

**Banco Interamericano Desarrollo
Oficina del Economista Jefe
Red de Centros de Investigación
Documento de Trabajo R-305**

**LAS IGUALAS MEDICAS FRENTE A SEGURO SOCIAL
(Estudio de la organización industrial
de los servicios de salud en la República Dominicana)**

Isidoro Santana

Investigación realizada por ECOCARIBE, S. A., de Santo Domingo, como parte de la Red de Centros de Investigación Aplicada del Banco Interamericano de Desarrollo

Santo Domingo, República Dominicana,

© 1997

Inter-American Development Bank
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577

The views and interpretations in this document are those of the authors and should not be attributed to the Inter-American Development Bank, or to any individual acting on its behalf.

INDICE

INTRODUCCION	2
Contenido y objetivos	2
Anotaciones sobre la metodología	2
ORGANIZACIÓ N INSTITUCIONAL DE LA PROVISIÓ N DE SERVICIOS DE SALUD	3
EL INSTITUTO DOMINICANO DE SEGUROS SOCIALES	6
Aspectos institucionales	6
Organización industrial de la prestación médica	7
Indicadores de productividad	12
Costos de la provisión de servicios médicos	14
Percepción de los usuarios	19
LAS IGUALAS MEDICAS	20
Organización industrial	20
Cobertura y planes de las igualas	25
Algunos elementos de productividad en la provisión	26
Costos y mecanismos de control	27
Percepción de los usuarios	30
ELEMENTOS DE COMPARACION DE EFICIENCIA Y COSTOS EN LA PROVISION DE ATENCION MEDICA DEL IDSS FRENTE A LAS IGUALAS	30
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	36

INTRODUCCION

Contenido y objetivos

El presente informe contiene los resultados de la investigación llevada a cabo por ECOCARIBE sobre la organización industrial de la prestación de los servicios de salud en la República Dominicana. Los casos cubiertos son los servicios médicos prestados a través de la red de establecimientos del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) frente a las igualas médicas privadas. Ambos son sistemas de provisión de servicios prepagados de salud. Pero mientras el primero se organiza bajo la modalidad de producción estatal, con una gestión centralizada, cotizaciones obligatorias y sin posibilidad de elección del proveedor por parte del usuario, en el segundo se trata de entidades privadas, gestión descentralizada, regidas por contratos privados sin regulación estatal, y financiamiento voluntario por parte del cliente.

Mediante la investigación se trata de determinar cómo los elementos que definen la estructura industrial, tales como propiedad, cantidad y tipo de proveedores; base legal en que se amparan: mecanismos de financiamiento; grado de libertad en la asignación presupuestaria; formas de operación; interrelación que tiene lugar entre los agentes participantes (el que financia, el que produce y el destinatario del servicio); capacidad de monitoreo por parte del cliente, etc., condicionan la asignación de los recursos, cuantía y estructura de costos, productividad y eficiencia operativa, y cómo esto se traduce en términos del resultado final de la provisión del servicio.

En el estudio se trata de evaluar la percepción que tienen los destinatarios del servicio sobre la calidad del mismo. También se intenta, a través de estadísticas limitadas, determinar la magnitud del mercado cubierta por ambos subsistemas y evaluar las motivaciones de los demandantes.

Anotaciones sobre la metodología

En cada régimen estudiado la investigación comienza con una evaluación institucional y descripción del grado de autonomía de los agentes envueltos, modelos y capacidad de gestión. Se asigna atención a examinar los condicionamientos legales, institucionales o económicos que determinan la elección del usuario de uno u otro proveedor de servicios, y el grado de control o capacidad de monitoreo que tiene para influir sobre su desempeño, o para cambiar de proveedor.

A partir de informaciones financieras y estadísticas de prestaciones, en el caso de la atención médica del IDSS se hicieron estimaciones de costos unitarios y se elaboraron indicadores de eficiencia económica y de productividad en la prestación de servicios. Aunque no hubo forma de medir el grado de eficacia en términos del resultado final logrado, se pudo apreciar la percepción que tiene el usuario acerca de la calidad del servicio, por medio de entrevistas a profundidad y de la revisión de la bibliografía relevante sobre la materia.

Respecto a las igualas, el nivel de información estadística existente en el país es muy precario, ya que no existe ningún organismo oficial que las supervise o recopile los datos relativos a ellas. Como parte de este estudio, además de la revisión bibliográfica derivada de estudios recientes, la fuente de información básica provino de entrevistas a profundidad con el presidente de la asociación que las agrupa y con los presidentes de tres empresas particulares. Alguna información adicional se obtuvo de otras dos empresas de igualas.

ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El sistema de prestación de servicios de salud en la República Dominicana está constituido por una amplia gama de instituciones públicas y privadas. El órgano rector de la política sectorial es la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), que también opera como proveedora directa de servicios.

En general, la función rectora de la SESPAS se cumple muy precariamente, debido al excesivo centralismo y a los modestos recursos presupuestarios, que se traducen en una débil capacidad operativa de la institución. De ahí que la SESPAS no haya sido eficaz en dictar políticas, reglamentar y controlar el sistema de salud. Siendo así, los demás agentes que intervienen en la provisión de servicios de salud actúan con gran independencia.

La función de la SESPAS como proveedora de servicios también es muy limitada. Esto, unido al fracaso en la práctica de los mecanismos de seguridad social en el país, como la opción de los trabajadores para acceder a los programas de salud, da lugar a que una porción muy grande de los hogares pobres literalmente se encuentre fuera del sistema público de atención médica.

Muchos no hacen uso regular de los servicios médicos, excepto en situaciones de emergencia, cuando siempre tendrán disponible el acceso a los hospitales de la SESPAS. Aunque este servicio es gratuito, las precariedades con que opera ocasionan notables costos para los pacientes, sobre todo en farmacología y servicios de diagnóstico. Esto explica por qué, de acuerdo con los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de 1991 (ENDESA-91), gran parte de los enfermos crónicos no reciben ningún tratamiento, entre ellos más de la mitad de los afectados por tumores cancerosos, asma o artritis y porcentajes menores de los enfermos de diabetes o tuberculosis.¹

Por otro lado, una porción muy elevada de hogares hace uso regular de los servicios privados. Los datos de la ENDESA-91 muestran que de las personas que asistieron a consultas médicas el 62,7% lo hizo en establecimientos privados.² Esto explica desarrollo en el país de un vasto campo de establecimientos privados de prestación de servicios médicos, que responden a diversas modalidades de organización industrial.

En general, desde el punto de vista del financiamiento y la organización de la producción de atención médica, se dan en el país muy variadas alternativas y cada una cubre segmentos importantes de la población, a saber:

1. Provisión gratuita, producción estatal, gestión centralizada, financiamiento por asignaciones presupuestarias procedentes del sistema impositivo. Este es el servicio prestado a través de la SESPAS, a través de una red de establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria. El personal de servicios es pagado en base a sueldos fijos. Se trata de un subsistema abierto que no requiere afiliación previa.

Aunque la SESPAS está supuesta a proveer servicios de salud a toda la población no cubierta por el seguro social, o a la capa superior de la estratificación social, algunos estudios indican que en la práctica menos de un 40% de los hogares hacen uso regular de sus servicios.³ Naturalmente, como se ocupa de gran parte de la atención preventiva y, además, la provisión de servicios curativos no liga al usuario con el proveedor, la población puede alternar el uso de sus prestaciones con el de otros subsistemas, de modo que se hace imposible tener cifras precisas sobre la proporción de la población cubierta.

2. Atención prepagada, producción estatal, gestión centralizada, financiamiento por cotizaciones obligatorias. Este es el servicio que se provee por medio del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL). Ambos son subsistemas cerrados, dirigidos a segmentos definidos de la población.

¹ Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, "Encuesta Demográfica y de Salud, 1991: "resultados generales cuestionario de hogar ampliado", Santo Domingo, República Dominicana 1993.

² Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud, "Salud, una visión de futuro", Santo Domingo, República Dominicana 1995.

³ Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud, Salud, una visión de futuro, Santo Domingo, República Dominicana 1995.

El IDSS cubre sólo algunos grupos dentro de la clase laboral, por lo que su cobertura es muy limitada, habiendo alcanzado nominalmente en 1994 apenas un 6,6% de la población total del país, básicamente en atención curativa. El ISSFAPOL no tiene tantas restricciones, pues no limita por el rango o nivel de sueldos, y además cubre al núcleo familiar completo. Se estima que tiene una cobertura equivalente al 4% de la población total del país.

3. Atención prepagada, producción privada, gestión descentralizada orientada a conveniencia del proveedor, financiamiento privado voluntario, usualmente por grupos, a veces individual o familiar. Es el caso de las igualas médicas, que coexisten con el sistema público de seguros de salud, mediante las cuales se ofrecen planes de salud generalmente al personal completo de empresas e instituciones. Funcionan sin ningún control o reglamentación oficial. Su clientela ha mostrado un gran dinamismo y se estima que actualmente alcanza un 7,6% de la población, porcentaje mayor que el del IDSS.

4. Atención prepagada, producción privada, gestión descentralizada orientada a conveniencia del consumidor, financiamiento privado voluntario, por grupos. Se trata de los seguros autoadministrados, que son otro mecanismo institucional parecido al de las igualas, excepto que se trata típicamente de asociaciones de consumidores.

5. Atención prepagada, producción privada, gestión descentralizada influida por conveniencia del consumidor, financiamiento privado voluntario, por grupos, individual o familiar (compañías de seguros).

