



CASC-CNTD-CNUS

**LAS REFORMAS PARCIALES PROMOVIDAS POR EL
GOBIERNO DOMINICANO Y SU IMPACTO EN LA
PROTECCIÓN SOCIAL**



domingo, RD
bre, 2021

**LAS REFORMAS PARCIALES PROMOVIDAS
POR EL GOBIERNO DOMINICANO Y SU IMPACTO
EN LA PROTECCIÓN SOCIAL**

**Elaborado por:
Bernardo Matías
Consultor**

**Santo Domingo, RD
Noviembre, 2021**

**ESTUDIO SOBRE LAS REFORMAS PARCIALES PROMOVIDAS
POR EL GOBIERNO DOMINICANO Y SU IMPACTO EN LA
PROTECCIÓN SOCIAL.**

Secretariado Ejecutivo de la CSA:

- Presidente: Fred Redmond
- Presidenta Adjunta: Francisca Jiménez
- Presidenta Adjunta: Toni Moore
- Secretario General: Rafael Freire
- Secretario de Formación y Educación Sindical: Cícero Pereira Da Silva
- Secretaria de Políticas Sociales: Jordania Ureña
- Secretaria de Desarrollo Sustentable: Bárbara Figueroa

Equipo técnico CSA, Juan Pablo Martínez, Jessica Rodríguez, Hugo Barreto y Ana Rojas, Lyda Forero, Iván González.

Coordinación y Revisión: Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS), Rafael Abreu, presidente y Julián Martínez, técnico; Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD), Jacobo Ramos, presidente, Daysi De Oleo y Santo Sánchez, técnicos; Confederación Autónoma de Sindicato Clasista (CASC), Gabriel del Rio, presidente, José Luis León y Francisca Altagracia. Jiménez, técnicos.

Coordinador: José Miguel Fernández, MG.

Elaboración del estudio: Bernardo Matías, MG.

Diseño Gráfico y Diagramación: Claudio José Ozuna Rivera.

Agradecimientos: Este estudio ha sido realizado gracias a la cooperación de Olof Palme International Center (OPC) de Suecia en el marco del Proyecto “Inequidad, Pobreza y el camino para la seguridad social”.

Todos los derechos reservados © 2021,
Confederación Sindical de Trabajadores y Trabajadoras de las Américas
Buenos Aires 404/406, CP11000, Montevideo, Uruguay, www.csa-csi.org
Noviembre 2021

Contenido

Siglas o acrónimos.....	4
Resumen Ejecutivo.....	6
I. Introducción.....	11
II. Protección Social y Seguridad Social en el Contexto Latinoamericano.....	12
1. El Concepto de Protección Social y Seguridad Social.....	12
2. Modelos de Protección y Seguridad Social en América Latina.....	13
III. Modelo Dominicano de Protección y Seguridad Social: entre el Mercado y el Derecho Ciudadano.....	16
IV. Garantía del Acceso y Cobertura Universal.....	20
1. Universalidad de cobertura: más que un seguro de salud.....	20
2. Ampliación de afiliación para dependientes adicionales.....	23
3. Interconectividad y récord único del o la paciente.....	24
4. Imprescriptibilidad de los derechos, beneficios, prestaciones y servicios.....	26
V. Pisos para la Protección Social (PPS).....	28
VI. Educación e Incidencia para la Protección Integral de los Derechos de los/as Trabajadores/As en la Seguridad Social.....	29
VII. Propuestas para la Reforma del Sistema Dominicano de Seguridad Social de la República Dominicana.....	30
VIII. Conclusiones y Recomendaciones Finales.....	35
1. Conclusiones:.....	35
2. Recomendaciones:.....	38
Bibliografía.....	39

Siglas o acrónimos

ADESS: Administradora de Subsidios Sociales
AFP: Administradoras de Fondos de Pensiones
ARS: Administradoras de Riesgos de Salud
BID: Banco Interamericano de Desarrollo
BM: Banco Mundial
CASC: Confederación Autónoma Sindical Clasista
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CNSS: Consejo Nacional de Seguridad Social
CNTD: Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos
CNUS: Confederación Nacional de la Unidad Sindical
CSA: Confederación Sindical de Trabajadores y Trabajadoras de Las Américas
DIDA: Dirección de Defensa de los Afiliados
EHR: Sigla en inglés de Historia Clínica Electrónica
ENCFT: Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo
END: Estrategia Nacional de Desarrollo
FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FMI: Fondo Monetario Internacional
GCPS: Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales
IADB: Inter-American Development Bank
INDOTEL: Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones
INFOTEP: Instituto de Formación Técnica y Profesional
MEPyD: Ministerio de Planificación, Economía y Desarrollo
MG. Maestría en Gestión
MIC: Ministerio de Industria y Comercio
MIPyME: Micro, Pequeñas y Medianas Empresas
OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development.
OIT: Organización Internacional del Trabajo
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONAPLAN: Oficina Nacional de Desarrollo
OPC: Olof Palme International Center
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OPTIC: Oficina Presidencial de Tecnologías de la Información y Comunicación

PDSS: Plan de Servicios de Salud
PIB: Producto Interno Bruto
PLANDES: Plan Nacional de Salud
PNDS: Plan Nacional de Desarrollo Social
PPS: Pisos de Protección Social
PROCOMUNIDAD: Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias
PROSOLI: Programa Progresando con Solidaridad
RD: República Dominicana
SDSS: Sistema Dominicano de Seguridad Social
SeNaSa: Seguro Nacional de Salud
SFS: Seguro Familiar de Salud
SIPEN: Superintendencia de Pensiones
SISALRIL: Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SIUBEN; Sistema Único de Beneficiarios de Riesgos de Salud
TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación
TSS: Tesorería de la Seguridad Social
UASD: Universidad Autónoma de Santo Domingo

RESUMEN EJECUTIVO

El presente Estudio sobre las **“Reformas Parciales Promovidas por el Gobierno Dominicano y su Impacto en la Protección Social”**, nace en el marco del del Proyecto de cooperación con la Olof Palme International Center (OPC) de Suecia “Inequidad, Pobreza y el Camino para la Seguridad Social. El mismo ha sido coordinado por la Confederación Sindical de Trabajadores y Trabajadoras de las Américas – CSA – y las centrales de la República Dominicana (Confederación Autónoma Sindical Clasista -CASC-, Confederación Nacional de la Unidad Sindical -CNUS- y la Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos -CNTD).

El objetivo principal de este Estudio es analizar las reformas a la seguridad social en la República Dominicana, su impacto y viabilidad para una efectiva protección social para los/as trabajadores/as. Por eso, este documento que se presenta a continuación está centrado en la situación de la protección social en la República Dominicana, focalizado en los componentes salud y pensiones. Además, con este trabajo se busca un mayor alineamiento del movimiento sindical dominicano, para de forma articulada y coordinada incidir en los diferentes escenarios de discusión para las reformas a la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01). Se trata, a su vez, de un aporte que agregue más valor y contenido a las propuestas de incidencias del movimiento sindical.

