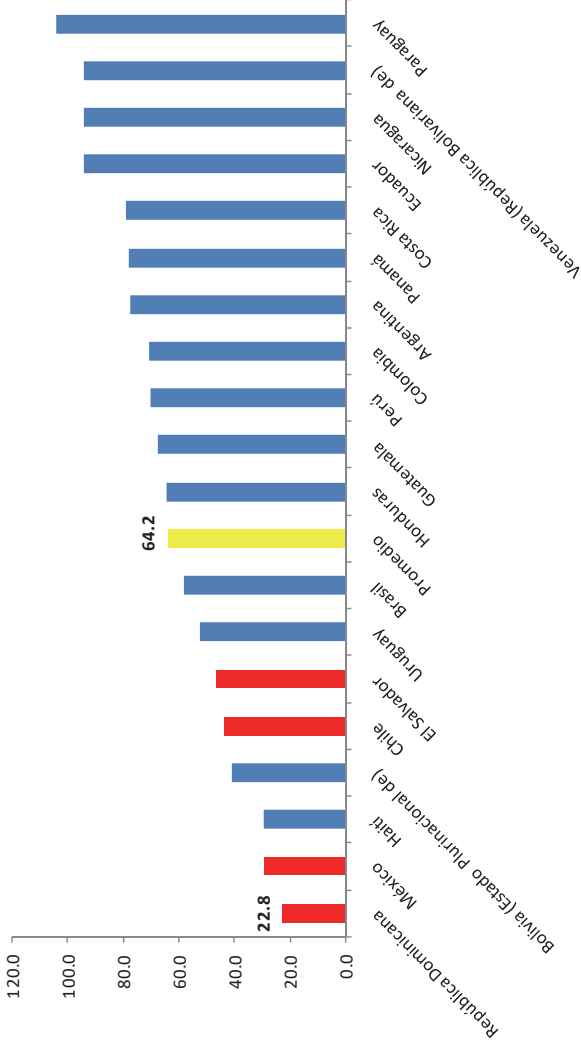
Resumiendo: las AFP toman el dinero de trabajadores y empleadores, se los prestan a los mismos cotizantes y al Estado, y terminan obteniendo ganancias extraordinarias con el dinero ajeno, mientras se proyectan pensiones de miseria.²⁶

Mientras se produce esta estafa de las pensiones, conforme al párrafo antes citado, se proyectan pensiones miserables para la población dominicana. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), República Dominicana es el país de la región latinoamericana y caribeña donde se proyecta la tasa de reemplazo más baja: apenas un 22.8%; o sea, solo un 22.8% de su último salario recibirá el trabajador como una pensión que, eventualmente y si cumple todos los requisitos, recibirá en un futuro incierto (ver gráfico 19 en la página siguiente).

26 Fundación Juan Bosch, “Radiografía del sistema de Administradoras...”, p. 7.

GRÁFICO 19

Tasas brutas de reemplazo en pensiones para 19 países América Latina*. Trabajadores de ingreso promedio



Fuente: elaboración propia en base a datos de OECD/IDB/The World Bank (2014), Pensions at a Glance: Latin America and the Caribbean, OECD Publishing. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2014-en.

* En rojo se destaca aquellos países cuyo pilar contributivo activo se basa total o casi totalmente en la capitalización individual.

Y no es para menos, pues en Chile, la meca de este sistema, donde el período de desarrollo y consolidación del mismo ya se cumplió, la Fundación SOL de ese país informa que, de 649,876 pensiones que se pagaron en junio de 2018 en el sistema de AFP, la mitad fue inferior a 147,473 pesos chilenos (228 dólares o 11,236 pesos dominicanos), monto que incluye el aporte del pilar solidario y que es muy inferior al salario mínimo chileno (276,000 pesos chilenos). En este mismo orden, de 9,838 nuevos jubilados en el mes de junio del mismo año, la mitad no logró autofinanciar una pensión superior a los 57,788 pesos chilenos (78 dólares o 3,870 pesos dominicanos); lo que demuestra, cada vez más, que en Chile el sistema de AFP no es capaz de entregar pensiones dignas a sus jubilados.

Bono demográfico de la República Dominicana

Tal y como se ha explicado, el envejecimiento de la población ha sido considerado un factor fundamental para evaluar la pertinencia o no de establecer un determinado sistema de pensiones o, para una vez establecido, considerar la modificación de sus parámetros. Este ha sido un argumento poderoso para legitimar la tesis de la catástrofe demográfica y la insostenibilidad de sistemas de pensiones garantizadas y universales.

No obstante resaltamos el carácter eminentemente ideológico de estos planteamientos, no se debe subestimar la cuestión para discutir y diseñar un modelo de previsión social. Para el caso dominicano, los datos permiten ver que, en la realidad,

el 78.2% de los cotizantes tiene 49 años o menos, y un 57.5% se encuentra por debajo de los 40 años (ver cuadro 6).

Por lo tanto, se está ante la presencia de una población dominicana relativamente adulta, por lo que es posible advertir que en el futuro esto tendrá implicaciones importantes, considerando que la sostenibilidad de un sistema universal y solidario de pensiones depende principalmente del régimen fiscal y del ahorro que las personas sean capaces de generar si el sistema es total o parcialmente contributivo. En lo que al ahorro respecta, este se relacionará con el salario del cotizante, los años de actividad laboral y las condiciones de trabajo prevalentes.

Ahora bien, las previsiones de un “envejecimiento” poblacional en República Dominicana (con todas las salvedades conceptuales y políticas que cabe hacer) se estarían produciendo en el largo plazo. El índice de apoyo a la vejez (*Old-age support ratio*, en inglés), es un indicador elaborado y utilizado para determinar lo que las presiones demográficas representan para los sistemas de pensiones. Mide el número de personas de 20 a 64 en relación con la población de 65 años o más.