6. Pago directo por servicios, producción privada, gestión descentralizada influida por conveniencia del consumidor, financiamiento privado individual. Este es posiblemente el más difundido de los subsectores; abarca una gran variedad de establecimientos que participan en el mercado ofreciendo servicios de atención médica, a través de clínicas de los más diversos tamaños y categorías, consultorios, centros de estudios diagnósticos, etc., equipados a diferentes niveles tecnológicos y con muy escasa supervisión y control estatales. Su tipología responde a una demanda muy diversificada. En este sector conviven las empresas que ofrecen los servicios de mejor calidad y los más precarios.

7. Atención gratuita, subsidiada o sujeta a cuotas de recuperación, provisión privada, gestión descentralizada, financiamiento combinado (privado, estatal y asistencia internacional). Se trata de una diversidad notable de organizaciones no gubernamentales que brindan atención médica, particularmente en hospitales especializados.

EL INSTITUTO DOMINICANO DE SEGUROS SOCIALES

Aspectos institucionales

El IDSS es el organismo público fundamental de prestación de servicios médicos prepagados. Es una institución de derecho público, administrada por el Estado, aunque dirigida tripartitamente por un Consejo Directivo en el que participan el Gobierno, los patronos y los trabajadores. En la práctica, el Director General es designado por el Poder Ejecutivo, a cuya lógica responde, e históricamente los representantes laborales y patronales en el Consejo han desempeñado un rol irrelevante en la definición de la política y en la gestión.

El IDSS fue creado en 1948 con el objeto de proteger a los obreros y empleados particulares de bajos salarios, en un contexto internacional en que se entendía que a largo plazo este subsistema sería la respuesta adecuada para el logro de la cobertura universal. Al igual que otros sistemas de seguridad social de América Latina, el IDSS nació con grandes limitaciones, pero tras casi medio siglo de operaciones, y pese a todas las transformaciones que ha experimentado la sociedad, ha permanecido inmutable.

Entre las limitaciones legales que han impedido el avance hacia una mayor cobertura se encuentran: a) la exclusión de la familia del afiliado; b) la exclusión del afiliado una vez que supera determinado nivel de salario, con pérdida incluso de los derechos adquiridos para fines previsionales; y c) la exclusión expresa del personal

de la administración pública y de los trabajadores por cuenta propia.

El financiamiento de los programas de salud y previsionales del IDSS se basa en un porcentaje del salario de los afiliados, equivalente a un aporte patronal de un 7%, un aporte del trabajador de 2,5% y, nominalmente, un aporte del Estado de otro 2,5%. Sin embargo, el Estado nunca ha hecho honor a este compromiso, de forma tal que el financiamiento se limita a los aportes patronal y laboral.

No obstante, el IDSS tiene otra fuente de recursos derivada del seguro por accidentes de trabajo, con un aporte que asciende en promedio a un 2.5% de la planilla total, sin límite de sueldos, pagado íntegramente por los patronos del sector privado. Como las indemnizaciones por accidentes son escasas y de montos ínfimos, el 94% de los ingresos por este concepto se usan para subsidiar los demás programas, particularmente el de salud.

No hay una separación formal de los recursos aportados por los contribuyentes del IDSS, de modo que todos van a un fondo común con el que se financian los programas de salud y los previsionales, así como la administración general del sistema. El programa de salud absorbe casi las tres cuartas partes de los recursos.

El seguro de salud cubre todos los riesgos de enfermedad y atención odontológica, así como asistencia de maternidad a la cónyuge del asegurado y atención pediátrica al recién nacido en el primer año. Además, aporta los productos farmacéuticos, tanto en consultas ambulatorias como en hospitalizaciones.

Organización industrial de la prestación médica

En 1994 el IDSS tuvo como promedio unos 473.752 afiliados y móviles, además de la obligación de brindar servicio obstétrico y pediátrico a las esposas e hijos recién nacidos. Para la provisión de servicios médicos cuenta con una red de 200 establecimientos, entre ellos 18 hospitales, 24 policlínicas y 158 consultorios. La gestión de dichos servicios está a cargo de una gerencia de salud, con un gerente designado por el consejo directivo, a solicitud del director general. Este funcionario habitualmente cambia cada vez que cambia el director, y al igual que todo el personal de alto nivel, suele ser designado conforme a criterios políticos.

Nominalmente, el programa de atención médica directa está dividido en cuatro subprogramas:

1. Prestaciones médicas especializadas, que corresponden a en los hospitales;
2. Prestaciones médicas semiespecializadas, a través de las policlínicas más grandes (nueve en total) establecidas en las ciudades de Santo Domingo y Santiago;
3. Prestaciones médicas ambulatorias, a través de las demás policlínicas, establecidas esencialmente en ciudades intermedias;
4. Atención primaria, que es la realizada a través de los consultorios difundidos en el territorio nacional.

En base a estos criterios, el presupuesto total destinado a la provisión de servicios de salud (datos de 1994) se distribuyó como muestra el gráfico 1. Llama la atención, en primera instancia, la alta proporción destinada a las prestaciones especializadas, a la par con la baja asignación a las atenciones primarias y ambulatorias. Pero sobre todo, es notable el alto costo absorbido por la administración superior.

Estos datos son engañosos, sin embargo, pues al carecerse de definiciones precisas sobre el nivel de las prestaciones y de una organización racional de los servicios, gran parte de las prestaciones que se realizan en los hospitales, aun en los más grandes y especializados, corresponden, en sentido estricto, a atención primaria. Como muestra el cuadro 1, gran parte de las consultas de primera vez, aun en casos de medicina general, obstetricia, pediatría, etc., se realizan en los hospitales.

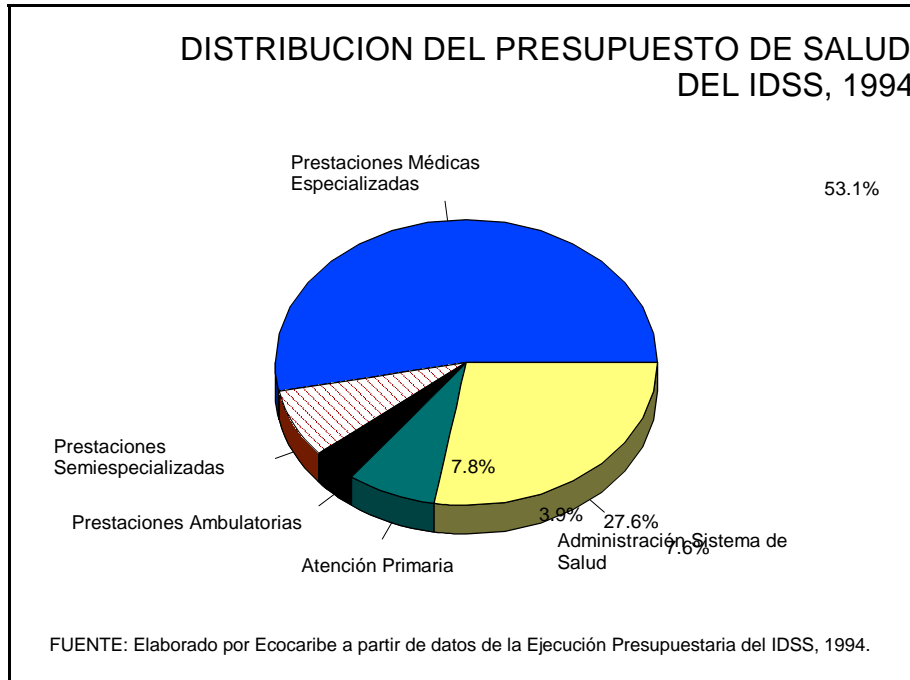
Cuadro No. 1
 Numero de Consultas Externas por Especialidades
 Segun Tipos de Establecimientos de Salud del IDSS
 1994

	Hospitales	Policlinicas	Consultorios	Total
Emergencias	153.538	54.112	59.099	266.749
Consultas Normales	664.900	749.549	719.145	2.133.994
Primeras	122.401	143.169	138.292	403.862
Subsecuentes	542.499	606.380	580.853	1.730.132
Medicina General	243.914	477.380	693.670	1.414.964
Primeras	45.824	91.696	132.458	269.978
Subsecuentes	198.090	385.684	561.212	1.144.986
Cirugía	12.825	1.827	-	14.652
Primeras	2.696	671	-	3.367
Subsecuentes	10.129	1.156	-	11.285
Pediatría	49.791	44.921	3.529	98.241
Primeras	9.816	9.064	713	19.593
Subsecuentes	39.975	35.857	2.816	78.648
Obstetría	57.844	26.558	5.317	89.719
Primeras	11.340	4.071	1.116	16.527
Subsecuentes	46.504	22.487	4.201	73.192
Ginecología	33.393	26.717	11.036	71.146
Primeras	5.703	4.857	2.440	13.000
Subsecuentes	27.690	21.860	8.596	58.146
Ortopedia	24.941	161	-	25.102
Primeras	5.236	8	-	5.244
Subsecuentes	19.705	153	-	19.858
Cardiología	27.779	26.005	-	53.784
Primeras	3.877	4.178	-	8.055
Subsecuentes	23.902	21.827	-	45.729
Odontología	22.825	42.897	-	65.722
Primeras	5.886	9.125	-	15.011
Subsecuentes	16.939	33.772	-	50.711
Otras	191.588	103.083	5.593	300.664
Primeras	32.023	19.499	1.565	53.087
Subsecuentes	159.565	83.584	4.028	247.577
TOTAL GENERAL	818.438	803.661	778.244	2.400.743

FUENTE: Elaborado por Ecaribe, a partir de IDSS, Anuario estadístico, 1994.

El consultorio es la instalación más simple para atención primaria y consiste en un despacho con un médico general, un auxiliar de enfermería, equipo mínimo y un surtido limitado de medicamentos. Las policlinicas ofrecen servicios de consulta externa más complejos que los consultorios, entre ellas algunas especialidades médicas. No ofrecen servicios quirúrgicos ni de internamiento. Cuentan además con farmacias y laboratorios.