El Estudio inicia colocando de entrada una diferenciación de los conceptos de protección social y seguridad social, porque en múltiples escenarios ambos conceptos son tratados como sinónimos. Se deja establecido que la seguridad social es un componente de la protección social, dado que esta última la trasciende al indicar que el objetivo protección social es reducir el riesgo y la vulnerabilidad de tipo social y económico, así como aliviar la pobreza y privación extrema. De ahí que uno de los componentes claves de la protección social, quizás el más importante, es la seguridad social, la cual abarca programas de afiliación que cubren determinadas contingencias, situaciones adversas o riesgos vinculados a la salud y el ingreso de la población.

Tomando los análisis de Carmelo Mesa Lago y otros autores, el Estudio en cuestión analiza que la seguridad social en América Latina, desde finales de la década de los ochenta y como consecuencia de la crisis de esa época, ha sido objeto de cambios, transformaciones y reformas estructurales. Es un proceso que ha desencadenado la conformación de un escenario caracterizado por una enorme diversidad en materia de cobertura, organización institucional y financiamiento.

Estos modelos de seguridad social en han dado alta preponderancia a la intervención de la participación privada en los sistemas de salud y seguridad social, reduciendo la participación del Estado en la prestación de los servicios públicos. Esta visión ha estado apadrinada por los organismos financieros internacionales como el Banco Mundial, BID y FMI. La perspectiva de reforma de estos actores se orientó a dar mayor preponderancia a principios vinculados a la lógica economicista y de mercado de la salud en detrimento de los principios básicos de la seguridad social como la equidad, universalidad y solidaridad.

La República Dominicana no escapó a esta lógica e instauró un modelo de seguridad social mixto (público y privado) que opera simultáneamente bajo la lógica contradictoria de la salud como mercado y derecho a la vez. Un modelo que ha agravado la dispersión institucional del Estado y escasamente ha cumplido con los propósitos previstos en su origen.

Es un modelo que promueve la segmentación de la condición de ciudadanía, diferenciando a los que pueden o no cotizar al sistema y por consiguiente unos tienen mayores barreras que otros para el acceso a la salud en función de su relación con el mercado laboral. En su naturaleza y definición el sistema de seguridad social de la RD categoriza la condición de ciudadanía en función de su ubicación dentro de la pirámide social existente.

En ese sentido, aunque el sistema de seguridad social de la RD ha significado una ruptura con el viejo esquema de aseguramiento sustentado en las igualas médicas y ha contribuido al aumento de la cobertura de seguros de salud, en términos de los principales indicadores resultados de salud y el gasto de bolsillo de las familias, ha tenido un bajo impacto. Una de las principales causas de este bajo impacto tiene sus raíces en el diseño de un modelo que en su esencia opera con una lógica mercantilista para generar enormes ganancias en los agentes privados vinculados al mercado de la salud y las pensiones.

Por eso, la principal distorsión de este sistema es su distanciamiento con los principios de solidaridad, universalidad y equidad. A esta noción de mercado de la seguridad social se suma que el Estado presenta bajos niveles de institucionalidad, coordinación y conducción del sistema y poca capacidad reguladora y supervisora de las ARS, AFP y Prestadores de Servicios de Salud. Por eso, la reforma de seguridad social que emprenda el país en este nuevo ciclo deberá devolver al Estado su rol de garante de la protección social y los derechos de la salud de los ciudadanos y ciudadanas.

A pesar de estas distorsiones, en materia de afiliación al Seguro Familiar de Salud, se pueden exhibir algunos logros del SDSS, tales como:

- A julio 2021, un 94.7% de la población está afiliada al Seguro Familiar de Salud (SFS), siendo RD uno de los países de América Latina que ha logrado avanzar en la universalidad del aseguramiento. Antes de la reforma, la cobertura de seguro de salud no sobrepasaba el 7% de toda la población.
- Disponer de un Plan de Servicios de Salud con mayor cobertura que las antiguas igualas médicas y que toca a toda la población afiliada.
- Inclusión del millón de pesos para la cobertura de alto costo, permitiendo que familias empobrecidas con poca capacidad de pago puedan acceder a tratamientos para enfermedades catastróficas.
- Ampliación de la cobertura de afiliación al núcleo familiar.
- Disminuir las brechas de afiliación por razones de género, condiciones conyugales, embarazos y maternidad, edad, estado de salud.
- No exclusión de la mujer para su afiliación por ser madre soltera o carente de estatus de legalmente casada o situación de embarazo. Esto ha favorecido para que en la actualidad más del 50% de la población afiliada al Seguro Familiar de Salud sean mujeres.
- La eliminación de los excluyentes e inequitativos seguros de la Policía Nacional y Militares, al ser traspasados a SeNaSa e integrados con plenos derechos al Régimen Contributivo y los planes especiales de pensionados y jubilados.

Estos avances en materia de cobertura universal del Seguro Familiar de Salud no son necesariamente sinónimos de acceso a servicios de salud con calidad. En ese sentido, en el sistema de seguridad social dominicano se observan profundas barreras de acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad; la falta de un catálogo de prestaciones adecuado a las necesidades nacionales y los perfiles epidemiológicos de la población; existencia de redes de servicios desarticuladas con predominio de la visión curativa de la salud, en detrimento de la prevención; barreras de acceso a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles; y, una alta exposición financiera de los afiliados, en especial la población más empobrecidas, al tener que destinar alrededor del 42% del gasto en salud de su presupuesto familiar (www.paho.org).

La instauración definitiva de un modelo de atención en salud basado en la prevención, teniendo el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, sigue siendo un desafío en el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Un modelo centrado en la curación, como el de República Dominicana, hace que la atención en salud sea altamente costosa e incrementa el gasto de bolsillo de la población como

consecuencia de los copagos que demanda la atención especializada y supraespecializada. Por eso, el movimiento sindical entiende que la discusión de los honorarios médicos y la estructura tarifaria de los servicios de salud pasa necesariamente por una redefinición del modelo de atención.

En el Estudio se plantean los avances que han habido en América Latina con la implementación de la Historia Clínica Electrónica. Se analizan las diferentes ventajas y desafíos que tiene la creación de esta herramienta en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana. Así como la existencia de algunas normativas e iniciativas que se han puesto en marcha en el país. Por eso, se aboga como propuesta que la reforma de seguridad social integre de manera gradual la interconectividad de los agentes del sistema y el récord único del o la paciente mediante la herramienta de la Historia Clínica Electrónica.

En este trabajo se plantea la necesidad de que en la reforma de seguridad social se incluyan como elementos sustantivos de la propia ley 87-01:

- El principio de la imprescriptibilidad de los derechos, beneficios, prestaciones y servicios.
- Los Pisos de Protección Social (PPS), con financiamiento público, como garantías básicas que aseguren la protección dirigida a prevenir o aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social. Estas garantías deben asegurar como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso.