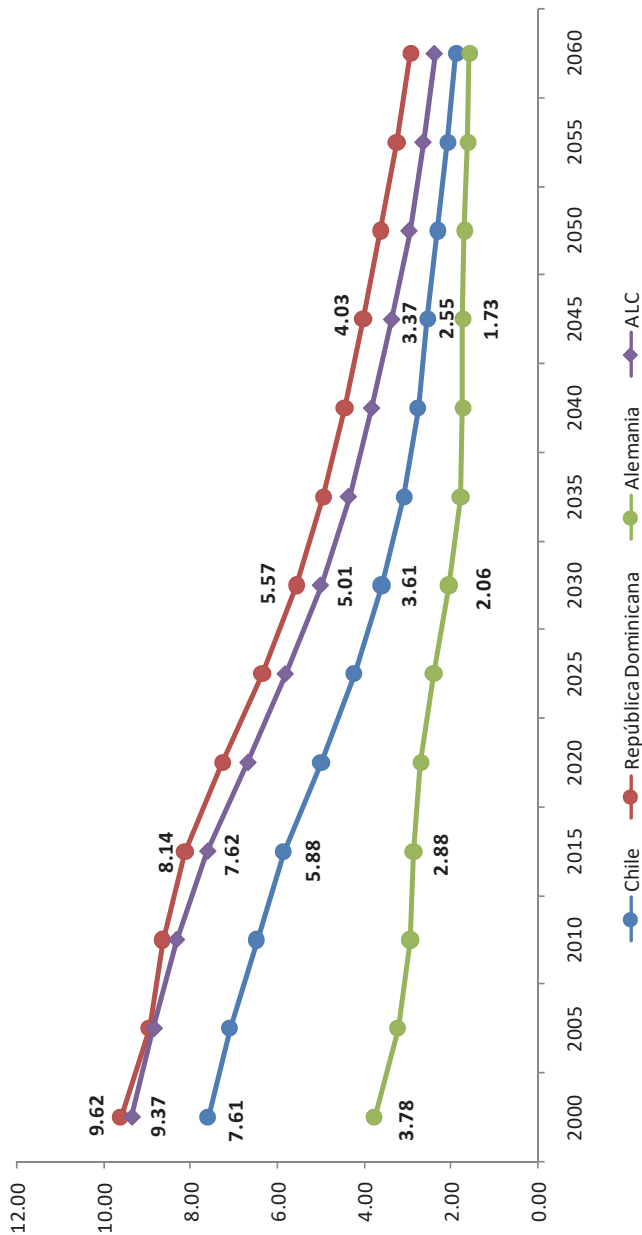
En este sentido, República Dominicana ha presentado y presentará condiciones envidiables para el funcionamiento de un Sistema solidario y universal, basado en el reparto como contrapartida a la capitalización individual y la privatización de este derecho.

Es así como entre el año 2000 y las proyecciones para 2030, el índice de apoyo a la vejez se ubica entre 9.6 y 5.6, es decir,

existiría una población potencial de al menos 5.6 personas económicamente activas para financiar las pensiones de los jubilados por edad; incluso superiores a la media de América Latina y el Caribe (ALC) durante las próximas décadas (ver Gráfico 20 en la página siguiente).

GRÁFICO 20

Tasa de apoyo a la vejez (*Old-age support ratio*) Chile, República Dominicana, Alemania y ALC (2000-2060)



Fuente: elaboración propia en base a datos de las Naciones Unidas, *World Population Prospects 2019 - Potential Support Ratio (Age 20-64 / Age 65+)*.

Tomando en cuenta estas proyecciones, en el estudio publicado por la Fundación *Bosch (et al., 2016)*, se sostuvo que bajo un sistema de reparto se podría otorgar “[...] una tasa de reemplazo similar a la que hoy paga INABIMA y sin tener que modificar la tasa de cotización del 10%, dado que entre 2015 y 2030 se generará un nivel importante de excedentes, los cuales pueden aumentar al invertirlos adecuadamente”.²⁷

Asimismo, con respecto a la experiencia chilena, en el citado estudio se afirma:

En Chile, por ejemplo, si hubiera existido un sistema de reparto entre 1990 y 2014, las pensiones pagadas podrían haber sido el doble, quedando un importante excedente en el sistema para compensar los años venideros cuando se acentúe la transición demográfica. De hecho, en este período de 25 años, las AFP que operan en Chile recaudaron \$90 billones de pesos chilenos (millones de millones) principalmente a través de las cotizaciones de los trabajadores y pagaron solo \$30 billones en pensiones. Actualmente, cuando Chile presenta una tasa de dependencia que se sitúa entre 5 y 6 personas activas por cada persona mayor de 65 años, las cotizaciones que ingresan todos los meses a las AFP equivalen a \$500,000 millones y el gasto en pensiones a solo \$200,000 millones.²⁸

²⁷ Fundación Juan Bosch, Fundación Sol y Médicos del Mundo, “Pensiones: ¿seguridad social o gran negocio? Radiografía del sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y propuestas para un nuevo modelo”, Ediciones Fundación Juan Bosch, Santo Domingo, 2016, p. 71.

²⁸ Ídem.

Un buen ejemplo de las condiciones favorables que tiene República Dominicana para un sistema de pensiones solidario, es que en Alemania —país cuyo eje central para el financiamiento de las pensiones es el modelo de reparto y donde en las últimas décadas se han estado llevando a cabo reformas paramétricas, las cuales se irán ajustando hasta el 2029— hoy se observa un índice de apoyo a la vejez de 2.8, el cual será alcanzado por la República Dominicana muy lejos, cerca del 2060 (ver gráfico 20).

Impacto del nuevo esquema de comisión a cobrar por las AFP, propuesta por el Poder Ejecutivo el 27 de febrero de 2019

Por último, es preciso reseñar que el 27 de febrero de 2019, el jefe de Estado dominicano anunció, entre otros, el envío al Congreso de un proyecto para modificar la Ley de Seguridad Social.