Gráfico 1



Los diagnósticos que requieren pruebas más complejas, las cirugías y los internamientos en general se realizan en los hospitales. El IDSS cuenta en la ciudad de Santo Domingo con el hospital más grande y mejor equipado del país (el Dr. Salvador B. Gautier), con servicios de todas las especialidades. Este absorbe el 35% de todo el presupuesto hospitalario del IDSS y constituye el centro de referencia para todos los casos que exijan atenciones muy especializadas, excepto los vinculados con la maternidad, para los cuales hay un hospital especializado.

El presupuesto para construcciones, mantenimiento, equipos y suministros de medicamentos y útiles médicos se ejecuta a través de la Administración Superior del IDSS. Algo similar ocurre con la contratación, asignación, promoción, retiro y política de remuneración del personal médico y paramédico. Como la Administración Superior responde a una lógica de política partidaria, o bien a intereses económicos particulares,⁴ es habitual que se realicen gastos no congruentes con la combinación de factores adecuada a los requerimientos de servicios. Así, se encuentran grandes discrepancias entre la provisión de infraestructura y la cantidad de usuarios; específicamente, se operan hospitales en provincias con menos de 2.000 afiliados, lo cual escapa a toda lógica de eficiencia.

En general, la provisión de los insumos les llega a los establecimientos en forma física desde la administración central, teniendo sus directores muy escasa participación en lo relativo a la asignación de los mismos. Además, a cada establecimiento, particularmente a los que realizan prácticas médicas más complejas e internamientos, se les asigna una suma global de dinero para gastos complementarios. En el caso del hospital principal que es, el Gautier, el monto global asignado representa la cuarta parte de su presupuesto para gastos directos. Esta suma suele usarse para la adquisición de los alimentos que consumen los pacientes, combustibles para generación eléctrica, mantenimientos menores, etc. Pero evidentemente esto ofrece al director del centro cierto grado de libertad para la elección de algunos insumos productivos necesarios para mejorar la eficiencia.

⁴ Es común en la República Dominicana, aunque no es ley escrita, que muchos funcionarios públicos cobren comisiones monetarias por los contratos que firman o las compras de equipos o suministros que realizan.

Para el servicio de salud en sus establecimientos, el IDSS tenía en 1994 el siguiente personal:

Médicos	2.273
Odontólogos	228
Farmacéuticos	118
Laboratoristas	473
Enfermeras graduadas	512
Enfermeras auxiliares	2.068

Fuente: Elaborado a partir del Anuario Estadístico 1994, IDSS.

Estos números muestran un marcado desequilibrio en la provisión de los recursos humanos, reflejado en un exceso de médicos (48 por cada 10.000 afiliados) en relación al personal de apoyo. Pero aún sigue habiendo un excedente de personal auxiliar (10,8 enfermeras graduadas y 55 enfermeras en general por cada 10.000 afiliados). Dicho personal trabaja con sueldos fijos, sin ninguna vinculación con la productividad. El contrato de trabajo es común para todos y sólo se diferencia en el lugar de destino y el tipo de trabajo a realizar, que corresponde a la especialidad. La contratación se hace por concurso, pero una vez realizada, los reglamentos establecen la inamovilidad. Los médicos cuentan con una fuerte organización sindical, lo que se traduce en baja gobernabilidad. Algunos funcionarios del IDSS consideran que el personal médico está fuera de todo control en lo concerniente al cumplimiento de su contrato de trabajo.

Cuando se presentan conflictos laborales que suponen una interrupción de los servicios (huelgas) por largo tiempo, la Administración suele responder contratando nuevo personal, que generalmente pasa a engrosar la plantilla de médicos permanentes. A todo esto se adiciona que cada nuevo director tiende a nombrar alguna cantidad adicional.⁵

Aunque las normas establecen una jornada de trabajo para los médicos de seis horas cinco días a la semana, visto el excedente actual de profesionales, la institución dispuso una jornada de apenas tres horas al día, que es la que prevalece en la actualidad. Aun así, no existen mecanismos eficientes para controlar su cumplimiento.

Indicadores de productividad

Aunque la contratación de los médicos se realiza por concurso, la intervención del partidismo político en lugar de la calificación no está ausente de todo el sistema de promoción y ascenso, lo cual repercute en una pérdida de compromiso y en un bajo rendimiento. Por otro lado, no existen monitoreo y supervisión permanentes (a lo interno), ni un control social de la calidad de la oferta del servicio por parte del usuario.⁶

La baja gobernabilidad y la carencia de mecanismos que generen competitividad individual, repercuten en la baja cantidad y calidad del producto. También es posible que, como la mayoría de los médicos también ejercen la práctica privada, su propio interés los mueva a diferenciar el producto, a fin de disuadir al usuario de asistir a los establecimientos del seguro oficial.

El rendimiento en el año 1994 da un promedio de cuatro consultas al día por médico, incluidas las visitas subsecuentes que suele realizar el paciente y las atenciones de emergencia, pero sin incluir las odontológicas. Si se excluyeran las visitas subsecuentes, que en la práctica médica privada no se consideran consultas (las iguales no las pagan o apenas realizan un pago simbólico por las mismas), el promedio diario por médico sería de apenas 1,1 consulta. En el servicio odontológico la relación registrada en 1994 fue de 1,2 consultas por profesional al día, sin incluir las consultas subsecuentes, que apenas fueron 0,3.

⁵ A pesar de que para 1994 el IDSS tenía un médico por cada 212 habitantes, lo cual constituye una proporción anormalmente elevada, ya para septiembre de 1995 el número de médicos en servicio se había elevado a 2.589, es decir, en un 14% .

⁶ Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud, 1995, 44.

En la práctica médica del IDSS se registra el número inusual de 4,3 visitas adicionales del paciente al médico por cada consulta inicial. A manera de referencia, en los establecimientos de la SESPAS la relación fue en 1994 de 0,8 consultas subsecuentes por cada consulta inicial. En una de las más empresas privadas de iguales médicas más importantes, la cual hace un pago simbólico por las consultas subsecuentes reclamadas equivalente al 10% del valor de las normales, la relación fue de apenas 0,05, obviamente sin incluir las no reclamadas.

Es posible que esta diferencia tan monumental entre distintos sistemas de organización del servicio esté influida por problemas de definición,⁷ pero la cifra es tan marcada que no puede dejar de estar reflejando parte de la verdad. Todo parece indicar que este alto número de visitas que debe hacer el asegurado para tratarse el mismo mal puede obedecer a un caos en el sistema de referimientos, en que los médicos tratan a la mayor brevedad de desprenderse del paciente, pues ni la cantidad ni la calidad del producto que ofrecen influye en su ingreso.

Otro indicador de productividad es el promedio de ocupación de las camas de hospital, que subió de 37,9% en 1990 a 53,4% en 1994, pero que se mantiene anormalmente bajo si se parte del criterio de que una gestión hospitalaria eficiente aconseja un nivel de ocupación de por lo menos 80%. De los 18 establecimientos hospitalarios, nueve registraron promedios de ocupación inferiores al 30% en 1994, incluidos dos en que no alcanzó el 10%.

Cuadro No. 2
INDICADORES DE PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD
DE SERVICIOS MEDICOS DEL IDSS

Año	Consultas médicas (miles)	Consultas odontológ. (miles)	Partos	Egresos hospital.	Porcentaje de camas	Estadía hospitalaria de camas ocupadas	Giro de camas	Indice de sustitución camas
1989	1.503	31	9.624	26.509	40,1	10,9	17,2	12,2
1990	1.496	21	11.573	28.619	37,9	7,3	19,0	12,0
1991	1.500	26	10.569	30.162	37,1	6,4	21,2	10,9
1992	2.082	59	12.022	35.803	45,5	6,5	25,6	7,8
1993	2.361	60	12.409	39.490	42,3	5,7	26,5	8,0
1994	2.335	66	12.292	42.091	53,4	6,8	28,6	7,2

FUENTE: Elaborado por ecocaribe, a partir de IDSS, "Anuario Estadístico", 1994.

El indicador que más llama la atención es la estadía promedio de hospitalización, que en toda la red del IDSS fue de 6,8 días en 1994. Este promedio resulta de un mínimo de 1,6 en el hospital de La Vega y un máximo de 26,5 en el Gautier. En este último la estadía promedio es larga en todos los departamentos, desde 19,7 días en la especialidad de cirugía general, a 38,6 días en la de ortopedia. Esto suele obedecer a diversas razones, una de las cuales es que al Gautier van los casos más graves.

Pero las causas más importantes se relacionan con la organización de la provisión del servicio. Frecuentemente se internan pacientes para fines de diagnóstico, antes de iniciar formalmente el tratamiento. Con extrema frecuencia las cirugías se suspenden, por cualquier conflicto o fallo técnico o administrativo. También

⁷ Las iguales consideran consultas subsecuentes aquellas que se realizan en menos de 30 días para revisar pruebas diagnósticas o para dar seguimiento al tratamiento. El IDSS notifica como subsecuentes las visitas que hace el paciente al mismo médico, a solicitud del mismo, en menos de un año, o bien a otro médico al que ha sido referido.

se presentan situaciones de personas que, tras la autorización médica para el egreso, se quedan en el hospital esperando a que se les otorgue el cheque de subsidio por enfermedad que confiere la ley. Esto ocurre en el centro de salud más costoso de la República Dominicana, que absorbe más de la tercera parte del presupuesto para hospitales del IDSS y el 25% del gasto directo e indirecto en atenciones médicas.