Por otro lado, por la importancia y el impacto que tiene la seguridad social en la vida de los ciudadanos y ciudadanas, en este Estudio se propugna que, como plantea la ley 87-01 en su art. 6, se incluya definitivamente en el curriculum de los niveles preuniversitario, técnico y superior una asignatura para que los/as estudiantes conozcan los derechos, deberes, funcionamiento y beneficios del sistema de seguridad social.

Con la promulgación de la Ley 87-01, en el país se crea un sistema mixto de pensiones que combina la capitalización individual con el sistema de reparto, conservando a la vez modalidades de pensiones privilegiadas en algunas instituciones del Estado, como el Congreso, las altas cortes y otras instancias gubernamentales. Los resultados de este modelo de pensiones han sido generar altas ganancias en las Administradoras de Fondos de Pensione (AFP), sin garantía de un retiro digno para los /as trabajadores/as. El país exhibe una de las más bajas tasa de reemplazo en todo el continente latinoamericano, la cual oscila entre un 22% y 32%

respecto al último salario en el momento del retiro. A esto se agregan los bajos salarios que percibe la mayoría de la masa trabajadora, lo cual limita sus capacidades para hacer aportes que garanticen la acumulación de un fondo de pensiones digno al momento del retiro. Es un modelo que no está en consonancia con la estructura salarial del mercado laboral y tampoco responde a los altos niveles de informalidad del trabajo del país.

Todas estas falencias invocan a lograr cambios en el sistema de pensiones, con el objetivo de hacerlo más eficiente, solidario, sostenible y universal para los/ afiliados/as titulares y su núcleo familiar. Por eso, las propuestas de este Estudio, es que el proceso de reforma de la ley 87-01 esté dirigido a lograr una seguridad social universal, solidaria e inclusiva. Una seguridad social para todas y todos fundamentada en dos pilares: un pilar público básico, financiado por impuestos progresivos (al capital, a las rentas), que proporcione beneficios a todos y todas en el pilar público contributivo, con financiamiento tripartita. A la vez que el Estado comprometa un porcentaje del presupuesto nacional para la extensión de la cobertura de protección social entendida en un sentido integral y con igualdad de género.

Por eso, el movimiento sindical asume como propuesta prioritaria la eliminación de los modelos fundamentados en la capitalización individual, el lucro privado y la especulación financiera. El Estado debe garantizar la protección social de toda la población. Esto así, porque los sistemas previsionales y de pensiones basados en la capitalización individual reproducen y aumentan las desigualdades ya existentes en el mercado y se han convertido en una fuente de lucro de los sectores financieros. Por tanto, en la ley 87-01 debe instituirse como modelo de pensiones el sistema de reparto público y solidario, con aportes y prestaciones definidas, como lo recomienda el Convenio 102, de la Organización Internacional del Trabajo OIT.

I. INTRODUCCIÓN

Conocer a fondo los sistemas de protección social, y comprender las características de los cambios estructurales que a través de los años han marcado el camino hacia la protección social efectiva, resulta de gran importancia para los gobiernos, la sociedad civil y todo aquel que entienda que un cambio de paradigma es posible e impostergable.

En el momento actual en la República Dominicana se discuten propuestas y proyectos para la modificación a la ley 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. En este escenario la Confederación Sindical de Trabajadores y Trabajadoras de las Américas – CSA – y las centrales de la República Dominicana (Confederación Autónoma Sindical Clasista -CASC-, Confederación Nacional de la Unidad Sindical -CNUS- y la Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos -CNTD), en el marco del Proyecto de cooperación con la Olof Palme International Center (OPC) de Suecia “Inequidad, Pobreza y el Camino para la Seguridad Social, deciden realizar un Estudio con el objetivo de analizar las reformas a la seguridad social en la República Dominicana, su impacto y viabilidad para una efectiva protección social para trabajadores/as.

Por eso, el Estudio que se presenta a continuación está centrado en la situación de la protección social en la República Dominicana, focalizando el análisis en las reformas en términos de Seguridad Social. El objetivo adyacente es conocer la situación actual del país, así como evidenciar los principales desafíos en este terreno.

Las propuestas de este trabajo tienen como base las perspectivas y miradas del sector laboral organizado con el propósito de alinear sus aportes para el despliegue coordinado de iniciativas de articulación e incidencia en la sociedad dominicana, en medio del proceso de debate promovido por el Gobierno sobre las reformas a la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01). Así como generar aportes que contribuyan a profundizar y ampliar los contenidos de las propuestas de reformas con las cuales cuenta el movimiento sindical.

Con este aporte a la sociedad dominicana la CSA y las centrales sindicales dominicanas reafirman su compromiso con la defensa de una seguridad social centrada en los principios que le dieron origen como la universalidad, equidad y solidaridad. Por tanto, el modelo que el país decida trillar deberá estar en consonancia con estos principios como condición indispensable para garantizar un modelo inclusivo, solidario, público, no discriminatorio, inclusivo integral y redistributivo y que esté

bajo la responsabilidad del Estado. Por eso, estamos conscientes que los resultados y propuestas de este Estudio contribuirán a enriquecer el debate sobre la reforma a la seguridad social y al final serán los trabajadores/as y los grupos más vulnerables los principales beneficiarios de las reformas.

En el presente Estudio se combina el trabajo documental y analítico con entrevistas a líderes del sector laboral. En el primer capítulo se esboza la situación actual de la protección social, en el contexto latinoamericano, modelos, pobreza y avances y retrocesos. El segundo capítulo describe el Modelo Dominicano de protección y seguridad social, su configuración, reformas, principales actores, brechas, logros y cuentas pendientes. El tercer capítulo contiene las propuestas y estrategias de educación e incidencia para la protección integral de los derechos de los/as trabajadores, las cuales están basadas en las principales corrientes que promulgan estas reformas de carácter sustanciales para la mejora de los sistemas de protección social. En esta sección se documentan las principales propuestas surgidas de las entrevistas a líderes del sector laboral, del gobierno y otros actores. El estudio finaliza con las conclusiones y recomendaciones sobre las reformas a la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

II. PROTECCIÓN SOCIAL Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

1. El Concepto de Protección Social y Seguridad Social

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la protección social es un conjunto de intervenciones cuyo objetivo es reducir el riesgo y la vulnerabilidad de tipo social y económico, así como aliviar la pobreza y privación extremas .

En ese sentido, la protección social tiene un carácter de transversalidad porque incluye un conjunto integral de intervenciones que abarcan dimensiones económicas, sociales y culturales, tocando las condiciones del mercado laboral, la alimentación, la educación, los sistemas de salud, pensiones y el cuidado de las personas.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), establece como la clave fundamental para evaluar los sistemas de protección social determinar si logran contribuir a la promoción de los derechos, económicos, sociales y culturales y cómo responden a las dinámicas de riesgos y a una redistribución equitativa de los recursos de un país. Un análisis de un sistema de protección social verifica si los recursos se diversifican, reducen o amplían las brechas entre la dotación

de ingresos, el riesgo individual y los niveles de protección deseados .. Esto significa que en última instancia la protección social busca integrar una diversidad de acciones que contribuyan a crear sociedades más justas, equitativas, solidarias e inclusivas, con el objetivo de garantizar niveles mínimos de vida para todos y todas.