Según el proyecto enviado, se sustituirán las dos comisiones que cobran las AFP por una única comisión de 1.4% sobre “los saldos”; comisión que se iría reduciendo 0.05% cada año hasta llegar a 0.85% dentro de los primeros 11 años.

En los datos expuestos a continuación y en cada valoración económica descrita en el presente documento, se utilizó como método de análisis proyectar el crecimiento futuro de los fondos de pensiones de capitalización individual, sobre la base del comportamiento de la tasa de crecimiento anual de los mismos en los últimos ocho años, utilizando los supuestos más conservadores posibles.

Entre 2011 y 2018, los fondos de pensiones de capitalización individual administrados por las AFP, tuvieron un crecimiento

promedio anual de 21.9%, pasando de 118,005.2 millones de pesos en 2011 a 471,048.9 millones de pesos en 2018. En este lapso, hubo desaceleraciones del orden de 2.3% promedio anual, pero siempre un crecimiento positivo, y en 2018 con respecto a 2017 dichos fondos crecieron 15.5% (ver cuadro 13).

CUADRO 13

Crecimiento fondos de pensiones administrados por AFP (Valores en millones de RD\$)

Año	Fondos de pensiones AFP-CCI	Crecimiento
2011	118,005.2	—
2012	153,501.5	30.1%
2013	193,593.1	26.1%
2014	238,590.5	23.2%
2015	287,903.9	20.7%
2016	342,350.8	18.9%
2017	407,903.8	19.1%
2018	471,048.9	15.5%

Fuente: elaboración propia en base a los boletines trimestrales Nos. 38, 42, 46, 50, 54, 58 y 62 de la SIPEN.

Si se calcula con supuestos conservadores, asumiendo que en 2019 los fondos administrados por las AFP crecerán a razón de 15.1% (15.5% de 2018 menos una reducción de 2.3%²⁹), se tendría que en el primer año de puesta en funcionamiento del nuevo esquema propuesto por el Poder Ejecutivo, las AFP

²⁹ Como ya se mencionó más arriba, entre 2011 y 2018 el crecimiento de los fondos de capitalización individual se fue desacelerando, en promedio, 2.3% anual.

obtendrían ingresos operacionales por un valor de 7,863.3 millones de pesos, superiores en 3,075 millones de pesos a los realmente obtenidos en 2018 con el esquema actual de comisiones (4,787.7 millones de pesos). De esta manera, las AFP, lejos de ganar menos, ganarán aún más en 2019 (ver cuadro 13 que aparece en la página anterior).

Y si se proyecta a futuro, las AFP nunca verán reducir sus ingresos y ganancias, puesto que con el crecimiento de los fondos que administran (suponiendo conservadoramente que crecen cada año como el año anterior, menos un 2.3%), ya en el 2022 estos (10,526.9 millones de pesos) más que se duplicarán con relación al 2018 (4,787.7 millones de pesos), y para el 2031 superarán los 20,000 millones de pesos; esto significa, que entre 2018 y 2031, sus ingresos aumentarán a razón de 12% promedio anual o un incremento de 336% en dicho período (ver cuadro 14 en la página siguiente).

CUADRO 14

Ingresos estimados por esquema de comisión proyecto de Ley del Gobierno (Valores en millones de RD\$)

Año	Fondos de pensiones AFP-CCI	Crecimiento proyectado cada año	Comisión anual proyecto de Ley	Ingresos por comisión AFP
2018*	487,852.94	15.5%	-	4,787.7
2019	561,666.35	15.1%	1.40%	7,863.3
2020	644,725.72	14.8%	1.35%	8,703.8
2021	737,911.40	14.5%	1.30%	9,592.8
2022	842,153.31	14.1%	1.25%	10,526.9
2023	958,430.15	13.8%	1.20%	11,501.2
2024	1,087,768.25	13.5%	1.15%	12,509.3
2025	1,231,239.98	13.2%	1.10%	13,543.6
2026	1,389,961.78	12.9%	1.05%	14,594.6
2027	1,565,091.84	12.6%	1.00%	15,650.9
2028	1,757,827.29	12.3%	0.95%	16,699.4
2029	1,969,401.11	12.0%	0.90%	17,724.6
2030	2,201,078.59	11.8%	0.85%	18,709.2
2031	2,454,153.53	11.5%	0.85%	20,860.3

Fuente: elaboración propia en base a los boletines trimestrales Nos. 38, 42, 46, 50, 54, 58 y 62 de la SIPEN.

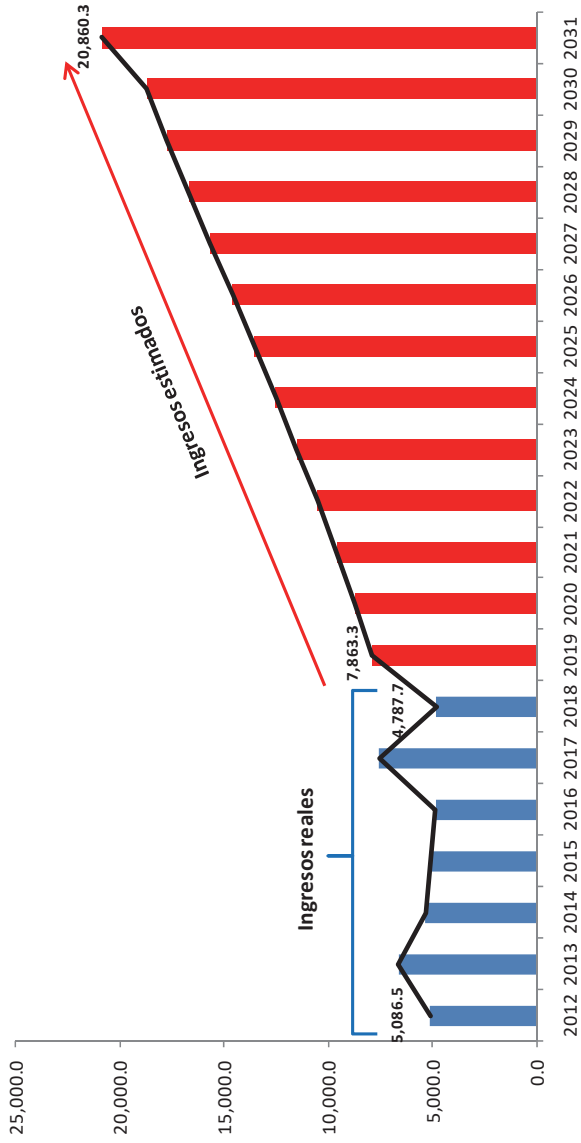
* Valores efectivos bajo el esquema actual de comisiones.