Costos de la provisión de servicios médicos

Como se expuso anteriormente, el IDSS se financia con aportes de los patronos y asegurados, más los excedentes del seguro por accidentes de trabajo. Si se toma la cotización obligatoria en 1994 para los programas de salud y provisión, más la parte del seguro de accidentes de trabajo que se usa para estos fines, el aporte total equivale a un 11,85% de los sueldos. El aporte promedio por afiliado fue de RD\$ 155,55 mensuales en 1994, como se aprecia a continuación.

Cuadro No. 3
Costo por afiliado del programa de salud
Y previsional del idss, 1994

CONCEPTO	CANTIDAD
Afiliados fijos y móviles	473.752
Aportes patronales y laborales (RD\$ millones)	736,90
Excedente del seguro por accidentes de trabajo (RD\$ millones)	147,40
Costo total de los programas de salud y provisión (RD\$ millones)	884,30
Costo por afiliado (RD\$ anual)	1.866,60
Costo por afiliado (RD\$ mensual)	155,55

FUENTE: Elaborado por Ecocaribe a partir de datos de la Ejecución Presupuestaria y del Anuario Estadístico del IDSS, 1994.

El monto de las recaudaciones debería ser mucho más alto. A manera de ejemplo, el salario mínimo legal en 1994 era de RD\$ 1,400,00 mensuales, a lo que correspondería una cotización mínima de RD\$ 165,90. Por tanto, el aporte promedio no debería ser inferior a esta cifra, puesto que la disposición oficial establece otros salarios inferiores al indicado, pero sólo en casos excepcionales. Esto refleja el hecho de que los cotizantes consideran que esto es un impuesto y buscan múltiples mecanismos para evadirlo.

Para determinar el costo del seguro de salud para el trabajador y el patrón y hacer viable la comparación con el que ofrecen las iguales privadas, fue necesario calcular la parte de la cotización que es absorbida por el gasto en el área de salud, separándola del gasto que se realiza en los demás programas.

Cuadro 4
Determinación del costo de los servicios de salud en el presupuesto ejecutado por el IDSS en 1994
(En miles de RD\$)

Concepto de gastos	Total IDSS	Prestaciones medicas			Administración superior y construcciones y mantenimiento del IDSS		Gasto total en salud		
		Administración superior	Prestación directa	Total	Total	Parte correspondiente a salud	Indirecto	Directo	Total
Servicios Personales	464.159	81.917	305.686	387.603	66.232	45.634	127.551	305.686	433.237
Servicios No Personales	61.667	6.508	3.993	10.501	45.656	31.457	37.965	3.993	41.958
Materiales y Suministros	83.469	3.178	31.565	34.743	48.585	133.994	13.351	155.386	168.737
Alimentos	10.266		9.297	9.297	969	668	668	9.297	9.965
Medicinas	38.178		13.589	13.589	24.589	114.589*		128.178	128.178
Útiles Médicos	14.083		4.851	4.851	9.232	9.232		14.083	14.083
Otros	20.942	3.178	3.828	7.006	13.795	9.505	12.683	3.828	16.511
Aportes Corrientes	204.298	510		510	12.167				
Pagos Deuda Corriente	91.071		18.780	18.780	72.291				
Pago a Suplidores	85.347*		18.780	18.780	66.567				
Otros	5.724				5.724				
Maquinaria y Equipos	9.829	1.764	5.617	7.381	2.390	1.647	3.411	5.617	9.028
Construcción y Mant.	8.589				8.589	8.589	1.066	7.523	8.589
Edif. Hospital	1.150				1.150	1.150		1.150	1.150
Gastos Depto. de Const. y Mantenimiento	6.373				6.373	6.373		6.373	6.373
Otros	1.066				1.066	1.066	1.066		1.066
Deuda Bancaria de C. P.	34.000				34.000				
Desembolsos Financieros	3.320				3.320				
TOTAL	960.402	93.877	365.641		293.230	221.321	183.344	478.205	662

* En la compra de productos medicinales y otros materiales y útiles hospitalarios, el IDSS mantiene una relación con los suplidores mediante la cual les paga con rezago. En 1994 se pagaron gastos diferidos por RD\$85,347,000 a los suplidores, pero para los fines de este ejercicio no se computó este monto como parte de los gastos de este año. Sin embargo, para el 1995 se presupuestaron RD\$90,000,000 para pagos a suplidores correspondientes a deudas acumuladas en 1994. Por tanto, se incluyó esta cifra en los gastos de 1994. Se incluyó íntegramente en la partida de medicamentos, aunque puede haber quedado sobrevaluada esta partida, puesto que una parte de los pagos puede corresponder a suplidores de alimentos, útiles médicos u otros suministros. Pero esto no afecta el monto total.

FUENTE: Elaborado por ECOCARIBE, en base a datos de la Ejecución Presupuestaria, 1994, IDSS.

Los resultados se presentan en el cuadro 4, según el cual el gasto total en la provisión de servicios médicos ascendió a RD\$ 661,5 millones en 1994. Esto da un costo por persona asegurada de RD\$ 116,35 al mes. Como se verá más adelante, este costo es superior al promedio prevaleciente en los sistemas privados de servicios médicos prepagados en 1994.

Habría que pensar en las razones reales que provocan que un servicio de salud que muchos pagan por obligación pero que no usan tenga un costo per cápita superior al de otro que los afiliados sí usan intensivamente.⁸ Una razón es la cobertura, pues el seguro de salud oficial cubre todos los riesgos y no limita su uso, mientras que los privados tienen un paquete que excluye enfermedades graves y crónicas. Igualmente, el IDSS cubre atención de maternidad y pediátrica para la esposa e hijos de sus afiliados, y otorga medicamentos en consultas ambulatorias, cosas que no cubren los seguros privados.

No cabe duda, sin embargo, de que los problemas de baja productividad de los factores directos de producción constituyen un factor determinante de los elevados costos. Además, el Instituto tiene costos indirectos sumamente altos, derivados de la administración general del sistema de salud. Por cada peso de gasto directo en prestación médica se gastaron 38 centavos de gastos indirectos en 1994.

⁸ No se tienen datos actualizados sobre el grado de utilización de los servicios médicos del IDSS por parte de los afiliados, pero los resultados de una encuesta realizada en 1987 indicaron que de los afiliados cotizantes al IDSS que asistieron a consultas médicas sólo el 46,5% lo hizo en las instalaciones del IDSS, el 11% fue a establecimientos de la SESPAS y el 39% fue al sector privado. De los que fueron internados, sólo el 42% lo estuvo en los hospitales del IDSS, el 16% en los de la SESPAS y el 34% en clínicas privadas. (Ver Duarte, I., Gómez, C., La Forgia, G. y Molina, M., "Los Servicios de Salud por Sectores en el Distrito Nacional", IEPD, 1988). Llama la atención el alto porcentaje de las personas que, haciendo la cotización obligatoria al Instituto, hacen uso de los establecimientos privados, que se pagan separadamente. Esto es congruente con datos recientes obtenidos para este estudio, según los cuales la relación entre el número de consultas (excepto las subsecuentes y las emergencias) y el número de afiliados del IDSS en 1994 fue de 0,8, mientras que en dos empresas privadas de igualas para las cuales se tuvo información ésta fue de 2,2.

El IDSS tiene en total 13.023 empleados, lo que contrasta con los servicios privados, en que la parte administrativa se cubre con pocos funcionarios. En un estudio publicado en 1991 se encontró que la República Dominicana tenía la más alta densidad de empleados por cada 1.000 afiliados de todos los sistemas de seguridad social de América Latina.⁹ Dicho número era de 20,5 (el promedio regional era de 8,3) en vez de haber mejorado posteriormente, lo que ha hecho es empeorar, hasta alcanzar los 27,5 en 1994.

Otra razón es que una parte de los gastos se absorbe en atenciones médicas a no asegurados, que llegan al Instituto a través de relaciones políticas o personales. Esto ocurre esencialmente en los casos de prestaciones médicas muy costosas, por los que el IDSS cobra modestas cuotas de recuperación.

Para fines de tener informaciones sobre costos que viabilizaran cierto grado de comparación entre los dos tipos de organización industrial de que trata esta investigación, se hizo un esfuerzo, a través de las limitadas estadísticas disponibles, por determinar el costo unitario de las principales prestaciones.

Se adoptó la metodología usada anteriormente en el país en estudios de este tipo, que traduce todos los servicios médicos en términos de números de consultas y días-paciente de hospitalización, bajo el entendido de que los productos intermedios que se tienen en el proceso y las acciones realizadas por las instituciones se dirigen a la producción de esos dos resultados.¹⁰ Esto implica que el costo de la consulta o del día-paciente calculado por esta vía, incluye los gastos en los medios de diagnóstico usados y en los tratamientos.

La metodología adopta como parámetro que un día-paciente equivale, en términos de valor, a cuatro consultas ambulatorias. A fin de hacer comparables los datos con los derivados de la práctica privada, donde las visitas subsecuentes no se computan como consultas y por tanto no se pagan o se pagan simbólicamente, el cálculo se hizo tomando sólo las primeras consultas primeras y las emergencias. De todas maneras, para que sirva como referencia, también se hizo el cálculo incluyendo las consultas subsecuentes. A falta de datos desagregados sobre gastos, se incluyen también las consultas odontológicas, que constituyen el 2,2% del total. Los resultados se muestran en el Cuadro 5. En 1994, una consulta en los establecimientos del IDSS costó en promedio RD\$ 363,78 y cada egreso hospitalario RD\$ 9.292,84. Estos costos superan en mucho los costos normales del sector privado, aún en la práctica bajo la modalidad de pagos directos por servicios.

