

2da. EDICIÓN
Actualizada y aumentada

MATÍAS BOSCH CARCURO
AIRÓN 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

EDICIONES



Juan Bosch

Fundación Juan Bosch

Colección *La verdad en manos de los buenos*

Santo Domingo, República Dominicana

2020

Copyright 2020 ©Matías Bosch Carcuro, Airon Fernández Gil

Copyright 2020 ©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

Sitio Web: www.juanbosch.org

Facebook: Fundacion Juan Bosch

Twitter: @FundacionBosch

Instagram: @fundacionjuanbosch

Primera edición: 2019

Segunda edición actualizada y aumentada: 2020

Edición, revisión y diagramación: Janley Rivera Mejías

Diseño de portada: Vivian Martínez Hart

ISBN: 978-9945-587-21-0

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

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS	9
PRÓLOGO. <i>Dr. Senén Caba Plascencia</i>	13
INTRODUCCIÓN	17

CAPÍTULO I

CLAVES DE UNA DISPUTA: ¿SEGURIDAD SOCIAL O NEGOCIO SEGURO?	23
1.1 Protección social, Estado y derechos.	23
1.2 El neoliberalismo en marcha, el Estado y lo público como objetivos	27
1.3 Salud, pensiones y otros “derechos” subordinados a las pugnas del capital	32
1.4 Derecho a la salud y las pensiones en las políticas neoliberales	34
1.4.1 Salud	34
1.4.2 Pensiones y sistemas previsionales.	39
1.5 La intimidad de la reforma dominicana en 2001	46

CAPÍTULO II

GASTO NACIONAL Y ASEGURAMIENTO EN RIESGOS DE SALUD: LA CONSTRUCCIÓN DE UN GRAN NEGOCIO	55
2.1 Evolución y composición del gasto nacional en salud.	55
2.2 Caracterización de los regímenes contributivo y subsidiado del Seguro Familiar de Salud	57
2.2.1 Evolución de afiliados y monto dispersado per cápita ..	57
2.2.2 Ingresos, gastos y beneficios de las ARS del régimen contributivo	58
2.2.3 Concentración de mercado de las ARS privadas	59
2.2.4 Pagos de las ARS de los regímenes contributivo y subsidiado a los prestadores de servicios de salud públicos y privados	60
Gráficos del Capítulo II	63

CAPÍTULO III

SISTEMA DE PENSIONES: EL ASALTO DEL SIGLO	77
3.1 Caracterización de afiliados, cotizantes y bono demográfico	77
3.1.1 Evolución y distribución de afiliados y cotizantes	77
3.1.2 Bono demográfico. Comparación internacional	79
3.2 Evolución, inversiones y rentabilidad de los fondos de pensiones	81
3.2.1 Evolución del patrimonio de los fondos de pensiones	81
3.2.2 Inversión de los fondos pensiones de capitalización individual	82
3.2.3 Rentabilidad histórica de los fondos de pensiones	83
3.3 Ingresos, gastos, ganancias y rentabilidad de las AFP	84
3.3.1 Composición de los ingresos	84
3.3.2 Utilidades y gastos	84
3.3.3 Rentabilidad	85
3.4 Pensiones por sobrevivencia, discapacidad y retiro programado otorgadas	85
3.5 Tasa de reemplazo proyectada	86
Gráficos del Capítulo III	87
Tablas del Capítulo III	105

EPÍLOGO SOBRE EL SISTEMA DE PENSIONES

LA LEY 13-20: UNA CONTRARREFORMA A LAS PENSIONES	127
Algunas puntualizaciones sobre los ingresos y utilidades vía comisiones de las AFP	128
Gráficos del Epílogo	133
Tablas del Epílogo	137
CONCLUSIONES	147
RECOMENDACIONES GENERALES	157
BIBLIOGRAFÍA	161

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS

Gráficos

- Gráfico 1. Gasto corriente en salud según fuente de financiamiento, 2004-2017. (Valores en millones de RD\$)65
- Gráfico 2. Gasto corriente en salud según fuente de financiamiento, 2004-2017. (Como % del PIB).....66
- Gráfico 3. Gasto en salud según esquema de financiamiento, 201767
- Gráfico 4. Evolución del monto dispersado per cápita promedio mensual del régimen contributivo vs. Régimen subsidiado, 2007-2019. (Valores en RD\$)68
- Gráfico 5. Evolución del número de afiliados del régimen contributivo vs. régimen subsidiado, 2007-2019. (Cantidades expresadas en millones de habitantes) ...69
- Gráfico 6. Ingresos en salud, gastos operacionales más beneficio neto de las ARS del régimen contributivo, según privadas y públicas, total acumulado 2007-2019. (Valores en millones de RD\$)70
- Gráfico 7. Ingresos en salud, gastos operacionales más beneficio neto de las ARS del régimen contributivo, según privadas y públicas, 2019. (Valores en millones de RD\$)...71
- Gráfico 8. Beneficios o pérdidas ARS públicas y privadas, diciembre 2007-diciembre 2019. (Valores en millones de RD\$) ..72
- Gráfico 9. Rentabilidad de las ARS privadas y públicas, diciembre 2007-diciembre 2018. (En porcentajes)73
- Gráfico 10. Participación de mercado de las ARS privadas, 2019. (En porcentaje del ingreso total)74
- Gráfico 11. Montos pagados por las ARS del régimen contributivo, según tipo de prestador de servicio de salud, 2010-2019.....75
- Gráfico 12. Montos pagados por las ARS del régimen subsidiado, según tipo de prestador del servicio de salud, 2010-2019..76

Gráfico 13. Evolución de afiliados, cotizantes y densidad del sistema de pensiones, diciembre 2003-diciembre 2019	89
Gráfico 14. Tasa de apoyo a la vejez (<i>old-age support ratio</i>) Chile, República Dominicana, Alemania y ALC, 2000-2060.	90
Gráfico 15. Evolución del patrimonio de los fondos de pensiones como % del PIB. (Al 31 de marzo de 2019)	91
Gráfico 16. Evolución de patrimonio de los fondos de pensiones (2003-2019). (Valores en millones de RD\$)	92
Gráfico 17. Evolución histórica de la rentabilidad real y nominal del Sistema, diciembre 2004-diciembre 2019	93
Gráfico 18. Ingresos por comisión de cada AFP y global, 2019. (En porcentajes de los ingresos totales)	94
Gráfico 19. Utilidades de las cinco principales AFP, 2019. (En porcentajes de los ingresos totales)	95
Gráfico 20. Utilidades Sistema de AFP de 2004-2019. (Valores en millones de RD\$)	96
Gráfico 21. Rentabilidad histórica de AFP Popular	97
Gráfico 22. Rentabilidad histórica AFP Crecer	98
Gráfico 23. Rentabilidad histórica AFP Reservas	99
Gráfico 24. Rentabilidad histórica AFP Romana	100
Gráfico 25. Rentabilidad histórica AFP Siembra	101
Gráfico 26. Rentabilidad histórica del sistema de las AFP Vs. rentabilidad* de los fondos de pensiones	102
Gráfico 27. Tasas brutas de reemplazo en pensiones para 19 países de América Latina. Trabajadores de ingreso promedio. . .	103
Gráfico 28. Ingresos que recibirían las AFP bajo el nuevo esquema de comisiones propuesto. (Valores en millones de RD\$) . .	135
Gráfico 29. Ingresos de las AFP en los últimos 8 años Vs. ingresos proyectados para los próximos 8 años con nuevo esquema de comisión	136

Tablas

Tabla 1.	Distribución de afiliados, cotizantes y densidad de cotizantes del sistema. (Al 31 de marzo de 2020) . . .	107
Tabla 2.	Cotizantes por tramo de edad del sistema de pensiones. (Al 31 de marzo de 2020)	108
Tabla 3.	Relación de cotizantes por cantidad de salarios mínimos cotizables del sistema. (Al 31 de marzo de 2020) . . .	109
Tabla 4.	Cantidad de trabajadores activos registrados en el SUIR, según rango salarial. (Al 29 de febrero de 2020)	110
Tabla 5.	Cantidad de empleadores y trabajadores activos registrados en el SUIR, según cantidad de trabajadores. (Al 29 de febrero de 2020)	111
Tabla 6.	Cantidad de cotizaciones mensuales de afiliados a la AFP. (Al 31 de marzo de 2020)	112
Tabla 7.	Cantidad de cotizaciones mensuales por deciles de afiliados a CCI. (Al 31 de marzo de 2020)	113
Tabla 8.	Inversión de los fondos de pensiones de capitalización individual, según emisor calificado. (Al 31 de marzo de 2020)	114
Tabla 9.	Inversión de los fondos de pensiones de capitalización individual en instituciones públicas. (Al 31 de marzo de 2020)	115
Tabla 10.	Inversión de los fondos de pensiones de capitalización individual en la banca comercial. (Al 31 de marzo de 2020)	116
Tabla 11.	Inversión de los fondos de pensiones de capitalización individual en empresas privadas. (Al 31 de marzo de 2020)	117
Tabla 12.	Inversión de los fondos de pensiones de capitalización individual en otros tipos de emisores. (Al 31 de marzo de 2020)	118
Tabla 13.	Ingresos por tipo y AFP, año 2019	119
Tabla 14.	Utilidades y gastos operacionales y generales del sistema de las AFP de 2004 a 2019. (Valores en millones de RD\$)	120

Tabla 15. Solicitudes de pensiones por sobrevivencia y discapacidad, según su estatus. (Al 31 de marzo de 2020)	121
Tabla 16. Solicitudes de beneficios de afiliados de ingreso tardío, según su estatus. (Al 31 de marzo de 2020) . .	122
Tabla 17. Pensiones por sobrevivencia (RD\$). (Al 31 de marzo de 2020)	123
Tabla 18. Pensiones por discapacidad (RD\$). (Al 31 de marzo de 2020)	124
Tabla 19. Pensiones por retiro programado (RD\$). (Al 31 de marzo de 2020)	125
Tabla 20. Montos devueltos, total y por afiliado (RD\$). (Al 31 de marzo de 2020)	126
Tabla 21. Crecimiento de los fondos de pensiones administrados por las AFP. (Valores en millones de RD\$)	139
Tabla 22. Utilidades de las AFP 2004-2018. (Valores en millones de RD\$)	140
Tabla 23. Ingresos operacionales y utilidades de las AFP 2012-2018. (Valores en millones de RD\$)	141
Tabla 24. Ingresos que recibirían las AFP bajo el nuevo esquema de comisiones propuesto. (Valores en millones de RD\$) . .	142
Tabla 25. Utilidades efectivas de las AFP 2004-2019. (Valores en millones de RD\$)	143
Tabla 26. Utilidades estimadas de las AFP 2020-2029. (Valores en millones de RD\$)	144
Tabla 27. Tabla difundida para “mostrar” que con el nuevo esquema habría un ahorro o “diferencia” en detrimento de las AFP, por más de 53,000 millones de pesos, comparando el esquema de comisiones antiguo y nuevo con supuestos ingresos continuamente crecientes . .	145
Tabla 28. Ingresos efectivos de las AFP de los últimos 8 años e ingresos proyectados para los próximos 8 años con nuevo esquema de comisión. (Valores en millones de RD\$) . . .	146

PRÓLOGO

A las puertas de cumplirse 20 años de la Ley No. 87-01 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 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 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.

Del Negocio Seguro a la Seguridad Social...

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 2021 se cumplirán 20 años de la creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), 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 alcanza 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 arroja 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.

Por último, habría que señalar que el conocimiento es poder y el acceso al mismo es una condición necesaria de la democracia. La información es relevante porque las decisiones y agendas de quienes tienen la propiedad de empresas responden a intereses y objetivos particulares o grupales, y en este caso, dichos intereses y objetivos tendrán un peso en lo que la sociedad y las instituciones hacen (o puede hacer) con los inmensos recursos aportados para la salud y las pensiones. Si estos intereses y objetivos son de carácter financiero y no social, si son de tipo transnacional más que nacional, serán factores también claves en el tablero de la seguridad social.

Hay que señalar que, a diferencia de los datos de las AFP en la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), ciertas informaciones claves sobre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) han sido imposibles de obtener vía la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Los datos de los directorios y accionistas se consideran “información reservada”, de acuerdo con el Artículo 3 de la Resolución SISALRIL No. 179-2010, emitida en 2010, a nuestro juicio en franca violación del derecho al libre acceso a la información pública, toda vez que estas empresas privadas ofrecen un servicio de interés público y manejan dineros de todos los dominicanos, que reciben a través de la Tesorería de la Seguridad Social.

Algo similar sucede con la rentabilidad obtenida sobre el patrimonio, que las AFP deben reportar y efectivamente se refleja en los informes de la SIPEN. En el caso de las ARS la SISALRIL apenas informa los beneficios sobre ingresos y de manera agregada, no de forma separada por empresa. La rentabilidad queda en el misterio. Así las cosas, los dominicanos y dominicanas se ven privados de saber cuánto están ganando estas compañías y sus propietarios en base al dinero que se ven obligados a aportar para obtener servicios de salud y qué relación tiene esto con el acceso o negación de derechos.

De esta experiencia se desprenden, con toda lógica, dos inquietudes:

- ¿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 ganancias, rentabilidad, 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?

Al respecto, como diría Shakespeare, “algo huele mal en Dinamarca”.

Esperamos que esta publicación, en la cual se hacen aportes conceptuales, se contribuye con datos y se ofrecen sugerencias y

propuestas, ayude 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 efectiva de los derechos fundamentales, como son la salud y la seguridad social.

Nuestra aspiración es 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 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 pendiente.

CAPÍTULO I

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

1.1 Protección social, Estado y derechos

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

El concepto se vincula directamente con la noción de derechos de ciudadanía o “ciudadanía social”, y es fundamental para la realización de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC-1966) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La protección

¹ Esta sección se basa principalmente en las publicaciones: 1) *Pensiones: ¿seguridad social o gran negocio? Radiografía del sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y propuestas para un nuevo modelo* (Kremerman *et al*, 2016), de Fundación Juan Bosch, Fundación SOL y Médicos del Mundo; 2) *¿Seguros de salud o negocio seguro? Análisis del modelo de financiamiento y mercantilización de la salud bajo el régimen de seguros en República Dominicana* (Bosch y Fernández, 2017), de la Fundación Juan Bosch; 3) *Sistema de pensiones: de la estafa del siglo a un modelo justo e incluyente* (Bosch, García y Fernández, 2019), de ISCOS y Fundación Juan Bosch; y 4) *El acceso de inmigrantes y descendientes a la salud y la protección social en la República Dominicana* (Bosch *et al*, 2019), de UNFPA.

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

social sería parte esencial de la política social, y esta a su vez es pieza fundamental de los regímenes de bienestar, por lo que debe orientarse a “sistemas de protección social basados en derechos, integrales en su estructura, robustos en su cobertura y financiamiento, y orientados a lograr mayores niveles de inclusión e igualdad social” (Cecchini *et al*, 2015).

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

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

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

- i) los legados del viejo modelo contributivista de las clases medias y los trabajadores formales del modelo sustitutivo de importaciones; ii) la técnica y la orientación residualista de las políticas focalizadas en la pobreza de los años ochenta y noventa; iii) la ampliación mediante prestadores privados y de la sociedad civil, y el Estado regulador pero no proveedor de los años noventa, combinada con los nuevos modelos de articulación público-privada; iv) la preferencia por el financiamiento de la demanda, combinada con un nuevo rol del Estado, que determina los requerimientos desde las necesidades; v) la incorporación del enfoque de derechos, combinada con una tradición centrada en necesidades básicas y riesgos, y vi) un desarrollo creciente de las nociones de rendición de cuentas, transparencia y evaluación, combinado con una institucionalidad aún débil y dependiente de coyunturas políticas y económicas (Cecchini *et al*, 2015).

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

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

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

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

Por igual, en el Artículo 219 la Constitución establece que “El Estado fomenta la iniciativa económica privada, creando las políticas necesarias para promover el desarrollo del país. Bajo el principio de subsidiaridad⁴ el Estado, por cuenta propia o en asociación con el sector privado y solidario, puede ejercer la actividad empresarial

⁴ 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”.

con el fin de asegurar el acceso de la población a bienes y servicios básicos, y promover la economía nacional”.

1.2 El neoliberalismo en marcha, el Estado y lo público como objetivos

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

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

- El nuevo liberalismo admite que solo el mecanismo de los precios, funcionando en mercados libres, permite la óptima utilización de los medios de producción y trazar el camino para la satisfacción máxima de los deseos humanos.
- Al Estado incumbe la responsabilidad de determinar el régimen jurídico que sirva de marco al libre desarrollo económico así concebido.
- Otros fines sociales pueden ser sustituidos por los objetivos económicos enunciados más arriba.
- Una parte de la renta nacional puede ser sustraída del consumo para fines generales (como impuestos, siempre al consumo, nunca a la ganancia), pero con la condición de que la transferencia se haga a “plena luz” (transparencia total) y sea “conscientemente consentida”.

Un segundo encuentro neoliberal ocurrió en Mont-Pèlerin, Suiza. Allí también acudieron Hayek y otros destacados intelectuales afines: Walter Eucken, Milton Friedman, Bertrand de Jouvenel, Frank

Knight, Ludwig von Mises, Karl Popper, Lionel Robbins y Wilhelm Röpke. En 1947, la Sociedad Mont-Pèlerin albergó a 258 miembros fundadores, de los cuales 101 eran estadounidenses, 28 alemanes y 29 ingleses, entre otros. La preocupación por el destino del liberalismo, la supuesta decadencia de la moral y el derecho, y la falta de confianza en la propiedad privada y la economía de mercado, en un contexto en que la Unión Soviética había sido el factor determinante de la derrota nazi en la II Guerra Mundial, eran las motivaciones de esta reunión, que terminó en la fundación de la referida sociedad.

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

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

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

[...] En fin, la “des-estatización” de las relaciones naturales

reclamó la reorganización de las tareas productivas y comerciales, para que volvieran a sus auténticos propietarios: los individuos, que como usufructuarios del primer y único de los derechos personales: la propiedad, harían más productiva y feliz a la sociedad.

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

En la nueva etapa del capitalismo que comienza en los años setenta y ochenta, la administración pública va dejando de estar en manos de los aparatos de gobierno y se contrae en favor del beneficio de la empresa privada. No obstante, la administración estatal sigue ocupando un papel clave en los centros de control de la vida social. Durante los ochenta, sus expertos e ideólogos la llamaban *era de la privatización* (Guerrero, s/f).

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

La política, desde su punto de vista, es un mercado, y el comportamiento político se puede estudiar como pura búsqueda del interés individual en base al análisis de costo-beneficio, y de esa misma forma debe ser regulado. Los funcionarios públicos son *maximizadores* de presupuesto, y buscan aumentar su poder e influencia. Las

decisiones colectivas a menudo son irracionales, por encima del provecho individual, en tanto los individuos sí saben maximizar el bienestar. Más individualismo, más mercado privado y menos Estado, son medidas aconsejables.

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

En esta etapa, numerosas empresas públicas, servicios y funciones del Estado pasan a manos de la empresa privada. Es cuando la mediación entre Estado y sociedad se da a través de entidades de interés privado, y es momento del auge de las “políticas públicas” a través de las cuales administración estatal y privados realizan transacciones de mutuo beneficio. La administración es “neutral” y “apolítica”, basada en la unidad entre Estado y sociedad, y esta última, como campo de lo privado, queda reducida al ámbito del consumidor y de la empresa.

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

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

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

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

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

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

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

En la época actual, la globalización capitalista vive el camino abierto por aquellas reformas neoliberales de los años setenta y ochenta. El achicamiento del Estado a través de menos ingresos, más *expropiación y endoprivatización*,⁵ abrió el camino a la expropiación de los trabajadores por vías antes nunca pensadas: convertir sus necesidades elementales en fuente de ganancias del capital, en específico del capital financiero.

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

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

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

[...] cantidades crecientes de capital financiero requirieron de nuevos países y sectores dentro de los países donde reproducirse. Esto demandó cambios a nivel político, a través de un proceso de desregulación —privatización— re-regulación, así como de profundos cambios ideológicos. A nivel ideológico,

⁵ La endoprivatización es la privatización como lógica incorporada en el funcionamiento interno de la administración pública, que ahora debe competir interiormente por presupuesto y por “clientes”, y se complementa con la expropiación que es entregar a agentes empresariales privados la gestión de necesidades sociales.

el neoliberalismo se instala como pensamiento único y en salud implica la transformación del sentido común para que la salud deje de ser un derecho que el Estado debe garantizar y se transforme en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. La lógica privada permea todos los espacios y el sector público “debe” adoptarla para operar eficientemente. A nivel político la desregulación permite al capital financiero internacional operar en el sector salud de los países, antes prohibido total o parcialmente (Iriart, 2008).

Costas Lapavitsas (2011) resalta como expropiación financiera⁶ tiene relación con lo señalado por Iriart: al creciente protagonismo de la acumulación desligada de compromisos con la clase trabajadora y con creciente peso del capital financiero. Sucede la conversión de lo que antes eran derechos fundamentales —sujetos a pujas del sector trabajador y a acuerdos obreros-Estado-patronos capitalistas— en fuentes de apropiación, acumulación y reproducción de las finanzas. Esto se relaciona estrechamente con el hecho de que los fondos de pensiones y la salud se hayan puesto en manos de los intermediarios financieros mediante bancos y entidades aseguradoras, o la clase trabajadora deba “invertir” para aprovisionarse de bienes fundamentales:

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

[...] La financiarización, finalmente, ha permitido que la ética, la moralidad y la mentalidad financieras penetren tanto la vida social como la individual. El concepto de “riesgo” —con

⁶ Otros autores como Euclides Mance explican esto relacionando el concepto de expoliación, que se da en la fase del crédito, mientras en el trabajo productivo se produce la explotación y en la esfera del intercambio sucede la expropiación (Mance, 2019).

frecuencia nada más que una formalización banal de las prácticas del financista— se ha vuelto prominente en el discurso público. Oleadas de codicia han arreciado a partir de la transformación de viviendas y pensiones en “inversiones”, arrastrando a los individuos al interior de burbujas financieras.

[...] En el capitalismo financiarizado las condiciones ordinarias de existencia de la clase trabajadora han caído progresivamente dentro del ámbito del sistema financiero. La dependencia individual del dinero como medio de pago (no solo como medio de intercambio) se ha vuelto más fuerte, a la vez que la previsión social ha retrocedido en áreas como vivienda, pensiones, consumo o educación. El acceso al dinero cada vez determina más la habilidad para conseguir productos básicos, afectando también su racionamiento. De este modo, el aspecto usurero de las instituciones financieras avanzadas ha sido nuevamente fortalecido, excepto por los beneficios financieros que ahora no son generados solo por intereses, sino también por honorarios cobrados por servicios (Lapavitsas, 2011).

1.4 Derecho a la salud y las pensiones en las políticas neoliberales

1.4.1 Salud

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

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

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

Por su parte, la segunda corriente aboga por una salud desmercantizada, asumiendo al Estado como aparato al servicio de una sociedad democrática, que redistribuye y garantiza condiciones de vida dignas en forma de servicios y bienes. De acuerdo con Laurell, son ejemplos de este enfoque Cuba, Brasil, las reformas en Venezuela, Bolivia y Ecuador,⁷ a los que se podrían agregar, entre otros, el caso inglés, el español y países nórdicos (Laurell, 2012).

Los procesos de reformas neoliberales en América Latina se dieron, en una primera instancia, en el contexto del Consenso de Washington, con los procesos de endoprivatización-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.

Es importante agregar que la mercantilización de servicios como la salud no implica simplemente la “reducción del Estado”, sino

⁷ La autora se refiere a reformas constitucionales y las políticas puestas en marcha antes de los cambios de gobierno ocurridos en Bolivia en 2019 y en Ecuador en 2017.

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 como de los ingresos de los ciudadanos.

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

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

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

De acuerdo a Laurell, la nueva versión del seguro universal busca superar dos problemas fundamentales que la reforma impulsada por

el Banco Mundial en 1994 presentaba: crear una demanda, integrando a las capas pobres de la población a la capacidad de consumo de salud, y ampliar y expandir el mercado de la salud como industria lucrativa. Por esto la 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).

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

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

RECUADRO I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MODELO DE ASEGURAMIENTO

- Sistemas segmentados y/o fragmentados. La seguridad social tiende a ser el segmento público más sólido, pero con una cobertura poblacional y médica variable dependiendo de las características del pacto corporativo en cada país.
- El Ministerio de Salud es generalmente débil y debería de atender a la población sin seguro social, pero en algunos casos solo es responsable de las acciones de salud pública. Es de subrayar que los ministerios suelen tener poca capacidad regulatoria sobre el sistema en su conjunto a pesar de que son la autoridad sanitaria legal.
- Subsistemas públicos con recursos físicos y humanos insuficientes, con una desigual distribución territorial y social de los servicios y el personal. Las condiciones de desfinanciamiento y falta de recursos físicos y humanos frecuentemente han llevado al extravío del propósito institucional de mejorar las condiciones de salud de la población y a una tendencia al predominio de los intereses particulares, legítimos o ilegítimos, sobre el interés general. Se dan además, a menudo, distintas formas de corrupción.

Fuente: elaboración propia en base a Laurell (2012).