Una de las claves para entender lo planteado, es que, aunque el porcentaje parezca mucho menor (entiéndase, el nuevo esquema de comisión propuesto por el Poder Ejecutivo), ya la ganancia no sería calculada sobre la rentabilidad de los fondos, sino sobre la totalidad de los fondos de pensiones de los trabajadores.

Como se ha visto, si bien se irá reduciendo el porcentaje de la comisión, al menos hasta el 2031, puesto que los fondos de pensiones estarán en continuo crecimiento, y los ingresos y ganancias de las AFP serán sobre los mismos (no sobre la rentabilidad como hasta ahora), estas obtendrán ingresos y beneficios cada vez mayores (ver gráfico 21 en la página siguiente).

GRÁFICO 21

Ingresos por comisiones de las AFP, reales 2012-2018 y estimados 2019-2031, según proyecto del Gobierno (Valores en millones de RD\$)



Fuente: con cálculos propios en base a los boletines trimestrales Nos. 38, 42, 46, 50, 54, 58 y 62 de la SIPEN.

CONCLUSIONES

Tal y como afirmáramos en el estudio de 2017, en el sistema de salud dominicano se ha venido imponiendo año tras año: «[...] la lógica “comprador-vendedor”, con el enfoque de “financiamiento a la demanda”, en lugar de priorizar la oferta de servicios de salud garantizados y universales, única forma de afirmar la salud como un derecho y no como mercancía».³⁰

Asimismo, en el caso de los fondos de pensiones, se impuso un modelo de mercado financiero, condenando a millones de trabajadores y trabajadoras, y a personas sin participación formal y estable en el empleo, a la desprotección social o, a lo sumo, a míseras pensiones. Todo lo cual queda, una vez más, reflejado en los siguientes resúmenes de datos actualizados:

Sobre el aseguramiento en riesgos de salud:

- En el 53.º Consejo Directivo, en la 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, reunido en Washington, D. C., del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, se aprobó por decisión unánime la “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”, señalando como referencia un gasto público en la salud de 6% del

³⁰ Fundación Juan Bosch, “¿Seguros de salud o Negocio seguro? Análisis...”, p. 44.

PIB, así como avanzar hacia la eliminación del pago directo, que se convierte en barrera para el acceso al momento de la prestación de servicios, evitando el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos.

- 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 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 (2% y 2.6% del PIB, respectivamente), coherente con toda la evidencia internacional.
- El monto dispersado per cápita en el régimen contributivo es más de tres veces mayor que el destinado al régimen subsidiado: RD\$1,013.62 vs. RD\$220.38, respectivamente, mientras que en este último ya hay más de 3.6 millones de personas afiliadas, lo que parece indicar que, de acuerdo con la evidencia internacional, se ha diseñado una salud y un seguro para pobres.
- 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 y 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. 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).

- El gasto de bolsillo sigue ocupando la mayor proporción del financiamiento a la salud (45% del gasto corriente 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.
- En los últimos 12 años, los gastos operacionales (que no son de salud) y los beneficios netos de las ARS privadas ascendieron a más de 51,000 millones de pesos, y solo en el año 2018 gastaron y ganaron por estos conceptos la suma de RD\$6,822 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.
- Las ARS privadas siempre se han asegurado de operar con altas y estables tasas de rentabilidad. En 2017 y

2018 estas empresas obtuvieron ganancias record por valor de RD\$1,853.5 millones y RD\$1,871.6 millones, respectivamente; promediando en estos dos 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.

- Asimismo, el alto gasto burocrático y las ganancias parasitarias antes señalados, se producen en un mercado altamente concentrado: en 2018 solo cuatro ARS controlaban el 87% del mercado, y una sola poseía 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.
- En 2018, los prestadores privados de salud recibieron el 93% y 49% de los pagos realizados por las ARS del régimen contributivo y subsidiado, respectivamente, en una clara tendencia que privilegia a los centros privados en detrimento de los públicos; esquema de financiamiento que, como se ha visto, incluso se da con recursos del Estado, 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 privado.

Igualmente, por tener plena vigencia, reproducimos los siguientes párrafos que formaron parte de las conclusiones de nuestro estudio sobre el aseguramiento en salud de 2017:

Evidentemente, tanto el régimen subsidiado, que se nutre de los impuestos generales de la población, como el régimen contributivo, que se nutre de un impuesto cobrado a los trabajadores y empleadores, se han transformado en un mecanismo de transferencia de recursos y riquezas al sistema financiero y a empresas privadas de salud, lo que tiende a hacer inviable una oferta pública suficiente, digna y de calidad; y, en la práctica, se ha convertido la salud en una mercancía para el lucro privado, que discrimina según la condición individual o familiar, en lugar de un derecho fundamental para el bienestar de los dominicanos.