⁹ Carmelo Mesa-Lago, La seguridad social en América Latina, en Informe de Progreso económico y social en América Latina, BID, 1991.

¹⁰ Díaz Santana, A., “Sistema de Financiamiento del Sector Salud”, PNUD, 1993.

Cuadro No. 5
DETERMINACION DEL COSTO POR CONSULTA Y HOSPITALIZACION
EN LOS SERVICIOS MEDIOS DEL IDSS, 1994

	Total	Consultorios	Policlínicas	Hospitales
Costo directo	478.205,00	50.198,00	77.279,00	350.728,00
Costo indirecto	183.344,00	19.246,00	29.629,00	134.469,00
Costo total	66.549,00	69.444,00	106.908,00	485.197,00
Consulta primera y emergencia	670.611,00	197.379,00	197.293,00	275.939,00
Consultas subsecuentes	1.730.132,00	581.265,00	606.368,00	542.499,00
Días de hospitalización	286.969,00	-	-	286.969,00
Casos de hospitalización	42.091,00	-	-	42.091,00
Total de consultas + hospitalización	1.818.537,00	197.379,00	197.293,00	1.423.865,00
Costo/consulta	363,78	351,83	541,87	340,76
Costo/egreso	9.292,84	-	-	9.292,84
Costo/día de hospitalización	1.363,04	-	-	1.363,04
Incluidas las consultas subsecuentes				
Total de consultas	2.400.743,00	778.644,00	803.661,00	818.438,00
Total de consultas+hospitalización	3.548.619,00	778.644,00	803.661,00	1.966.314,00
Costo/consulta	186,42	89,19	133,03	246,75
Costo/egreso	6.729,41	-	-	6.729,41
Costo/día de hospitalización	987,00	-	-	987,00

FUENTE: Elaborado por Ecocaribe a partir de datos de la Ejecución Presupuestaria, Presupuesto y del Anuario Estadístico del IDSS, 1994.

Este es el resultado de una organización industrial de producción del servicio médico en la cual el demandante no tiene derecho a elección, no tiene ninguna capacidad de monitoreo y control sobre el comportamiento de los agentes que participan en la producción, la remuneración de los factores no tiene vínculo con la cantidad ni la calidad de su producto, y todo esto se refleja en baja productividad, subutilización de la infraestructura física y humana, deficiencias administrativas y, en general, mucha corrupción.

Percepción de los usuarios

Normalmente, los trabajadores manifiestan su inconformidad con la calidad del producto ofrecido por el IDSS, presionando en las negociaciones colectivas de condiciones de trabajo para que se les contrate un seguro de salud privado. Esto da lugar al fenómeno muy difundido de la doble afiliación y doble cotización, lo cual supone un sobre costo para la empresa, en detrimento de la competitividad de la economía.

Para la realización de esta investigación, además de la revisión bibliográfica se tuvieron entrevistas con los gerentes de personal de tres grandes empresas industriales del país. Los mismos son depositarios de las quejas de sus trabajadores sobre las prestaciones médicas y tienen la responsabilidad de ejecutar acciones dirigidas a mejorarlas. Todas estas empresas tienen contratos con seguros privados de salud, a pesar de cotizar al IDSS. Las razones por las cuales prefieren el servicio privado son varias. Una es el tiempo que se gasta en los establecimientos del IDSS para llegar al médico, debido al exceso de burocracia. Tan sólo la localización del expediente médico del paciente se puede tomar una mañana, y el despacho de los medicamentos indicados en la farmacia representa otra jornada de trabajo que se pierde. Muchas veces no están disponibles los

medicamentos indicados, lo cual motiva la necesidad de múltiples visitas adicionales. Otra queja común se deriva de las largas filas para ver a médico y, si el paciente es referido, de la tardanza en la asignación de la cita. El paciente no elige el médico de su preferencia, y es común que para un mismo tratamiento enfrente sucesivos cambios de facultativo, por cambios de turno, ausentismo laboral, paros frecuentes, licencias, viajes, etc. También existen quejas sobre la falta de adecuación a la conveniencia de los usuarios de los horarios de atención, sobre todo de los especialistas. Los problemas que implican pérdidas de tiempo para el trabajador también afectan bastante a la empresa, traduciéndose en una reducción de la productividad del trabajo.

LAS IGUALAS MEDICAS¹¹

Organización industrial

Las igualas médicas son entidades privadas mediante las cuales se ofrecen planes de salud prepagados al personal de empresas e instituciones, aunque muchas igualas tienen ya planes familiares. Se trata de un tipo de organización que ha mostrado una mayor eficiencia en la cobertura prepagada de la salud que el sistema público de seguros de salud.

En general, las empresas de igualas son intermediarias del servicio. Compran y venden asistencia médica a cambio de una cuota fija mensual per cápita (capitación), cuyo costo normalmente se comparte entre el empleado y el patrón.¹²

Tipos de igualas

En tanto no están sujetas a ninguna reglamentación oficial, la organización y modalidades operativas de las igualas responden a muy variadas formas. Algunas ni siquiera existen como entidades jurídicas, sino que funcionan como departamentos (a veces llamados "planes sociales" o "planes de salud") de algunas clínicas. De las que están formalmente organizadas, mediante este estudio se pueden distinguir al menos tres tipos de igualas, a saber:

Tipo I. Modelo de organización con afiliación a un establecimiento, muy parecido al de tipo HMO (Health Maintenance Organización), en que la mayoría de los médicos que atienden a los asegurados son asalariados de la organización.

En este modelo, que no está muy difundido, por lo general los servicios se proveen en un local único, propiedad de la misma persona o compañía propietaria de la iguala. Para todos los propósitos prácticos, el hospital y la iguala son la misma entidad. En el papel, la iguala paga una tarifa fija al hospital en una base de capitación y no mantiene nexo directo con los médicos participantes. En lugar de ello, el hospital hace arreglos contractuales con los médicos, modo que el hospital paga a los médicos, y no la iguala.

¹¹ Para esta parte del estudio, los investigadores realizaron entrevistas a profundidad al Presidente de la Asociación de Empresas de Igualas Médicas y a los presidentes de tres igualas en particular, dos de Santo Domingo y una de Santiago. Se obtuvo alguna información adicional de otras dos igualas de Santo Domingo. Por esta vía se recolectó abundante información sobre su organización, planes de servicios, cobertura, tarifas, algunos datos de costos, etc. No todos los datos solicitados se obtuvieron de todas. Los ejecutivos fueron particularmente parcos en revelar interioridades sobre aspectos financieros y volumen de prestaciones. Para ver la percepción de los clientes, se entrevistó a los gerentes de personal de las tres empresas industriales a los que ya se hizo referencia. Por otro lado, se revisó el material bibliográfico disponible sobre el tema. Una descripción muy amplia sobre la organización del sector se encuentra en La Forgia, G, "Health Services for Low-Income Families: Extending Coverage through Prepayment Plans in the Dominican Republic", HFS Technical Report No. 2, Health Financing and Sustainability Project, Bethesda, Maryland, USA, 1990.

¹² Díaz Santana, Arismendi, "Articulación de los Seguros Médicos Privados en el Desarrollo de la Seguridad Social en la República Dominicana", 1990.

La mayoría de los médicos generales son asalariados. Estos son los que refieren a los pacientes, actuando como filtro para evitar el uso intensivo de los especialistas y de los servicios hospitalarios más costosos. Los referimientos a estos servicios necesitan autorización por parte del director médico de los servicios.

Se contrata a los médicos especialistas en una base de tarifa por servicio, pero en las instalaciones se les suministran o alquilan sus espacios de trabajo. Los especialistas se pagan de conformidad con un plan de tarifas fijas y puede haber varios tipos de contratos. Dependiendo del contrato, el hospital retiene del 10 al 30% de la tarifa del médico para el mantenimiento del hospital y para reserva de capital. (La reducción porcentual depende de si el médico alquila espacio de oficina o si lo recibe gratuitamente).

Tipo II. Un modelo en que prevalece la práctica individual de dos niveles, con afiliación única a un hospital, basado en el pago por servicios.

Este parece ser el modelo de igualas más difundido. En este caso las instituciones están menos centralizadas que en el modelo anterior. A pesar de que la mayoría de los médicos trabajan desde el local principal de la iguala, se les paga una tarifa por servicio. En tanto no son empleados de la iguala ni del hospital, también pueden ver a pacientes no afiliados. Estos deben, sin embargo, acudir para obtener servicios al local principal o en a otras clínicas con las que se han celebrado contratos de servicios para manejar el exceso de pacientes internos o para reducir el exceso de pacientes en el local principal. Los referimientos entre los médicos tienen una base informal. Generalmente los médicos son accionistas de la iguala, pero aun sin serlo, muchos se interesan por afiliarse en base al pago por servicios, con tal de ampliar su clientela.

A diferencia del modelo anterior, estas igualas (como firmas) no son propietarias de un hospital y los médicos no perciben salarios. Algunos de los accionistas principales son los fundadores de las igualas y al mismo tiempo suelen ser los dueños del hospital. A pesar de que en organización el hospital está separado de la iguala, los accionistas (médicos) ejercen una influencia considerable sobre las políticas y la administración del hospital. De hecho, la junta de directores de la iguala y la del hospital están compuestas en su mayoría por los mismos miembros.

El establecimiento principal, usualmente una clínica mediana con un área ambulatoria grande, es el local principal para el suministro de los servicios ambulatorios, de internamiento y de diagnóstico para los afiliados de la iguala.

A los médicos participantes se les reembolsa de conformidad con un plan de descuento de tarifa por servicio. Los beneficios, que suelen ser modestos, se distribuyen entre los accionistas en una base anual según el número de acciones que poseen los accionistas individuales. Pero los médicos están primordialmente interesados en el volumen de clientes que ofrece la iguala.