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

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

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

[...] en los sistemas mixtos de seguros contributivos y con subsidios fiscales generalmente existen copagos, coseguros y cuotas moduladoras que incrementan de hecho el gasto de bolsillo, aunque se argumenta que los seguros protegen contra el gasto catastrófico de salud. También se evade indicar cuál es la cobertura de servicios de los distintos seguros a pesar de señalar que debe estar garantizada la sostenibilidad financiera para acto seguido recomendar el establecimiento de paquetes de servicios que distan de ser los servicios requeridos. Esto implica a su vez otro gasto de bolsillo para cubrir la atención de las intervenciones no amparadas por el seguro (Laurell, 2012).

1.4.2 Pensiones y sistemas previsionales

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

Reforma estructural:

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

Reforma paramétrica:

[...] es aquella que promueve cambios en los parámetros del sistema de pensiones y, por tanto, no cambia la estructura del

modelo existente. Las modificaciones más recurrentes son: i) el aumento de la tasa de cotización, ii) el aumento de la edad de retiro (por sexo), que incrementa el conjunto de activos contribuyentes y disminuye el flujo de nuevos pensionados, iii) la variación de las condiciones de acceso a los beneficios, por ejemplo el aumento o la disminución de los años mínimos de cotizaciones requeridos para acceder a un beneficio, y iv) la disminución de los beneficios mediante la reducción de las tasas de reemplazo o la modificación de las bases imponibles establecidas para el cálculo de las pensiones, por ejemplo, aumentando la cantidad de años necesaria para la estimación de beneficios (CEPAL, 2018).

Las reformas estructurales a los sistemas de pensiones y varias reformas paramétricas que se han dado a partir de la 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; Kremerman *et al*, 2016).

RECUADRO 2. LOS MITOS SOBRE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL
IDENTIFICADOS POR PETER ORSZAG Y JOSEPH STIGLITZ

- 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.

Fuente: elaboración propia en base a Kremerman (2014).

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 que esto se trata de una discusión técnica/científica, cuando más bien corresponde a una elección política y ética” (Kremerman, 2014).

En esa dirección, se creó “un falso consenso en la comunidad científica, del cual forman parte los organismos multilaterales y *expertos* contratados por las agencias privadas de pensiones y/o sus gremios, quienes colonizan los medios de comunicación promocionando las bondades de los sistemas privados y las deficiencias de los sistemas públicos de reparto”, a la vez que se restringieron los procesos a organismos cerrados y alejados de la gente mediante metodologías antidemocráticas, estructurando un “sistema de puerta giratoria entre funcionarios del sector público y el mundo privado”, que permite el lobby sistemático a favor de la industria privada de las pensiones y seguros (Kremerman, 2014).

Una vez la avanzada contra los sistemas de pensiones pudo crear el terreno propicio, vino el proceso de reformas inspirado en el informe “Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento”,⁸ de 1994 del Banco Mundial, solicitado por su economista jefe durante ese período, Lawrence Henry Summers (Kremerman *et al*, 2016).

El papel jugado por Banco Mundial⁹ fue decisivo en dicho proceso. La primera oleada de reformas estructurales fue posible en el marco de la liberalización económica ortodoxa y con un rol activo del Estado como garante, protector y promotor de los “arreglos” institucionales de mercado impulsados en ese entonces:

Se califica el nuevo sistema de “privado” pero aún en el prototipo y más “puro” sistema, el chileno, el Estado juega un papel importante: obliga a la afiliación (no es voluntaria), regula con enorme detalle todo el sistema, crea y financia una Superintendencia que supervisa y establece normas para el sistema, crea y financia una Clasificadora de Riesgos que ordena los instrumentos de inversión de acuerdo con su grado de riesgo, se hace cargo del triple costo de la transición (el déficit del sistema

⁸ “Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Informe del Banco Mundial sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo”, Banco Mundial, 1994.

⁹ Indermit Singh Gill, Truman Packard y Juan Yermo, “Keeping the promise of social security in Latin America”, Stanford University Press, 2005.

antiguo, el bono de reconocimiento y la pensión mínima en el nuevo sistema) y concede otras garantías como el rendimiento mínimo de la inversión del fondo, y las pensiones en caso de quiebra de una administradora (Mesa Lago, 2004, citado en Kremerman *et al*, 2016).

Es decir, lejos de ser un ente ausente, el Estado fue garante y promotor de la liberalización y financiarización de las pensiones (léase seguridad social), y para la doctrina del Banco Mundial el modelo de Chile era la panacea por promover (Kremerman *et al*, 2016).

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

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

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

De un tiempo a esta parte, a escala global, nuevas tesis sobre pensiones basadas en el gerenciamiento del riesgo social enfatizan y radicalizan su concepción asumiendo que todos los males siguen proviniendo de la injerencia del Estado (a lo sumo un mal necesario,

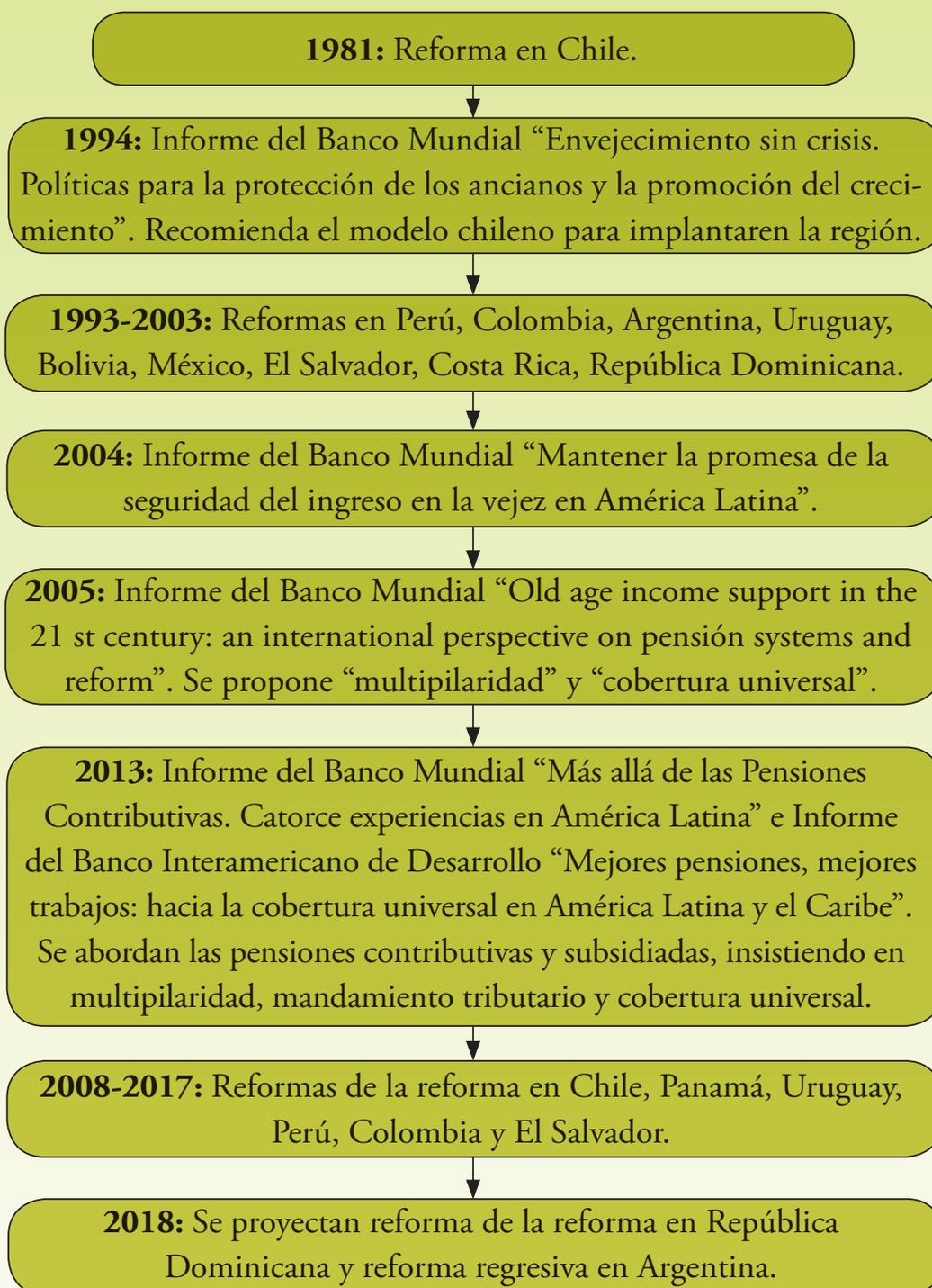
sin esclarecer para quién), y repiten muchas veces en sus enunciados que la preocupación actual debe ser evitar que la “extensión de la pobreza” en las personas laboralmente pasivas “deslegitime” el pilar de capitalización individual privada del sistema de pensiones. Se concentran en la “uberización” del trabajo y la informalidad del mercado laboral, el aumento de la esperanza de vida y, por supuesto, los riesgos de colapso fiscal y la corrupción administrativa, empleando el discurso demagógico de que los sistemas distintos a la capitalización individual exigen “más impuestos de la gente”.

Así, el Banco Mundial y otros organismos del centro capitalista plantean “reformas de las reformas”, proponiendo tres tipos de diseño posibles para atacar el pilar de prevención de la pobreza: 1) Un mínimo garantizado para quienes han contribuido una cantidad de años; 2) un beneficio focalizado para los más pobres que no cumplen con los requisitos de acceso al sistema contributivo; 3) un beneficio universal uniforme a todos los mayores a partir de cierta edad¹⁰ (Kremerman *et al*, 2016).

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

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

DIAGRAMA I. CRONOLOGÍA DE LAS REFORMAS A LOS SISTEMAS DE PENSIONES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE E INCIDENCIAS DEL BANCO MUNDIAL Y EL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO



Fuente: Bosch, Fernández y García (2019).

1.5 La intimidad de la reforma dominicana en 2001

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

En perspectiva histórica, en República Dominicana, en el primer gobierno de Leonel Fernández (1996-2000), existió una iniciativa que nació 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 (Albuquerque, 1998). A partir de ese momento, se elaboró un proyecto de ley que contó con auspicios de la OIT y se sometió al Congreso Nacional para reformar todo lo que era el Seguro Social.

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

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

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

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

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

Ciertamente, esta comisión produjo una serie de avances en el conocimiento de la situación sanitaria; de hecho, se logró publicar el libro *Salud, una visión de futuro* (1995), que plasmó en sus páginas una verdadera radiografía del quehacer en esta área con propuestas para superarlas (Caba, 2008).

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

Con la Ley General de Salud y la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social, se transformaron la concepción y distribución de las funciones de rectoría, organización, administración y

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

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

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

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

No solo los embistes foráneos del neoliberalismo respondían a la agenda anteriormente planteada, puesto que el sector bancario nacional también mostraba interés para que se aprobara el sistema de pensiones de capitalización individual, bajo el alegato de que “era

cuesta arriba vender reforma al seguro social cuando este ha colapsado, necesitamos un sistema nuevo”. A juicio del poder bancario, “el sistema de reparto ya había fracasado, el seguro social estaba totalmente descreditado y lo que tenía que hacerse era desaparecerlo y crear un sistema de capitalización individual”. Se trataba de una lógica previsible de preservación de garantías para el capital financiero, y la supuesta debacle de un sistema de pensiones “de reparto” prácticamente inexistente, sin transparencia y frustrante para muchos dominicanos, creaba las condiciones emocionales y subjetivas para legitimar el nuevo modelo.

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

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

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

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

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

La lógica del Pluralismo Estructurado marca cómo se distribuyen la gestión, prestación y financiación de la salud y la protección social en República Dominicana, con la Ley No. 42-01 (Ley General de Salud) y la Ley No. 87-01 (Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social).

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

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

sencillamente fuese un fósil ideológico, e incluso un daño al funcionamiento ideal de los sistemas de salud:

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

Morales enuncia también cómo debe instalarse la lógica vendedor-comprador en el nuevo “mercado” de la seguridad social, entendiéndola natural y consustancial al sistema de financiamiento de la salud, basándose en las premisas 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 [...] (Morales, 2009).

Entre las diferentes herramientas este autor cita: 1) la relativa libre elección que puede ejercer el usuario/paciente, tanto de la aseguradora como del prestador de servicios de su preferencia; 2) la libre competencia en el aseguramiento y en la provisión de servicios; 3) la obligatoriedad de todos los ciudadanos de afiliarse al sistema, así como de pagar un impuesto con el que se financia; 4) la estandarización y regulación del producto o paquete de beneficios que se ofrece, así como también de su precio promedio o pago per cápita promedio; 5) la prohibición para que aseguradores y proveedores de

servicios discriminen durante la afiliación o atención a los pacientes basados en cualquier motivo; 6) en el régimen subsidiado el esquema de un solo comprador y de hecho un solo vendedor, conformarían un 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.

Visto este esbozo histórico de los procesos de reforma en República Dominicana, se podría 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” [cursivas nuestras] (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.

2.1. Evolución y composición del gasto nacional en salud

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).

Asimismo, el gasto en salud que tienen que asumir las familias (gasto de bolsillo)¹ 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 de 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 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. La formación bruta de capital en sector salud representa solo el 0.3% del PIB (ver gráfico 3).

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.

¹ 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.

2.2. Caracterización de los regímenes contributivo y subsidiado del Seguro Familiar de Salud

2.2.1 Evolución de afiliados y monto dispersado per cápita

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 (371%) que el dispersado en el segundo (ver gráfico 4).

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” (Bosch y Fernández, 2017), puesto que en la actualidad hay más de 3.7 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).

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.

2.2.2. Ingresos, gastos y beneficios de las ARS del régimen contributivo

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 13 años (2007-2019), las ARS privadas obtuvieron por concepto de gastos operacionales y beneficios netos la suma de 58,231.6 millones de pesos (4,479.4 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 15.6% 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 11.1% (ver gráfico 6).

Asimismo, en 2019 las ARS privadas, con casi tres millones de afiliados, tuvieron unos ingresos totales en salud de 42,460.1 millones de pesos, de los cuales se apropiaron de 6,148.6 millones o el 14.5% por concepto de gastos operacionales y beneficios netos; mientras que en las ARS públicas, con poco más de un millón cien mil afiliados, la proporción entre gastos operacionales más beneficios netos/ingresos en salud, representó el 7.5% (ver gráfico 7).

Según datos suministrados por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), entre 2007 y 2019 las ARS privadas han obtenido beneficios totales por un valor de 13,954.6 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 1,725.2 millones de pesos; es decir, solo 132.7 millones de pesos

promedio anual, equivalente a solo el 12.4% de los beneficios que logran las ARS privadas (ver gráfico 8).

Como se puede observar en el gráfico 8, tras haber transcurrido tres 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, 2018 y 2019 estos ascendieron a 1,853.5, 1,893 y 1,236.9 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 de los que se tiene registro, 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).

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.

2.2.3. Concentración de mercado de las ARS privadas

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 2019 solo cuatro ARS concentran el 86% del mercado, y una sola concentra el 41% (ver gráfico 10).

2.2.4. Pagos de las ARS de los regímenes contributivo y subsidiado a los prestadores de servicios de salud públicos y privados

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 (Bosch y Fernández, 2017).

En efecto, la tendencia citada en el párrafo anterior, no ha hecho más que empeorar, pues si en 2015 las ARS destinaban el 87.5% de sus pagos a los prestadores privados de salud, en 2019 destinaron el 92.9%; en consecuencia, la proporción de los pagos a los prestadores públicos pasó de 12.5% a 7.1% en el mismo lapso (ver gráfico 11).

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 (Bosch y Fernández, 2017).

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 últimos cuatro años, la situación de los pagos a los centros públicos con fondos del régimen subsidiado, ha empeorado notablemente. En 2015, el 64.7% de los pagos realizados por el régimen subsidiado se destinaban a los prestadores públicos, y el 35.3% a los privados. Pero ya en el 2019, solo el 51.8% de los pagos fueron percibidos por los agente públicos y, por lo tanto, el 48.2% por los privados (ver gráfico 12). 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.

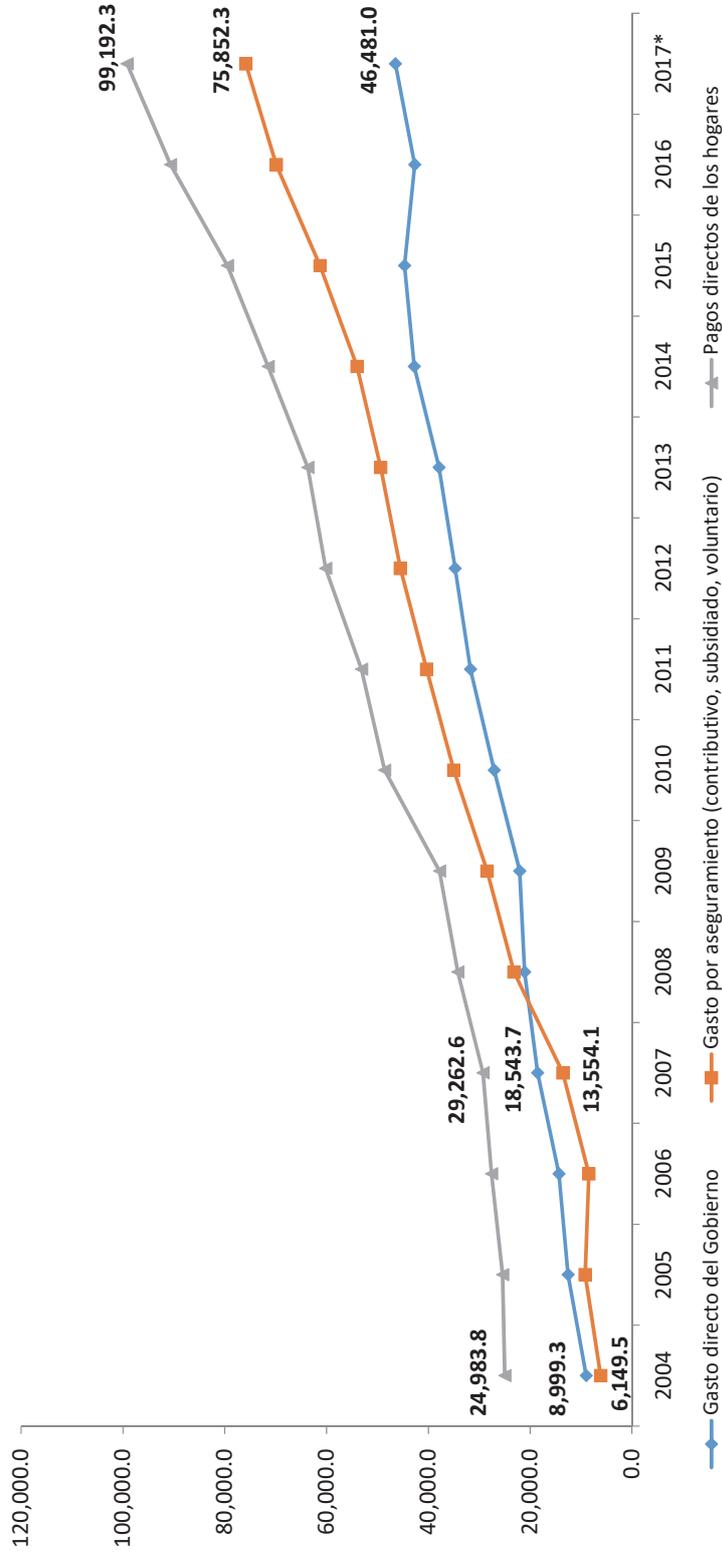
Vale destacar que, como no encontramos ningún indicio de que esta tendencia vaya a revertirse, es probable que en los próximos años se observe una parte cada vez mayor de los pagos del régimen subsidiado derivándose a centros y proveedores privados.

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 (Bosch y Fernández, 2017).

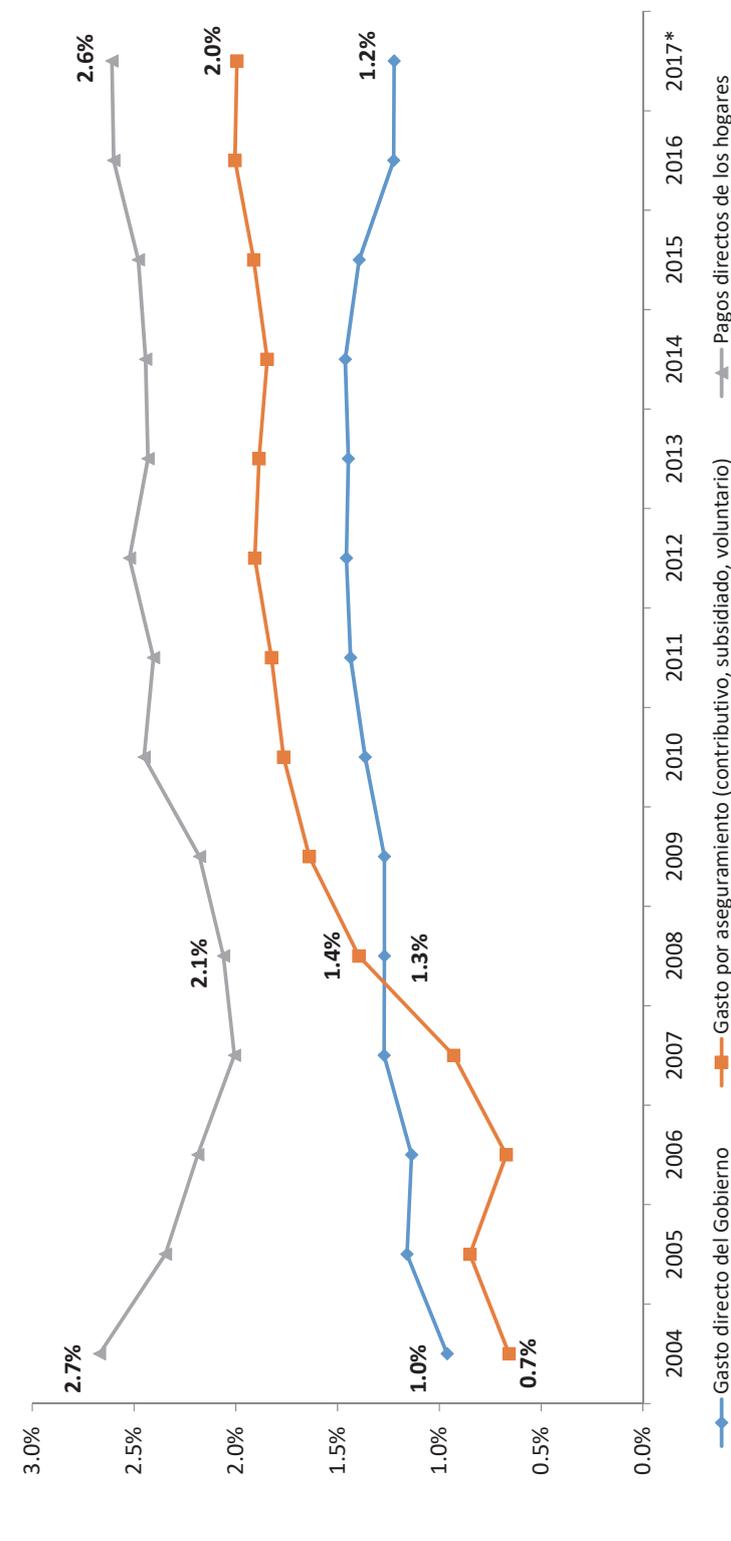
GRÁFICOS DEL CAPÍTULO II

GRÁFICO 1
Gasto corriente en salud según fuente de financiamiento, 2004-2017
 (Valores en millones de RD\$)



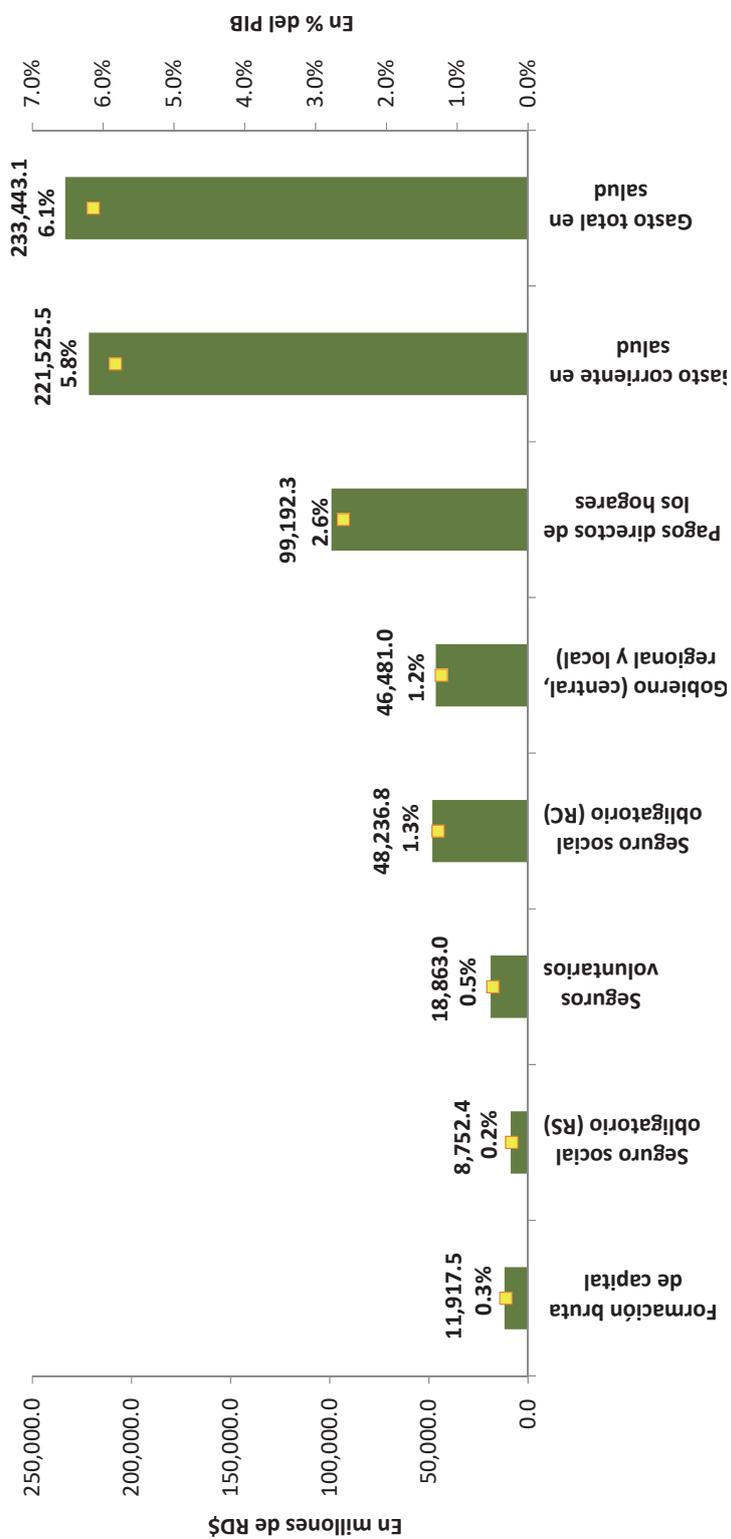
Fuente: elaboración propia en base a datos de la División de Cuentas Nacionales de Salud, de la Dirección de Planificación Institucional del Ministerio de Salud Pública. Septiembre, 2018.
 Nota:* Provisional