Mientras los servicios públicos, a los que se prometió financiar suficientemente, se drenan cada vez más de los recursos indispensables, y las personas son segmentadas en categorías o castas según su empleo y sus ingresos para acceder a la salud como bien de consumo, curativo y ligado a la enfermedad, en un modelo de “sálvese quien pueda”, el régimen de aseguramiento está estructurado y funciona con el objetivo de garantizar a las ARS privadas altas y estables rentabilidades sobre sus patrimonios mediante el establecimiento de impuestos obligatorios a trabajadores y empleadores. De esta manera, las empresas privadas dedicadas a administrar los riesgos de salud quedan exentas de riesgo para sí mismas. Es

capitalismo negando su propio discurso de “libertad”, “mérito” y “competencia” que sí se lo impone a los seres humanos de carne y hueso. Un negocio seguro, donde no existe la probabilidad de perder, sino siempre la de ganar, a costa de los seres humanos y la colectividad.³¹

Sobre el sistema de pensiones:

- Con una Fuerza de Trabajo que en la actualidad (enero-marzo 2019) alcanza los 5,196,805 dominicanos y dominicanas, se tiene que solo un 36% de la Fuerza de Trabajo (1,885,197) 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 sociolaboral dominicana y resulta fallido para la equidad social.
- Más de la mitad de los cotizantes del sistema de pensiones (57.5%) no rebasa los 39 años, y el 72% de los cotizantes no supera un ingreso salarial equivalente a dos salarios mínimos cotizables de junio 2019 (RD\$11,826.00); es decir, RD\$23,652.00 como máximo. De hecho, el 36.5% de los cotizantes (687,597) apenas tiene un salario que se ubica entre o y el mínimo cotizable, y el 35.4% (667,557) percibe entre 1 y 2 salarios mínimos cotizables. Esto significa que de los pocos incorporados efectivamente al sistema (la mayoría), cuyos recursos son expoliados por las AFP, es la peor pagada y más sacrificada.

³¹ Ibídem, pp. 44 y 46.

- Menos de la mitad de los afiliados al régimen de las AFP (46.8%) cotiza, y solo el 22% tiene más de 100 cotizaciones. Por lo tanto, al 78% 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.
- Las utilidades de las AFP en 2018 fueron de 2,759,013,757 de pesos, y las acumuladas entre 2004 a 2018, ascendieron a 33,879,108,935 de pesos (685,387,370 de dólares). Asimismo, entre 2004 y 2018 la rentabilidad anual promedio sobre su patrimonio ha sido de un 34%, y puntualmente de 21% en 2018; una tasa de retorno que, aunque se ha reducido con respecto a la del 2017 (35%) debido fundamentalmente a la caída de los ingresos operacionales vía la Comisión Anual Complementaria, sigue siendo 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.
- 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 junio de 2019 equivalían al 14.2% del PIB. Esto, junto con ser acreedores de inmensa deuda pública, significa poder económico y político, que amenaza las reglas democráticas de la sociedad.

- 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 78.4% 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.
- Asimismo, un no despreciable 11.6% 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.

- En América Latina y el Caribe solo existen cuatro países que poseen estructuras de contribución definida de tipo privada como eje 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 menor tasa de reemplazo (real o proyectada) para sus pensionados, siendo la proyección de República Dominicana la más baja de todas, de apenas un 23%.

Asimismo, con respecto al sistema de pensiones de capitalización individual y administración privada de los fondos, reproducimos aquí algunas de las principales conclusiones del informe que publicamos en 2018:

Las AFP como empresas privadas y financieras, anteponen —y se podría hasta decir que con toda lógica— el fin de lucro al bienestar social, contrario a todo principio básico de Seguridad Social. La capitalización individual, al tratar legalmente el ahorro del trabajador y el empleador como un ahorro financiero, puede disponer del mismo para todos los fines tradicionales de la banca, incluyendo prestar dinero, que es su principal actividad, en lugar de propiciar desarrollo y crecimiento de los fondos para fines distributivos, y no garantizar jamás una tasa de reemplazo determinada, y por supuesto digna. Además, la capitalización individual se contrapone radical y esencialmente con el principio de solidaridad en Seguridad Social: no existe solidaridad como criterio rector ni entre niveles de edad ni entre niveles de ingresos.

Por eso, con las AFP y la capitalización individual, la tasa de reemplazo siempre será menos que insuficiente y, en general, miserable.

No es verdad que, en algunos países con menores comisiones, más trabajo formal, mayores salarios, y mejores instituciones y fiscalización, esto funcione bien para la gente. El sistema de AFP y capitalización individual está diseñado para el beneficio de una élite financiera, en alianza con los poderes económicos y los regímenes políticos, y no para que la gente se jubile con dignidad.

Es importante señalar que el problema no solo radica en la existencia y la gestión de las AFP, sino también en la capitalización individual. Con ese sistema, las AFP nunca tendrán la obligación de garantizar una tasa de reemplazo, y es lo que les permite disponer del ahorro de los trabajadores como ahorro financiero. La capitalización individual, menos puede asegurar dignidad en países con bajos salarios y tantas necesidades, porque significa que cada uno "se arroje con su propia sábana y hasta donde le llegue". Es la doctrina de la lucha individual, de la competencia de cada uno por su lado, que supuestamente trae bienestar y eficiencia sin corrupción, cuando es evidente que solo puede garantizarse tasa de reemplazo digna cuando hay solidaridad entre ahorrantes; o sea, entre distintas generaciones y distintos niveles de ingresos.

Tal y como dijimos en 2016, en la República Dominicana se está asegurando un negocio de unos pocos beneficiados con una renta parasitaria no productiva ni fruto del esfuerzo

empresarial, mientras se está dejando de asegurar el Derecho Humano y el Derecho Constitucional de todo dominicano y dominicana a la seguridad social. Asimismo, puede verse con claridad que mientras la gran patronal, es decir, el gran empresariado, ha insistido en un supuesto “elevado costo laboral”, el sistema de pensiones constituye en realidad un elevado costo patronal-financiero, a través del cual fluyen recursos para la banca y los grupos controladores de la misma, dejándose en desamparo a trabajadores y trabajadoras y a la inmensa mayoría de micro, pequeños y medianos empleadores que en vano aportan sus ahorros al sistema.³²

³² Fundación Juan Bosch, “Radiografía del sistema de Administradoras...”, pp. 8-9.

