



Junio 2015, Santo Domingo, República Dominicana

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, ¿NEGOCIO O DERECHO CIUDADANO?

HACIA UN SISTEMA MAS RAZONABLE, INCLUSIVO, EQUITATIVO Y JUSTO

- ¡Salud para todos! Más que una consigna.
- Obstáculos para universalizar el seguro de salud.
- La enfermedad es un negocio, la salud un derecho.
- Retos de una estrategia de atención primaria.
- El copago y el gasto de bolsillo.
- Ocho claves para transformar el sistema de salud y seguridad social

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, ¿NEGOCIO O DERECHO CIUDADANO?

La salud y la seguridad social son derechos sociales consagrados en la Constitución y las leyes dominicanas. Distinto a lo que algunas personas y algunos activistas del clientelismo político pudieran pensar, la atención de salud no es un asunto de asistencia social y ayuda humanitaria, ni tampoco un negocio lucrativo o un medio para el enriquecimiento asegurado como pretenden algunos agentes del mercado de servicios clínicos, de laboratorios y medicamentos. La salud es un derecho fundamental consagrado en las convenciones internacionales de derechos humanos; y los Estados tienen la obligación de garantizar que el mismo sea ejercido y disfrutado por toda la población, sin ningún tipo de discriminación.

En República Dominicana el derecho a la salud y a la seguridad social está consagrado en los artículos 60 y 61 de la Constitución, los cuales señalan:

Art. 60 de la ley suprema del Estado indica 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 ”.

Art. 61. El Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso al agua potable, el mejoramiento de la alimentación, de los servicios sanitarios, las condiciones higiénicas, el saneamiento ambiental, así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran.

El carácter social y público de estos derechos obliga al Estado a procurar la tutela efectiva de los mismos, por eso la propia Constitución señala en su Art. 8 que “ Es función esencial del Estado, la protección efectiva de los derechos de la persona, el respeto de su dignidad y la obtención de los medios que le permitan perfeccionarse de forma igualitaria, equitativa y progresiva, dentro de un marco de libertad individual y de justicia social, compatibles con el orden público, el bienestar general y los derechos de todos y todas ”.

De modo más específico, la Ley 87-01 de la Seguridad Social, en su Art. 1 dice: “ La presente ley tiene por objeto establecer el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en el marco de la Constitución de la República Dominicana, para regularla y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales. El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) comprende a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que realizan actividades principales o complementarias de seguridad social, a los recursos físicos y humanos, así como las normas y procedimientos que los rigen.

El artículo 14 de la ley general de salud, Ley 42-01, establece que es función del Ministerio de Salud Pública garantizar el derecho a la salud de toda la población, incluyendo garantizar una atención oportuna, de calidad y con calidez a todos los pacientes que recurran al sistema nacional de salud. El artículo 28 de dicha ley establece una

serie de derechos específicos que tienen que ver con la titularidad y la plenitud del derecho a la salud de la población. No se trata de un derecho marginal ni un beneficio condicionado a la discreción de la autoridad, es un mandato imperativo que debe ser exigido por la ciudadanía y garantizado de forma efectiva por el Estado.

1. ¡SALUD PARA TODOS! MÁS QUE UNA CONSIGNA PUBLICITARIA.

En el año 1978 la Organización Mundial de la Salud hizo un llamado a la cobertura universal de la salud que se sintetizó en la frase ¡Salud para todos en el 2000! Desde entonces ha llovido mucho en todo el planeta y se han complicado los problemas de morbilidad y mortalidad por insuficiencia de los sistemas sanitarios en muchos países.

Aunque hay avances significativo, no menos cierto es que todavía se mantienen trabas que dificultan la protección efectiva de las poblaciones. En la República Dominicana, como en el resto del mundo, se han ensayado varios modelos sanitarios para atender la salud de la población, sin embargo todavía estamos lejos de encontrar una forma razonable y justa para asegurar la tutela universal y efectiva de un servicio de salud de calidad.