Tipo III. Un modelo de práctica individual sin afiliación a hospital alguno, basado en el pago por servicios.

En este caso las igualas son firmas completamente independientes de los establecimientos médicos, aunque sus propietarios y gerentes suelen ser médicos. Sin embargo, los mismos no ejercen atendiendo directamente a sus afiliados, sino que negocian contratos con una red de servicios y médicos independientes, en diferentes instalaciones, habitualmente en diversos lugares del país.

La iguala negocia contratos con cada establecimiento, especificando cargos, límites de servicios, reglas de preadmisión, requerimientos de notificación, etc. Dependiendo de la categoría de un establecimiento facilidad en términos de calidad, prestigio, ubicación y tarifas completas, se establecen las tarifas con descuento. Consecuentemente, existe una considerable variedad de tarifas entre los hospitales afiliados, aunque el tratamiento a los pacientes sea el mismo.

Los médicos participantes trabajan en sus propias oficinas. Tras un procedimiento informal de selección, se ponen en la lista de proveedores que tiene la iguala. Se entiende que ellos aceptan las políticas y las reglas de la iguala y una tarifa con descuento como pago total de sus servicios. La contratación es en base al sistema de pago por servicios. También los médicos suelen recibir tarifas muy diferentes.

Aspectos generales

Desde sus inicios a finales de la década de 1960, las igualas han tenido una alta tasa de crecimiento en lo que se refiere a la cantidad de firmas y a su proporción en el mercado. La asociación que las agrupa cuenta con 19 miembros, aunque para los fines de este estudio se hizo el inventario de 24 empresas de igualas. Es probable, sin embargo, que algunas otras clínicas tengan planes de seguro médico, por lo cual no se tiene un número preciso de igualas.

En virtud de que primero existían las clínicas, las igualas muchas veces surgieron con el propósito principal de canalizar un volumen relativamente alto de pacientes al establecimiento y a un número limitado de médicos a ejercer en sus instalaciones. Por vía de consecuencia, el alcance de los servicios cubiertos por la iguala queda limitado por la capacidad de servicios de estos proveedores, lo que puede implicar la exclusión de algunas especialidades.

Sin embargo, en la medida en que ha venido creciendo el sector, la competencia ha obligado a mantener un paquete relativamente amplio de servicios. En muchos casos, cuando la cantidad de afiliados creció mucho, la iguala se vió precisada a realizar arreglos con otros proveedores a fin de ampliar su capacidad de respuesta, sobre todo en servicios de hospitalización.

Muchos médicos que ejercen la práctica independiente aceptan a pacientes de más de una compañía de igualas y compañías de seguros. Otros no aceptan pagos de seguro de ninguna clase, pero comúnmente los médicos se afilian para asegurar un volumen grande de clientes. Esto hace que la iguala pueda operar con bajos costos administrativos, un número reducido de funcionarios y empleados y márgenes de beneficios modestos, pues lo importante es garantizar ingresos suficientes a los dueños del hospital y a los médicos. Tres empresas consultadas, con 158.000 afiliados en conjunto, tienen un personal operativo de 108 personas. De esta forma, las igualas ofrecen una cobertura más extensa a cambio de una prima más baja que las compañías de seguros.

Al igual que los seguros de salud tradicionales, las igualas basan sus tarifas en la probabilidad estadística de que ocurra una reclamación y toman en cuenta los costos de las prestaciones previstas, los costos administrativos y el margen de beneficios. Por otro lado, los inscritos suelen incurrir en menos desembolsos para los cuidados médicos dentro de límites predeterminados de utilización; y cuando se trata de servicios más sofisticados, es común la necesidad del copago, pues al igual que los seguros tradicionales de indemnización, las igualas mantienen topes de pago para varios servicios, sobrepasado el cual se requiere que el paciente pague los excedentes.

Muchas empresas de igualas ofrecen dos o tres planes de salud diferente para alcanzar la cobertura deseada o en función del nivel de salario de los empleados afiliados. Pero las variaciones en la cobertura no suelen afectar a la atención médica en sí, sino los montos cubiertos por hospitalización y atenciones complejas, a partir de los cuales se requiere un copago. Por eso es posible que una empresa cliente tenga planes diferentes contratados para funcionarios de diferentes niveles, lo cual hace que los empleados sujetos a planes más económicos se vean precisados a hacer uso de salas de internamiento de menor costo u hospitales de menor categoría para evitar el copago.

Cobertura y planes de las igualas

Todas las igualas, independientemente del tipo de organización, cubren una gama completa de servicios ambulatorios y de internamiento, pero usualmente excluyen a las personas de más de 65 años. También excluyen los tratamientos para alcohólicos, drogadictos y enfermos de cáncer, SIDA y problemas mentales. En casi todos

los contratos se cubre no sólo al afiliado, sino al núcleo familiar completo, pero sobre una base de pago por capitación.

No se tienen datos precisos sobre la cantidad de afiliados cubiertos por el sistema de igualas. Para los fines de este estudio se estimó que para 1994 la cobertura era de 550.000 personas (un 7,6% de la población total del país), número que se elevaría a 600.000 en 1995, sin incluir el subsector de seguros autoadministrados. Como puede verse, el subsector de igualas ha tenido un alto ritmo de expansión y ha llegado a superar la cobertura del IDSS.

Dependiendo de los acuerdos colectivos entre una firma y sus trabajadores, los patronos cubren entre el 50% y el 100% de la prima mensual de los empleados y sus dependientes. El remanente se deduce del salario del empleado. Aparentemente lo más común entre las empresas grandes es que los patronos cubran el 75% del costo, aunque muchas instituciones y algunas empresas cubren la totalidad. Sin esta importante contribución del patrono, pocos empleados de bajos salarios podrían costear las primas mensuales para sus familias.

El mercado de servicios de salud prepagados a través de las igualas no parece ser muy competitivo, pues las firmas hacen los arreglos directamente con los gerentes de personal de las empresas clientes, sin que medie normalmente la participación de los usuarios. Estos tienen muy poca información previa sobre la calidad de los servicios o sobre el copago a realizar, excepto cuando se presenta la necesidad de usarlos.

Algunas igualas no limitan el número de consultas ambulatorias, pero la mayoría establecen un máximo de 12 o 15 al año. Los servicios de emergencia se cubren en su totalidad en cualquier establecimiento. Salvo contratos especiales, los medicamentos indicados a los pacientes ambulatorios no están cubiertos. Las diferencias principales entre las igualas y/o entre sus planes, se encuentran en la cobertura de los servicios de diagnóstico y en los costos cubiertos por internamiento. Generalmente los diagnósticos especiales (por sonografías, tomografías, etc.) requieren un copago que suele llegar a 50%.

La atención preventiva se ofrece solamente en algunos casos y usualmente a través de especialistas. Las visitas de rutina para embarazadas y para bebés sanos, vacunas y exámenes físicos están cubiertas, pero en pediatría muchas igualas ponen un límite a las consultas regulares por enfermedad. Los pacientes también deben pagar las vacunas.

Por lo general, los internamientos no están restringidos, pero algunas igualas establecen un número máximo de días de internamiento y, en muchos casos, un monto máximo anual de costos a cubrir por internamiento, así como por la utilización de estudios diagnósticos. Para el acceso a algunas cirugías muy costosas que no son de emergencia, muchas igualas establecen un período de espera a partir de la afiliación.

Algunos elementos de productividad en la provisión

No se tienen datos cuantitativos que permitan determinar la productividad de los servicios médicos bajo la modalidad de igualas. Sin embargo, los datos limitados disponibles sobre costos, que se analizan más adelante, parecen indicar un nivel de productividad muy superior al de las prestaciones en los establecimientos del IDSS.

En virtud de que lo más común es que los médicos reciban su ingreso en base al sistema de tarifas por servicios, tienen un interés particular en elevar el rendimiento, por lo menos en cantidad. Esto indica que presumiblemente el rendimiento es el adecuado, en términos del número de consultas por jornada de trabajo. Su interés por la calidad no es tan obvio, excepto por razones de prestigio personal, y por el monitoreo a que es sometido por parte del paciente, que tiene alguna libertad en la elección del médico.

Ahora bien, como el médico recibe un pago menor, y además con rezago, respecto al recibido de sus clientes libres, es común que discrimine a los pacientes de las igualas, instruyendo a la secretaria para que haga pasar primero al despacho a sus pacientes privados. No hay pruebas, sin embargo, de que esto pudiera manifestarse en una atención de menor calidad.

No obstante, en igualas del tipo I descrito anteriormente, es decir, en que la mayoría de los médicos que atienden a los afiliados son asalariados de la organización, es conocido el caso de un establecimiento (la Clínica Alcántara y González) en que frecuentemente se han presentado escándalos por la muerte de pacientes o el agravamiento de sus cuadros clínicos, atribuidos a descuidos del personal médico.

En general, la atención médica en la República Dominicana, tanto a nivel público como privado, se presta sin mecanismos de control de calidad y seguridad. Esto refleja la debilidad institucional de la SESPAS. Dada la ausencia de estándares comunes de tratamiento, y de revisiones que permitan evaluar la calidad de los diagnósticos y de los tratamientos, es difícil medir la calidad del servicio.¹³

Los directores médicos de algunas igualas señalan que las operaciones innecesarias y las hospitalizaciones, al igual que las permanencias injustificadas en los hospitales, son problemas comunes y costosos. Un factor limitante de la calidad del seguro se refiere a la incapacidad de la mayoría de los hospitales para mantener una dotación adecuada de instalaciones y equipos en buen estado. Las tarifas establecidas en los niveles mínimos muchas veces apenas permiten al hospital cubrir los gastos de operación.