RECOMENDACIONES GENERALES

Sobre el derecho a la salud y el aseguramiento del riesgo en salud

Ante este modelo imperante de carácter neoliberal, que mercantiliza y privatiza la salud, negándola como un derecho fundamental, impidiendo así la creación y desarrollo de un verdadero sistema de salubridad público, gratuito, solidario y universal, con los recursos necesarios para garantizar el acceso a los servicios de sanidad con suficiencia, calidad y dignidad para todos los dominicanos y dominicanas por igual, hemos propuesto desde hace unos años los siguientes lineamientos generales para la discusión de un verdadero sistema de salud:

- Llamar a un gran debate nacional de las mayorías, para hacer de la salud integral un derecho ciudadano, garantizado por una nueva institucionalidad: un Estado transparente, eficiente, confiable y democrático.
- Defender un sistema de salud integral, en el cual la atención a la enfermedad sea solo una instancia, y estemos protegidos, mediante la promoción y prevención de la salud, para gozar de una vida segura y saludable, desde un enfoque de atención primaria y con un sólido primer nivel de atención suficientemente financiado, equipado, capacitado, y organizado.
- Que mediante un sistema tributario justo, nuestros impuestos financien un sistema de salud para todos y todas, donde no se

discrimine por bolsillo, origen, clase ni género, con la dignidad y la calidad acorde con la cantidad inmensa de recursos que se están destinando a la salud.

- Que las clínicas privadas sean una opción, no una necesidad; que las ARS sean entidades aseguradoras complementarias, optativas y voluntarias, no una obligación legal; y que los impuestos obligatorios financien un sistema público, universal, gratuito y de calidad.

Sobre el sistema de pensiones

Finalmente, con relación al problema de las pensiones, reiteramos las propuestas que ya desde el 2016 se han venido presentando y que se plasmaron de forma general en el informe del año pasado, además respaldadas por informes recientes de OIT y los análisis de CEPAL y OCDE. A saber:

- Al igual que en materia de salud, urge un gran debate nacional con todos los actores sociales, populares, profesionales, trabajadores y trabajadoras, pobladores de barrios y campos, organizaciones de base y sectoriales, para el empoderamiento de la salud, las pensiones y la seguridad social como un derecho y una reivindicación de carácter histórico fundamental para el presente y futuro de la nación dominicana, ante el saqueo despiadado y el régimen de corrupción legalizada que se ha impuesto.
- La instauración de un sistema de reparto de carácter público y solidario, que termine con los principios de la capitalización individual y el lucro administrativo, orientado realmente a la

universalidad y la solidaridad como principios rectores, y garantizando por ley tasas de reemplazo dignas.

- Este sistema debería y podría establecer de forma gradual y escalonada un pilar no contributivo de pensiones para personas envejecientes o con discapacidad, para madres jefas de hogar y para niños con necesidad económica.
- Apoyamos un sistema de reparto solidario y obligatorio en el cual, a partir de un excedente, las personas puedan voluntariamente depositar dinero en cuentas individuales. Las AFP pueden existir, pero solo en un modo complementario y optativo, y bajo reglas del juego mucho más equilibradas.
- Este sistema, además, debería manejarse con los máximos estándares de autonomía, transparencia y fiscalización, lo que requiere un Estado Democrático y Social de Derecho con instituciones funcionales, eficientes y responsables. Debería incorporar criterios como asegurar rentabilidad en base a *reservas técnicas* y a inversiones productivas e inclusivas, desde el punto de vista social y económico, como puede ser la construcción de viviendas e infraestructuras, así como que los fondos administrados contribuyan a una matriz productiva más democratizada y que genere mayores niveles de ahorro, empleo y riqueza, en lugar de aportar ganancias parasitarias al sector de la intermediación financiera y a unos pocos grandes grupos económicos.
- La clase política, los partidos y las instituciones de gobierno deberían actuar de manera coherente y decidida

en esta materia, dado que el propio Congreso Nacional, a través de su Ley 340-98, estableció para los y las congresistas dominicanos un sistema de pensiones que no es de administración privada y que garantiza tasas de reemplazo definidas.

ANEXO

Consejo de Directores y Gerentes de las AFP.* (Al 31 de marzo de 2019)

AFP	Cargo	Nombre
Popular	Presidente	Eduardo J. Grullón
	Vicepresidente	Osián T. Abreu
	Secretario	Rafael A. Rodríguez
	Miembro	Felipe Vicini Lluberes
	Miembro	Adriano Bordas
	Miembro	Erich Schumann
	Miembro	Manuel E. Jiménez F.
	Miembro	Salustiano Acebal
	Miembro	Rafael D. Holguín
	Miembro	José Armando Bermúdez
	Miembro	Luis J. Jiménez
	Comisaria de cuentas	Mario Ramón Saviñón Mera
	Presidente Ejecutivo	Eduardo J. Grullón
Vicepresidente de Finanzas	Luis J. Jiménez	
Vicepresidente de Negocios	Atlántida Pérez	
Reservas	Presidente	Lic. Simón Lizardo Mézquita
	Vicepresidente	Corporación Dominicana de Empresas Eléctricas Estatales
	Secretaria	Licda. Marcia Josefina Pérez Gaviño
	Vocal	Tenedora Banreservas, S. A.
	Vocal	Juan Selím Dauhajre Antor
	Vocal	Banco Agrícola de la República Dominicana
	Vocal	Rienzi Pared Pérez
	Vocal	Braulio Portes
	Gerente General	Alfonso Temístocles Montás Artero
	Gerente Administrativo	Lucía Celaida Luciano de Martínez
	Directora Comercial	Ana Mercedes Soto Franco
Directora de Inversiones	Flor de Tanzania Reynoso Abreu	