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

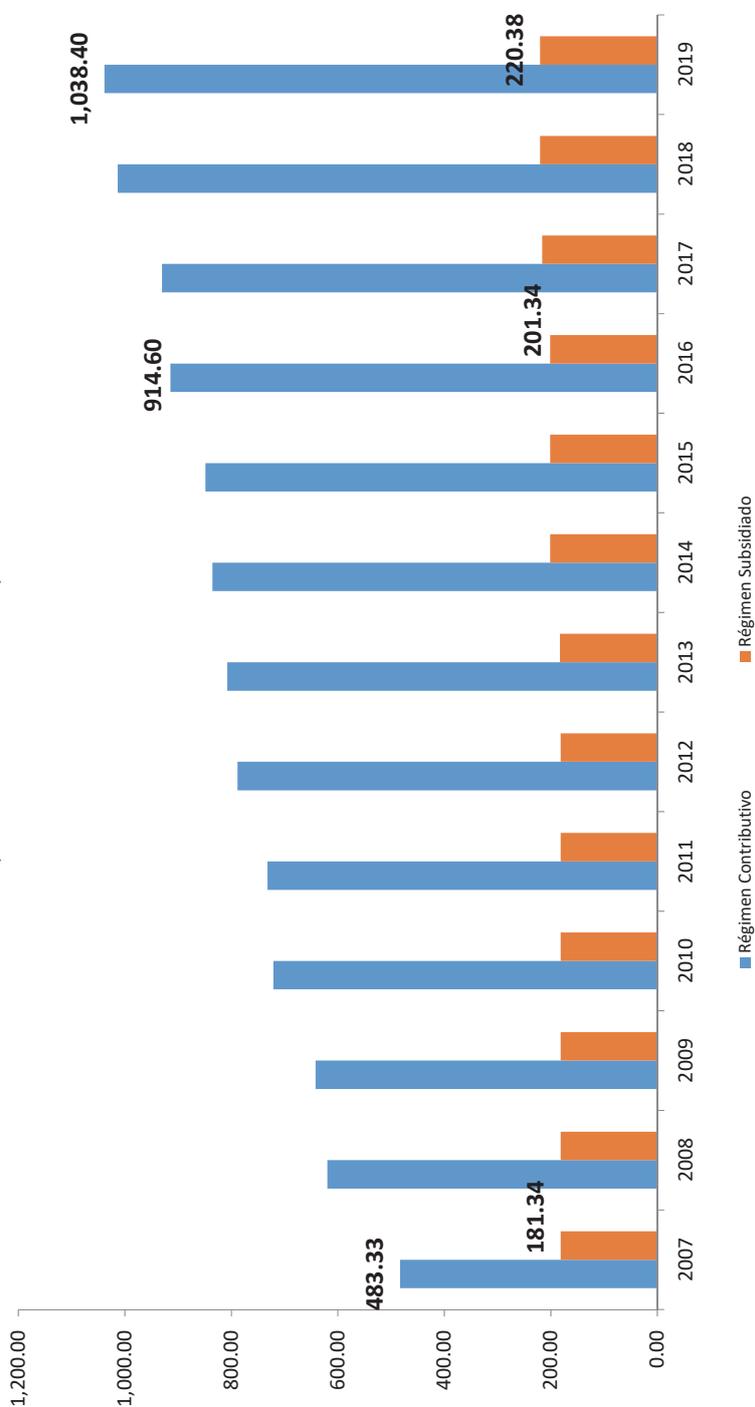
GRÁFICO 3
Gasto en salud según esquema de financiamiento, 2017*



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

GRÁFICO 4

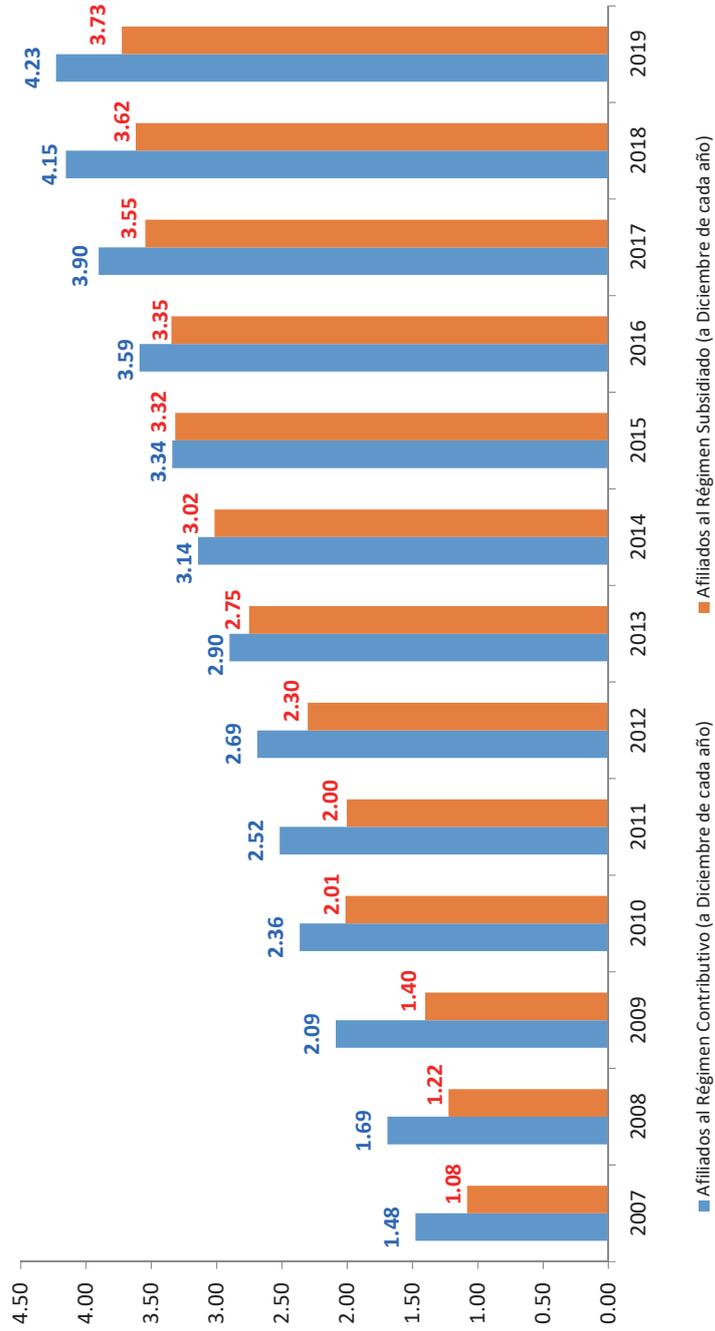
Evolución del monto dispersado per cápita promedio mensual del régimen contributivo Vs. régimen subsidiado, 2007-2019 (Valores en RD\$)



Fuente: elaboración propia con datos estadísticos disponibles en el portal web de la SISALRIL.
 Nota:* Provisional

GRÁFICO 5

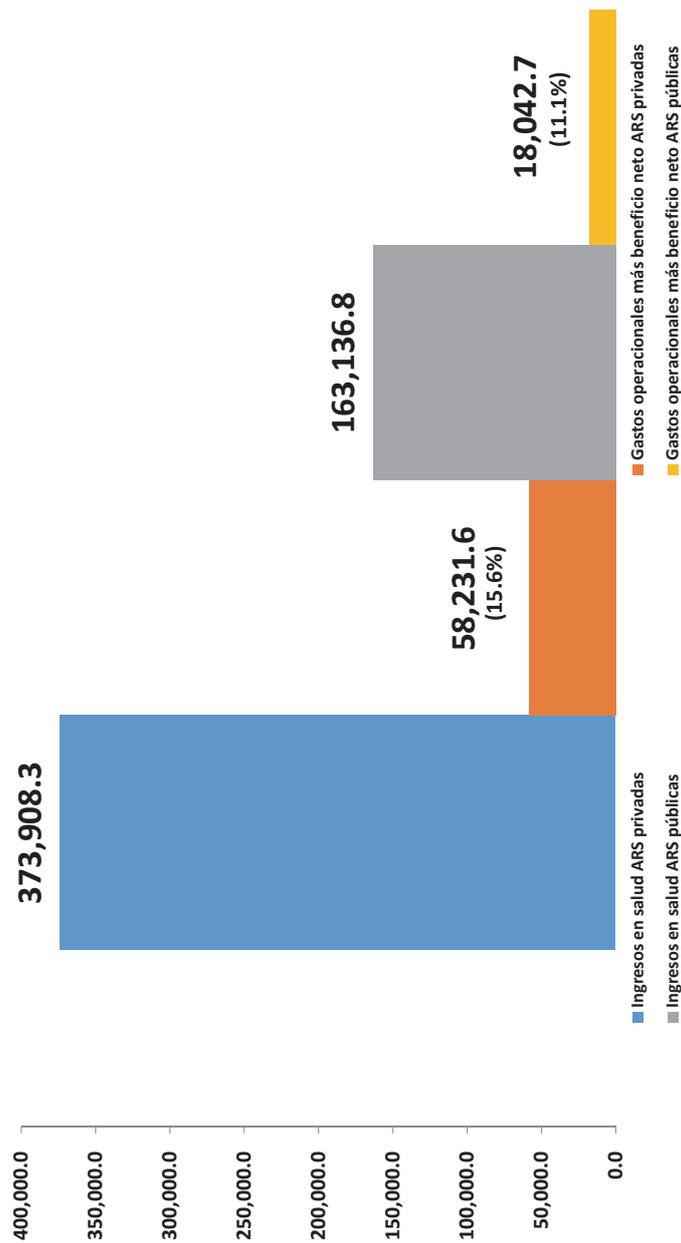
**Evolución del número de afiliados del régimen contributivo Vs. régimen subsidiado, 2007-2019
(Cantidades expresadas en millones de habitantes)**



Fuente: elaboración propia con datos estadísticos disponibles en el portal web de la SISALRIL.

GRÁFICO 6

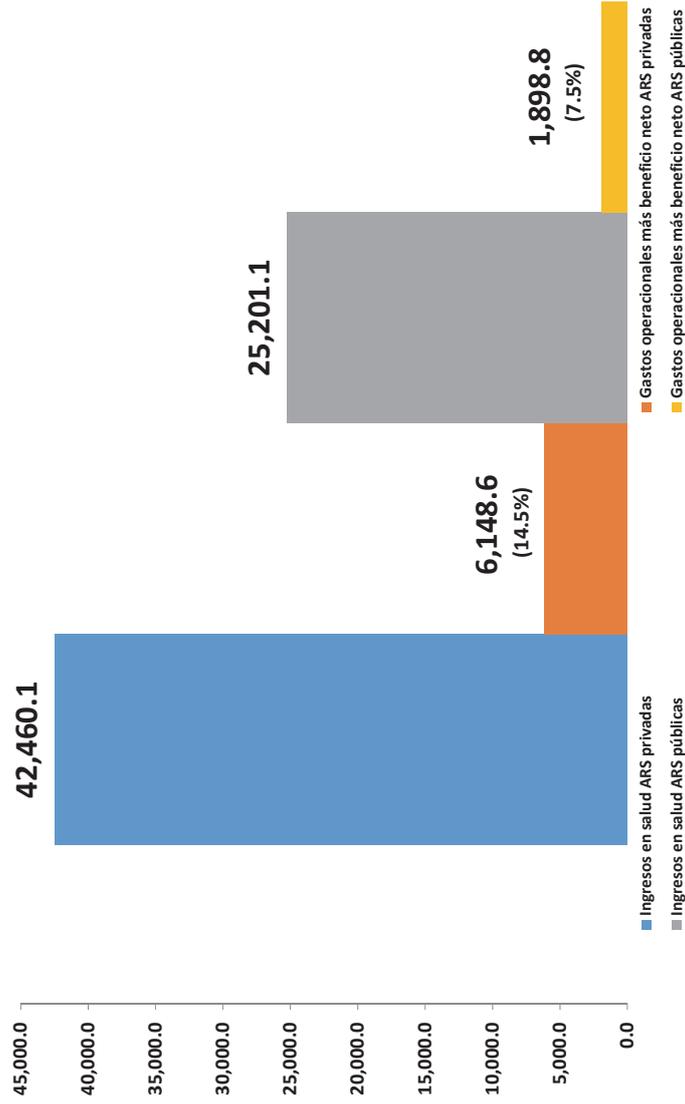
Ingresos en salud, gastos operacionales más beneficio neto* de las ARS del régimen contributivo, según privadas y públicas, total acumulado 2007-2019 (Valores en millones de RD\$)



Fuente: elaboración propia con datos de la SISALRIL obtenidos vía solicitud de información pública.

Nota:* Ingresos en salud, gastos operacionales más beneficio neto consolidados (además del PDSS, incluye otros planes de salud

GRÁFICO 7
Ingresos en salud, gastos operacionales más beneficio neto* de las ARS del régimen contributivo, según privadas y públicas, 2019 (Valores en millones de RD\$)



Fuente: elaboración propia con datos de la SISALRUL obtenidos vía solicitud de información pública.

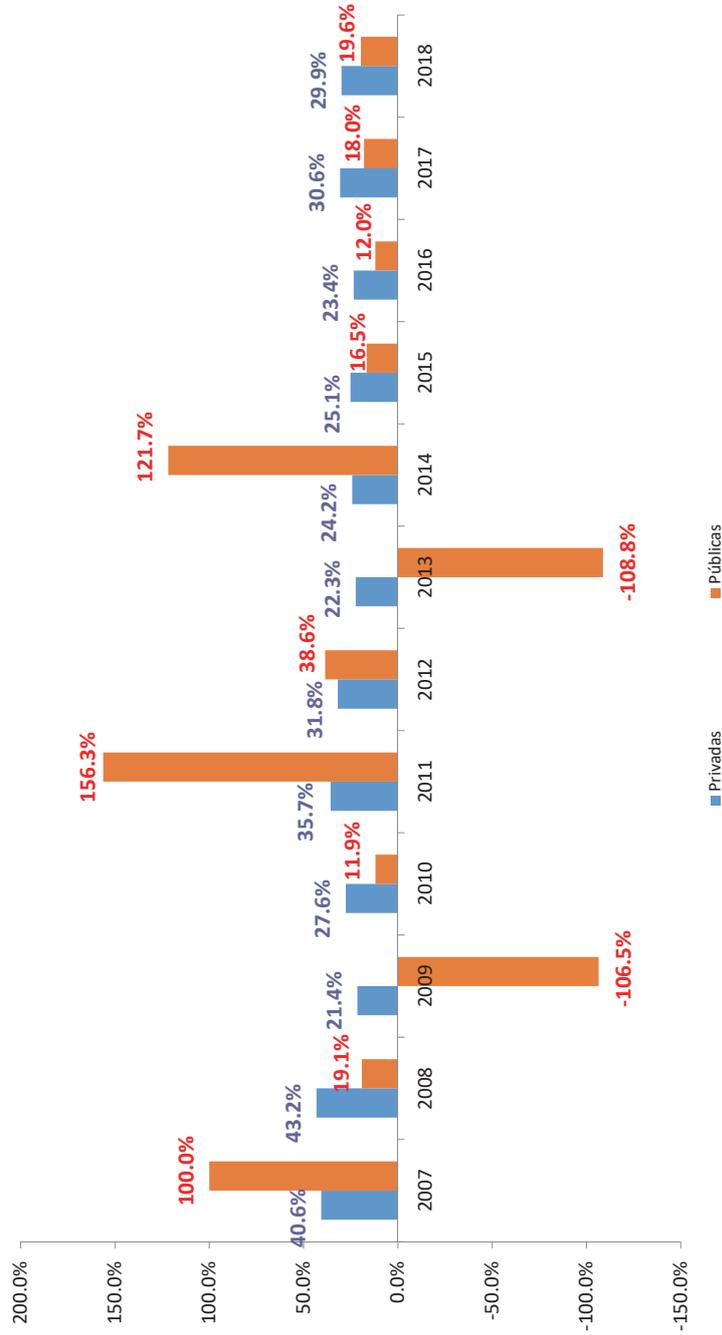
Nota:* Ingresos en salud, gastos operacionales más beneficio neto consolidados (incluye el PDSS y otros planes de salud).

GRÁFICO 8
Beneficios o pérdidas* ARS públicas y privadas, diciembre 2007-diciembre 2019
 (Valores en millones de RD\$)



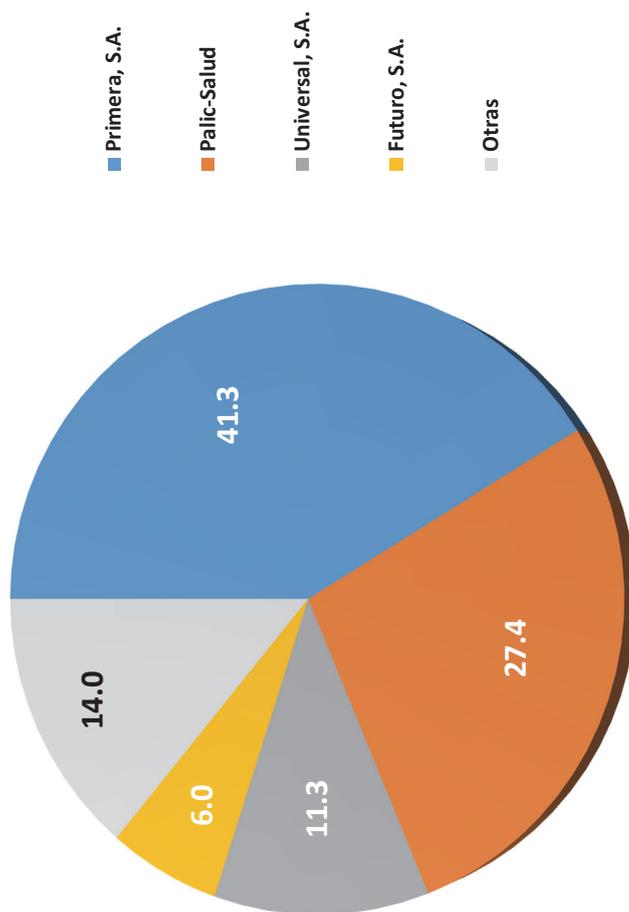
Fuente: elaboración propia con datos estadísticos disponibles en el portal web de la SISALRIL.
 Nota:* Incluye el PDSS y otros planes de salud.

GRÁFICO 9
Rentabilidad* de las ARS privadas y públicas, diciembre 2007-diciembre 2018
 (En porcentajes)



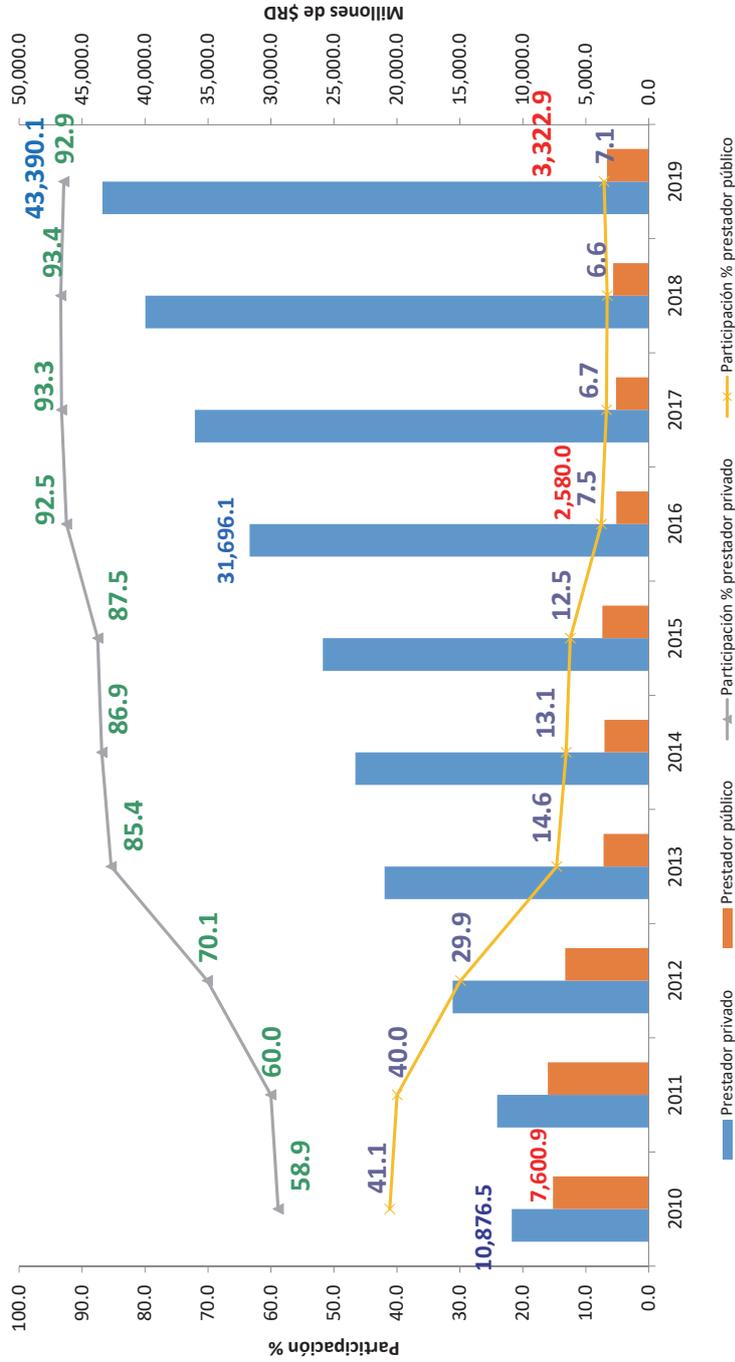
Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la SISALRRL mediante solicitud de información.
 Nota.* Corresponde al retorno porcentual (beneficios del período) que ha obtenido la empresa sobre su patrimonio. Incluye el PDSS y otros planes de salud.

GRÁFICO 10
Participación de mercado de las ARS privadas, 2019
(En porcentaje del ingreso total)



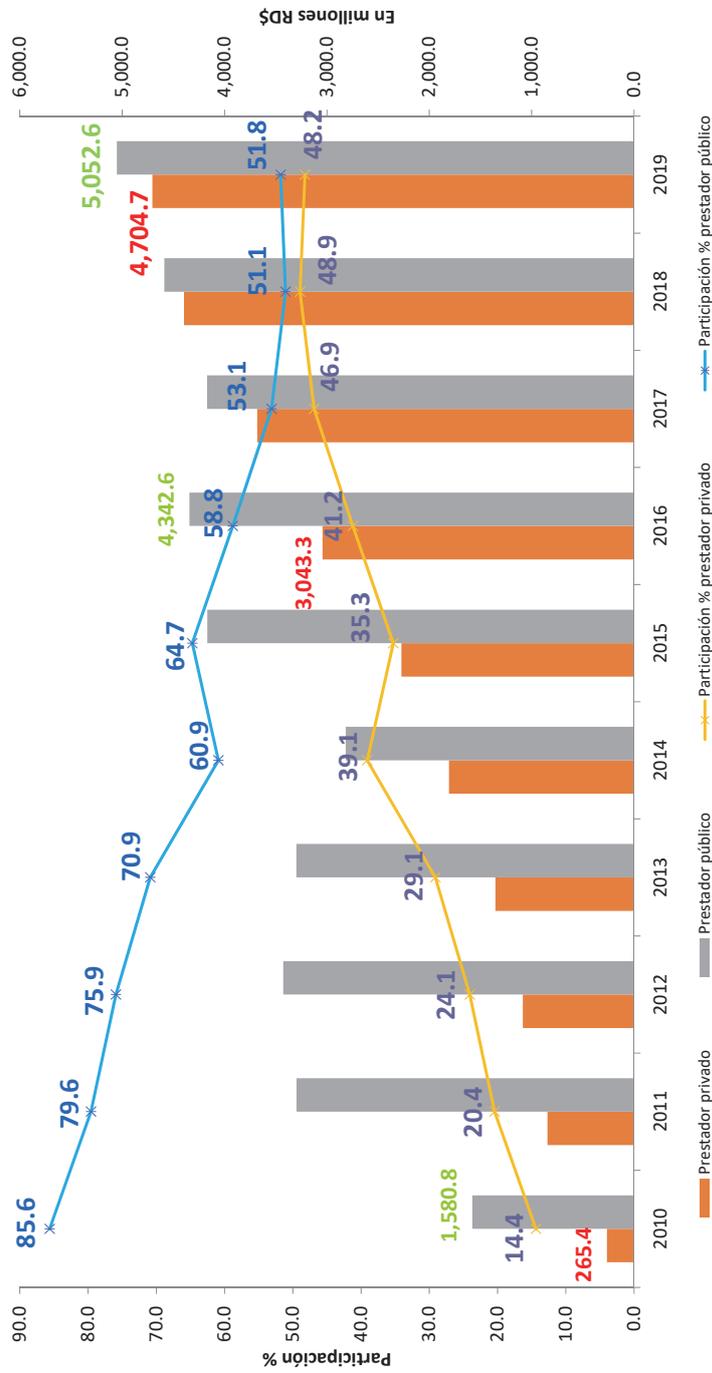
Fuente: elaboración propia con datos estadísticos disponibles en el portal web de la SISALRIL.