Han pasado más de 13 años, de aquel momento histórico en que se aprobaron la ley General de Salud (42-1) y la ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01). En este momento, uno puede reconocer que hay ciertos avances, pero todavía se mantienen importantes problemas y retos: la universalización del aseguramiento para toda la población, el establecimiento de un adecuado y efectivo Primer Nivel de Atención como puerta de entrada al sistema de salud; la eliminación de un copago arbitrario e ilegal;

la disminución del gasto de bolsillo en salud; la ampliación de la cobertura de las prestaciones; la adecuada y suficiente asignación de presupuesto nacional para el adecentamiento de los servicios de salud y, sobre todo, el empoderamiento de la población para que demande sus derechos, conforme lo establecido en la Constitución y en las leyes específicas de salud y seguridad social, son todos aspectos que inciden en la situación de la salud en el país.

La Ley 87-01 estableció un periodo de transición para alcanzar la universalización; sin embargo, en agosto de 2014, trece años después de aprobada la ley, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) apenas registraba 5,817,804 afiliados al sistema. En una población de 9,819,338 esto representa apenas una cobertura de 59%. Del total de afiliados al sistema, 3,069,411 pertenecen al Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud -SFS- y 2,748,393 pertenecen al Régimen Subsidiado que administra SENASA. Eso significa, que fines de 2014 unas 4,001,534 personas continúan sin una cobertura de seguro familiar de salud, esto es, el 41% de la población dominicana.

Este grupo de personas recurren a la red de servicios de los hospitales públicos, los cuales se encuentran colapsados por la insuficiencia presupuestaria y la descapitalización material y operativa que se le ha impuesto a la mayoría de las instalaciones sanitarias del país.

2. ¿CÓMO FUNCIONA EL SDSS Y LO QUE NIEGA?

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), creado mediante la Ley 87-01, dispone el carácter universal, obligatorio, solidario, plural e integral de las atenciones de salud, a través de tres regímenes. Su función, de acuerdo al mandato constitucional, es regular y desarrollar

los deberes y derechos recíprocos del Estado y los ciudadanos en lo referente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales.

¿CÓMO FUNCIONA EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL?

El SDSS funciona a través de tres regímenes: contributivo, subsidiado y contributivo-subsidiado.

- El Régimen Contributivo está dirigido a garantizar la salud de trabajadores públicos y privados y a los empleadores. Es financiado por los trabajadores y empleadores, incluyendo al Estado como empleador.
- Los beneficiarios del régimen contributivo son: El jefe o la jefa del hogar y su cónyuge o compañero de vida. Hijos de éstos menores de 18 años, hasta los 21 si son estudiantes y sin límite de edad si tienen discapacidad, y el pensionado del régimen contributivo.
- Las Prestaciones del Régimen Contributivo se llevan a cabo a través del Plan Básico de Salud, del servicio de las estancias infantiles, del Subsidio por Enfermedad común y accidente no laboral, del Subsidio por maternidad y por lactancia.

Para administración y manejo del seguro contributivo existen empresas de Administración del Riesgo de Salud, la mayoría de ellas de capital privado, vinculadas al capital financiero y bancario. Existen otras ARS de carácter público y profesional como son SENASA, SENMA, ARS UASD, ARS del CMD, entre otros.

- El Régimen Subsidiado: está dirigido a proteger a trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como desempleados, discapacitados e indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado Dominicano.

- Los beneficiarios son: El jefe o la jefa del hogar y su cónyuge o compañero de vida. Hijos de éstos menores de 18 años, hasta los 21 si son estudiantes y sin límite de edad si tienen discapacidad. Los padres del afiliado o afiliada titular, si son económicamente dependientes de éste/a y toda persona unida o no por parentesco que han vivido con éste/a en los últimos tres años.

- Las prestaciones son: Plan Básico de Salud, Estancias Infantiles, Prestaciones farmacéuticas ambulatorias gratuitas, Pensión solidaria por vejez y discapacidad (total o parcial) y pensión solidaria de sobrevivencia.