AFP	Cargo	Nombre
Romana	Presidente	Eduardo Martínez Lima
	Vicepresidente	Alfonso Paniagua
	Secretario	Leonardo Matos García
	Miembro	Juan Miguel Grisolia
	Miembro	Ramón A. Menéndez
	Miembro	Eduardo Martínez Gonzalvo
	Miembro	Dionisio Hernández
	Comisario de cuentas	Isabel Margarita Camacho Payano
Scotia Crecer	Presidente	Robert A. Williams Cisneros
	Vicepresidente-Gerente General	Marcela Giraldo
	Secretario	Carlos Escamilla Jacome
	Director	Alain Enrique Foucrier
	Director	Edward George Tome
	Miembro externo independiente	Héctor Salcedo Llibre
	Comisario de cuentas	José Ernesto Núñez Rodríguez
Siembra	Presidente	José Luis Alonso Lavin
	Vicepresidente	Luis Eugenio Molina Achécar
	Secretaria	Diana María Roca Perelló de Mella
	Miembro	Alberto Rafael de los Santos Billini
	Miembro	Carlos Guillermo León Nouel
	Miembro	Diamela Altagracia Genao de Cabral
	Miembro	Fernando García Crespo
	Miembro	José Manuel Santos Rosario
	Miembro	Luis Fernando Castro Avila
	Miembro	Andrés Eugenio Mejía Zuluaga
	Miembro	Mauricio Toro Bridge
	Vicepresidente Ejecutivo	Alvin A. Martínez Llibre
Vicepresidente Finanzas & Administración	José R. Martí T.	

AFP	Cargo	Nombre
Atlántico	Presidente	Filipo Dante Ciccone Estrada
	Vicepresidente	Oswaldo Alberto Armitano Labrador
	Secretario	Jorge Hernández
	Tesorera	Carmen Coromoto Manzol Carrasco
	Directora Adjunta a Presidencia	Gabriela Afonso Oropeza
	Comisario de cuentas	Palmenio Hernández
	Director de Operaciones	Raul Espallat
	Director de Inversiones	Sonia Salata
JMMB BDI	Presidente	Archibald Campbell
	Vicepresidente	Juan Carlos Rodríguez Copello
	Secretario	Ricardo Antonio Ginebra Pou
	Miembro	Rafael Medina Quiñones
	Miembro	Keith Duncan
	Miembro	Rafael Medina Quiñones
	Miembro	Polibio Díaz
	Miembro	Hamlet Hermann
	Gerente de Finanzas e Inversiones	Jorge A. Coss Sabbagh
	Gerente de Operaciones y Beneficios	Walkirys M. Brito P.
Gerente de Relaciones Comerciales	Aracelis Abreu	

*Fuente: Elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral N.º 64 de la SIPEN, 31 de marzo de 2019.

BIBLIOGRAFÍA

• Libros y capítulos

BOSCH, MATÍAS; FERNÁNDEZ, AIRON y GARCÍA C., EDGAR. *Sistema de pensiones: de la estafa del siglo a un modelo justo e incluyente*. ISCOS y Fundación Juan Bosch, Santo Domingo, 2019 (Alessio Adanti, coordinador). Disponible en: http://www.juanbosch.org/index.php?route=publicacion/publicacion&publicacion_id=18.

LIZARDO, JEFREY. "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*. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra/Fundación Friedrich Ebert/Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales, Santo Domingo, República Dominicana, 2009. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/o8002.pdf>.

MORALES, LUIS. "El Seguro Familiar de Salud en República Dominicana: una reforma impostergable". En: *El nuevo modelo del sistema de salud: Inicios, rutas y dificultades*. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra/Fundación Friedrich Ebert/ Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales, Santo Domingo, República Dominicana, 2009. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/o8002.pdf>.

SPICKER, P.; ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, SONIA; GORDON, DAVID (editores). *Pobreza: Un glosario internacional*. Traducido por Pedro Marcelo Ibarra y Sonia Álvarez Leguizamón, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), Buenos Aires, 2009. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/>.

SUÁREZ, ROSA MARÍA. "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*, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra/ Fundación Friedrich Ebert/Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales, Santo Domingo, 2009. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/o8002.pdf>.

• Documentos y artículos electrónicos

ALLARD SOTO, RAÚL; HENNIG LEAL, MÔNIA CLARISSA; GALDÁMEZ ZELADA, LILIANA. "El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario". Centro de Estudios Constitucionales de Chile, Universidad de Talca, Año 14, Nº 1, 2016. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142579/el-derecho-a-la-salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

BASILE, GONZALO. "Las 7 falacias de los seguros de salud en América Latina y el Caribe". En CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), 2013. Disponible en: <http://cebes.org.br/2013/05/as-sete-falaciasdos-seguros-de-saude-espanhol/>.

CABA, SENEN. "Cosas veredes, medicus, que non crederes". Entrevista en el periódico *Hoy*, 5 de julio de 2008. Disponible en: <http://hoy.com.do/%C2%93cosas-veredes-medicus-que-noncrederes%C2%94/>.

DUPAS, GILBERTO. "Pobreza, desigualdad y trabajo en el capitalismo global". En: *Nueva Sociedad* No. 215: 67-78, mayo-junio 2008. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/pobreza-desigualdad-y-trabajo-en-el-capitalismo-global/>.

GUERRERO, OMAR. "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.revistaeggp.uchile.cl/index.php/REGP/article/viewFile/13520/13786>.