En ese contexto, el Estado tiene el rol de garantizar la protección social y crear las condiciones necesarias para mantener niveles mínimos de protección social con criterio de universalidad, equidad y solidaridad. Por tanto, debe jugar un papel primordial para que la protección sea vista como un “derecho y no un privilegio”. La asunción de este rol, por parte del Estado, conlleva consigo la coordinación y movilización de otros importantes actores de la sociedad: las empresas, los partidos políticos, las familias, trabajadores/as, las organizaciones sociales y comunitarias.

Uno de los componentes claves de la protección social, quizás el más importante, es la seguridad social. Esta abarca programas de afiliación que cubren determinadas contingencias, situaciones adversas o riesgos que afectan al bienestar o a los ingresos de los hogares .

Visto el grado de relevancia, podemos concluir que la seguridad social también abarca la previsión social, la cual es el elemento de mayor impacto en términos de protección social para los individuos y sus familias. La seguridad social, en su versión más desarrollada, garantiza la protección de la salud, el desempleo y las pensiones, así como las prestaciones sociales financiadas principalmente por impuestos, ésta se ha convertido en un reto universal en un mundo globalizado.

2. Modelos de Protección y Seguridad Social en América Latina

La seguridad social en América Latina, desde finales de la década de los ochenta y como consecuencia de la crisis de esa época, fue objeto de cambios, transformaciones y reformas estructurales. Diferentes autores concuerdan en que estas reformas trajeron consigo nuevas inclusiones sociales, combinadas con mayores exclusiones y pobreza.

La crisis de la llamada “década perdida” contribuyó con el deterioro de los seguros sociales “más personas pierden sus empleos, más personas son jubiladas, menos ingresan en un puesto de trabajo y el Estado se contrae. Finalmente, los programas de ajuste estructural que comenzaron en la región en los años 80 también provocaron severos costos sociales y agravaron la crisis de los seguros. La antigua asistencia social, limitada a unos pocos países de la región y con escasísimos recursos, fue afectada por la doble crisis” .

Este escenario trajo consigo programas de ajuste que agravaron la pobreza. En Latinoamérica y El Caribe, entre 1980 y 1990, la incidencia de la pobreza aumentó de 40.5% a 48.4%. En este contexto surgieron las redes de protección social focalizadas en los grupos más vulnerables. Es también en este contexto que surgen en la región los primeros programas de transferencias condicionadas de ingreso, que al igual que las reformas de salud y seguridad social, fueron patrocinadas por los agentes financieros internacionales como el BID, BM y FMI.

En buena parte de los países de Latinoamérica no existe un aseguramiento público masivo en materia de salud. Existe una mezcla de seguros públicos y privados que se sustentan en las cotizaciones o aportaciones de los trabajadores, empleadores y gobiernos. Esta mezcla es el resultado de los procesos de reforma del sector salud que tuvieron su auge a partir de los años ochenta, en los cuales se dio preponderancia a la intervención de la participación privada, reduciendo el rol del Estado en la prestación de los servicios públicos.

Como resultado de esta tendencia, durante las últimas décadas, en varios países se “crearon administradoras de fondos y redes de proveedores privados para la atención de los más pobres. Sin embargo, este proceso se desarrolló bajo el convencimiento de que era necesario fortalecer la capacidad reguladora de los Estados, para garantizar la provisión universal de un paquete de prestaciones a toda la población”.

En términos de las pensiones, en este escenario continental se pueden observar dos grandes tendencias:

- Una primera tendencia fue la de las reformas estructurales o «paradigmáticas» que encarnaron reformas sustanciales de los sistemas, en los cuales en pensiones hay un predominio de la capitalización individual por encima de los modelos de reparto; en la salud se prioriza la administración privada total o parcial de los regímenes de afiliación. Se las conoce también como el modelo de tres pilares o multipilar del Banco Mundial, en el cual predomina el segundo pilar basado en la capitalización individual de administración privada lucrativa. Estas reformas fueron concebidas como parte de las políticas del llamado «Consenso de Washington» o de las denominadas «políticas de ajustes estructurales» promovidas por el Fondo Monetario Internacional.
- La segunda tendencia se orienta hacia las reformas no estructurales o paramétricas, las cuales se enfocaron en hacer modificaciones dentro de los sistemas públicos nacionales sin excluir la complementariedad privada.

Estos modelos de reformas carecen de coherencia e integralidad y operan de forma fragmentada e impactan de manera negativa los principios de universalidad, equidad y solidaridad. Son sistemas que no tienen una visión de futuro real de los ingresos de los trabajadores/as, generando un horizonte de futuro incierto, en especial por la baja capacidad de cotización de los trabajadores/as en sociedades con salarios deprimidos, alto grado de informalidad laboral y la precaria tasa de reemplazo para garantizar ingresos dignos al momento del retiro. Estos nuevos paradigmas de pensiones magnifican el problema demográfico para negarse al sistema de reparto, obviando la necesidad de políticas públicas coherentes que se orienten a evaluar los ajustes que ameritaría este sistema.

Un elemento común en los países latinoamericanos es que como resultado de estas reformas contradictorias, en las últimas dos décadas, hubo una evolución positiva en términos de la cobertura de afiliación contributiva en el componente salud. Según cifras de la OIT “la cobertura contributiva aumentó 5,6 puntos porcentuales entre los años 2005 y 2010, pasando de un 36,6 por ciento a un 42,2 por ciento respectivamente. A partir de entonces la evolución de la cobertura contributiva refleja una tendencia alcista, alcanzando un 47,5 por ciento para 2016, año a partir del cual bajó al 46,9 por ciento para 2017, estabilizándose luego en el orden del 46,6 por ciento para los años 2018 y 2019. Para el período 2012-2019 la cantidad de cotizantes aumentó en 14 millones de personas y la de ocupados en 22 millones, lo que representa un incremento del 14 por ciento y 9,6 por ciento respectivamente .

Sin embargo, a raíz de la pandemia del COVID 19, la OIT indica que en América Latina se ha generado un retroceso en la seguridad contributiva y por consecuencia los esquemas no contributivos se han visto sometidos a fuertes presiones y demandas “para enfrentar la pérdida de ingresos y mitigar el aumento de la pobreza”. Por eso, este organismo reclama como un desafío el fortalecimiento de “ la protección social, universalizar su cobertura y mejorar su gobernanza”

En el Convenio sobre la Seguridad Social (Norma Mínima 102, 1952) de la OIT, basado en los principios fundamentales de seguridad social, se establecen normas mínimas aceptadas a nivel mundial para las nueve ramas de la seguridad social y definen el derecho a la seguridad social de toda persona por el solo hecho de ser humano. Al comparar los contenidos de este Convenio con los diferentes modelos que prevalecen en los países latinoamericanos, se observa que la mayoría de estos países han establecido modelos en los cuales atan los beneficios a la seguridad a la condición de asalariado formal, no a la de ser humano o su condición de ciudadanía.