La ARS que afilia al Régimen Subsidiado es el Seguro Nacional de Salud (SENASA).

El Régimen Contributivo-Subsidiado: Es el que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional. Se financia con las contribuciones obligatorias de los afiliados y un subsidio que aportará el Estado Dominicano para suplir la falta de un empleador. Este régimen aún no ha entrado en vigencia. Las prestaciones serían el Plan básico de salud y las estancias infantiles.

3. TRABAS EN LAS OPERACIONES DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD

“Aunque el SFS ha permitido a los que menos tienen poder acceder a los mismos servicios y con

los mismos copagos que los que más tienen, a través de la elección de los Prestadores de Servicios de Salud de su preferencia, tanto públicos como privados, la mayoría hemos recibido la negación de cobertura de procedimientos, actividades, intervenciones o medicamentos por no encontrarse cubiertos por el Plan”. Coalición Dominicana de ONGs por la Defensa de la Salud (CODODSALUD)

La Coalición Dominicana de ONGs por la Defensa de la Salud (CODODSALUD) recopila una serie de inconvenientes a los que se enfrentan los usuarios cuando intentan acceder a las prestaciones contenidas en el PDSS, entre los que se cita la falta de reconocimiento de algunas enfermedades que son realmente catastróficas, como la esclerosis, la Hepatitis C y B, neurocirugías o la artritis reumatoide, cuyos tratamientos son altamente costosos. También:

- Incremento en los costos por procedimientos
- Cobro indebido por parte de los Prestadores
- Inconvenientes en la cobertura de Alto Costo en el Recién Nacido, en politraumatismos y accidentes de tránsito.
- Inconvenientes en la cobertura del material de osteosíntesis, prótesis y órtesis, y en el tratamiento del cáncer, en la cobertura de radioterapias y/o quimioterapias para tumores benignos.
- Limitación de las coberturas de medicamentos ambulatorios por la presentación, concentración o su inexistencia en el Catálogo de Prestaciones, aunque se limita aún más con la sujeción al Cuadro Básico de Medicamentos, entre otras

causas.

- Inconvenientes en la cobertura de emergencia.
- Inexistencia de clasificación de servicios de urgencia y emergencia (ausencia de Triage).
- Deficiencia en la Descripción del Alcance del Catálogo de Prestaciones.
- Inexistencia de Sistemas de Información entrelazados entre Prestadores, ARS y Superintendencia

Pero a estas deficiencias citadas se suman otras:

- El actual PDSS excluye 325 tipos de medicamentos, 53 tipos de análisis de laboratorio, 340 procedimientos quirúrgicos, 77 medios diagnósticos y 50 materiales quirúrgicos que se utilizan en los estudios diagnósticos y quirúrgicos. (Fuente DIDA, febrero 2013).
- La exclusión de los pensionados del sistema de salud.
- Padres y madres de los/as afiliados/as que forman parte del núcleo familiar, están incluidos dentro de su seguro médico. Sin embargo, en la práctica, los trabajadores tienen que pagar una cápita por su afiliación de RD\$843.39.

4. OBSTÁCULOS PARA UNIVERSALIZAR EL SEGURO DE SALUD

Uno de los principales obstáculos para avanzar en la universalización del seguro familiar de salud lo constituye la afiliación de los trabajadores por cuenta propia. Para esta población la ley contempla un régimen especial, denominado

Régimen Contributivo Subsidiado (RCS), el que en teoría será financiado con contribuciones de los cuenta-propias complementadas con aportes del Estado. Sin embargo, a la fecha este régimen no se ha iniciado, a pesar de que se sabe que en el país más del 55% de la Población Económicamente Activa (PEA) es informal y trabaja por cuenta propia.

La puesta en marcha del RCS demanda de recursos públicos y de mucha voluntad política, lo cual no está siendo considerado ni por el gobierno central ni por el Consejo Nacional de la Seguridad Social.