GRÁFICO 11
Montos pagados por las ARS del régimen contributivo, según tipo de prestador del servicio de salud, 2010-2019



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

GRÁFICO 12
Montos pagados por las ARS del régimen subsidiado, según tipo de prestador del servicio de salud, 2010-2019



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

CAPÍTULO III

SISTEMA DE PENSIONES: EL ASALTO DEL SIGLO

3.1 Caracterización de afiliados, cotizantes y bono demográfico

3.1.1 Evolución y distribución de afiliados y cotizantes

Como se puede observar en el tabla 1, si bien en los últimos años ha aumentado la afiliación al sistema de pensiones dominicano, el porcentaje de los que actualmente cotizan en el mismo apenas alcanza el 47.9%; 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 46.7%.

Entre diciembre de 2003 y diciembre de 2019, la densidad de cotizantes (cotizantes/afiliados) paso de 58.5% a 47.6%, cayendo en casi 11 puntos porcentuales (ver gráfico 13). 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” (Bosch y Fernández, 2017; Bosch y Fernández, 2018).

Con una fuerza de trabajo que en la actualidad (octubre-diciembre 2019) alcanza los 5,008,937 dominicanos y dominicanas, se tiene que solo un 38.4% de la misma (1,924,919) 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”. (Bosch y Fernández, 2017; Bosch y Fernández, 2018).

En el sistema de AFP, mientras se privatizan las ganancias, se socializan las pérdidas. Más de la mitad de los cotizantes (56.7%) no supera la edad de 39 años, y el 76% no supera un ingreso salarial

equivalente a dos salarios mínimos cotizables de marzo de 2020 (RD\$13,482), o sea, RD\$26,964 como máximo. De hecho, el 42.1% de los cotizantes (826,517) apenas tiene un salario que se ubica entre 0 y el mínimo cotizable, y el 33.9% (665,169) percibe entre 1 y 2 salarios mínimos cotizables; siendo los peor pagados y más sacrificados (ver tablas 2 y 3).

Asimismo, vale destacar, que el 50.5% de los trabajadores registrados en el SUIR (Sistema Único de Información y Recaudo) no gana más de RD\$15,000, y que la gran mayoría de empleadores (más del 97%) pertenecen a las micros, pequeñas y medianas empresas (MIPyMEs). (Ver tablas 4 y 5).

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 (Bosch y Fernández, 2018).

En el régimen de capitalización individual solo el 23% de los afiliados tiene más de 100 cotizaciones y el 34% no ha cotizado más de 20 veces (ver tabla 6). Asimismo, el 10% de los afiliados que más ha cotizado al sistema solo promedia 84 cotizaciones mensuales (ver tabla 7). Esto quiere decir que al 77% 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.

3.1.2. Bono demográfico. Comparación internacional

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 77.8% de los cotizantes tiene 49 años o menos, y un 56.7% se encuentra por debajo de los 40 años (ver tabla 2).

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 prevalecientes.

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 14).

Tomando en cuenta estas proyecciones, en el estudio de Kremerman *et al* (2016), publicado por la Fundación Juan Bosch, Fundación SOL y Médicos del Mundo, 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” (Kremerman *et al*, 2016).

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. (Kremerman *et al*, 2016).

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 14).

3.2. Evolución, inversiones y rentabilidad de los fondos de pensiones

3.2.1. Evolución del patrimonio de los fondos de pensiones

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 diciembre de 2019 equivalían al 12.2% del PIB; es decir, su participación en la economía del país creció en un 441.5% o se multiplicó por más de 5 (ver gráfico 15). A diciembre de 2019, los fondos de pensiones administrados por las AFP ascendían a 556,201,110,121 pesos, dentro de un total de 707,666,437,209 pesos (ver gráfico 16).

3.2.2 Inversión de los fondos pensiones de capitalización individual

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 las tablas 8 y 9, de un total de 576,688,989,382.99 de pesos invertidos a marzo de 2020, el 76.6% (441,982,210,540.75 de pesos), está colocado en instituciones o entidades públicas (206,573,792,535.23 de pesos en deuda del Ministerio de Hacienda y 235,408,418,005.52 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.

Por otra parte, un no despreciable 10.5% de lo invertido (60,779,959,621.28 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 (ver tablas 8 y 10). Mientras, solo un 4.6% (26,446,664,797.20 de pesos), está colocado en nueve empresas privadas; de las cuales tres son de generación eléctrica, otras tres son puestos de bolsas, una minera, una importadora de combustibles y la restante es una empresa de construcción de estructuras metálicas (ver tablas 8 y 11). El restante 8.2% está invertido en fondos de inversión, asociaciones de ahorros y préstamos, bancos de ahorro y crédito, organismos multilaterales, fideicomisos de oferta pública y fondos de inversión (ver tablas 8 y 12).

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 (Bosch y Fernández, 2018).

3.2.3. Rentabilidad histórica de los fondos de pensiones

La rentabilidad real anualizada de los fondos de pensiones de trabajadores y trabajadoras ha sido de tan solo 5.4% a diciembre de 2019, e históricamente (2004-2019) también ha promediado apenas 5.4%; 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 17).

3.3. Ingresos, gastos, ganancias y rentabilidad de las AFP

3.3.1. Composición de los ingresos

En 2019 los ingresos de las AFP por concepto de comisiones (Comisión Mensual Administrativa y Comisión Anual Complementaria)¹ representaron el 85% del total de ingresos del sistema (ver gráfico 18 y tabla 13). Resulta muy llamativo que la AFP Reservas, la única de propiedad pública, obtuvo el 86% de sus ingresos por vía de las comisiones, recibiendo el 67% 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” (Bosch y Fernández, 2018).

Por otro lado, a diciembre de 2019 las utilidades totales de las cinco principales AFP representaron el 52% de sus ingresos totales (ver gráfico 19).

3.3.2. Utilidades y gastos

Las utilidades de las AFP en 2019 fueron de 5,889,802,780 de pesos, y las acumuladas entre 2004 a 2019, ascendieron a 39,768,911,715 pesos; esto es 775,906,852 de dólares (ver gráfico 20 y tabla 14). Asimismo, entre 2004 y 2019 las AFP han gastado por concepto de gastos operacionales y generales la suma de 24,533,648,940 pesos. Esto quiere decir que en 16 años estas empresas se han ganado y gastado un total acumulado de 64,302,560,655 de pesos o 1,254,567,833 de dólares (ver tabla 14).

¹ 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.

3.3.3. Rentabilidad

Con relación a la rentabilidad de las AFP, se puede observar que entre 2004 y 2019 la tasa de retorno anual promedio sobre su patrimonio ha sido de un 34.6% (22% superior a la rentabilidad nominal promedio anual de 12.7% que obtuvieron los fondos de pensiones en el mismo período); y puntualmente de 38.7% en 2019, una tasa de ganancia considera alta o muy alta para cualquier negocio capitalista (ver gráficos 21, 22, 23, 24, 25 y 26). Vale destacar que en el último año la rentabilidad de la AFP Crecer fue de un 51.2% (ver gráfico 22), y promedia un 50.2% en todo su ejercicio histórico (2008-2019).

3.4. Pensiones por sobrevivencia, discapacidad, y retiro programado otorgadas

A marzo del 2020, se han solicitado 24,125 pensiones de sobrevivencia y 18,223 por discapacidad, pero solo se han otorgado 9,664 pensiones de sobrevivencia (el 40%); mientras que el 69% (12,518) de las pensiones por discapacidad solicitadas se han otorgado (ver tabla 15). Asimismo, a la misma fecha 148,711 personas de ingreso tardío han solicitado sus beneficios, y de estas, a 138,940 (el 93% del total) le han devuelto el saldo acumulado en su cuenta de capitalización individual (CCI), y solo se han otorgado 22 pensiones de retiro programado (ver tabla 16).

Por otro lado, a marzo de 2020, el monto promedio de una pensión por sobrevivencia ascendía a los RD\$11,354.06 (ver tabla 17); el de las pensiones por discapacidad a RD\$12,469.10 (ver tabla 18); el de las pensiones por retiro programado promediaba RD\$20,968.88 (ver tabla 19); y el monto devuelto por afiliado (promedio) por parte de las AFP ha sido de solo RD\$146,003.17 (ver tabla 20).

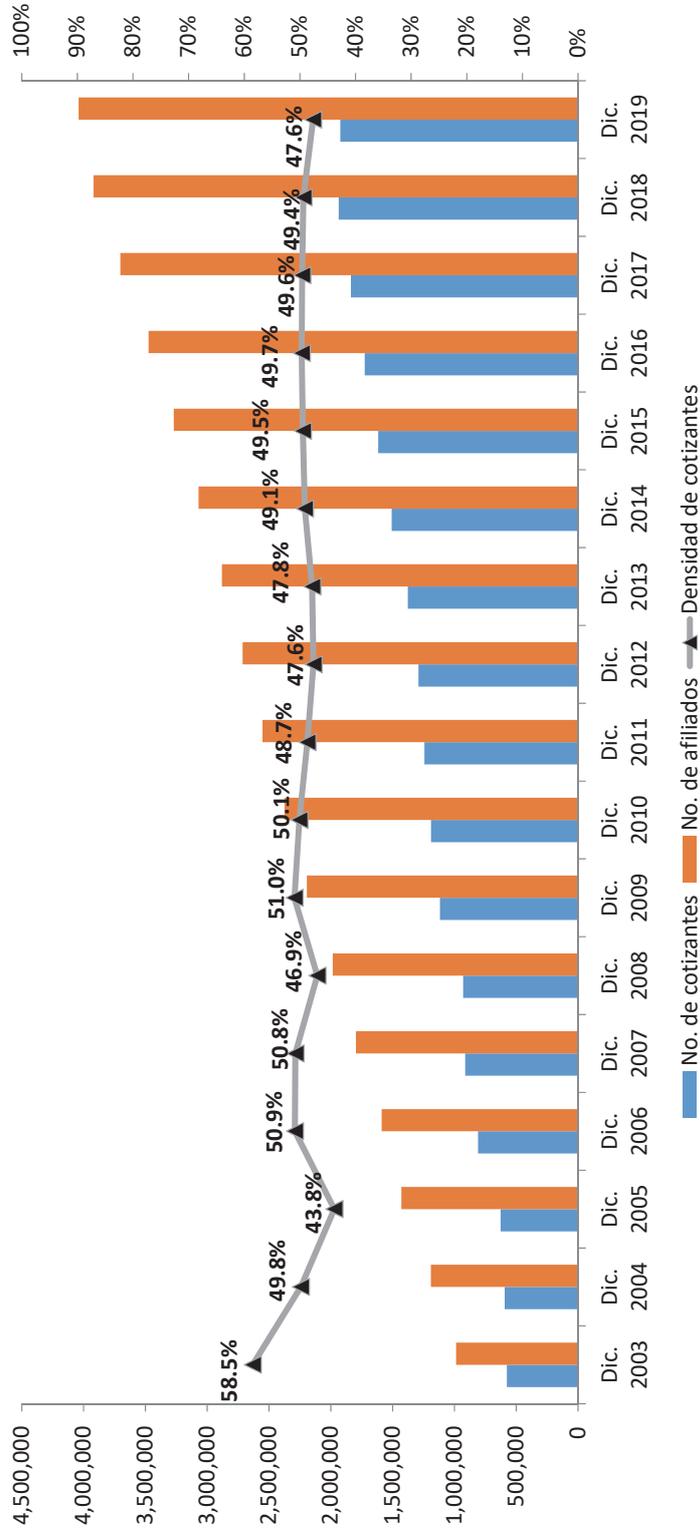
3.5. Tasa de reemplazo proyectada

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 27).

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.

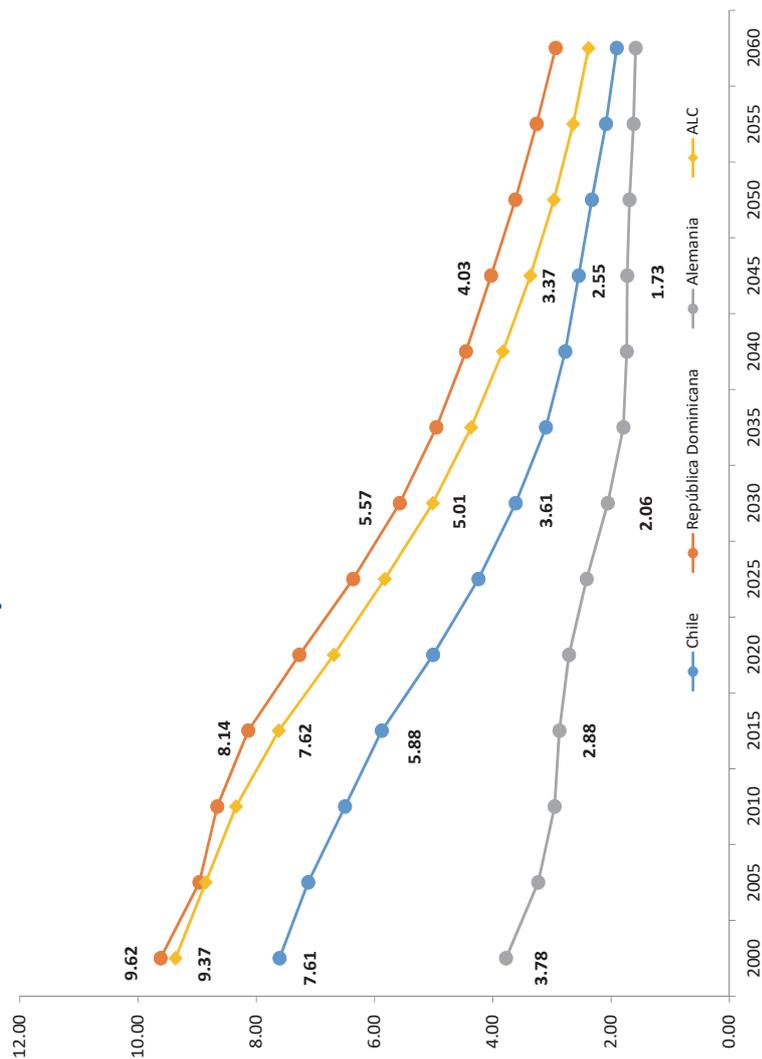
GRÁFICOS DEL CAPÍTULO III

GRÁFICO 13
**Evolución afiliados,* cotizantes y densidad del sistema de pensiones
 (Diciembre 2003-Diciembre 2019)**



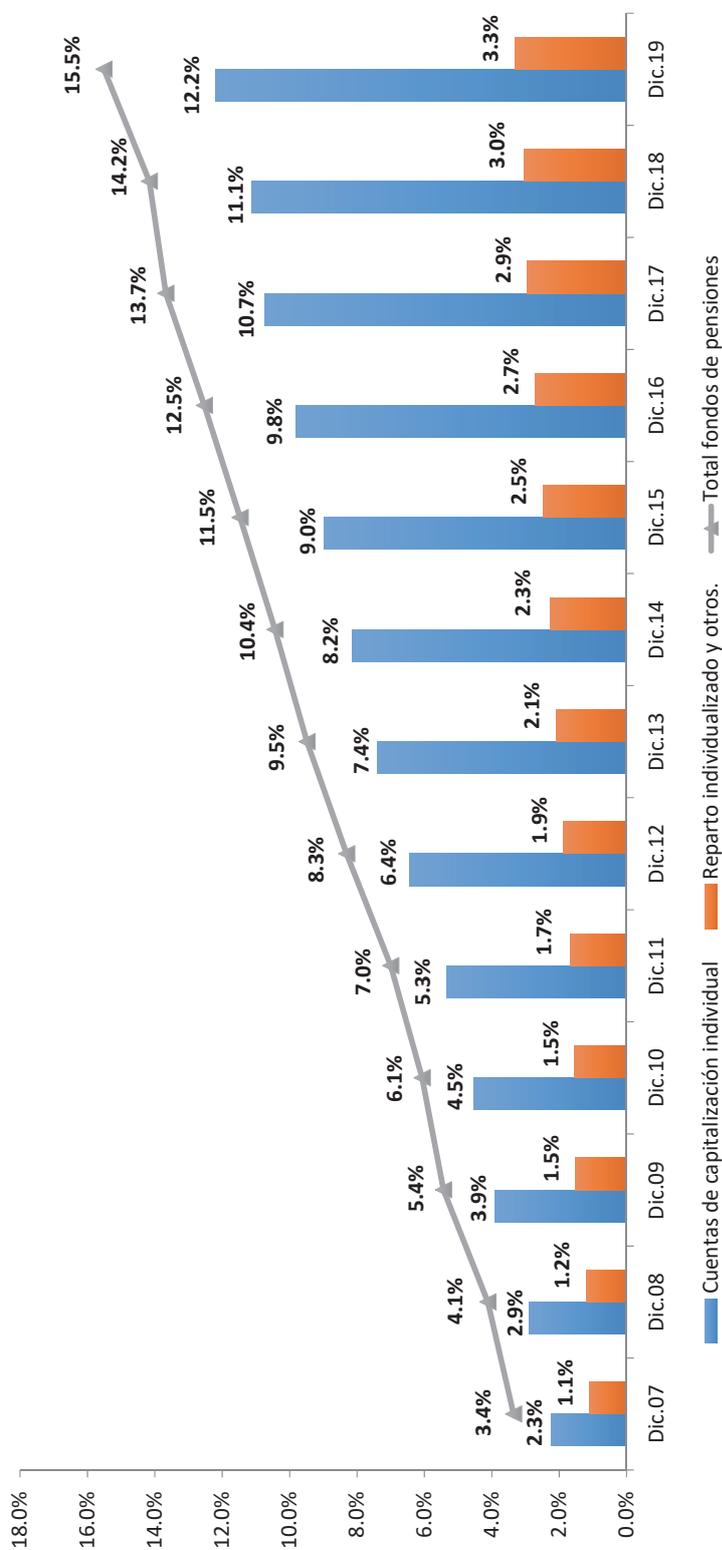
Fuente: elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Pensiones.
 Nota.* Incluye afiliados al Sistema que no han sido reportados como fallecidos.

GRÁFICO 14
Tasa de apoyo a la vejez (*old-age support ratio*) Chile, República Dominicana, Alemania y ALC (2000-2060)



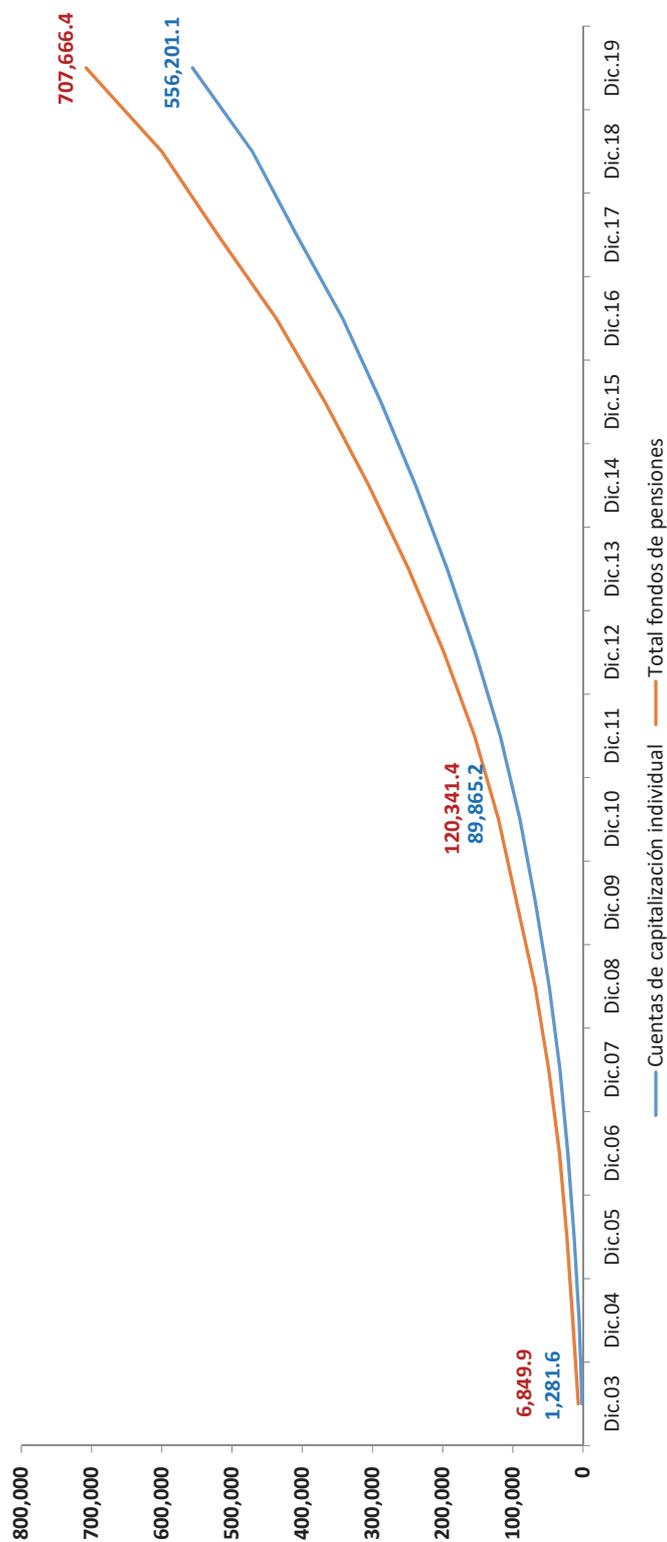
Fuente: elaboración propia en base a datos de las Naciones Unidas World, Population Prospects 2019 - Potential Support Ratio (Age 20-64 / Age 65+).

GRÁFICO 15
Evolución del patrimonio de los fondos de pensiones como % del PIB
(Al 31 de marzo de 2019)



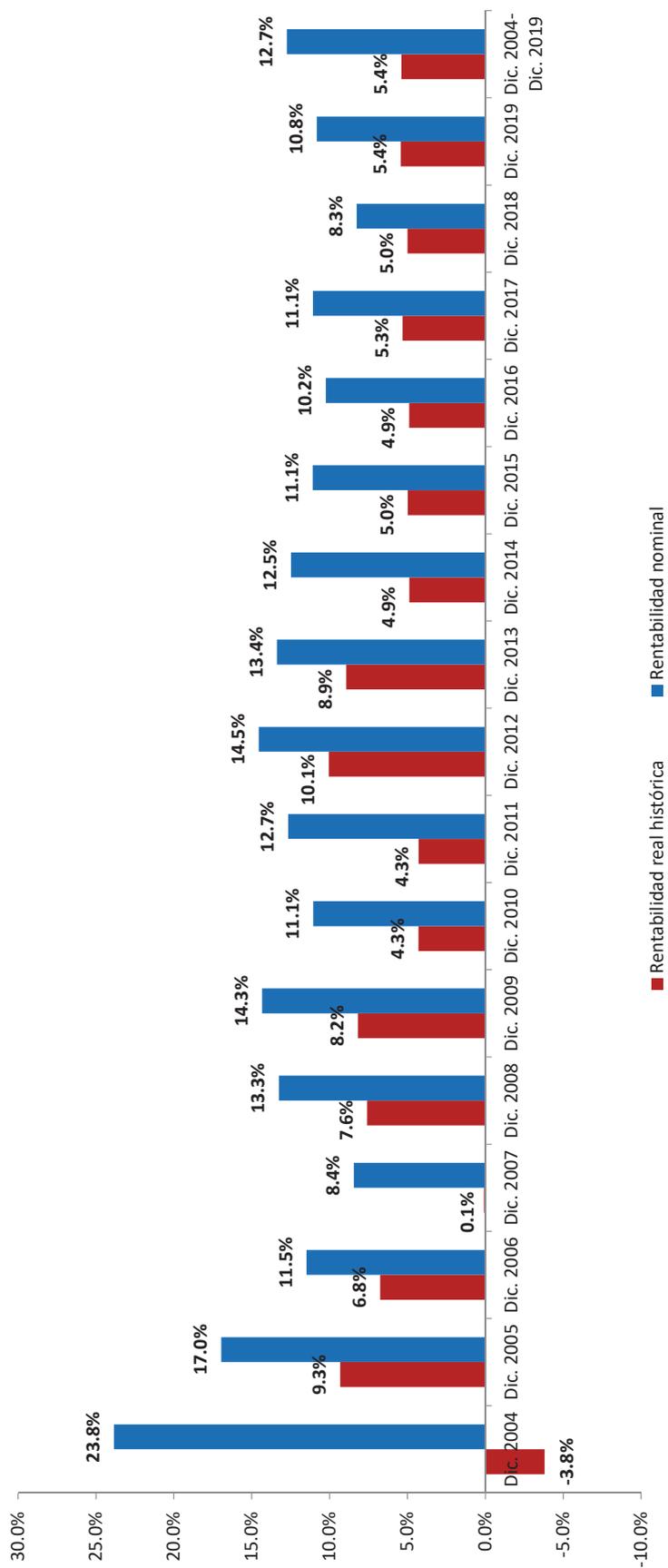
Fuente: elaboración propia en base a los boletines estadísticos trimestrales Nos. 58, 62 y 66 de la SIPEN, Dic. 2017, Dic. 2018 y Dic. 2019, respectivamente.