Costos y mecanismos de control

Los mecanismos de evaluación y control de riesgos son rudimentarios en las empresas de igualas, aunque los reducen distribuyendo el riesgo entre un número grande de afiliados, excluyendo a los mayores de 65 años y poniendo topes a la utilización.

Algunas igualas entrevistadas manifestaron que preferían no negociar contratos con empresas de alta densidad de trabajo obrero, cuyo perfil de morbilidad eleva los costos, o con empresas muy grandes, que tienen una alta capacidad de discusión de las tarifas y cobertura de servicios.

La variabilidad de las tarifas se relaciona más con la variabilidad de los honorarios y montos de pago estipulados en los planes que con diferencias en los beneficios. Comúnmente, las igualas de menor costo son las que limitan la atención a establecimientos de menor categoría, o las que ofrecen atención en clínicas de buena categoría pero menos libertad en la elección de establecimientos.

En vista de que no hay ninguna supervisión estatal de las actividades de las igualas, tampoco hay estadísticas que permitan realizar un análisis cuantitativo minucioso de los costos de sus prestaciones, distinguiendo entre las diferentes modalidades de organización que existen.

A partir de los datos sobre las tarifas cobradas a los afiliados, que fueron recolectados para este estudio, se puede inferir que las igualas del tipo I descritas, en que la contratación de establecimientos se hace en base a la capitación y la mayor parte de los médicos de atención primaria son asalariados y son los que refieren a los pacientes a los servicios más costosos, operan con los costos más bajos. Sus tarifas son las más bajas, a pesar de que hay una gran dispersión. También hay pruebas de que el servicio es de inferior calidad.

Las igualas del tipo II, en que la contratación de los médicos y establecimientos se hace sobre la base de pagos por servicios, pero con afiliación única a un hospital, y en que no hay un sistema formal de referencia, los costos parecen ser algo mayores que en el caso del tipo I, pues las tarifas suelen ser moderadamente más elevadas. En todo caso, los médicos (accionistas) mantienen cierto interés en el control de los costos, que se suma al esfuerzo dirigido a tal fin de la administración de la firma. Sin embargo, el interés personal del facultativo por la productividad y la calidad, y la mayor libertad de elección por parte del usuario, determinan un servicio más eficiente.

En las firmas del tipo III con pagos por servicios, en que hay una separación total entre la firma de iguala y los prestadores del servicio, los costos son sustancialmente más elevados. Este tipo de iguala suele tener costos

¹³ La Forgia, G., 1990, p. 23

más altos, pues requiere personal adicional para el control de los costos y de la utilización, ya que no hay interés individual por parte del facultativo ni del establecimiento en controlarlos. No obstante, los clientes tienen mayor libertad en la elección del médico y del hospital que le prestará atención. Por eso las tarifas suelen ser bastante más elevadas. Además, a veces establecen un porcentaje de copago aun por consultas ambulatorias, para desalentar el uso excesivo por parte del paciente. En todos los casos, los controles de utilización, el copago y los topes de gastos por estudios diagnósticos e internamientos son los mecanismos de control de costos más habituales. Para cinco iguales (de todos los tipos, pues los datos no permiten estudiarlas separadamente), la tarifa promedio fue de RD\$ 110 mensuales en 1994 y RD\$ 144 en 1995, lo cual resulta más económico que el costo promedio por afiliado del IDSS, aunque es evidente que la cobertura es inferior (pero el grado de utilización es mayor).

Un indicador de costos más eficiente se obtiene al calcular el costo medio por consulta y por egreso hospitalario. Tratando de adoptar una metodología de cálculo que permitiera asimilar los datos a los usados en los cálculos realizados para el IDSS, se hizo la estimación para dos empresas de iguales que suministraron la información del año 1994. El resultado arrojó un costo medio por consulta médica de RD\$ 151,80 en tratamiento ambulatorio, y un costo por egreso hospitalario de RD\$ 2.833,98. Estos costos son mucho menores que los registrados en los hospitales del IDSS. Se recuerda que según esta metodología se incluyen en el costo medio no sólo los honorarios médicos, sino también los gastos indirectos y los costos de los productos intermedios.

No obstante, cabe admitir que los casos de consulta y hospitalización atendidos por las iguales son menos complejos que los que llegan a los establecimientos del IDSS, debido a los riesgos de selección adversa que se explican más adelante.

Percepción de los usuarios

No hay mayores quejas de los usuarios sobre la calidad de los servicios de las iguales, a la que consideran superior a la del IDSS. Por eso en las negociaciones sindicales los trabajadores piden la afiliación a dichos servicios de salud. A su vez, los trabajadores que tienen la doble afiliación hacen uso del servicio prestado en los establecimientos del IDSS sólo en los casos no cubiertos por las iguales o cuando se requieren tratamientos que exigen grandes gastos en medicamentos.

Aunque para la atención médica prefieren el servicio privado, los usuarios de las iguales suelen quejarse con frecuencia de que son discriminados en el antedespacho del médico, frente a los clientes que no son de las iguales. En algunos casos se han registrado quejas de que el médico exige un copago, sin que esté establecido en el contrato.

Respecto a los límites de gastos establecidos para internamientos no hay quejas significativas, porque los afiliados a los planes más económicos saben que no deben utilizar los establecimientos de mayor categoría ni las habitaciones más caras, a fin de evitar sobrepasar los topes.

ELEMENTOS DE COMPARACION DE EFICIENCIA Y COSTOS EN LA PROVISION DE ATENCION MEDICA DEL IDSS FRENTE A LAS IGUALAS

El cuadro siguiente recoge una serie de indicadores que pueden ser útiles para comparar la eficiencia y los costos de ambas formas de organización industrial para la provisión de servicios de salud. En el caso de las iguales, se trata de promedios que esconden la gran dispersión que se da entre los distintos tipos de modalidades de organización. Los datos recolectados no permiten, sin embargo, hacer el estudio separando los tres modelos de iguales descritos.

Se aprecia, en primer término, el excesivo personal administrativo usado por el IDSS en relación con las iguales, aunque los indicadores no son del todo comparables, pues en el caso de las iguales no incluye al personal administrativo de los proveedores directos.

CUADRO No. 6
INDICADORES DE EFICIENCIA Y DE COSTOS EN LA PRESTACION MEDICA DEL
IDSS FRENTE A LAS IGUALAS, 1994

INDICADORES DE EFICIENCIA	IDSS	IGUALAS
1. Personal administrativo/1.000 afiliados	15,24	0,68 ^(a)
2. Consultas/1.000 afiliados ^(b)	837	2.248
3. Cirugías/10 mil afiliados	54,5	156,8
4. Consultas/médico al día	1,2	N.A. ^(c)
5. Ocupación hospitalaria (%)	53,4	N.A.
6. Estadía media hospitalaria	6,8	2,9 ^(a)
INDICADORES DE COSTOS (EN RD\$)	IDSS	IGUALAS
1. Costo mensual por afiliado	116,35	110,00 ^(d)
2. Costo por consulta ^(e)	363,78	151,80
3. Costo por día-paciente hospitalario ^(e)	1.363,04	952,77
4. Costo por egreso hospitalario ^(e)	9.292,84	2.833,98
5. Costo por consulta ^(f)	186,42	-
6. Costo por día-paciente hospitalario ^(f)	887,00	-
7. Costo por egreso hospitalario ^(f)	6.729,41	-

^(c) N.A. No se aplica, porque ni el médico ni el hospital trabaja sólo para la iguala.

^(b) No incluye las visitas subsecuentes, ni las emergencias.

^(a) Promedio de tres igualas;

^(d) Promedio de cinco igualas. Todos los demás datos de esta columna se refieren al promedio de dos igualas.

^(e) Cálculos hechos sin computar como consultas las visitas subsecuentes.

^(f) Se incluyen como consultas las visitas subsecuentes.

Fuente: Elaborado por ECOCARIBE, S. A., en base a datos del IDSS y a entrevistas con las igualas.

Otro indicador es el número de consultas por cada 1.000 afiliados, que es muy bajo en el IDSS comparado con las igualas. Esto es reflejo de la escasa utilización que hacen los asegurados del seguro oficial debido a la percepción de una atención deficiente.

El número de cirugías (incluidas las cesáreas) por cada 10.000 afiliados es también notoriamente bajo en el IDSS respecto a las igualas. Esto puede estar indicando una poca utilización por parte de los clientes del seguro social y una sobreutilización en las igualas (demanda inducida por el médico), producto de la asimetría de información que prevalece en la relación médico-paciente.

La productividad en términos de consultas diarias por facultativo y ocupación hospitalaria son marcadamente bajas en los establecimientos del Instituto, aunque el dato podría estar subvaluado, por haberse incluido en el cálculo las visitas subsecuentes, de las cuales muchas podrían responder al concepto de lo que en la práctica privada se consideran consultas para fines de pago.

La estadía media en los hospitales del IDSS es demasiado larga, posiblemente como reflejo de los problemas de selección adversa que se producen porque cubre casos con enfermedades más compleja, pero también de graves deficiencias de gestión.

El costo promedio por afiliado es ligeramente menor en las igualas, aunque la cobertura del IDSS es mayor, puesto que abarca riesgos de enfermedades crónicas y sin limitación del tratamiento. Pero, en sentido contrario, los afiliados del Instituto habitualmente hacen poco uso de sus prestaciones, en tanto que los clientes de las igualas las usan intensivamente. Esto se refleja en el indicador de consultas por cada 1.000 afiliados. Incluso este indicador es aún más bajo que lo mostrado por el dato del IDSS, pues muchas de las consultas registradas no corresponden propiamente a asegurados, sino a otras personas.