Como bien explica la Dra. Magdalena Rathe, presidenta de la Fundación Plenitud y experta en economía de la salud, en un principio se esperaba que el régimen mixto (RCS) generara interés en grupos organizados como los choferes de carros públicos, por ejemplo, o entre artesanos, peluqueras, panaderas, en fin, entre cuenta-propia, incluyendo trabajadoras domésticas que pudieran ser apoyadas por las familias que las emplean. Pero no resultó así. Por otra parte, las propias debilidades del Estado, su limitada capacidad recaudadora y la falta de voluntad política para priorizar la tutela efectiva del derecho a la salud y a la protección social, han impedido que este régimen se ponga en marcha.

Un estudio reciente del Banco Interamericano de Desarrollo propone la realización de un análisis a nivel macroeconómico en el que se determine la viabilidad de que el Estado asuma la población de más bajos ingresos dentro del mercado informal, y que los grupos superiores que trabajan como profesionales por cuenta propia e identificados por la Dirección General de Impuestos Internos con adecuados niveles de renta, pasen a un régimen contributivo autofinanciado, como una posible solución al problema. (Nota1: Estudio

de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana. Oscar Cañón, Magdalena Rathe y Ursula Giedion. BID 2014)

5. LA ENFERMEDAD ES UN NEGOCIO, LA SALUD UN DERECHO

El sistema de salud dominicano se caracteriza por estar más focalizado a tratar las enfermedades, que a promover la salud y prevenir las enfermedades. En gran medida esto es así porque lo que más preocupa a los agentes económicos de la salud es el negocio, la renta comercial que les generan los servicios sanitarios, por eso no les preocupa la prevención ni que la gente viva a plenitud un estado de bienestar.

Las estadísticas de la SISALRIL permiten ver que el mayor énfasis de las atenciones no correspondió a la promoción de la salud (como tampoco a atenciones de alto costo), sino a apoyo diagnóstico, emergencias, atención ambulatoria y hospitalización. Y como se puede ver en el siguiente cuadro, algunas de esas áreas en que se registran el mayor número de atenciones (como diagnóstico, hospitalización y consultas) son también áreas que tienen altos niveles de copago.

Las estadísticas de la SISALRIL permiten ver que el mayor énfasis de las atenciones no correspondió a la promoción de la salud (como tampoco a atenciones de alto costo), sino a apoyo diagnóstico, emergencias, atención ambulatoria y hospitalización. Y como se puede ver en el siguiente cuadro, algunas de esas áreas en que se registran el mayor número de atenciones (como diagnóstico, hospitalización y consultas) son también áreas que tienen altos niveles de copago.

Las prestaciones de atenciones médicas a través del Plan de Servicios de Salud en el período 2007-2013, fueron de 222,625,088 servicios en el Régimen Contributivo, distribuidos como sigue:

No. Servicios	Tipo de Servicio	% del Total
16,246,009	Prevención y promoción de la salud	7.30%
28,311,644	Atención ambulatoria	12.72%
8,402,196	Intervenciones odontológicas	3.77%
30,268,087	Atención en emergencias	13.60%
22,354,148	Servicios de hospitalización	10.04%
3,656,068	Atención de partos	1.64%
6,377,566	Procedimientos quirúrgicos	2.86%
81,845,028	Servicios de apoyo a diagnóstico	36.76%
2,412,653	Atenciones de alto costo	1.08%
1,017,828	Servicios de rehabilitación	0.46%
13,880	Servicios de hemoterapia	0.01%
21,719,981	Servicios de medicamentos ambulatorios despachados a través de las farmacias.	9.76%
222,625,088	Total de Servicios	100%

Fuente: Diario Libre, 19 de marzo de 2013.