GRÁFICO 16
Evolución de patrimonio de los fondos de pensiones (2003-2019)
 (Valores en millones de RD\$)



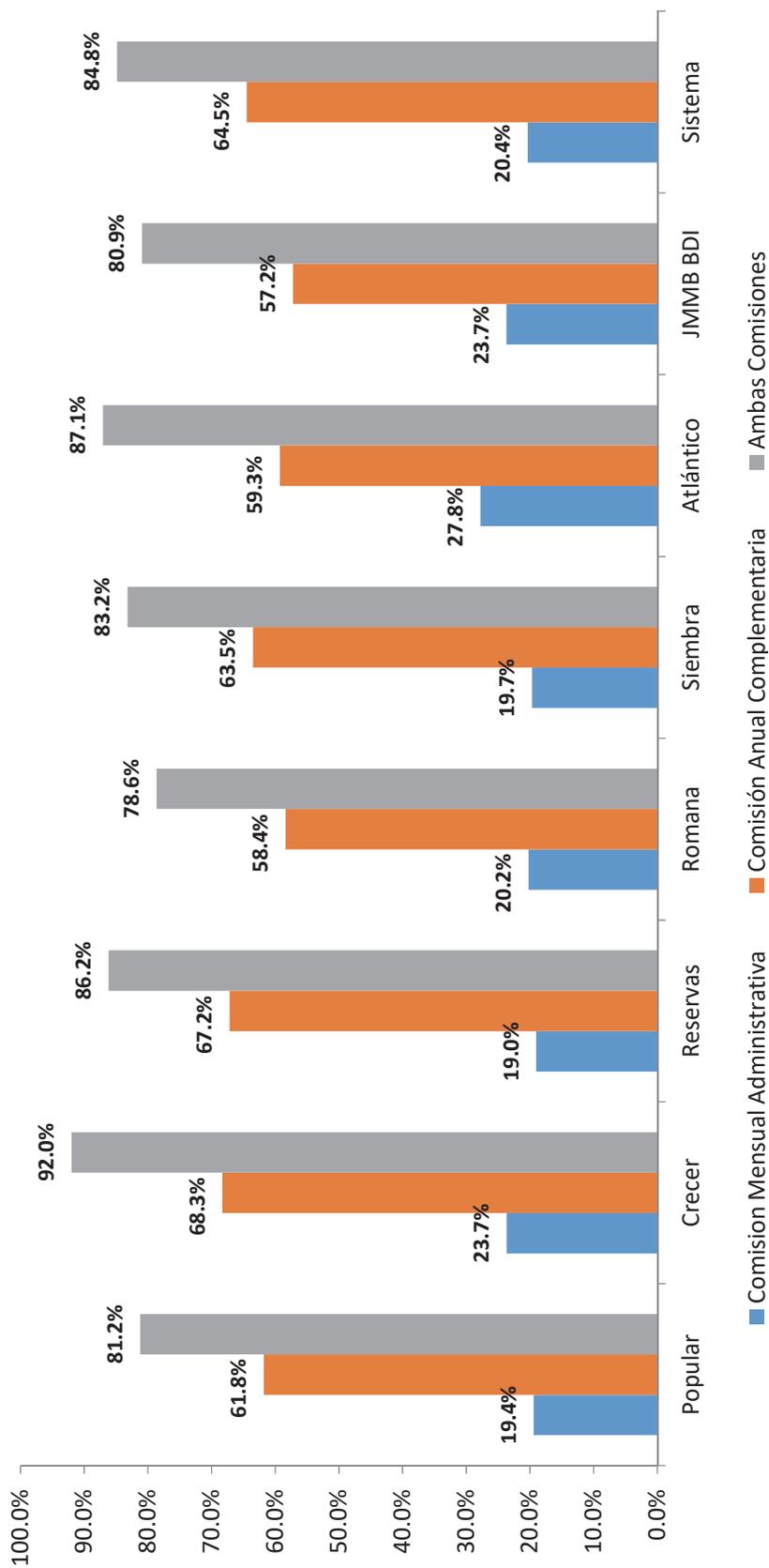
Fuente: elaboración propia en base a los boletines trimestrales Nos. 59, 62 y 64 de la SIPEN.

GRÁFICO 17
Evolución histórica de la rentabilidad real y nominal del Sistema
(Diciembre 2004-Diciembre 2019)



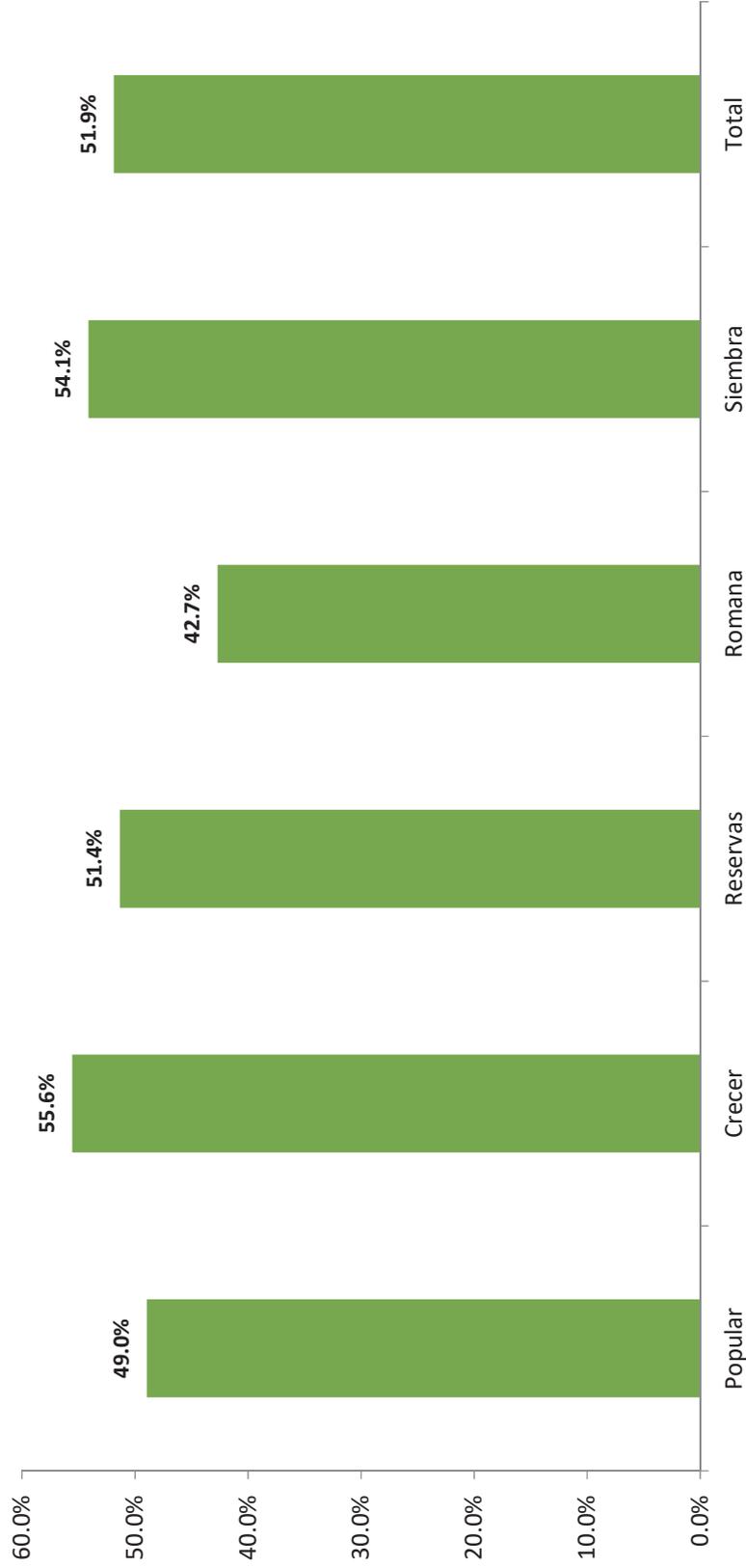
Fuente: elaboración propia en base a los boletines trimestrales Nos. 54 y 66 de la SIPEN.

GRÁFICO 18
Ingresos por comisión de cada AFP y global, 2019
 (En porcentajes de los ingresos totales)



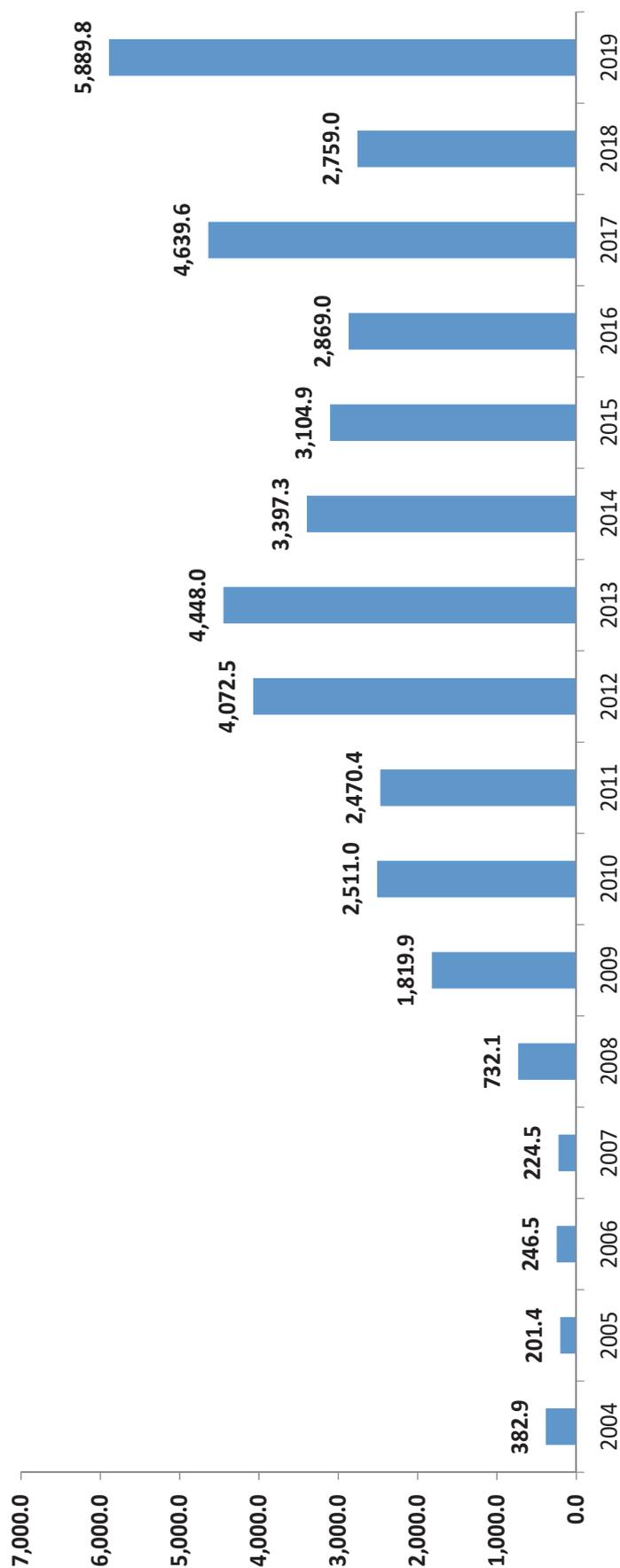
Fuente: elaboración propia en base a los estados financieros de cada AFP año 2019.

GRÁFICO 19
Utilidades de las cinco principales AFP, 2019
(En porcentajes de los ingresos totales)



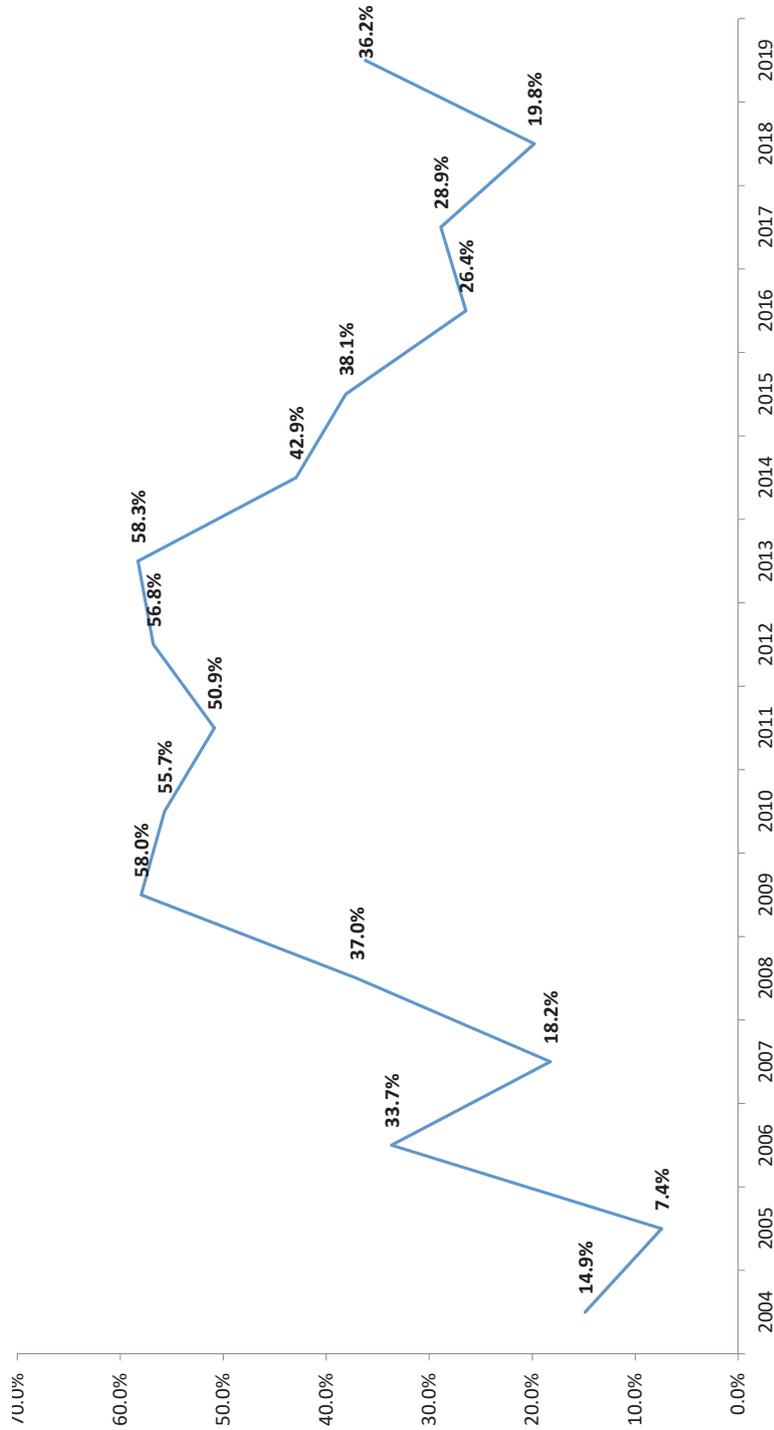
Fuente: elaboración propia en base a los estados financieros de cada AFP año 2019.

GRÁFICO 20
Utilidades del sistema de las AFP de 2004-2019
(Valores en millones de RD\$)



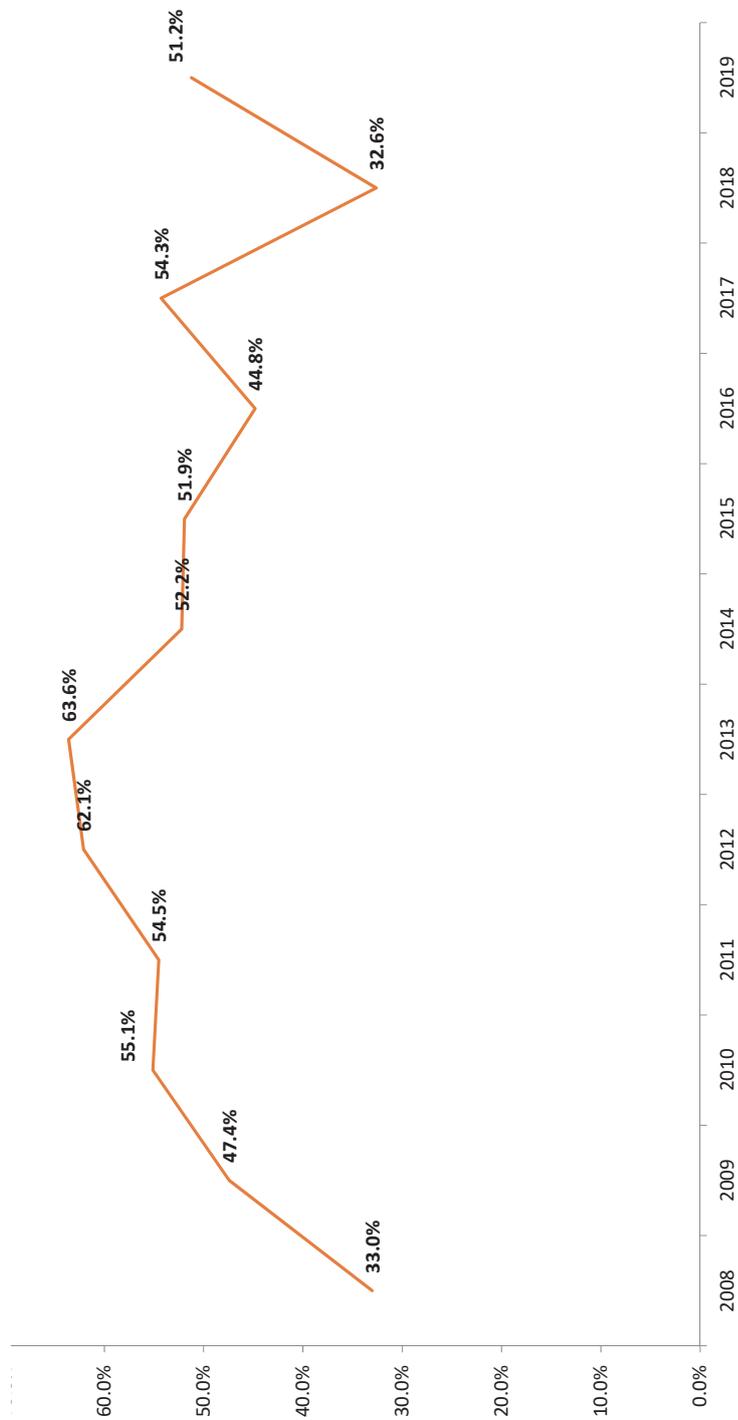
Fuente: elaboración propia en base a estados financieros auditados anuales de las AFP y el Boletín Estadístico Trimestral No. 66 de la SIPEN.

GRÁFICO 21
Rentabilidad histórica de AFP Popular



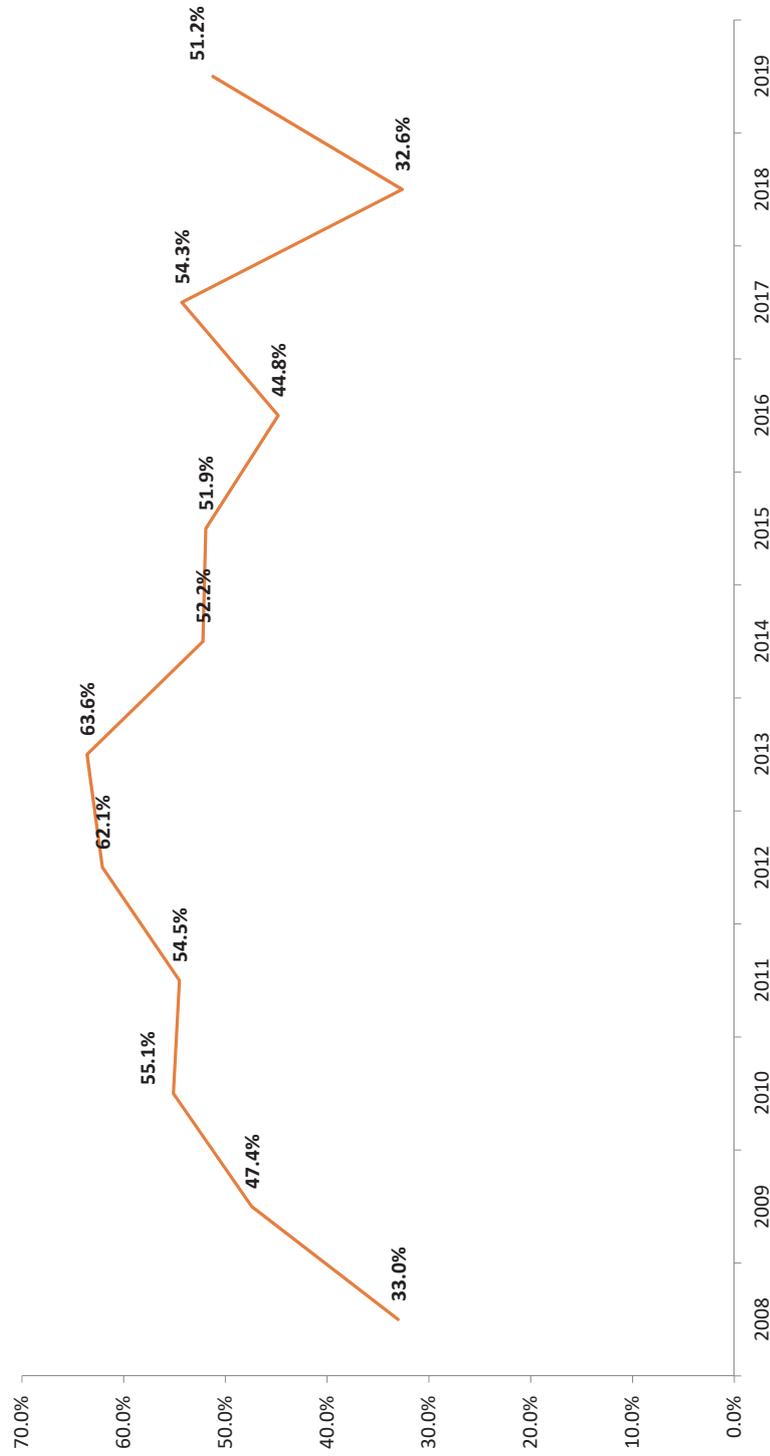
Fuente: elaboración propia en base a los estados financieros auditados de AFP Popular, y el Boletín Estadístico Trimestral No. 66.

GRÁFICO 22
Rentabilidad histórica AFP Crecer



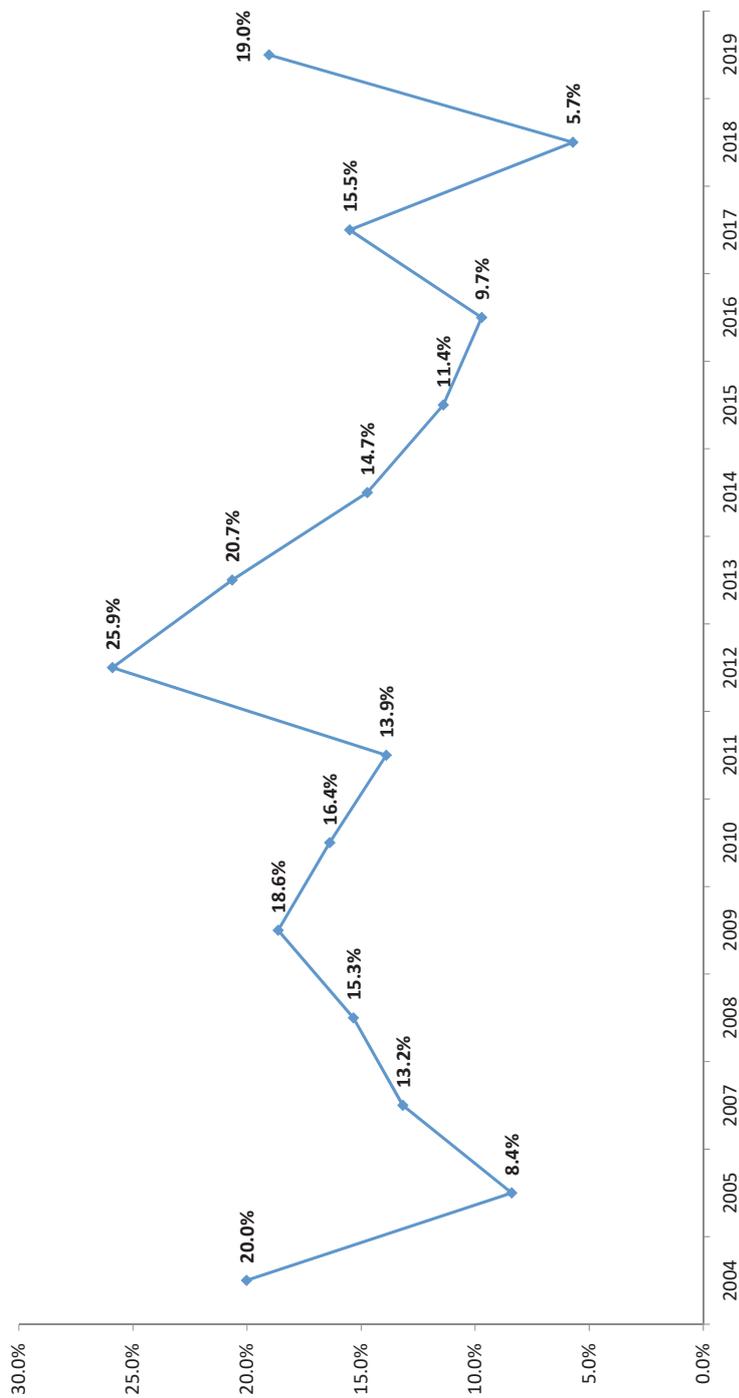
Fuente: elaboración propia en base a los estados financieros auditados de AFP Crecer, y el Boletín Estadístico Trimestral No. 66.