En esta misma dirección de la Norma Mínima 102, 1952 (OIT), la Organización Mundial de la Salud, indica que la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que estar expuestas a riesgos financieros para cubrir los costos. La cobertura universal abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales y de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (www.oms.org).

Partiendo de estas definiciones de cobertura universal, podemos concluir que América Latina aún falta mucho camino por recorrer y lograr un acceso y cobertura de salud universal y de calidad. Es necesario configurar modelos que garanticen la solidaridad, universalidad y equidad, evitando el predominio de la lógica del mercado y los principios de utilidad económica para el derecho a una protección social digna.

III. MODELO DOMINICANO PARA LA PROTECCIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL: ENTRE EL MERCADO Y EL DERECHO CIUDADANO.

La década del 80 estuvo permeada por políticas de austeridad dictada por el Fondo Monetario Internacional (FMI). En esta época se genera una crisis económica que impactó negativamente los principales indicadores macroeconómicos y el aumento de la deuda externa en todos los países latinoamericanos. En cambio, la década de los años noventa, hasta el 1998, trajo consigo un respiro económico para los gobiernos, pudiendo algunos de ellos, en función de la naturaleza político-ideológica que les definían, desarrollar políticas sociales que favorecieran a los grupos más empobrecidos de las sociedades latinoamericanas.

En ese contexto, en la República Dominicana, a partir del año 1993 se ponen en marcha una serie de iniciativas orientadas a disminuir la pobreza, entre las cuales se destacan:

- El Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias (PROCOMUNIDAD), el cual se fundamentaba en la financiación y ejecución de proyectos a nivel comunitario con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los más pobres .
- Creación, mediante el Decreto 104-95, de la Comisión Nacional para la Promoción del Desarrollo Social, con la misión primordial de dar seguimiento a los acuerdos derivados de la Cumbre de Copenhague (1995).
- Diseño del Plan Nacional de Desarrollo Social (PNDS), el cual contenía lineamientos de políticas, objetivos, metas y acciones

que permitirían establecer prioridades que facilitarían la toma de decisiones en la ejecución de políticas sociales .

- Elaboración del Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza Comunidad Digna (1998), el cual se propone dar respuesta a los objetivos de políticas sociales del PNDS .
- Con la promulgación del Decreto No. 28-01, del 8 de enero del año 2001, se crea el Gabinete Social del Gobierno. Con la creación de esta estructura el Gobierno intentaba una redefinición institucional de las políticas sociales que permitiera diseñar y ejecutar con efectividad los programas dirigidos a reducir la pobreza.
- En el año 2001 se promulga la ley No. 87-01, creando el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), cuyo objetivo fue la protección de la población contra ciertos riesgos a través de la operación de los sistemas de pensiones, salud y riesgos laborales.
- En el 2004 el gobierno creó el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), institución técnica responsable de las mediciones de pobreza para fines de focalización de los programas sociales del Gobierno.
- Por mandato de la Ley 87-01 en el año 2001 se crea el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), instancia pública responsable de afiliar y garantizar la protección social en salud a la población pobre.

A pesar de que estas iniciativas iban orientadas a la disminución de la pobreza, las mismas agravaron la dispersión institucional del Estado y escasamente cumplieron con los propósitos previstos por el Gobierno. Además, estas entidades, con excepción de SeNaSa y el SIUBEN, distorsionaron los objetivos para los cuales fueron creadas.

Es a partir de la promulgación de la ley 87-01 que se establece un modelo de aseguramiento mixto (público y privado), en el cual se combina la lógica del mercado y la salud como derecho. Se establece un modelo de financiamiento del sistema de seguridad social cuyas fuentes proceden de las cotizaciones de los empleados, los empleadores y el Estado, con diferenciaciones o segmentaciones en función de la capacidad de pago, instaurándose así tres regímenes de afiliación: contributivo, subsidiado y contributivo-subsidiado (este último no está en vigencia aún). Se crea una separación sistémica, entre quienes pueden pagar y acceder a los servicios en redes privadas, con menores trabas y los que no pueden pagar y dependen del Estado en su totalidad y su vía de acceso a la salud es la red pública. En su naturaleza y definición el sistema de seguridad social de la RD categoriza la condición de ciudadanía en función de su ubicación dentro de la pirámide social.

Aunque el sistema de seguridad social de la RD ha significado una

ruptura con el viejo esquema de aseguramiento sustentado en las igualas médicas, en términos de resultados en los principales indicadores de salud y el gasto de bolsillo de las familias, este sistema ha tenido muy bajo impacto. Porque el mismo está diseñado en su esencia con una lógica mercantilista para generar enormes ganancias en los agentes privados vinculados al mercado de la salud. La principal distorsión de este sistema es su distanciamiento con los principios de solidaridad, universalidad y equidad. A esta noción de mercado de la seguridad social se suma que el Estado presenta bajos niveles de institucionalidad, coordinación y conducción del sistema y poca capacidad reguladora y supervisora de las ARS, AFP y Prestadores de Servicios de Salud.

Otra distorsión que está en la raíz de este sistema es que “las instituciones reguladoras y de financiamiento que tienen un papel clave para desarrollar políticas de solidaridad, equidad y universalización exhiben un comportamiento mediatizado por la presencia de intereses económicos corporativos. Por un lado, el Estado aparece como protector del ciudadano y por el otro defensor de los intereses privados corporativos.

Si el Estado no asume su papel de protector del derecho a la salud de la población, el impacto en la sociedad tiende a ser devastador, muy particularmente para los más pobres y la clase media, aumentando las inequidades y las asimetrías. Con efectos inmediatos en la economía y el presupuesto familiar. El papel de protector del Estado es ética y políticamente innegociable. En un estado de derecho, independientemente de la capacidad de pago del individuo el Estado deber ser garante de los servicios sanitarios.

Bajo este paradigma, corresponde al Estado jugar el rol de protección social de la población más excluida, sin lesionar la universalidad del derecho. Cualquiera que sea el sistema de aseguramiento, el Estado tiene la obligación de garantizar los derechos de la salud de los ciudadanos ”.

Por otro lado, con la promulgación de la Ley 87-01, en el país se crea un sistema de pensiones que combina la capitalización individual con el sistema de reparto, y a su vez se conservan modalidades de pensiones privilegiadas en algunas instituciones del Estado, como el Congreso, las altas cortes y otras instancias gubernamentales. Esta naturaleza mixta del sistema de pensiones se concibió con un criterio de transición en el cual se manejaran simultáneamente los sistemas de capitalización individual y de reparto. Pero en la realidad la visión objetivo es instaurar de forma definitiva un sistema de capitalización individual carente de solidaridad, universalidad y equidad.