6. Hace falta una Estrategia de Atención Primaria

Un sistema integral de salud debería operar bajo la Estrategia de la Atención Primaria, que no es lo mismo que las precarias Unidades de Atención Primaria que el Ministerio de Salud tiene repartidas por las comunidades y barrios del país, ni siquiera el Nivel de Atención Primaria inapropiadamente establecido en la ley. Una Estrategia de Atención Primaria, como explica Magdalena Rathe, consiste en “poner el énfasis en la promoción de la salud para prevenir las enfermedades y luego darle seguimiento al cuidado de la salud de las personas a través de una red de atención y servicios, que permita que las personas participen en el cuidado de salud, adopten hábitos saludables y adecuados a su condición de salud, sigan las prescripciones y tratamientos que les sean indicados para recuperar y mantener su salud y prevenir enfermarse. Es decir, que existan historias clínicas las cuales son llenadas por los distintos proveedores y que haya

alguien responsable, en el primer nivel, de la salud de esa persona. O sea, deberá asegurarse que se mantengan sanos. Esa es la estrategia de atención primaria. Primer nivel es la atención básica que se ofrece a un paciente y sólo si necesita servicios especializados o más complejos, debería referirse, por eso se llama ‘puerta de entrada. Para que la estrategia de Atención Primaria funcione es indispensable el establecimiento de un buen sistema de referencia y contra referencia entre los diferentes niveles de atención.

7. EL COPAGO Y GASTO DE BOLSILLOS: VICIOS OPERATIVOS EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD

El copago es ilegal, ha sido una imposición de las administradoras de riesgo de salud (ARS) y de los suplidores de servicios de salud (clínicas, laboratorios y consultorios médicos) Estas se resisten a la aplicación de la normativa establecida

en la ley de seguridad social, resignificaron el sentido del Plan Básico de Salud, recortaron su alcance imponiendo un catálogo de cobertura y establecieron un mecanismo adicional de financiamiento del gasto de salud no previsto en la ley, como es el famoso copago. Esta violación a la ley la lograron imponer con el consentimiento del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), y hasta ahora no ha habido autoridad alguna que someta a los grupos corporativos que manejan las decisiones del CNSS al respeto de la ley. Incluso, la propia dirección de información y defensa del asegurado (DIDA) ha visto limitada su capacidad de acción y su opinión o dictamen sobre un derecho del asegurado prácticamente no es vinculante por carecer de autoridad y poder

que haga y obligue a respetar la ley.

El tema del copago, como se observa en la siguiente gráfica, es un asunto que afecta el gasto de bolsillo de las familias afiliadas al seguro familiar de salud. En el año 2010, según reportaba la DIDA, el 91.3% de los afiliados hacía copagos para recibir servicios de consulta; en las hospitalizaciones ordinarias, partos y cirugías, más del 85% de las personas afiliadas tuvieron que hacer copagos. En el caso de los medicamentos, 9 de cada 10 afiliado reporta que debió hacer copago.



Fuente: Informe de la DIDA 2010

Si para el 2006 el gasto en salud constituía una pesada carga para los hogares dominicanos (representando 46 puntos porcentuales del gasto de bolsillo), el descender a 39 puntos porcentuales es una muestra del poco avance que ha representado para las economías familiares la Ley 87-01. Este gasto asciende en el año 2014 a 45,434 millones de pesos al año, según el Ministerio de Salud Pública.

Se trata de un elemento corrosivo que distorsiona el sistema de seguro de salud y que atentan contra principios como la universalidad, inclusión, equidad e integralidad, todos estos mandatos de la Ley 87-01. En la actualidad, al igual que en el pasado, la capacidad de pago sigue determinando el acceso a servicios de salud, cuando el usuario tiene que enfrentarse a temas como el copago y la limitada cobertura de medicamentos y de las enfermedades catastróficas, que constituyen barreras para el acceso al sistema.

Según un estudio de la DIDA del año 2010, los afiliados al régimen contributivo pagan por atenciones a la salud (consulta, medicamentos, laboratorio, estudios diagnósticos y atención de emergencias) cerca del RD\$700.00 millones

de pesos mensuales. Esto significa que unos 4 millones de afiliados que habían en el régimen contributivo en el 2010 tenían que buscar unos RD\$8,500 millones de pesos al año como aporte adicional de su bolsillo al financiamiento de los servicios de salud.