GRÁFICO 23
Rentabilidad histórica AFP Reservas



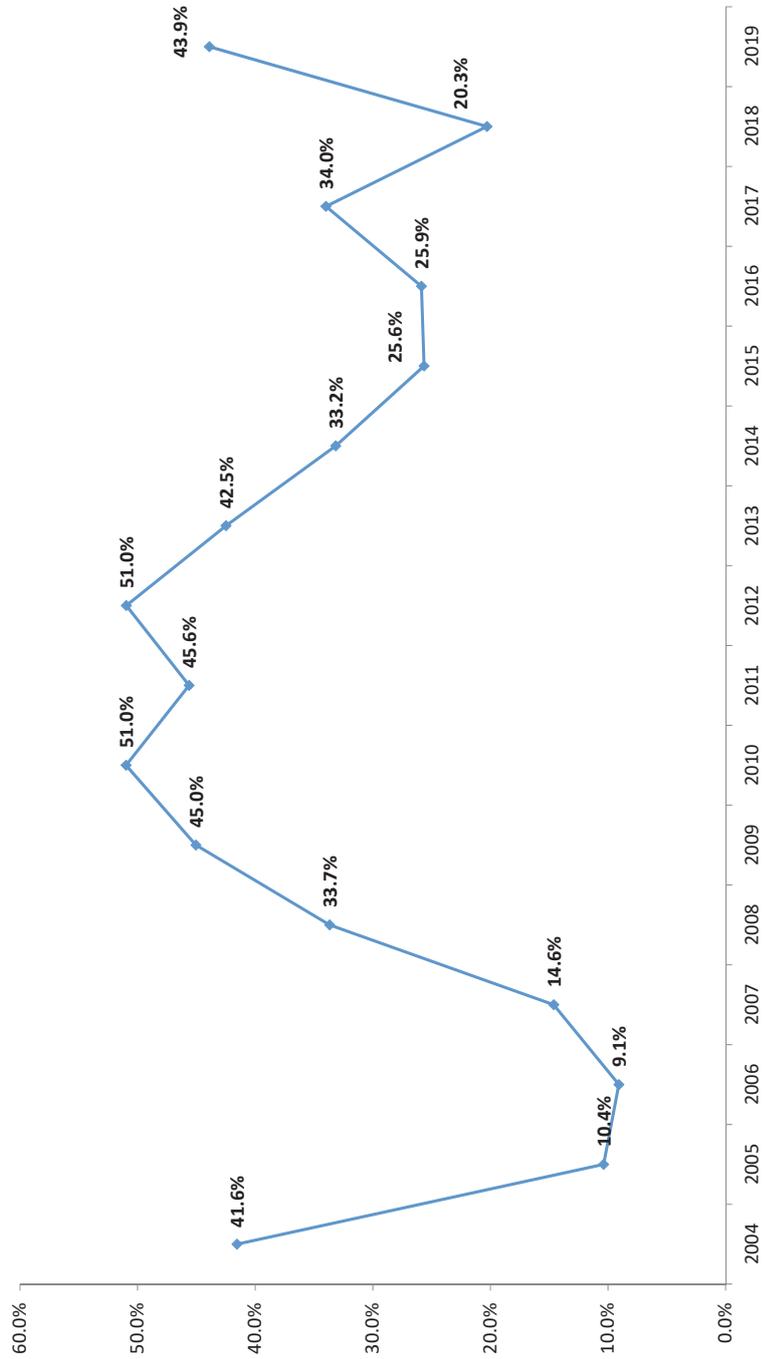
Fuente: elaboración propia en base a los estados financieros auditados de AFP Reservas, y el Boletín Estadístico Trimestral No. 66.

GRÁFICO 24
Rentabilidad histórica AFP Romana



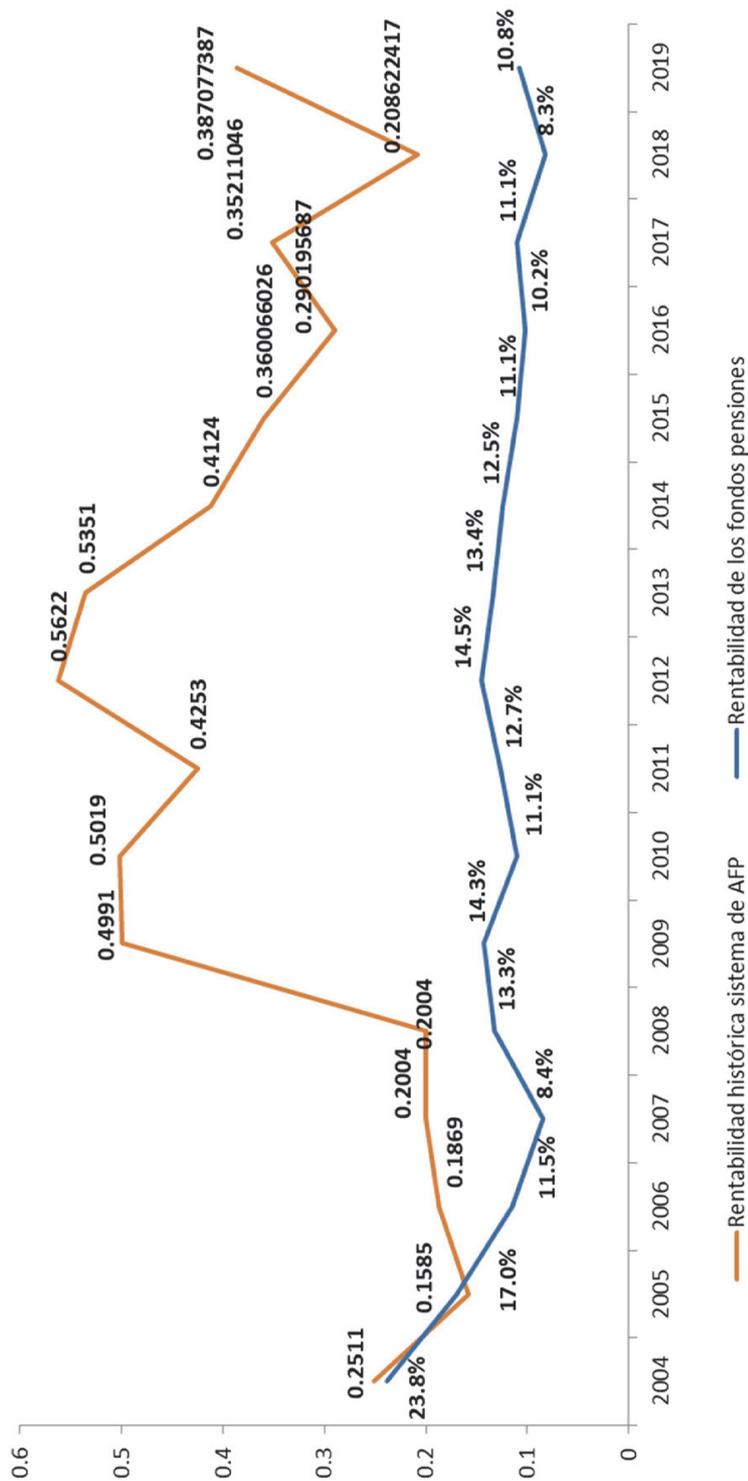
Fuente: elaboración propia en base a los estados financieros auditados de AFP Romana, y el Boletín Estadístico Trimestral No. 66.

GRÁFICO 25
Rentabilidad histórica AFP Siembra



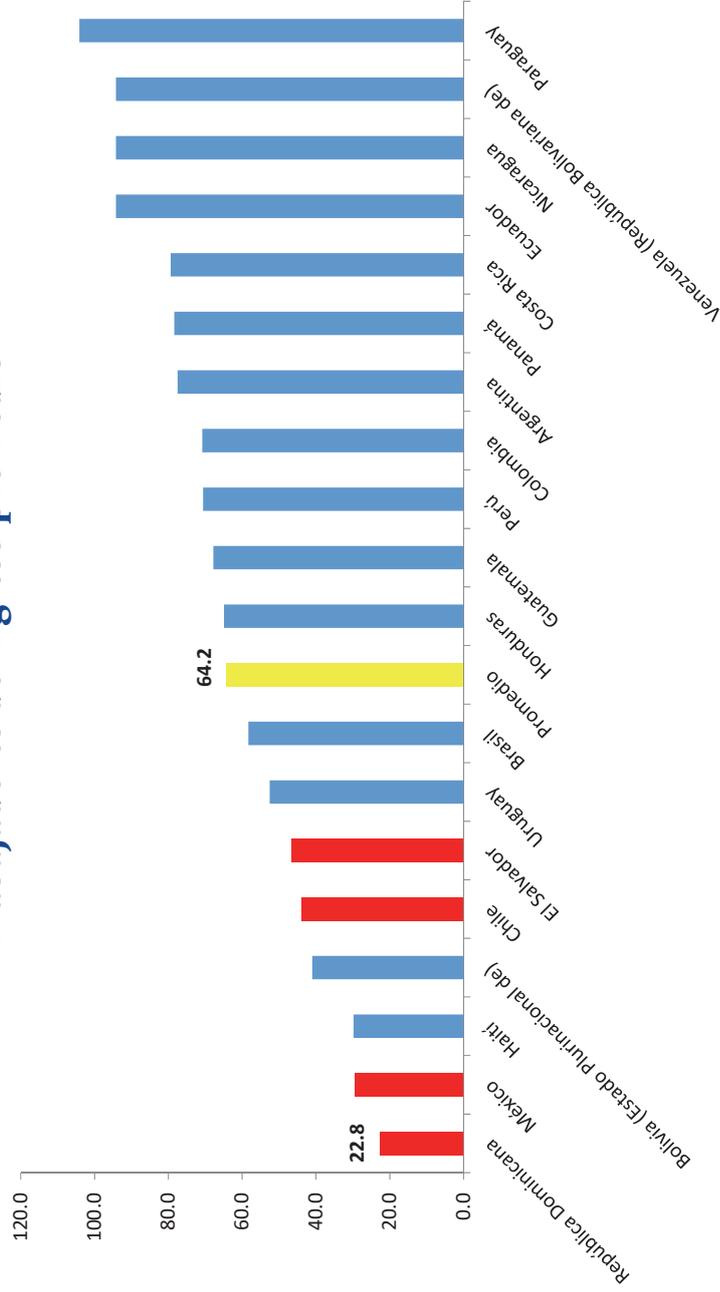
Fuente: elaboración propia en base a los estados financieros auditados de AFP Siembra, y el Boletín Estadístico Trimestral No. 66.

GRÁFICO 26
Rentabilidad histórica del sistema de las AFP Vs. rentabilidad* de los fondos de pensiones



Fuente: elaboración propia en base a los estados financieros auditados de cada AFP vigente al 2015, por cada año disponible en SIPEN, y el Boletín Estadístico Trimestral No. 66.
 Nota:* Se refiere a la Rentabilidad nominal.

GRÁFICO 27
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

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

TABLAS DEL CAPÍTULO III

**Tabla 1. Distribución de afiliados, cotizantes y densidad de cotizantes del sistema
(Al 31 de marzo de 2020)**

Sistema	Afiliados activos*	% de afiliados activos sobre el total	Cotizantes	% de cotizantes sobre el total	Densidad de cotizantes
Popular	1,230,715	30.0%	592,077	30.2%	48.1%
Reservas	530,071	12.9%	295,577	15.1%	55.8%
Romana	29,249	0.7%	16,958	0.9%	58.0%
Crecer	1,201,849	29.3%	498,889	25.4%	41.5%
Siembra	831,275	20.3%	378,288	19.3%	45.5%
Atlántico	49,933	1.2%	25,837	1.3%	51.7%
JMMB-BDI	7,191	0.2%	5,889	0.3%	81.9%
Total AFP	3,880,283	94.7%	1,813,515	92.4%	46.7%
FONDOS DE REPARTO					
Banco Central	1,372	0.0%	442	0.0%	32.2%
Banco de Reservas	2,516	0.1%	1,766	0.1%	70.2%
INABIMA	118,365	2.9%	98,777	5.0%	83.5%
Reparto Individualizado	122,253	3.0%	100,985	5.1%	82.6%
Ministerio de Hacienda	95,563	2.3%	31,949	1.6%	33.4%
Sin información	0	0.0%	16,144	0.8%	n/a
Total Fondos pensiones	4,098,099	100.0%	1,962,593	100.0%	47.9%

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN.

Nota:* Afiliados al Sistema que no han sido reportados como fallecidos.

**Tabla 2. Cotizantes por tramo de edad del sistema de pensiones
(Al 31 de marzo de 2020)**

Tramo de edad	Cotizantes	% sobre el total	Acumulado
Hasta 19 años	29,691	1.5%	1.5%
20-29	541,203	27.6%	29.1%
30-39	542,055	27.6%	56.7%
40-49	413,033	21.0%	77.8%
50-59	270,803	13.8%	91.6%
60 o más	165,808	8.4%	100.0%
Total	1,962,593	100.0%	-

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN.

Tabla 3. Relación de cotizantes por cantidad de salarios mínimos cotizables del sistema (Al 31 de marzo de 2020)

Salarios mínimos cotizables*	Cotizantes	% sobre el total	% Acumulado
0-1	826,517	42.1%	42.1%
1-2	665,169	33.9%	76.0%
2-3	183,853	9.4%	85.4%
3-4	124,474	6.3%	91.7%
4-6	97,791	5.0%	96.7%
6-8	27,762	1.4%	98.1%
8-10	12,851	0.7%	98.8%
10-15	14,250	0.7%	99.5%
15 o más	9,926	0.5%	100.0%
Total	1,962,593	100.0%	-

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN.

Nota:* El salario mínimo cotizable fue de RD\$13,482 en marzo de 2020.

Tabla 4. Cantidad de trabajadores activos registrados en el SUIR*, según rango salarial (Al 29 de febrero de 2020)

Rango salarial (RD\$)	Cantidad de trabajadores	% sobre el total	% Acumulado
Hasta 10,000	309,661	13.8%	13.8%
10,001-15,000	825,714	36.7%	50.5%
15,001-20,000	425,765	18.9%	69.4%
20,001-25,000	152,401	6.8%	76.2%
Más de 25,000	534,649	23.8%	100.0%
Total	2,248,190	100.0%	-

Fuente: elaboración propia en base a datos del Boletín estadístico mensual presentado por la TSS. Santo Domingo, Febrero 2020.

Nota:* Sistema Único de Información y Recaudo. Incluye trabajadores privados y públicos.

Tabla 5. Cantidad de empleadores y trabajadores activos registrados en el SUIR*, según cantidad de trabajadores (Al 29 de febrero de 2020)

Rango de trabajadores (RD\$)	Cantidad de empleadores	% sobre el total	% Acumulado	Cantidad de trabajadores	% sobre el total	% Acumulado
(1)-15	77,454	84.4%	84.43%	335,020	14.9%	14.9%
16-50	9,659	10.5%	94.96%	255,510	11.4%	26.3%
51-100	2,219	2.4%	97.38%	155,626	6.9%	33.2%
101-500	1,866	2.0%	99.41%	382,226	17.0%	50.2%
501-1000	294	0.3%	99.73%	205,018	9.1%	59.3%
1001-5000	223	0.2%	99.97%	418,647	18.6%	77.9%
Más de 5000	24	0.0%	100.00%	496,143	22.1%	100.0%
Total	91,739	100.0%	-	2,248,190	100.0%	-

Fuente: elaboración propia en base a datos del Boletín estadístico mensual presentado por la TSS. Santo Domingo, Febrero 2020.
 Nota:* Sistema Único de Información y Recaudo. Incluye trabajadores privados y públicos.

**Tabla 6. Cantidad de cotizaciones mensuales de afiliados* a las AFP
(Al 31 de marzo de 2020)**

Cotizaciones mensuales	Cantidad	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hasta 20	1,275,926	34.1%	34.1%
21-40	603,405	16.1%	50.2%
41-60	418,122	11.2%	61.4%
61-80	321,283	8.6%	70.0%
81-100	262,258	7.0%	77.0%
101 y más	862,063	23.0%	100.0%
Total	3,743,057	100.0%	-

Fuente: elaboración propia en base a datos suministrados por la SIPEN mediante solicitud de información pública.

Nota:* No se consideran en este cuadro los trabajadores afiliados que no han registrado cotizaciones, los afiliados fallecidos ni los beneficiarios de pensión por vejez y devolución por ingreso tardío.

Tabla 7. Cantidad de cotizaciones mensuales por deciles de afiliados a CCI (Al 31 de marzo de 2020)

Deciles	Número de cotizaciones mensuales
1	21
2	29
3	41
4	49
5	65
6	71
7	75
8	77
9	81
10	84

Fuente: elaboración propia en base a datos suministrados por la SIPEN mediante solicitud de información pública.

**Tabla 8. Inversión de los fondos de pensiones de capitalización individual, según emisor calificado
(Al 31 de marzo de 2020)**

Agente económico	Monto inversión	% sobre el total
Banca comercial	60,779,959,621.28	10.5%
Empresas privadas	26,446,664,797.20	4.6%
Entidades públicas	441,982,210,540.75	76.6%
Asociaciones de ahorros y préstamos	10,033,377,856.78	1.7%
Bancos de ahorro y crédito	435,049,986.28	0.1%
Organismos Multilaterales	537,418,268.50	0.1%
Fideicomisos de oferta pública	3,659,681,009.67	0.6%
Fondos de Inversión	32,814,627,302.53	5.7%
Total inversión	576,688,989,382.99	100.0%

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN.

Tabla 9. Inversión de los fondos de pensiones de capitalización individual en instituciones públicas (Al 31 de marzo 2020)

Ministerio de Hacienda (Bonos del Gobierno Central)	206,573,792,535.23
Banco Central (certificados, letras y notas)	235,408,418,005.52
Total	441,982,210,540.75

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN.

Tabla 10. Inversión de los fondos de pensiones de capitalización individual en la banca comercial (Al 31 de marzo de 2020)

Nombre Banco	Cantidad invertida en RD\$
Banco ADEMI	681,943,703.48
Banco BDI	204,538,095.92
Banco BHD-León	9,936,833,333.75
Banco Múltiple Lafise	13,821,542.30
Banco Caribe Internacional	154,673,672.79
Banco de Reservas	20,071,899,853.08
Banco del Progreso	100,320,507.43
Banco Popular	23,148,056,883.67
Banco Promérica	235,484,693.61
Banco Santa Cruz	2,951,801,265.25
Banco Vimenca	386,243,828.89
Banesco	296,486,915.44
Citibank N.A.	2,597,855,325.67
Total Bancos Comerciales y de Servicios Múltiples	60,779,959,621.28

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN.

Tabla 11. Inversión de los fondos de pensiones de capitalización individual en empresas privadas (Al 31 de marzo de 2020)

Nombre empresa	Cantidad invertida en RD\$
Acero Estrella	73,032,970.53
Alpha Sociedad de Valores	689,931,332.19
Consortio Energético Punta Cana-Macao	3,346,120,181.41
Consortio Minero Dominicano S.A.	2,636,008,486.85
Dominican Power Partners	7,269,982,342.42
Empresa Generadora de Electricidad Haina S.A. (EGEHAINA)	8,126,366,985.41
Gulfstream Petroleum Dominicana	1,931,714,314.38
Parallax Valores Puesto de Bolsa	1,150,300,941.16
UC United Capital Puesto de Bolsa S.A.	1,223,207,242.85
Total Empresas Privadas	26,446,664,797.20

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN.

Tabla 12. Inversión de los fondos de pensiones de capitalización individual en otros tipos de emisores (Al 31 de marzo de 2020)

Asociaciones de Ahorros y préstamos	10,033,377,856.78
Asociación Cibao de Ahorros y Préstamos	2,126,814,883.84
Asociación La Nacional de Ahorros y Préstamos	806,685,506.43
Asociación La Vega Real de Ahorros y Préstamos	618,825,574.26
Asociación Popular de Ahorros y Préstamos	6,481,051,892.25
Bancos de Ahorro y Crédito	435,049,986.28
Banco de Ahorro y Crédito Confisa	49,285,216.72
Banco de Ahorro y Crédito del Caribe S.A.	109,570,740.60
Banco de Ahorro y Crédito Fondesa	22,079,435.18
Motor Crédito Banco de Ahorro y Crédito	254,114,593.78
Organismos Multilaterales	537,418,268.50
International Financial Corporation (IFC)	104,583,930.52
Corporación Interamericana de Inversiones (BID Invest)	432,834,337.98
Fideicomisos de oferta pública	3,659,681,009.67
RD VIAL	588,818,840.60
Valores Accionarios Rica 03-FU	3,070,862,169.07
Fondos de Inversión	32,814,627,302.53
Fondo Cerrado de Desarrollo de Sociedades Advanced Oportunidades de	530,546,206.23
Fondo Cerrado de Desarrollo de Sociedades GAM Energía	7,642,610,233.15
Fondo Cerrado de Desarrollo de Sociedades GAM II	5,248,598,689.81
Fondo Cerrado de Desarrollo de Sociedades Pioneer	4,579,155,404.30
Fondo Cerrado de Desarrollo de Sociedades Popular	608,512,775.40
Fondo Cerrado de Inversión Inmobiliaria Pioneer	617,469,223.76
Fondo de Inversión Cerrado Inmobiliario Excel I	129,026,320.19
Fondo de Inversión Cerrado Inmobiliario Universal I	2,555,973,211.42
Fondo de Inversión Cerrado Libre para el Desarrollo de Infraestructuras	6,116,977,105.33
Fondo de Inversión Cerrado Pioneer Inmobiliario II	2,231,662,608.72
Fondo de Inversión Cerrado Renta Fija Capitalizable Popular	241,069,726.84
Fondo de Inversión Cerrado Renta Inmobiliaria Dólares Popular	1,736,924,127.38
Fondo Nacional Pioneer United Renta Fija	576,101,670.00
Total	47,480,154,423.76

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN.

Tabla 13. Ingresos por tipo y AFP, año 2019 (Al 31 de marzo de 2020)

Ítem	AFP							Sistema
	Popular	Creceer	Reservas	Romana	Siembra	Atlántico	JMMB BDI	
1) Ingresos operacionales	3,449,622,019	2,222,240,514	1,850,907,437	82,908,378	2,076,998,187	68,297,861	30,522,399	9,781,496,795
Comisión Mensual Administrativa /1	824,331,419	572,256,825	408,393,944	21,327,126	491,246,813	21,799,737	8,939,830	2,348,295,694
Comisión Anual Complementaria /2	2,625,043,210	1,649,768,599	1,442,423,137	61,578,153	1,585,581,926	46,489,966	21,581,721	7,432,466,712
Otros Ingresos Operac./ Intereses por Retraso	247,390	215,091	90,354	3,099	169,449	8,157	848	734,388
2) Ingresos Financieros y Rendimiento Garantía de Rentabilidad	797,437,769	189,922,127	294,262,992	17,263,226	275,916,214	3,987,339	7,187,115	1,585,976,782
3) Ingresos Extraordinarios	141,311	3,346,983	2,351,075	5,283,420	143,811,242	6,143,929	0	161,077,960
Total ingresos	4,247,201,099	2,415,509,624	2,147,521,504	105,455,024	2,496,725,643	78,429,128	37,709,514	11,528,551,537
<hr/>								
Comisión Mensual Administrativa/Ingresos Totales	19.4%	23.7%	19.0%	20.2%	19.7%	27.8%	23.7%	20.4%
Comisión Anual Complementaria/Ingresos Totales	61.8%	68.3%	67.2%	58.4%	63.5%	59.3%	57.2%	64.5%
Ambas Comisiones/ Ingresos Totales	81.2%	92.0%	86.2%	78.6%	83.2%	87.1%	80.9%	84.8%
<hr/>								
Resultado del Ejercicio	2,079,422,784	1,342,071,375	1,102,894,497	45,022,961	1,351,389,545	-3,351,267	-27,647,115	5,889,802,780
Utilidad/Ingresos Totales	49.0%	55.6%	51.4%	42.7%	54.1%	-4.3%	-73.3%	51.1%

Fuente: elaboración propia en base a los Estados financieros de cada AFP año 2019.