El resultado del modelo de pensiones de la República Dominicana ha sido generar altas ganancias en las Administradoras de Fondos de Pensione (AFP), sin que haya garantía de un retiro digno por parte de los /as trabajadores/as. Esto se explica en que el país exhibe una de las más bajas tasa de reemplazo, la cual oscila entre un 22% y 32% en función del último salario al momento del retiro. A esto se agrega que los bajos salarios que percibe la mayor masa laboral no permite que haya una sólida capacidad en la población formalmente empleada. Todas estas falencias invocan a lograr cambios en el sistema de pensiones, con el objetivo de hacerlo más eficiente, solidario, sostenible y universal para los/ afiliados/as titulares y su núcleo familiar.

Datos de la Fundación Juan Bosch en su estudio titulado “Del Negocio Seguro de la Seguridad Social” revelan que “el 82.4% de los 1,855,197 cotizantes en el sistema de pensiones devengarían retribuciones para su jubilación de RD\$8,000 o menos, si eventualmente cumplen con las 360 cuotas de aportes al sistema (equivalente a 30 años) establecidos en la Ley de Seguridad Social, según una investigación titulada. En este Estudio se proyecta una tasa de reemplazo de 22.8% sobre el último sueldo del trabajador al momento del retiro, tomando en cuenta que ese porcentaje de contribuyentes gana de cero a tres salarios mínimos” .

En términos del Seguro Familiar, a pesar de estas distorsiones de base estructural y sistémica en la seguridad social dominicana, hay algunos logros visibles que se pueden exhibir después de la ley 87-01, tales como:

- A julio 2021, un 94.7% de la población está afiliada al Seguro Familiar de Salud (SFS), siendo RD uno de los países de América Latina que ha logrado avanzar más rápidamente en la universalidad del aseguramiento. Antes de la reforma, la cobertura de seguro de salud no sobrepasaba el 7% de toda la población.
- Disponer de un Plan de Servicios de Salud (PDSS) con mayor cobertura que las antiguas igualas médicas y que toca a toda la población afiliada.
- Inclusión del millón de pesos para la cobertura de alto costo, permitiendo que familias empobrecidas con poca capacidad de pago puedan acceder a tratamientos para enfermedades catastróficas.
- Ampliación de la cobertura de afiliación al núcleo familiar.
- Disminuir las brechas de afiliación por razones de género, condiciones conyugales, embarazos y maternidad, edad, estado de salud.
- No exclusión de la mujer para su afiliación por ser madre soltera o carente de estatus de legalmente casada o situación de embarazo. Esto ha favorecido para que en la actualidad más del 50% de la población afiliada al Seguro Familiar de Salud sean mujeres.

- La eliminación de los excluyentes e inequitativos seguros de la Policía Nacional y Militares, al ser traspasados a SeNaSa e integrados con plenos derechos al Régimen Contributivo y los planes especiales de pensionados y jubilados.

IV. GARANTÍA DEL ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL

1. Universalidad de cobertura: más que un seguro de salud

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad”. En esta definición de la OPS quedan claramente establecidas las principales variables que indican cuándo un sistema de salud se inscribe dentro de los principios de la salud como derecho:

- Acceso y cobertura universal sin discriminación
- Servicios integrales, oportunos y de calidad
- Planes básicos de salud adecuados a las necesidades nacionales
- Acceso a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles
- No exposición a los usuarios a dificultades financieras, en especial a los más vulnerables.

En su Norma 2 del 2002, la OIT plantea que “cada sociedad debe elegir cual es la mejor forma de garantizar la seguridad del ingreso y el acceso a la atención de salud”, pero que “todos los sistemas deberían ajustarse a ciertos principios básicos” (OIT 2002: 2). Por tanto, sobre esta base, los sistemas de seguridad social están fundados en la universalidad, la solidaridad y la equidad. En ese contexto, la seguridad social es proclamada y reconocida por la OIT como un derecho fundamental de todo ser humano y por ende reivindica como principios esenciales de cualquier sistema de seguridad social la equidad, universalidad y la solidaridad .

Este enfoque de la OIT está directamente conectado con la defensa de la seguridad social como un derecho y por consiguiente el Estado tiene la responsabilidad de garantizar que cada persona tenga acceso a los diferentes programas que devienen de un sistema de seguridad social equitativo, solidario y universal.

Bajo esta mirada de la OPS y la OIT, la seguridad no social no puede estar sometida a la lógica del mercado, el cual por su naturaleza tiene una dinámica de exclusión a quienes no tienen capacidad de consumo o de compra. Por eso, el modelo que la República Dominicana decida construir en esta nueva etapa de reforma de la ley 87-01 tiene que cimentarse en la equidad, la universalidad y la solidaridad, con un enfoque integral.

Esto plantea un reto a la reforma de un sistema de seguridad social como el dominicano, el cual nació bajo la influencia determinante de organismos internacionales como el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), los cuales sin obviar los tres principios originarios de la seguridad social, introdujeron otros que son los que han dominado la dinámica del sistema, como son la libre elección, la sostenibilidad financiera, la relación costo-efectiva de los paquetes de salud diseñados.

Los sistemas de seguridad social en América Latina presentan estadísticas que indican la necesidad de reorientar la mayoría de estos sistemas para garantizar mayor universalidad, solidaridad y equidad en el acceso a servicios de calidad:

- En promedio, alrededor de una tercera parte de las personas en los países de las Américas (29,3%) reportaron no buscar atención en salud cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso.
- Entre los que reportaron no buscar atención, el 17,2% atribuyó su decisión a barreras organizativas, como son los largos tiempos de espera, horas de atención inadecuadas, requisitos administrativos engorrosos, entre otros.
- Las barreras financieras fueron reportadas en el 15,1% de los casos, la disponibilidad inadecuada de recursos (ej. falta personal de salud, medicamentos e insumos) en el 8,4% de los casos y las barreras geográficas en el 5,4% de los casos.
- Se destaca que el 8,0% atribuyó su decisión a barreras de aceptabilidad (ej. barreras lingüísticas, falta de confianza en el personal de salud o maltrato por parte del personal, preferencia por la medicina tradicional e indígena).
- Las personas en el quintil de riqueza más pobre fueron más propensas a experimentar barreras de aceptabilidad, financieras, geográficas y falta de disponibilidad de recursos .

Como hemos planteado en capítulos anteriores, en la República Dominicana en estos 20 años del nuevo sistema de seguridad social se ha avanzado en términos de afiliación en el Seguro Familiar de Salud, sin que esto se traduzca necesariamente en garantía de acceso y cobertura

de servicios de salud de calidad y adecuados a las necesidades de la población afiliada.