El número de reclamaciones interpuestas ante la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) también es un reflejo de inconformidades ante las Administradoras de Riesgos de Salud y los prestadores de servicios de salud y de sus propios incumplimientos. Entre enero y agosto de 2014, la DIDA brindó asistencia a 456,881 peticiones de información y defensoría legal. De 2011 hasta el año 2014, la DIDA ha atendido 2,146,493 de estas peticiones. (Ver cuadro 1)

En cuanto a las reclamaciones recibidas por tipo de seguro entre 2012 y 2014, el 46% correspondió a aspectos generales del SDSS y el 38% al Seguro Familiar de Salud. El total de reclamaciones recibidas en esos dos años asciende a 34,743 solicitudes. Llama la atención el aumento de un 49% en las reclamaciones recibidas entre el año 2012 y 2013 en aspectos generales del SDSS. (Ver cuadro 2)

Cuadro No. 1
Cantidad de asistencias (orientación y defensorías) brindadas por la
Dirección de Información y Defensa del Afiliado, DIDA
Periodo: Enero 2011- Agosto 2014.

Periodo	Cantidad de Asistencias
Enero – Diciembre 2011	530,127
Enero – Diciembre 2012	630,407
Enero – Diciembre 2013	529,078
Enero –Agosto 2014	456,881
Total	2,146,493

Cuadro No. 2
Reclamaciones recibidas en la DIDA por año y tipo de seguro
Periodo: Enero 2011- Agosto 2014.

Tipo de Seguro	2012	2013	2014 Ene-Ago.	Total	%
Aspectos generales del SDSS	4,708	9,580	1,705	15,993	46%
Seguro Familiar de Salud (SFS)	3,225	2,156	7,986	13,367	38%
Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS)	1,972	1,935	1,217	5,124	15%
Seguro de Riesgos Laborales (SRL)	88	86	85	259	1%
Total general	9,993	13,757	10,993	34,743	100%

Fuente: Base de datos de la DIDA

En lo referente al número de cartas de no cobertura entregadas por la DIDA entre el año 2011 y 2014, puede verificarse en el siguiente cuadro cómo ha ido aumentando año tras año. También cómo, sólo en los primeros 8 meses del año 2014, la cantidad de cartas se acerca en número a las del año 2013.

Las cartas de no cobertura se solicitan cuando el medicamento o el procedimiento requerido por el usuario no está dentro del plan de cobertura. La demanda creciente de estas cartas habla de la necesidad urgente de revisar el catálogo de prestaciones. El catálogo de prestaciones ha sido otro mecanismo de erosión de la calidad del seguro familiar de salud, siempre vinculado a las pretensiones de las ARS de limitar la cobertura de los servicios del SFS, con el fin de garantizarse la máxima plusvalía del aseguramiento, aunque ello vaya en desmedro del servicio a los asegurados.

Cuadro No. 3
Número de cartas de no cobertura
Entregadas por la DIDA a los afiliados
Del 2011 a agosto del 2014.

Años	Cantidad
2011	2,180
2012	3,791
2013	7,614
2014 Ene-Ago.	6,511
Total	20,096

Fuente: DIDA, 2014

HACIA UN SISTEMA MAS RAZONABLE, INCLUSIVO, EQUITATIVO Y JUSTO

Las amenazas al SDSS vienen desde dentro del propio sistema. Por ejemplo, los niveles de elusión y evasión de parte de los empleadores exponen a cientos de miles de personas a la ausencia de garantías sobre su salud y riesgos laborales. Con el reporte de que el Gobierno había creado durante esta gestión 236,000 nuevos empleos, de los que un 75% eran empleos formales, se evidenció el tema de la evasión, pues de esa cantidad apenas ingresó al SDSS un 36.72%. Se trata, de acuerdo a declaraciones del presidente ejecutivo de Asociación Dominicana de ARS, José Manuel Vargas, de 112 mil titulares que no fueron reportados al sistema, unas 448 mil familias, si se toma como base que cada familia tiene, en promedio, 4 miembros.