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.

Tabla 14. Utilidades y gastos operacionales y generales* del sistema de las AFP de 2004 a 2019
(Valores en millones de RD\$)

Año	Utilidades AFP (en RD\$ de diciembre 2019)	Gastos operacionales y generales (en RD\$ de diciembre 2019)	Gastos operacionales (en RD\$ de diciembre 2019)	Gastos generales (en RD\$ de diciembre 2019)
2004	382.9	559.0	279.3	279.7
2005	201.4	644.9	367.1	277.7
2006	246.5	681.8	392.1	289.7
2007	224.5	706.2	426.5	279.7
2008	732.1	766.4	535.5	230.8
2009	1,819.9	831.2	631.8	199.4
2010	2,511.0	1,097.1	795.4	301.7
2011	2,470.4	1,253.1	927.1	326.1
2012	4,072.5	1,355.3	1,029.2	326.1
2013	4,448.0	1,732.3	1,275.4	456.8
2014	3,397.3	1,855.3	1,385.2	470.1
2015	3,104.9	1,997.6	1,492.7	504.9
2016	2,869.0	2,236.3	1,656.6	579.7
2017	4,639.6	2,657.0	1,967.5	689.5
2018	2,759.0	2,693.6	2,045.9	647.7
2019	5,889.8	3,466.8	2,548.7	918.0
Total acumulado 2004-2019	39,768.9	24,533.6	17,756.0	6,777.7
Total, en US\$**	775.9	478.7	346.4	132.2

Fuente: elaboración propia en base a estados financieros auditados anuales de las AFP y el Boletín Estadístico Trimestral No. 66 de la SIPEN.

Notas: * 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 2019: RD\$51.2548.

**Tabla 15. Solicitudes de pensiones por sobrevivencia y discapacidad, según su estatus
(Al 31 de marzo de 2020)**

Tipo de pensión	Solicitudes	Otorgadas	%	Denegadas	%	En trámite	%
Sobrevivencia	24,125	9,664	40.1%	14,229	59.0%	232	1.0%
Discapacidad	18,223	12,518	68.7%	4,350	23.9%	1,355	7.4%

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN, al 31 de marzo de 2020.

**Tabla 16. Solicitudes de beneficios de afiliados de ingreso tardío, según su estatus
(Al 31 de marzo de 2020)**

Solicitudes	Aprobadas				Denegadas	Pendientes
	Devolución de saldo de CCI	Proporción sobre el total	Pensión de retiro programado	% sobre el total		
148,711	138,940	93.4%	22	0.01%	9,731	18

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN, al 31 de marzo de 2020.

**Tabla 17. Pensiones por sobrevivencia (RD\$)
(Al 31 de marzo de 2020)**

Entidad	Promedio total
Atlántico	10,739.30
Creceer	9,642.46
JMMB	9,959.94
Popular	12,059.89
Reservas	12,640.15
Romana	9,516.20
Siembra	11,388.65
Plan sustitutivo - Banco Central	35,506.29
Plan sustitutivo - Banco de Reservas*	20,099.63
Autoseguro	9,215.28
Total	11,354.06

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN, al 31 de marzo de 2020.

Nota:* Las solicitudes de pensiones correspondientes al plan sustitutivo del Banco de Reservas son tramitadas por AFP Reservas.

Tabla 18. Pensiones por discapacidad (RD\$)
(Al 31 de marzo de 2020)

Entidad	Tipo de discapacidad		Promedio total
	Parcial	Total	
Atlántico	-	7,584.40	7,584.40
Creer	2,850.20	7,551.70	5,611.80
JMMB	-	26,317.30	26,317.30
Popular	4,749.30	10,701.20	8,629.30
Reservas	4,210.30	10,547.20	7,668.40
Romana	3,185.70	8,134.30	6,857.20
Siembra	4,075.60	9,207.40	7,467.70
Plan sustitutivo - Banco Central	9,082.00	31,157.80	26,063.30
Plan sustitutivo - Banco de Reservas	12,242.30	21,641.90	17,133.10
Autoseguro	6,176.00	15,213.00	11,036.00
INABIMA	-	20,133.30	20,133.30
Pensión promedio total	4,269.70	15,111.90	12,469.10

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN, al 31 de marzo de 2019.

Tabla 19. Pensiones por retiro programado (RD\$)
(Al 31 de marzo de 2020)

Entidad	Promedio total
Atlántico	-
Crecer	-
JMMB-BDI	20,129.32
Popular	15,139.71
Reservas	-
Romana	20,260.23
Siembra	22,963.59
Inabima	-
Total	20,968.88

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN, al 31 de marzo de 2020.

Nota:* Incluye solamente montos de pensiones correspondientes a beneficiarios actuales.

Tabla 20. Montos devueltos,* total y por afiliado (RD\$)
(Al 31 de marzo de 2020)

Entidad	Total
Atlántico	35,592,673.76
Crecer	4,285,596,406.19
JMMB	31,769,441.07
Popular	7,184,778,697.46
Reservas	3,545,541,489.28
Romana	591,357,413.14
Siembra	4,594,545,993.68
Total	20,269,182,114.58
Solicitudes aprobadas	138,827
Monto devuelto por afiliado	146,003.17

Fuente: elaboración propia en base al Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN, al 31 de marzo de 2020.

Nota:* Incluye solamente montos de pensiones correspondientes a beneficiarios actuales.

EPÍLOGO SOBRE EL SISTEMA DE PENSIONES
LA LEY 13-20: UNA CONTRARREFORMA
A LAS PENSIONES

El Congreso Nacional aprobó, de urgencia, el proyecto de modificación de la Ley 87-01 del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Dicho proyecto fue presentado sorpresivamente por el Poder Ejecutivo el 27 de febrero de 2019. Durante meses se discutió ampliamente en una Comisión Bicameral creada para tales efectos. El proyecto nunca logró consensos y fue abundantemente refutada la idea de que traería como consecuencia una disminución de las ganancias de las AFP mediante el nuevo esquema de comisiones que se crearía.

El proyecto perimió a fines de 2019 y a mitad de enero de 2020 el Poder Ejecutivo lo reintrodujo declarando de urgencia su discusión y aprobación como máximo al 15 de febrero.

Efectivamente así ocurrió, con ligeras modificaciones al proyecto original. Primero fue aprobado en el Senado y luego en la Cámara de Diputados, con 46% de legisladores y legisladoras ausentes, y obtuvo el voto favorable del 98.99% de los y las presentes en la sala. Así fue que vio la luz la Ley No.13-20.

La reforma verdadera, que propusieron las Centrales Sindicales con el apoyo de organizaciones sociales, ONG y sociedad civil, así como de especialistas, con carácter estructural y sustitutiva, que desmercantilizara y desprivatizara la seguridad social, específicamente las pensiones, garantizando el efectivo goce de derechos humanos, económicos y sociales contemplados en la Constitución y los tratados internacionales, quedó desechada.

Una contrarreforma en dirección negativa ocupó su lugar, haciendo más regresivo el sistema en concentración de la riqueza y fortaleciendo el poder económico y político de las AFP y los grupos financieros, a costa del trabajo de la sociedad, mediante la economía parasitaria y una democracia capturada.

Algunas puntualizaciones sobre los ingresos y utilidades vía comisiones de las AFP

Entre 2016 y 2019 los fondos de pensiones de cuentas de capitalización individual (CCI) crecieron, en promedio, 18% (ver tabla 21). Por su parte, entre 2016 y 2018 las utilidades de las AFP decrecieron, en promedio, 3.7%; durante este período, solo en 2017 tuvieron crecimiento positivo (ver tabla 22).

Las AFP ganan una inmensa cantidad de dinero, solo que entre un año y otro pueden ganar en mayor o menor medida, dependiendo principalmente de la rentabilidad de los fondos y de las tasas de interés de los certificados de depósito de la banca comercial.

Esto se debe a que la llamada Comisión Anual Complementaria —que bajo el esquema anterior de comisiones representaba la mayor parte de sus ingresos (63% en 2017 y 41% en 2018— dependía 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 tabla 23).

Como se ha dicho, los fondos de pensiones de Cuentas de Capitalización Individual (CCI) crecieron en promedio 18% entre 2016 y 2019. Para estimar los ingresos que recibirían las AFP entre 2020 y 2029,¹ se ha supuesto que dichos fondos crecerían a razón de 15% anual.

Con esta estimación se tiene que los ingresos operacionales de las AFP pasarían de 9,781.5 millones de pesos en 2019 a 16,876.1 millones de pesos en 2029, para un crecimiento durante ese lapso de 72.5% (ver tabla 24).

No obstante que se irá reduciendo el porcentaje de la comisión —al menos hasta el 2029—, ya que los fondos de pensiones estarán en continuo crecimiento y los ingresos de las AFP dependerán ahora únicamente del saldo de los mismos (no de

¹ Según el nuevo esquema propuesto, la comisión, que se cobraría sobre la base de los saldos de los fondos de pensiones administrados, pasaría de 1.20% a 0.75% entre 2020 y 2029, y se revisaría a partir del 2030, no siendo nunca mayor de 0.75%.

su rentabilidad), estas empresas obtendrán utilidades cada vez mayores (ver gráfico 28).

Las utilidades de las AFP dependen de los ingresos que reciben, es decir, a mayores ingresos mayores utilidades. Los ingresos, al depender en gran medida de las volatilidades del mercado financiero, fluctúan y con ellos también fluctúan las ganancias obtenidas.

Entonces, para librarse del riesgo de percibir utilidades que pueden subir en un año y bajar en el siguiente, habría que asegurarse ingresos cada vez mayores, año tras año, y eso se logra cobrando una comisión no ya sobre la base de la rentabilidad de los fondos sino sobre los fondos mismos, los cuales se mantienen en continuo crecimiento. Eso es lo que lograron asegurarse con la Ley No.13-20.

Si se asume que las utilidades representan el 40% de los ingresos operacionales (en 2015, 2017 y 2018, representaron el 50%, 52% y 43% de los ingresos totales), solo entre 2020 y 2029 (10 años) el total de beneficios que recibirían las AFP ascendería a 47,748.1 millones de pesos (ver tabla 25).

Para que se tenga una idea de esta magnitud, entre 2004 y 2019 (16 años), las AFP acumularon ganancias por un valor de 39,768.9 millones de pesos (ver tabla 26). Es decir, en un período más corto con esta supuesta gran disminución de la comisión, las AFP van a ganar mucho más dinero.

Como se ha planteó desde el mes de marzo de 2019 —inmediatamente se presentó el proyecto de modificación al esquema de comisiones que cobran las AFP en República Dominicana—, aseguramos que difícilmente sus ganancias disminuyan. Es más, distintos expertos con diferentes enfoques teóricos y posiciones políticas, coincidieron en que las ganancias van a aumentar.

Así como habíamos dicho que las ganancias de las AFP entre 2004 y 2019 superaron los 39 mil millones de pesos, y que en lugar de disminuir se podrían elevar, logrando de 2020 a 2029 ganancias de más de 47 mil millones, hemos sido claros en lo siguiente: nadie quita que en determinado año —como 2019— con el esquema antiguo los ingresos y por tanto las utilidades serían mayores, comparadas con el esquema nuevo. Pero lo importante es otra cosa, que no se quiere discutir, y es “por dónde le entra el agua al coco”: ahora los

ingresos y las ganancias de las AFP estarán libres del “dolor de cabeza” de los vaivenes del mercado financiero, y crecerán conforme crezcan las cotizaciones y el fondo administrado.

Siendo así ¿por qué se dijo que con el esquema nuevo va a haber un “ahorro de 53 mil millones de pesos” en detrimento de las AFP y en beneficio de las personas? Sencillamente porque se divulgó una tabla usando el esquema antiguo con ingresos que supuestamente no decrecerían nunca, y eso no tiene bases en la realidad (ver tabla 27). Entre 2004 y 2019, los ingresos de las AFP y por tanto las utilidades nunca han presentado un crecimiento continuo. Esa tabla fue un engaño a la opinión pública.

¿Que en 2019 las AFP se ganaron una fortuna superior a los 9 mil millones de pesos? Cierto, pero también es cierto que con el anterior esquema de comisión, las AFP obtuvieron entre 2012 y 2019 unas tasas de crecimiento de sus ingresos que fluctuaron entre 36% y 104%. Siempre han obtenido ingresos positivos y ganancias, pero unas veces subiendo y otras cayendo, como pasó en 2014, 2015, 2016 y 2018.

Con el nuevo esquema, entre 2020 y 2027 se proyectan unas tasas de crecimiento que se mantendrán siempre positivas, dentro de una banda más o menos estable, que oscila entre el 12% y el 7%. Esto les garantizará unas tasas de rentabilidad sobre su patrimonio estables y crecientes, con menos riesgo y más seguras. Esto explica por qué en los últimos ocho años acumularon ingresos por valor de 49,073.3 millones de pesos, y solo en los primeros ocho años con el nuevo esquema de comisión obtendrán ingresos totales ascendentes a 82,969.5 millones (ver gráfico 29 y tabla 28).

La tabla difundida para afirmar que estábamos ante una victoria tipo Robin Hood, omitió esa realidad. Por lo tanto, la comparación de los dos esquemas para el periodo 2020-2029 está hecha sobre una ficción que no obedece a la evidencia empírica ni a la experiencia histórica como tampoco al comportamiento normal y esperable de cualquier mercado, especialmente el financiero. Esa ficción no la compensa ningún modelo computacional.

Si las AFP ni siquiera chillaron mientras se proclamaba a los cuatro vientos el supuesto “ahorro por 53 mil millones de pesos” es

porque nunca pudieron ni tuvieron que demostrar que este proyecto es bueno para la gente. Callaron y callan porque, lejos de perjudicarles, esta ley las protege y beneficia. Y mucho.

Es más, tómesese en cuenta lo siguiente: el esquema de comisiones que las AFP cobran en Chile es diferente y es directamente de la renta imponible del cotizante, en un rango del 0.69% al 1.44% de la misma.² Al estimar cuánto representa el cobro de las AFP como porcentaje de los fondos de pensiones administrados, se ha calculado que alcanza un 0.64%; nótese que por debajo del 0.75% al que se llegaría en el sistema dominicano con la nueva ley.

No obstante parecer muy bajo el cobro, los resultados sobre las ganancias de las AFP y las pensiones de hambre en Chile son por todos conocidos, y las consecuencias humanas, sociales y políticas, también. Según Fundación SOL, las comisiones de intermediación de las AFP en el país sudamericano sumaron cerca de \$3,9 billones de pesos chilenos (USD\$ 5,429 millones) solo en 2019. ¿Realmente se esperan resultados diferentes siguiendo recetas similares?

Por último, subráyese lo más importante: en la Comisión Bicameral no fue posible convencer a nadie ni construir consenso alguno sobre que este proyecto respondía a las necesidades y reclamos sociales, menos de que representaría un cambio en la sustancia del sistema de pensiones: si va a haber derecho efectivo a las mismas y si van a ser dignas y humanas.

De hecho, tanto los proponentes en la Comisión Bicameral como las propias AFP saben y han admitido que este cambio a la ley no altera en lo más mínimo las tres variables fundamentales: cuántas personas accederán a una pensión, qué tasa de reemplazo obtendrán, y para cuánto les alcanzará en su diario vivir.

² Ver detalles de la situación en Chile en: Torres, Óscar. “Las comisiones de las AFPs: una rentabilidad de negocio al 100% a todo evento y cautiva”. Noviembre, 2019. Disponible en: <<https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2019/11/09/las-comisiones-de-las-afps-una-rentabilidad-de-negocio-al-100-a-todo-evento-y-cautiva/>>
Superintendencia de Pensiones (Chile). “Estadísticas Sistema de Pensiones, Estadísticas financieras de las AFP”. Septiembre, 2019. Disponible en: <https://www.spensiones.cl/apps/loadEstadisticas/loadEstadFinancieras.php?id=inf_estadistica/iftafp/2019/09/result201909.html&menu=sci&menuN1=estfinafp&menuN2=-NOID&orden=20&ext=.html/>

En resumen: 1) quien hable de ahorro o menos ingresos para las AFP lo hace sobre la base de una ficción, 2) podemos afirmar que bajo el esquema nuevo las AFP tendrán iguales o mayores ganancias, 3) las AFP se han asegurado ingresos y ganancias crecientes sin importar cómo funcione el mercado, y 4) los trabajadores y empleadores siguen teniendo el mismo futuro: las peores pensiones de América Latina.

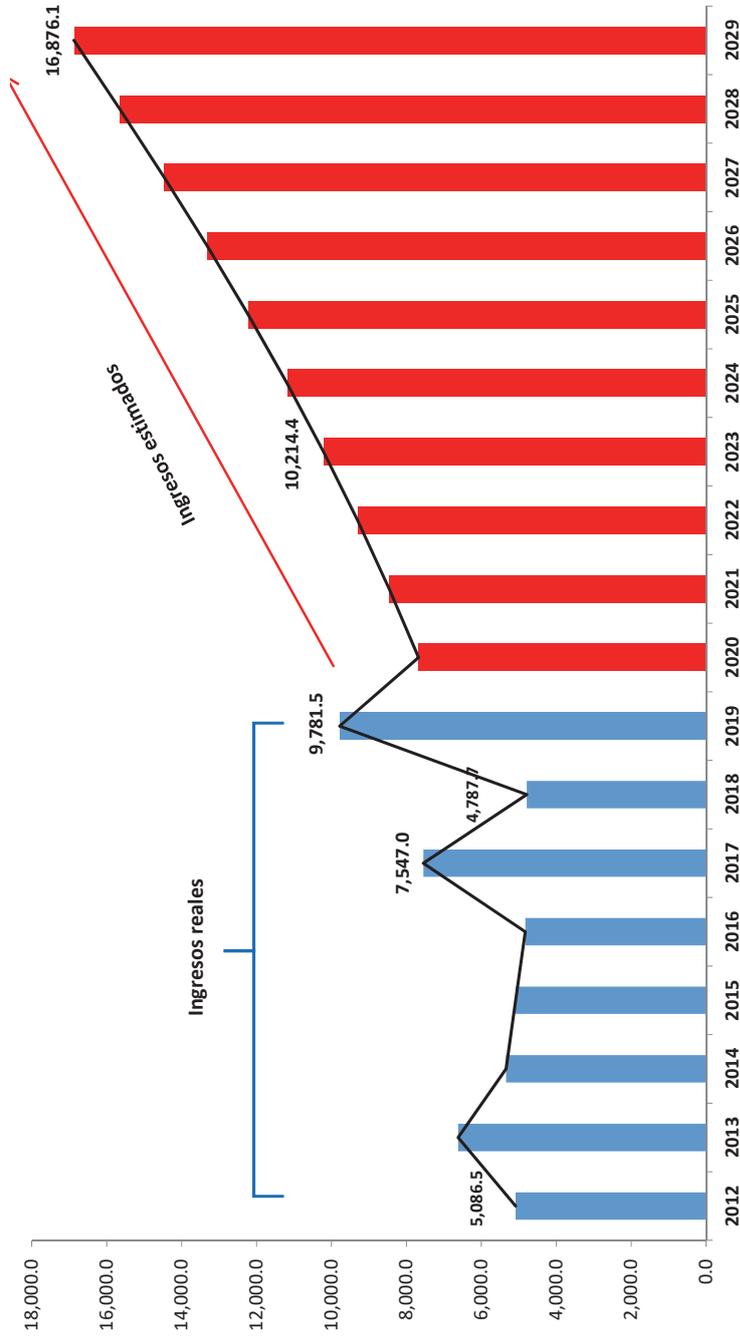
Por si faltaba una confirmación, está ha venido trágicamente con la pandemia de COVID-19 y el Estado de emergencia. En efecto, cuando el PIB dominicano tendrá un crecimiento negativo de -5.3% según la CEPAL, con 1,160,948 trabajadoras y trabajadores suspendidos al mes de julio, un número indeterminado de desahuciados, y 517 mil cotizantes menos de marzo a junio, las AFP lograron el primer semestre de 2020 ganancias por 2,035 millones de pesos, por encima de las ganancias obtenidas en el mismo período en los años 2016, 2017 y 2018. No solo se liberaron de los vaivenes del mercado: sencillamente están libres hasta de la pérdida eventual de cotizantes o de crisis económicas.

Un sistema de pensiones solidario, universal, público, con tasas de reemplazo dignas, y orientado a los derechos de los hombres y mujeres, a su calidad de vida, bienestar y seguridad, es lo que debe estar en un sistema de seguridad social. Por más que el león de la capitalización individual, la mercantilización y el lucro financiero se lime los colmillos, león seguirá siendo. La verdadera reforma que la sociedad necesita ha quedado otra vez negada.

GRÁFICOS DEL EPÍLOGO

GRÁFICO 28

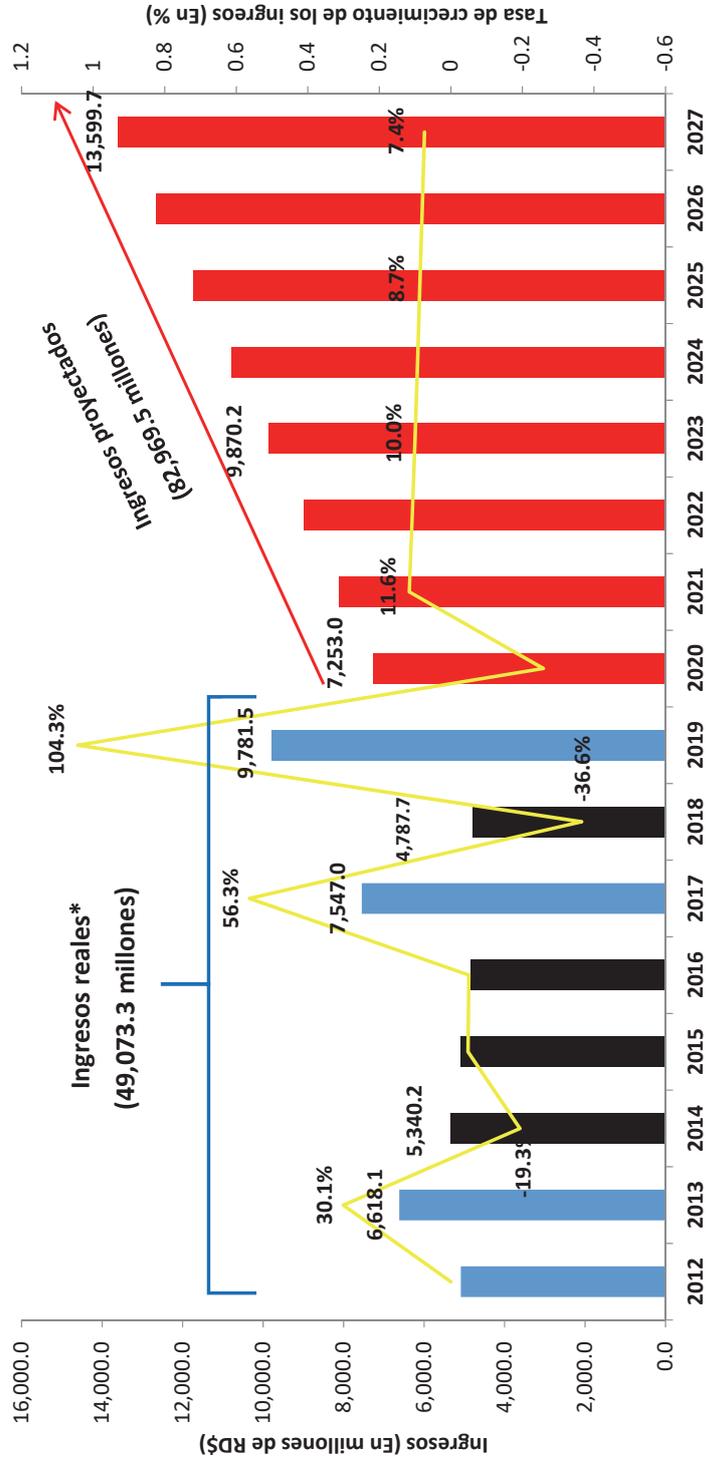
**Ingresos que recibirían las AFP bajo el nuevo esquema de comisiones propuesto
(Valores en millones de RD\$)***



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Pensiones (SIPEN).

Nota.* Incluye Otros Ingresos operacionales/Intereses por Retraso.

GRÁFICO 29
Ingresos de las AFP en los últimos 8 años Vs. ingresos proyectados para los próximos 8 años con nuevo esquema de comisión



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Pensiones (SIPEN) y del Poder Ejecutivo.
 Nota: * Incluye otros ingresos operacionales/intereses por retraso.

TABLAS DEL EPÍLOGO

Tabla 21. Crecimiento de los fondos de pensiones administrados por las AFP (Valores en millones de RD\$)

Año	Fondos de pensiones AFP-CCI	Crecimiento	
2003	1,281.60	-	
2004	5,705.59	345.20%	
2005	12,805.02	124.40%	
2006	21,692.30	69.40%	
2007	32,836.62	51.40%	
2008	48,333.79	47.20%	
2009	67,817.30	40.30%	
2010	89,865.19	32.50%	
2011	118,005.24	31.30%	
2012	153,501.45	30.10%	
2013	193,593.14	26.10%	
2014	238,590.51	23.20%	
2015	287,903.91	20.70%	
2016	342,350.77	18.90%	17.90%
2017	407,903.75	19.10%	
2018	471,048.91	15.50%	
2019	556,201.11	18.10%	

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Pensiones (SIPEN).