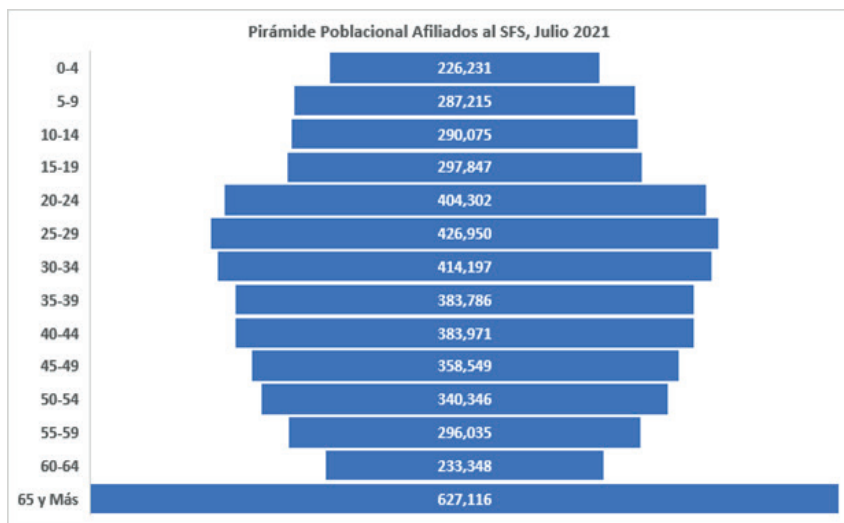
En efecto, para julio de 2021 alrededor del 94.7% de la población dominicana estaba afiliada al Seguro Familiar de Salud, tomando en consideración una población de un poco más de 10 millones de dominicanos (tabla 3). Un importante avance que es preciso resaltar en términos de reducción de la brecha de cobertura universal, fue la inclusión de más de 2 millones de afiliados en el Seguro Familiar de Salud en diciembre de 2020, por parte de la nueva gestión de gobierno.

**Población afiliada al Seguro Familiar de salud,
por año y mes de cobertura según tipo de régimen y sexo del afiliado.
Julio 2021**

Seguro Familiar de Salud			
Sexo	Subsidiado	Contributivo	Totales
Femenino	2,894,876	2,075,092	4,969,968
Masculino	2,849,456	2,072,943	4,922,399
Total 5	,744,332 4	,148,035 9	,892,367

Fuente: Elaboración del consultor, en base a estadísticas de la SISALRIL

Si evaluamos la composición etaria de los/ afiliados/ al Seguro Familiar de Salud, podemos observar que en los segmentos del 20-24 a 50-54 se encuentra más del 50% de la afiliación.



Fuente: Elaboración del consultor en base a estadísticas de la SISALRIL, julio 2021

2. Ampliación de afiliación para dependientes adicionales.

La Ley 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, establece el derecho de afiliación al Seguro Familiar de Salud para los/as dominicanos/as y los/as ciudadanos/as extranjeros/as con residencia en el territorio nacional. Para los fines de esta ley, la familia del asegurado incluye:

- a) Al cónyuge o compañero(a) de vida debidamente registrado; y
- b) Los hijos e hijastros menores de 18 años o menores de 21 años, si fueran estudiantes, o sin límite de edad si son discapacitados, los padres y suegros si son dependientes, mientras no sean ellos mismos afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Esta definición limita la afiliación de los familiares a partir del tercer grado de consanguinidad, restringiendo el acceso a las coberturas de salud.

En este sentido, en abril del 2016 La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) emitió la Resolución No.00206-2016 que establecía los requisitos y condiciones que deben cumplir los documentos para la afiliación de los dependientes directos y adicionales del afiliado titular al Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud, incluyendo a familiares que tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad.

La disposición, también reglamenta los documentos requeridos para desafiliación de los dependientes del titular, directos y adicionales.

La normativa, constituyó un paso importante en la ruta hacia la universalización de la afiliación, ya que abre la posibilidad de que los afiliados cotizantes al Sistema incluyan como dependientes adicionales en el Seguro Familiar de Salud (SFS) a tíos, abuelos, sobrinos y otros parientes.

A la fecha esta resolución no ha sido aplicada, ya que la misma fue vetada ante el Consejo Nacional de la Seguridad Social, constituyéndose en una traba para el acceso a los servicios de salud a una parte importante de la población del país.

Cabe precisar que para el Régimen Subsidiado no existen estas exclusiones, siempre y cuando el titular dependiente evidencie que los dependientes adicionales de tercer grado de consanguinidad, forman parte del núcleo familiar.

3. Interconectividad y récord único del o la paciente

Cada día más las herramientas de tecnología de la información toman creciente relevancia en los sistemas de salud de América Latina y El Caribe. Una de estas herramientas lo es la historia clínica electrónica o las EHR, por sus siglas en inglés. Los EHR facilitan que los datos de salud de los pacientes sean registrados en formato digital y no manual; el seguimiento al estado de salud en los distintos momentos del ciclo de vida de las personas y los procedimientos que se aplicaron para cada una de las condiciones de salud detectadas o diagnosticadas.

Sin ánimos de asumirlo como una receta, la historica clinica electrónica, a pesar de su complejidad, se ha ido promoviendo e implementando en diferentes países del continente latinoamericanos, como Colombia, Chile, Uruguay, Costa Rica, entre otros. Entre los principales beneficios que ofrece el EHR se destacan :

- Disponer de historias clínicas accesibles en tiempo real y en cualquier lugar. A diferencia de los documentos en papel, a los que solo es posible el acceso en un lugar específico;
- El paciente es dueño de su información y puede tener una atención personalizada;
- Los profesionales de la salud pueden tener acceso a la información de forma más simplificada y así poder gestionar mejor el diagnóstico y tratamiento del paciente;
- Mayor garantía de preservación de la seguridad y privacidad del paciente;
- Reducción en los costos administrativos y la emisión de papel en los centros de salud;
- Facilitar la coordinación de la atención;
- Mejoramiento de seguridad y atención al paciente;
- Mejorar la información y comunicación de interconsultas entre el personal médico.

Sin embargo, esto no significa la ausencia de retos o barreras para hacer realidad esta estrategia digital de la salud en países como República Dominicana. Dentro de los retos o brechas que se vislumbran para la implementación de estos sistemas, se destacan :

- La complejidad y diversidad de los códigos y definiciones de las diferentes patologías para el llenado de las historias clínicas. Esto es, el uso múltiple de estándares clínicos que arrojan una amplia heterogeneidad de los datos e informaciones sanitarias.
- Estas codificaciones deben estar en congruencia con las soluciones

informáticas o software que vaya a utilizar el sistema de salud de la República Dominicana, en especial con las nomenclaturas utilizadas en el Plan de Servicios de Salud.