El costo medio de una consulta es 2,4 veces más alto en los establecimientos del IDSS. Aun si se incluyen como consultas, y asignándoles el mismo valor, las visitas subsecuentes del paciente, sigue siendo más elevado que en las igualas. Claro está que esto puede ser influencia del hecho de que el IDSS cubre los medicamentos de la atención ambulatoria, cosa que no ocurre con las igualas. Pero cuando se hace la comparación del costo por egreso hospitalario, en que ambos tipos de organización ofrecen lo mismo, el resultado es aún más pronunciado, pues cada caso de hospitalización cuesta al IDSS 3,3 veces lo que les cuesta a las igualas, sobre todo por la estadía más larga.

Nuevamente se presenta la situación de que una parte de la diferencia puede estar explicada por los problemas de selección adversa, ya que del promedio de los casos tratados por el IDSS, una parte corresponde a enfermedades crónicas no cubiertas por las igualas. No obstante, las diferencias son tan notorias que no pueden estar escondiendo las grandes deficiencias de la prestación pública analizadas con anterioridad.

Estos resultados indican que la organización industrial para la prestación de servicios de salud utilizada por las igualas médicas es mucho más eficiente, en términos de costos, que la utilizada por el IDSS.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El anterior análisis demuestra que la provisión de atención médica a través del IDSS se caracteriza por graves ineficiencias relacionadas con la naturaleza de la organización productiva. En la red hospitalaria del Instituto, en que el ingreso de los agentes responsables de la prestación no tiene vinculación con su dedicación y rendimiento, se aprecian niveles de productividad asombrosamente bajos. También se tienen, comparados con servicios parecidos provistos a través de igualas privadas, altos costos unitarios por las prestaciones y un alto costo por afiliado, pese a que gran parte de los afiliados pagan compulsivamente y no hacen uso del Instituto. Esto último agrega además un elemento de costo a nivel macroeconómico por la doble cotización, que resta competitividad a la economía.

Existe a su vez en la República Dominicana un problema serio de cobertura por los servicios de salud. Evidentemente, con la actual organización de la producción, el IDSS no podría hacer frente a un aumento significativo y súbito de la demanda de asistencia médica que tendría lugar si se extendiera la cobertura a los familiares y dependientes, y mucho menos cuando la universalización podría implicar la incorporación de segmentos sucesivos de la población, como los empleados públicos, los empleados privados de mayor nivel salarial y los trabajadores del sector informal.

Sin embargo, dado que en el país hay bastante capacidad productiva instalada de atención médica para cubrir las necesidades de la población con capacidad contributiva suficiente para costear sus gastos de salud, se plantea la conveniencia de agregar a los establecimientos del seguro social la oferta de servicios privados, con su infraestructura humana y física. Esto permite introducir un elemento de competencia en la provisión del servicio médico y garantizar la libertad de elección al usuario. Con esto se buscaría mejorar la calidad y reducir el costo medio de la atención oficial. Ahora bien, también ha resultado evidente que, si bien las igualas médicas han mostrado cierta capacidad para prestar servicios médicos de mejor calidad y a menor costo que el IDSS, esto no es sólo por las grandes ineficiencias que caracterizan a dicha institución.

Las igualas han estado operando en el contexto del más absoluto *laissez faire*, sin mecanismos transparentes de competencia, lo que también ha hecho viable su desarrollo sin la necesidad de contar con medios adecuados de control de costos y calidad. Por otro lado, han establecido en la práctica mecanismos adversos de selección de clientes, ya que no aceptan habitualmente a las personas de edad muy avanzada ni cubren las enfermedades que exigen tratamientos muy costosos.

En una organización reformada de la prestación médica, basada en cotizaciones obligatorias de todos los trabajadores y en la que el asegurado tuviera la oportunidad de escoger al proveedor de su preferencia, las igualas médicas verían ampliarse enormemente su mercado. Pero se haría necesario establecer mecanismos de control para el cumplimiento de contratos, y sobre todo, para regular su contenido.

La contratación del plan de salud se haría bajo los términos de un contrato público. Se sugiere, específicamente que la afiliación se haga por grupos, a fin de desalentar posibles mecanismos de discriminación en el proceso de selección, y los proveedores de servicios de salud estarían en el deber de ofrecer el plan básico definido a cualquier usuario que así lo reclamara.

Parecería conveniente, desde el punto de vista distributivo, que todos los asegurados continúen realizando su aporte obligatorio, definido como una proporción determinada de sus ingresos, sin tope de exclusión por nivel de ingreso, aunque para no extremar la intención redistributiva ni alentar la evasión, se podría establecer un tope de contribución, definido como un parámetro a partir del salario mínimo u otra unidad de medida.

Sin embargo, el organismo rector del sistema, que tendría también las funciones de tesorería y financiamiento, formalizaría los contratos con los proveedores elegidos por los afiliados en base al pago por capitación, tal como se realizan actualmente los contratos de salud de las igualas.

En este caso, la necesidad de competir obligaría a una reorganización industrial de las firmas de igualas. Es probable que las firmas del tipo I difícilmente estén en condiciones de cubrir plenamente el contrato o de competir adecuadamente, a no ser que encuentren formas de mejorar la calidad de sus servicios. En el otro extremo, las igualas del tipo III probablemente no puedan competir en costos al establecerse una tarifa común por el plan básico de salud definido. Esto parece indicar que el sistema tendería a irse uniformando en una modalidad parecida al tipo II, en que dichas entidades llegan a arreglos con los proveedores directos de atención médica a través de tarifas por servicios. Ese método es simple en el plano administrativo, induce al prestador de servicios a minimizar el costo del tratamiento y confiere influencia al usuario cuando éste ejerce su libre elección.

Cabe insistir en que esto todavía no estaría resolviendo los requerimientos de servicios de salud para un segmento muy grande de la población que no tiene capacidad contributiva y que la cual tendrá que seguir siendo financiada por el Estado con los recursos regulares de su presupuesto. El Estado tendrá que asignar recursos sustanciales para cubrir las necesidades de la población desempleada o la del sector informal que se encuentra en los niveles más bajos de pobreza y que por esa razón tendría que acogerse a los mecanismos asistenciales no contributivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Barknum, H., Kutzin, J. y Saxenian, H. (1995). "Incentives and providers payment methods". World Bank, Washington, D.C., EUA, (Human Resources Development Working Paper No. 51).
- Comisión Nacional de Salud. (1991). "Situación del sistema público de salud". Santo Domingo, D.N., República Dominicana. (Documento mimeografiado).
- Díaz Santana, A. (1990). "Articulación de los seguros médicos privados en el desarrollo de la seguridad social en la República Dominicana". Santo Domingo, D.N., República Dominicana. (Documento mimeografiado).
- Díaz Santana, A. (1993). "Sistema de financiamiento del sector salud". PNUD, Santo Domingo, D. N., República Dominicana. (Documento mimeografiado).
- Duarte, I., Gómez, C., La Forgia, G. y Molina, M. (1988) "Los servicios de salud del Distrito Nacional por sectores, 1987: organización, cobertura, financiamiento y utilización". Instituto de Estudios de Población y Desarrollo. Publicación de la Asociación Dominicana Por Bienestar de la Familia, Estudio No. 22. Santo Domingo, D.N., República Dominicana. (Documento mimeografiado).
- Evans, R. G. (1981). "Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry", en J. van der Gaag y M. Pearlman. Health, economics, and health economics North-Holland Publishing Company.
- Fundación Siglo 21, (1995). "Seguridad Social: el proceso de reforma en el área de salud". Ediciones de la Fundación Siglo 21, Santo Domingo, D.N., República Dominicana.
- Gaynor, M. (1994). "Issues in the industrial organization of the market for physician services". National Bureau of Economic Research, Cambridge, Ma., EUA., (NBER Working Paper No. 4695).
- Infante, T., Mate, P. y Sancho, A. (1992). "Reforma de los sistemas de prestación de servicios sociales en América Latina". Banco Interamericano de Desarrollo. (Documento mimeografiado).
- Instituto Dominicano de Seguros Sociales. (Varios años). "Anuario Estadístico". Santo Domingo, D.N., República Dominicana.
- Instituto de Estudios de Población y Desarrollo. (1991). "Informe de la encuesta demográfica y de salud". Santo Domingo, D.N., República Dominicana. (Documento mimeografiado).
- Instituto de Estudios de Población y Desarrollo. (1993). "Encuesta demográfica y de salud, 1991: Resultados generales cuestionario de hogar ampliado". Santo Domingo, D. N., República Dominicana. (Documento mimeografiado).
- La Forgia, G. (1990). "Health services for low-income families: extending coverage through prepayment plans in the Dominican Republic". Agency for International Development. (HFS Technical Report No. 2).
- Lewis, M., Sulvetta, M. y La Fogia, G. (1992). "Public hospital costs and quality in the Dominican Republic". World Bank. Working papers wps 934.

- Mesa-Lago, C. (1991). "La seguridad social en América Latina", en *Progreso Económico y Social de América Latina*, Banco Interamericano de Desarrollo. Washigton, D.C., EUA.
- Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud. (1995). "Salud, una visión de futuro". Santo Domingo, D.N., República Dominicana. (Documento mimeografiado).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. "Desarrollo Humano". (Varios números). Tercer Mundo Editores. Bogotá, Colombia.
- Santana, I. y Rathe, M. (1992). "El impacto distributivo de la gestión fiscal en la República Dominicana". Ediciones de la Fundación Siglo 21. Santo Domingo, D.N, República Dominicana.
- Santana, I. y Rathe, M. (1993). "Reforma social: una agenda para combatir la pobreza". Ediciones de la Fundación Siglo 21. Santo Domingo, D.N., República Dominicana.