LAPAVITZAS, COSTAS. "El capitalismo financiarizado. Crisis y expropiación financiera". 2011. Disponible en: <http://www.huellasdeeu.com/ediciones/edicion1/articulo%205.pdf>.

LAURELL, ASA CRISTINA. "Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos". Febrero, 2012. Disponible en: <http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/sistemas-universais.pdf>.

• Documentos inéditos

BASILE, GONZALO. "Migración y salud colectiva. Análisis de la mortalidad materna y atención del embarazo en población migrante haitiana de región fronteriza en la República Dominicana". Naciones Unidas, Santo Domingo, 2018. INÉDITO.

KREMERMANN, MARCO. "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 de 2014. INÉDITO.

SELIG, JOSÉ. "Reflexiones sobre el sistema de seguridad social y el sistema de salud". Santo Domingo, noviembre 2017. INÉDITO.

- **Informes institucionales**

CONSEJO NACIONAL PARA LA REFORMA DEL ESTADO (CONARE).

ALBURQUERQUE, RAFAEL Y OTROS. "Conversatorios sobre la Reforma a la Seguridad Social". Santo Domingo, 1998.

FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS (UNFPA). "El acceso de inmigrantes y descendientes a la salud y la protección social en la República Dominicana". Por Bosch, Matías; Pérez, Maritza; Rodríguez, Jaime. Santo Domingo, 2019. Disponible en: <https://dominicanrepublic.unfpa.org/es/publications/elacceso-de-inmigrantes-y-descendientes-la-salud-y-la-proteccion-social-en-la>.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). "La reversión de la privatización de las pensiones: Reconstruyendo los sistemas públicos de pensiones en los países de Europa Oriental y América Latina (2000-2018)". Por Isabel Ortiz,

Fabio Durán-Valverde, Stefan Urban, Veronika Wodsak, Zhi-ming Yu. OIT, Departamento de Protección Social, Extensión de la Seguridad Social ESS-Documento de trabajo No. 63, 2019. Disponible en: <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55496>.

FUNDACIÓN JUAN BOSCH, FUNDACIÓN SOLY MÉDICOS DEL MUNDO. "Pensiones: ¿seguridad social o gran negocio? Radiografía del sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y propuestas para un nuevo modelo". Por Basile, Gonzalo; Bosch, Matías; Durán, Gonzalo; Gálvez, Recaredo; Kremerman, Marco. Ediciones Fundación Juan Bosch, Santo Domingo, 2016. Disponible en: http://www.juanbosch.org/index.php?route=publicacion/publicacion&publicacion_id=9.

FUNDACIÓN JUAN BOSCH. "¿Seguros de salud o negocio seguro?". Por Bosch, Matías y Fernández, Airon. Ediciones Fundación Juan Bosch, Santo Domingo, 2017. Disponible en: http://www.juanbosch.org/index.php?route=publicacion/publicacion&publicacion_id=11.

FUNDACIÓN JUAN BOSCH. "Radiografía del sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). ¿Seguridad social o gran negocio?". Por Bosch, Matías y Fernández, Airon. Ediciones Fundación Juan Bosch, Santo Domingo, 2018. Disponible en: http://www.juanbosch.org/index.php?route=publicacion/publicacion&publicacion_id=13.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 53.º Consejo Directivo 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para Las Américas, Washington, D. C., EUA, del 29 de septiembre al 3

de octubre del 2014, CD 53/FR 3 de octubre del 2014, "Informe final". Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD53-FR-s.pdf>.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE). Pensions at a glance. Latin America and the Caribbean, 1.º diciembre de 2014. Disponible en: <http://www.oecd.org/publications/oecd-pensions-at-a-glance-pension-glance-2014-en.htm>.

- **Instrumentos legislativos**

Constitución Política de la República Dominicana, 2015.

Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, 2001.

- **Bases de datos y boletines oficiales**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. División de Cuentas Nacionales de Salud. Dirección de Planificación Institucional, septiembre 2018. Disponible en: https://msp.gob.do/web/Transparencia/documentos_oai/473/cuentas-nacionales/4634/compendio-estadistico-de-cuentas-nacionales-de-salud-2004-2017.xlsx.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL). Datos obtenidos a través de solicitudes de información dirigidas a esa entidad, sobre la base de la Ley 200-04 de Libre Acceso a la Información Pública, y de estadísticas disponibles en: <http://www.sisalril.gov.do/EstadisticasdelSfs.aspx>.

SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES. Estados financieros auditados anuales de las AFP. Disponible en: <https://www.sipen.gov.do/index.php/estadisticas/estados-financieros-afp>.

_____. Boletín Estadístico Trimestral No. 38 de la SIPEN, República Dominicana, 31 de diciembre 2012.

_____. Boletín Estadístico Trimestral No. 42 de la SIPEN, República Dominicana, 31 de diciembre 2013.

_____. Boletín Estadístico Trimestral No. 46 de la SIPEN, República Dominicana, 31 de diciembre 2014.

_____. Boletín Estadístico Trimestral No. 50 de la SIPEN, República Dominicana, 31 de diciembre 2015.

_____. Boletín Estadístico Trimestral No. 54 de la SIPEN, República Dominicana, 31 de diciembre 2016.

_____. Boletín Estadístico Trimestral No. 58 de la SIPEN, República Dominicana, 31 de diciembre 2017.

_____. Boletín Estadístico Trimestral No. 62 de la SIPEN, República Dominicana, 31 de diciembre 2018.

_____. Boletín Estadístico Trimestral No. 64 de la SIPEN, República Dominicana, abril-junio 2019.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, "World Population Prospects 2019 - Potential Support Ratio (Age 20-64 / Age 65+)". Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>.

Esta primera edición de
*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,*
de Matías Bosch Carcuro y Airon Fernández Gil,
se terminó de imprimir en los talleres gráficos de Impresora Soto
Castillo, S. A., Santo Domingo, República Dominicana,
en el mes de noviembre de 2019.