**Tabla 22. Utilidades de las AFP 2004-2018
(Valores en millones de RD\$)***

Año	Utilidades AFP	Crecimiento	
2004	382.9	-	
2005	201.4	-47.40%	
2006	246.5	22.38%	
2007	224.5	-8.95%	
2008	732.1	226.15%	
2009	1,819.9	148.57%	
2010	2,511.0	37.97%	
2011	2,470.4	-1.62%	
2012	4,072.5	64.85%	
2013	4,448.0	9.22%	
2014	3,397.3	-23.62%	-3.7%
2015	3,104.9	-8.61%	
2016	2,869.0	-7.60%	
2017	4,639.6	61.71%	
2018	2,759.0	-40.53%	

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

Nota:* En rojo se señalan años con decrecimiento de las utilidades.

Tabla 23. 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
Crecimiento %	-	30.1%	-19.3%	-4.8%	-5.0%	56.3%	-36.6%
Utilidades sistema AFP	4,072.5	4,448.0	3,397.3	3,104.9	2,869.0	4,639.6	2,759.0
Crecimiento %	-	9.2%	-23.6%	-8.6%	-7.6%	61.7%	-40.5%

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

Nota.* En rojo se señalan años con decrecimiento de los ingresos.

Tabla 24. Ingresos que recibirían las AFP bajo el nuevo esquema de comisiones propuesto (Valores en millones de RD\$)

Año	Fondos de pensiones AFP-CCI*	Comisión anual proyecto de Ley	Ingresos por comisión AFP**	Crecimiento
2019**	556,201.11	-	9,781.5	-
2020	639,631.28	1.20%	7,675.6	-21.5%
2021	735,575.97	1.15%	8,459.1	10.2%
2022	845,912.36	1.10%	9,305.0	10.0%
2023	972,799.22	1.05%	10,214.4	9.8%
2024	1,118,719.10	1.00%	11,187.2	9.5%
2025	1,286,526.97	0.95%	12,222.0	9.2%
2026	1,479,506.01	0.90%	13,315.6	8.9%
2027	1,701,431.91	0.85%	14,462.2	8.6%
2028	1,956,646.70	0.80%	15,653.2	8.2%
2029	2,250,143.70	0.75%	16,876.1	7.8%

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Pensiones (SIPEN).

Notas:* Se supone que crecen 15% cada año a partir de 2020 (el crecimiento promedio anual que tuvieron en 2016-2019 fue de 17.9%).

** Valores efectivos bajo el esquema actual de comisiones.

**Tabla 25. Utilidades efectivas de las AFP 2004-2019
(Valores en millones de RD\$)**

Año	Utilidades bajo esquema de comisión actual
2004	382.9
2005	201.4
2006	246.5
2007	224.5
2008	732.1
2009	1,819.9
2010	2,511.0
2011	2,470.4
2012	4,072.5
2013	4,448.0
2014	3,397.3
2015	3,104.9
2016	2,869.0
2017	4,639.6
2018	2,759.0
2019	5,889.8
Total acumulado	39,768.9

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

Tabla 26. Utilidades estimadas de las AFP 2020-2029*
(Valores en millones de RD\$)

2020	3,070.2
2021	3,383.6
2022	3,722.0
2023	4,085.8
2024	4,474.9
2025	4,888.8
2026	5,326.2
2027	5,784.9
2028	6,261.3
2029	6,750.4
Total acumulado	47,748.1

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

Nota:* Se ha supuesto que las utilidades representan el 40% de los ingresos que las AFP obtendrían bajo el nuevo esquema de comisión.

Tabla 27. Tabla difundida para “mostrar” que con el nuevo esquema habría un ahorro o “diferencia” en detrimento de las AFP, por más de 53 mil millones de pesos, comparando el esquema de comisiones antiguo y nuevo con supuestos ingresos continuamente crecientes

Año	Ingresos Esquema Actual	Ingresos Esquema Propuesto	Diferencia	
2020	8,779,698,247	7,252,951,759	-1,526,746,488	
2021	9,914,965,712	8,096,757,457	-1,818,208,254	
2022	11,170,986,885	8,970,521,236	-2,200,465,648	
2023	12,559,513,778	9,870,155,361	-2,689,358,416	
2024	14,093,386,463	10,790,389,209	-3,302,997,255	
2025	15,786,630,713	11,724,564,800	-4,062,065,913	
2026	17,654,564,212	12,664,401,636	-4,990,162,575	
2027	19,713,912,101	13,599,726,461	-6,114,185,640	
2028	21,982,932,643	14,518,162,955	-7,464,769,689	
2029	24,481,553,899	15,404,775,677	-9,076,778,222	
2030	27,231,522,352	17,397,760,042	-9,833,762,310	
Totales	183,369,667,004	130,290,166,593	-53,079,500,411	-28.95%

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

**Tabla 28. Ingresos efectivos de las AFP últimos 8 años e ingresos proyectados para los próximos 8 años con nuevo esquema de comisión
(Valores en millones de RD\$)**

Año	Ingresos*	Tasa de crecimiento (En %)
2012	5,086.50	-
2013	6,618.10	30.10%
2014	5,340.20	-19.30%
2015	5,084.30	-4.80%
2016	4,828.10	-5.00%
2017	7,547.00	56.30%
2018	4,787.70	-36.60%
2019	9,781.50	104.30%
Total de ingresos del periodo con esquema antiguo de comisiones	49,073.40	-
2020	7,253.00	-25.90%
2021	8,096.80	11.60%
2022	8,970.50	10.80%
2023	9,870.20	10.00%
2024	10,790.40	9.30%
2025	11,724.60	8.70%
2026	12,664.40	8.00%
2027	13,599.70	7.40%
Total de ingresos del periodo con esquema nuevo de comisiones	82,969.60	-

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Pensiones (SIPEN).

Nota:* Valores efectivos de 2012-2019 incluyen Otros Ingresos operacionales/Intereses por Retraso.

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» (Bosch y Fernández, 2017).

Asimismo, en el caso de los fondos de pensiones, se impuso un modelo de mercado financiero, traficando de forma parasitaria el trabajo de millones de dominicanas y dominicanos, de una inmensa mayoría de micro, pequeñas y medianas empresas, y condenando a millones de 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 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 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 en forma de

mercancía (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\$1,038.40 *vs.* RD\$220.38, respectivamente, mientras que en este último ya hay más de 3.7 millones de personas afiliadas, lo que parece indicar que, de acuerdo con la evidencia internacional, se ha diseñado una salud y un seguro pobre para pobres. La oferta de política pública ahora es seguir la senda de la llamada “cobertura universal en salud”, según la recomienda el Banco Mundial: la carnetización universal inyectando más dinero al aseguramiento segregado de la población (la parte mayoritaria en un país como República Dominicana) en lugar de financiar adecuadamente los servicios.
- Los paquetes de cobertura en riesgos de salud son insuficientes y demuestran que lejos de financiar derechos y funcionar bajo la lógica solidaria de un sistema de seguridad social, atan los accesos a servicios en la fase curativa y restaurativa, según el nivel de ingresos de las personas, además de atender el riesgo individual y no los derechos colectivos, en discordancia con la Constitución dominicana (enfoque en el riesgo en lugar de la protección). Un número importante de personas adquiere paquetes complementarios para aumentar su cobertura, lo cual también le exige más egresos (en 2017 se gastaron RD\$17,322.9 millones en seguros voluntarios, equivalentes a 0.5% del PIB de ese año).
- 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 13 años, los gastos operacionales (que no son de salud) y los beneficios netos de las ARS privadas ascendieron a más de 58,000 millones de pesos, y solo en el año 2019 gastaron y ganaron por estos conceptos la suma de RD\$6,149 millones de

pesos. Por tanto, se está ante la presencia de empresas intermedias que resultan verdaderamente costosísimas para el sistema de salud dominicano. Como ya habíamos señalado en 2017, con los recursos que estas empresas gastan en burocracia y que obtienen como ganancia parasitaria, se podrían haber financiado varios programas públicos de salud preventiva y curativa, en un país con enormes necesidades y tasas altísimas de mortalidad materno-infantil, entre otros indicadores básicos de salud en estado de catástrofe.

- Las ARS privadas siempre se han asegurado de operar con altas y estables tasas de rentabilidad. En 2017, 2018 y 2019 estas empresas obtuvieron ganancias records por valor de RD\$1,853.5 millones, RD\$1,893 millones y RD\$1,237 millones, respectivamente; promediando en los últimos años una tasa de retorno sobre su patrimonio en torno al 30%, lo que significa ganancias parasitarias a costa de los impuestos que pagan trabajadores y empleadores, y en medio de un sistema público de salud con enormes carencias.
- Asimismo, el alto gasto burocrático y las ganancias parasitarias antes señalados, se producen en un mercado altamente concentrado: en 2019 solo cuatro ARS controlaban el 86% del mercado, y una sola controlaba el 41%. Esto corrobora como una falacia la promesa de que, con este modelo mercantil de aseguramiento en salud, se abriría el camino a la “libre competencia”, lo cual también es absolutamente coherente con la evidencia internacional.
- En 2019, los prestadores privados de salud recibieron el 93% y 48% de los pagos realizados por las ARS del régimen contributivo y subsidiado, respectivamente, en una clara tendencia que privilegia a los prestadores y ofertantes privados en detrimento de los públicos. Este es un esquema de financiamiento que, como se ha visto, incluso se da con recursos del Estado (como son los del SFS subsidiado) que termina en manos privadas, lo cual refuta las promesas de financiamiento de la salud pública y es la última parte de la correa de transmisión de riqueza social al lucro particular.

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 (Bosch y Fernández, 2017).

Valga la oportunidad para decir que esto se ha podido verificar de forma dramática también en las condiciones de trabajo y salariales de los profesionales, trabajadoras y trabajadores de la salud durante la crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19. Los niveles de riesgo, agotamiento, explotación, bajos salarios, privación de infraestructuras y equipamiento, son manifestación y consecuencia de un sistema de lucro con la enfermedad y que condena al subsistema público a la precariedad como paliativo de emergencia, con un Estado no responsable de los derechos ante la sociedad, entiéndase la ciudadanía y los propios servidores públicos.

Sobre el sistema de pensiones:

- Con una fuerza de trabajo que ha alcanzado (octubre-diciembre 2019) los 5,008,937 dominicanos y dominicanas, se tiene que solo un 38.4% de la fuerza de trabajo (1,924,919) está cubierta con cotizaciones efectivas, porcentaje que es claramente muy bajo. Esto es así, porque el modelo de pensiones impuesto, donde los beneficios están fuertemente vinculados al tipo de empleo y al nivel de los salarios, no se ajusta a la realidad sociolaboral dominicana y resulta fallido para la equidad social.
- Más de la mitad de los cotizantes del sistema de pensiones (57%) no rebasa los 39 años, y el 76% de los cotizantes no supera un ingreso salarial equivalente a dos salarios mínimos cotizables de marzo de 2020 (RD\$13,482); es decir, RD\$26,964 como máximo. De hecho, el 42% de los cotizantes (826,517) apenas tiene un salario que se ubica entre 0 y el mínimo cotizable, y el 34% (665,169) percibe entre 1 y 2 salarios mínimos cotizables. Esto significa que de los pocos incorporados efectivamente al sistema, cuyos recursos son expoliados por las AFP, la mayoría es parte de la población trabajadora peor pagada y más sacrificada.
- Menos de la mitad de los afiliados al régimen de las AFP (47%) cotiza, y solo el 23% tiene más de 100 cotizaciones. Por lo tanto, al 77% de los que tributan para una pensión bajo el esquema privado de capitalización individual, le faltarían 22 años o más para lograr las 360 cotizaciones mensuales requeridas para poder

aspirar a una jubilación; por lo que es improbable que la gran mayoría pueda ser pensionada bajo el sistema prevaleciente.

- Las utilidades de las AFP en 2019 fueron de 5,889,802,780 de pesos, y las acumuladas entre 2004 a 2019, ascendieron a 39,768,911,715 de pesos (775,906,852 de dólares). Asimismo, entre 2004 y 2019 la rentabilidad anual promedio sobre su patrimonio ha sido de un 34.6%, y puntualmente de 38.7% en 2019; una tasa de retorno alta para cualquier empresa capitalista, sea grande, mediana o pequeña. Con esos recursos se podrían pagar pensiones a miles de personas que nunca accederían a ese derecho, y se podrían financiar servicios públicos fundamentales y atenciones para la población más vulnerable.
- El patrimonio de los fondos de pensiones, principalmente el correspondiente a la capitalización individual, aumenta su participación e influencia en la economía, configurando de este modo un poder estratégico para las empresas administradoras (AFP) y los grupos empresariales propietarios de las mismas. Mientras que en diciembre de 2007 el total de los fondos de pensiones en cuentas de capitalización individual representaban solo el 2.3% del PIB, ya en diciembre de 2019 equivalían al 12.2% del PIB. Esto, junto con ser acreedores de inmensa deuda pública, significa poder económico y político, que amenaza las reglas democráticas de la sociedad.
- La inversión de los fondos de pensiones por parte de las AFP se realiza bajo un esquema improductivo, especulativo y de saqueo de los recursos de todos, sobre la base de los impuestos y préstamos a los dominicanos con sus propios ahorros. El 77% está colocado en instituciones o entidades públicas, lo que permite al gobierno contar con mayor liquidez para hacer frente al gasto público y la capitalización del Banco Central, permitiendo a la vez ganancias parasitarias para unos pocos, con riesgo casi insignificante, a costa del erario y del esfuerzo colectivo.
- Asimismo, un no despreciable 10.5% del dinero está colocado en la banca comercial, o sea, en inversiones financieras que inyectan liquidez a los bancos y se usan para crear más riqueza financiera a través de préstamos y créditos. Lo que significa que parte de los

fondos administrados por las AFP, fruto del esfuerzo de empleados y empleadores, se convierte en inyección de recursos para la banca comercial, alimentando así el endeudamiento de trabajadores y empresarios sometidos a bajos ingresos y condiciones difíciles de mercado y producción, además de altos intereses.

- A marzo de 2020 se ha denegado el 60% y el 24% de las solicitudes de pensiones por sobrevivencia y por discapacidad, respectivamente. Las pensiones por sobrevivencia que se han otorgado a la fecha promedian solo RD\$11,354 y las de discapacidad RD\$12,469, inferiores al costo de la canasta familiar del 20% más pobre (RD\$14,477). Por otro lado, al 94% de los que han solicitado su pensión por ingreso tardío se les ha devuelto el saldo en su cuenta de capitalización individual, el cual asciende en promedio a solo RD\$146,003, suficiente para cubrir tan solo diez (10) meses de la canasta familiar más baja.
- En América Latina y el Caribe solo existen cuatro países que poseen estructuras de contribución definida de tipo privada como pilar central para el financiamiento de pensiones, entre ellos se encuentran República Dominicana y Chile. Estas cuatro naciones se ubican dentro de los siete países que presentan menores tasas de reemplazo (real o proyectada) para sus pensionados, siendo la proyección de República Dominicana la más baja de todas, de apenas un 23%.

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 las élites políticas, 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 no puede asegurar una vida digna en países con bajos salarios y tantas necesidades, porque significa que cada uno “se arropa 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, del “sálvese quien pueda”, 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, un compromiso social entre distintas generaciones y distintos niveles de ingresos.

Los sistemas públicos y solidarios, además de ser instrumentos para un compromiso de ese tipo, que establezcan contribuciones y beneficios definidos, tienen la ventaja de que correctamente administrados pueden ser gestores de rentabilidad de los fondos, invirtiendo los mismos en necesidades productivas, de desarrollo y bienestar para las naciones, y contar con reservas técnicas para confrontar situaciones de crisis.

Del Negocio Seguro a la Seguridad Social...

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 (Bosch y Fernández, 2018).

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 sanidad público, gratuito, solidario y universal, con los recursos necesarios para garantizar el acceso a los servicios 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, democrático y protector, donde se recuperen los bienes y servicios públicos que deben ser accesibles a todas y todos. Este Estado debe cumplir su propia legalidad incluyendo los compromisos internacionales.
- Dicho Estado ha de traducirse en el fortalecimiento serio y continuado de la Salud Pública, desde un sólido Primer Nivel con base en la promoción y prevención participativa-comunitaria, hasta los demás niveles de mayor complejidad con el suficiente grado de financiamiento, equipamiento y condiciones dignas de trabajo. En ese modelo de salud integral con un pilar sólido de Salud Pública, la atención a la enfermedad debería ser una de sus instancias, mas no la única.
- 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 debidas, acordes con la cantidad inmensa de recursos que se están destinando a la salud. Ninguna persona en República Dominicana debería carecer de los servicios ni medicamentos que requiera en los diferentes niveles de atención.

- 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 con los impuestos generales y los específicos (como la seguridad social) se financie un sistema público, universal, gratuito y de calidad, accesible a todas y todos en servicios, atenciones, tratamientos y medicamentos.

Finalmente, con relación al problema de las pensiones, reiteramos las propuestas que 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 histórica, 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 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, es decir un sistema en salud y pensiones que tenga beneficios definidos suficientes y justos.
- 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, voluntario y optativo, y bajo reglas de juego mucho más equilibradas.

Del Negocio Seguro a la Seguridad Social...

- 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 manteniendo reservas técnicas y privilegiar las inversiones productivas e inclusivas, desde el punto de vista social, medioambiental y económico, como puede ser la construcción de viviendas e infraestructuras, transformación energética, entre otros, 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.

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/Fundación Juan Bosch, Santo Domingo, 2019 (Alessio Adanti, coordinador). Disponible en:

<<https://juanbosch.org/2019/03/12/sistema-de-pensiones-de-la-estafa-del-siglo-a-un-modelo-justo-e-incluyente-2/>>

CECCHINI, SIMONE *et al* (eds.). *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Libros de la CEPAL, N° 136 (LC/G.2644-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2015. Disponible en:

<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38821/S1500279_es.pdf;jsessionid=EC189868A774B72E7DE0C3CB-FEF37E0B?sequence=1>

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://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_531.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://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_531.pdf>

SPICKER, P.; ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, SONIA y 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://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_531.pdf>

- **Documentos y artículos electrónicos**

ALLARD SOTO, RAÚL; HENNIG LEAL, MÔNIA CLARISSA y 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, N° 1, 2016. Disponible en:

<<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142579/el-derecho-a-la-salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

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

GUERRERO, OMAR. “El fin de la Nueva Gerencia Pública”. En: *Estado, Gobierno, Gestión Pública*, Revista Chilena de Administración Pública, N.º 13, junio, 2009. Disponible en:

<<http://www.omarguerrero.org/articulos/elfindelangp.pdf>>

_____. (s/f). “Fases del desarrollo de la administración pública capitalista”. Disponible en:

<<http://www.omarguerrero.org/articulos/FasesDesaAPcapita.pdf>>

- LAPAVITSAS, COSTAS. “El capitalismo financiarizado. Crisis y expropiación financiera”. En *Huellas de Estados Unidos. Estudios, Perspectivas y Debates desde América Latina*, No. 1, mayo 2011, “(Re)pensando los Estados Unidos de América”. Disponible en: <<http://www.huellasdeeu.com/ediciones/edicion1/articulo%205.pdf>>
- LAURELL, ASA CRISTINA. “¿Pueden los seguros garantizar el acceso universal a los servicios de salud?”. *Medicina Social*, editorial, Volumen 5, Número 185-3, septiembre, 2010. Disponible en: <<http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/download/475/935>>
- _____. “Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos”. Febrero, 2012. Disponible en: <https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=403-sistemas-universales-de-salud-retos-y-desafios&category_slug=documentos-noticias-2012&Itemid=599>
- MANCE, EUCLIDES. “Capitalismo de Plataforma y Liberación Económica”. Presentación de Power Point, Medellín, noviembre, 2019. Disponible en: <<https://kavilando.org/images/stories/documentos/2.-Capitalismo-de-Plataforma-e-Libertao-econmica---versin-final.pdf>>
- NAVARRO, V. *Por una alianza entre emancipación y protección social*. Presentación realizada en el curso Bases para un nuevo republicanismo de los cursos de verano de la UCM, 12/07/2019. Disponible en: <<http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2019/08/Por-una-alianza-entre-emancipaci%C3%B3n-y-protecci%C3%B3n-social-vDEF-N0029-26.07.19-Edit.pdf>>
- PÉREZ SOTO, CARLOS. “Urge que la izquierda se congregue en torno a un programa radical”. Entrevista de Victoria Viñals, lunes 15 de febrero 2016. Disponible en: <<http://radio.uchile.cl/2016/02/15/carlos-p%C3%A9rez-soto-urge-que-la-izquierda-se-congregue-en-torno-a-un-programa-radical/>>
- SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (Chile). “Estadísticas Sistema de Pensiones, Estadísticas financieras de las AFP”.

Septiembre, 2019. Disponible en:

<<https://www.sipen.gob.do/index.php/estadisticas/estados-financieros-fondos-de-pensiones>>

TORRES, ÓSCAR. “Las comisiones de las AFPs: una rentabilidad de negocio al 100% a todo evento y cautiva”. Noviembre, 2019. Disponible en:

<<https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2019/11/09/las-comisiones-de-las-afps-una-rentabilidad-de-negocio-al-100-a-todo-evento-y-cautiva/>>

- **Informes, estudios y documentos**

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

BOSCH, MATÍAS Y FERNÁNDEZ, AIRON. “¿Seguros de salud o negocio seguro?”. Ediciones Fundación Juan Bosch, Santo Domingo, 2017. Disponible en:

<<https://juanbosch.org/2017/01/01/seguros-de-salud-o-negocio-seguro/>>

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

<<https://juanbosch.org/2017/12/01/radiografia-del-sistema-de-administradoras-de-fondos-de-pensiones-afp-seguridad-social-o-gran-negocio/>>

BOSCH, MATÍAS; PÉREZ, MARITZA y RODRÍGUEZ, Jaime. “El acceso de inmigrantes y descendientes a la salud y la protección social en la República Dominicana”. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Santo Domingo, 2019. Disponible en:

<<https://dominicanrepublic.unfpa.org/es/publications/el-acceso-de-inmigrantes-y-descendientes-la-salud-y-la-proteccion-social-en-la-republica-dominicana>>

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA (CEPAL). *Panorama Social de América Latina*, 2017. Santiago de Chile, 2018. Disponible en:

<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42716/7/S1800002_es.pdf>

- KREMERMANN, MARCO; DURÁN, GONZALO; GÁLVEZ, RECAREDO; BOSCH, MATÍAS Y BASILE, GONZALO. “Pensiones: ¿seguridad social o gran negocio? Radiografía del sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y propuestas para un nuevo modelo”. Fundación Juan Bosch, Fundación Sol y Médicos del Mundo, Ediciones Fundación Juan Bosch, Santo Domingo, 2016. Disponible en:
<<https://juanbosch.org/2016/10/01/pensiones-seguridad-social-o-gran-negocio/>>
- ORTIZ, ISABEL; DURÁN-VALVERDE, FABIO; DURÁN, STEFAN; WODSAK, VERONIKA Y YU, ZHIMING. “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), Departamento de Protección Social, Extensión de la Seguridad Social ESS-Documento de trabajo No. 63, 2019. Disponible en:
<<https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=5158>>
- 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>>
- UTHOFF, ANDRAS: “Aspectos institucionales de los sistemas de pensiones en América Latina”, CEPAL, Serie Políticas Sociales, Santiago de Chile, 2016, Disponible en:
<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40869/S1601271_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- **Documentos inéditos**

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.

- **Instrumentos legislativos**

Constitución Política de la República Dominicana, 2015.
Ley 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. 50 de la SIPEN, República Dominicana, octubre-diciembre, 2015.

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

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

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

_____. Boletín Estadístico Trimestral No. 66 de la SIPEN, República Dominicana, octubre-diciembre, 2019.

_____. Boletín Estadístico Trimestral No. 67 de la SIPEN, República Dominicana, enero-marzo, 2020.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, “World Population Prospects 2019-Potential Support Ratio (Age 20-64/Age 65+)”.

Disponible en: <

<https://esa.un.org/unpd/wpp/Down-load/Standard/Population/>>

TESORERÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL (TSS). Boletín estadístico mensual presentado por la TSS. Santo Domingo, 6 de marzo, 2020.

Esta segunda edición ampliada 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 septiembre de 2020.

En 2021 el Sistema Dominicano de Seguridad Social, creado con la Ley No. 87-01, cumplirá 20 años. 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, bajo el dominio casi absoluto de las Administradoras de Fondos de Pensión (AFP) de carácter privado o de propiedad pública, que funciona bajo la lógica de ahorro financiero y capitalización individual.

En este modelo se ha ampliado el poder empresarial y se ha ahondado la privatización, el negocio y el lucro, usando en vez de garantizando el derecho fundamental que establece la Constitución dominicana en su Sección II, Artículo 60: "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 nueva edición del libro publicado en 2019, es el resultado de la teoría y la evidencia estadística internacional, así como del análisis de la historia y los datos de República Dominicana.

Con este libro se busca poner en manos de los ciudadanos, sus organizaciones y movimientos sociales, elementos fundamentales para discutir la situación de la seguridad social, las causas estructurales de su disfuncionalidad, así como la necesidad de rescatarla y transformarla como auténtico derecho humano y social, lo cual tiene que ser, sí o sí, un esfuerzo colectivo por la vida, la democracia, la legalidad y la dignidad que merece el pueblo dominicano.

ISBN 978-9945-587-21-0



9 789945 587210

COLECCIÓN
*La verdad en manos
de los buenos*

EDICIONES



Juan Bosch

Fundación Juan Bosch

Bo