En cuanto a los niveles de elusión, la prensa recoge las declaraciones de los economistas Luis H. Vargas, Saulo Sierra y Luis Torres, quienes dan cuenta de que fue de un 28 por ciento durante el 2013, puesto que alrededor del 80 por ciento de los trabajadores son reportados a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) con sueldos por debajo del salario mínimo de la gran empresa y el 34 por ciento por debajo de salario mínimo de los tres tipos de tamaño de empresa.

También reportaron que hay 2.8 millones de afiliados en el régimen contributivo, pero sólo el 47 por ciento aparece como afiliado cotizante activo, y el 53 por ciento restante no cotiza o dejó de hacerlo, sin que esto signifique que hayan dejado de ser empleados.

Sobre la implementación del Primer Nivel de Atención, el gran obstáculo lo constituyen los dueños de clínicas privadas. El primer nivel, en el cual no existe el copago, debe de servir para

que los usuarios puedan determinar si necesitan realmente las atenciones de un especialista, lo que reduciría en un 80% la afluencia de pacientes a las consultas privadas.

Respecto a la ampliación del catálogo de prestaciones, se requiere una revisión del PDSS que permita actualizar los servicios acorde con el perfil epidemiológico del país.

LA POBLACION DEBE MOVILIZARSE Y EXIGIR SU DERECHO A SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Para que la política de salud y seguridad social se encaminen hacia la tutela efectiva de derechos, es necesaria la voluntad política de las autoridades y el empoderamiento de la sociedad civil organizada alrededor de estos derechos. Es importante que la población tome conciencia de estos derechos y se movilice y presione en la dirección correcta, para que las entidades encargadas de la gobernanza del sistema dominicano de salud y seguridad social asuman con mayor responsabilidad y eficiencia sus responsabilidades públicas. Frente a las insatisfacciones de la población con los servicios de salud se impone además la creación de una Mesa Técnica de Seguimiento para discutir propuestas específicas del sector. Todo esto con el fin de establecer el ejercicio de la ciudadanía sanitaria e incidir en el debate de las políticas públicas de salud y seguridad social.

Ocho cosas claves que se deben hacer en Salud y Seguridad Social

- Establecer un Sistema de Pensiones que garantice una pensión mínima a los afiliados y una menor comisión administrativa de las AFP.
- La imprescriptibilidad de los derechos. No es posible que las corporaciones financieras limiten el acceso a derechos de humildes

familias de afiliados al SDSS por la imposición de tiempos que hacen prescribir derechos.

- Es necesario recuperar el carácter social y público del seguro de salud, limitar el sentido rentista que las ARS y los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) han impuesto y crear un sistema de aseguramiento en salud centrado en la mejoría de los indicadores de salud de la población afiliada.
- Un incremento sustancial en las prestaciones del Seguro de Riesgos Laborales.
- Un mecanismo que permita un aumento importante en la cobertura poblacional, que permita incluir a la población informal. La incapacidad del SDSS de poner en marcha un régimen mixto debe ser superada, instalando un mecanismo efectivo de aseguramiento de los cuenta-propia, incluyendo la creación de regímenes especiales para trabajadores móviles y trabajadores migrantes.

- Se hace imperativa la unificación de la red de servicios del IDSS y el Ministerio de Salud Pública, y la integración de todo el sistema sanitario del país, incluyendo la obligación de los hospitales públicos de facturar y cobrar a las ARS los servicios que les prestan a los afiliados contributivos.
- Fortalecer el rol de regulación, fiscalización y tutoría del sistema de salud de parte del Ministerio de Salud Pública, y a la vez desarrollar mecanismos efectivos, razonables y eficientes de descentralización, garantizando la participación ciudadana y comunitaria en los consejos de administración hospitalaria.
- Democratizar la estructura de gobierno del CNSS, eliminando los obstáculos que impiden el ejercicio de una gobernanza razonable y justa en favor de los derechos de los afiliados. El veto en el CNSS no favorece la gobernanza del SDSS ni los derechos de los afiliados a una cobertura de calidad.