- Disponer de las infraestructuras tecnológicas necesarias, tanto en la red pública y privada para garantizar la funcionalidad de esta estrategia.
- Garantizar la interconectividad e interoperatividad de los diferentes sistemas informáticos utilizados por las instituciones de salud y seguridad social para armonizar los registros de información y los circuitos de cada sistema.
- La resistencia de una parte del personal médico a hacer uso de las tecnologías.
- Educación continua del personal de salud vinculado al manejo de las historias clínicas en los diferentes centros sanitarios.

Ya en el país han habido iniciativas dirigidas a desarrollar acciones para el despliegue de estrategias y acciones para la implementación de la tecnología de información en el Sistema Nacional de Salud. Una de estas iniciativas fue la creación en el año 2012 del Comité Estratégico Nacional de eSalud. La función principal de este comité era apoyar a la OPS/OMS en la ejecución del Plan de Acción 2012-2017 de la OPS/OMS de eSalud. Este comité estuvo conformado por Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), el Ministerio de la Presidencia, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL); el Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones (INDOTEL), el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), la Oficina Presidencial de las Tecnologías de Información y la Comunicación (OPTIC), la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y por un conjunto de especialistas en TIC y salud .

En estas estrategias y Plan de Acción 2012-2017 se identificaron los siguientes componentes de la eSalud:

- El Registro médico electrónico
- La Telemedicina;
- Salud por dispositivos móviles (mSalud)
- Enseñanza y aprendizaje online (eLearning)
- La Educación continua en tecnología de la información y comunicación (TIC)
- La Estandarización e interoperabilidad de los sistemas

Sin embargo, hasta el momento no se evidencian informaciones que sustenten los niveles de avances de este plan y la funcionalidad de este comité.

De igual manera, desde 2003 el país cuenta con una Normativa Nacional de Expedientes Clínicos (Norma 32). En dicha norma, se define el expediente clínico como: *“el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias”*.

Con la digitalización del historial clínico y otras herramientas tecnológicas con un solo clic, sin importar el centro donde se atienda, el médico tendría acceso a los historiales clínicos sin tener que comenzar de cero con analíticas ni estudios de imágenes, implicando reducción de costos horizontales (pacientes, aseguradoras, centros de salud).

Esta estrategia abrazada con el desarrollo de la atención primaria, tendría un alto impacto en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana y redefiniría muchos componentes vinculados a la calidad de los servicios y al diseño de políticas y estrategias para la mejora de la salud de la población.

4. Imprescriptibilidad de los derechos, beneficios, prestaciones y servicios.

Cuando se habla de imprescriptibilidad de los derechos, beneficios y prestaciones y servicios se refiere al principio de excepción del derecho o acción que no se extingue por prescripción . En el campo de la salud, la imprescriptibilidad de los derechos implica que el Estado debe asegurar los derechos básicos de salud de las personas, independientemente de que aporte o no al sistema.

En el caso de la República Dominicana, la imprescriptibilidad de los derechos, beneficios, prestaciones y servicios de los ciudadanos es un derecho consagrado en la Constitución, en su artículo 61, donde especifica que: *“Toda persona tiene derecho a la salud integral. En consecuencia: 1) 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; 2) El Estado garantizará, mediante legislaciones y políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos y, en consecuencia, prestará su protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables; combatirá los vicios sociales con las medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y las organizaciones internacionales”* .

También en el Artículo 60 de la Constitución Dominicana se contempla el derecho a la seguridad social cuando 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”*.

Por tanto, constitucionalmente el Estado es el garante de que estos derechos se hagan efectivos, y asegurar los recursos necesarios, tomando las medidas correspondientes en materia presupuestaria, legislativa, administrativa o en cualquier otro ambiente que considere necesario. En esa perspectiva de derecho, la Constitución da prioridad a la “población de menores ingresos” y “a los grupos y sectores vulnerables”.

Los lazos contractuales sobre los cuales gira el sistema de seguridad social dominicano no garantizan derechos de naturaleza laboral, esta lógica profundiza la exposición de las y los ciudadanos a quedar desprovistos si pierden un puesto de trabajo. El escenario empeora considerando los niveles salariales de los países subdesarrollados, por lo que, la salud se ha visto durante años expuesta a ingresos que no garantizan una calidad de vida adecuada.

Esta realidad quedó develada a raíz del coronavirus y su impacto en el mercado laboral. El gobierno tuvo que realizar intervenciones para poder asegurar los servicios a la población. Ya que, por las medidas de contención de la pandemia fueron limitadas las actividades de las diferentes ramas de la economía nacional, generando la desvinculación o el cese de muchos trabajadores formales. En este escenario el gobierno tuvo que intervenir e implementar estrategias que permitieran asegurar los servicios de salud de toda la población, dentro de las principales estrategias implementadas se destacan:

- La garantía de la cobertura de las pruebas de laboratorio PCR SARS-COVID-2 para la detección del COVID-19 a población no afiliada a través del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), mediante la Resolución 229.
- Acuerdos con las aseguradoras de riesgos de salud para la garantía de la cobertura los gastos de internamientos y de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de los afiliados que contraigan la enfermedad.
- El Consejo Nacional de la Seguridad Social, emitió diversas resoluciones, con el objetivo de que, a través de la Cuenta del Cuidado de la Salud se le garantizara la cobertura del Seguro Familiar de Salud de los trabajadores suspendidos y que fueron protegidos por los programas Quédate en Casa y FASE .

La situación es más desalentadora en términos de pensiones, ya que los programas desarrollados durante el pico pandémico, estuvieron enfocados en las coberturas de salud, no así en el aseguramiento de la continuidad de los pagos destinados a éstas, constituyendo un atraso en los aportes necesarios para acumular las cuotas requeridas en el sistema de pensiones.

¿Cuál es la gran lección de la pandemia del COVID 19?, la necesidad de crear políticas y estrategias desde una visión de Estado que garanticen la imprescriptibilidad de los derechos de las personas. Esto plantea la necesidad de colocar en la agenda pública la definición y desarrollo de los pisos de protección social.

Por eso, líderes y actores claves del movimiento sindical dominicano proponen que se introduzca “en la ley 87-01 el principio de la imprescriptibilidad, en cuanto los/as afiliados/as al sistema tienen el derecho a recibir las prestaciones contempladas en el SDSS. Asimismo, la imprescriptibilidad implica que “no se extingue el derecho de los beneficiarios a solicitar el pago de las prestaciones que les corresponden como consecuencia de una contingencia cubierta. Igualmente, la capacidad de los órganos reguladores para sancionar a los infractores de los derechos establecidos” (Documento Propuesta de las Centrales Sindicales).

V. PISOS PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL (PPS)

LA OIT desarrolló el concepto de Piso de Protección Social (PPS) sobre la base de las experiencias recientes de ampliación de la protección, particularmente en los países en desarrollo, asegurando que “el futuro de la protección social está en el fortalecimiento de los pisos de protección social” . Bajo esta mirada, la OIT define los pisos de protección social como el “conjunto de garantías básicas de seguridad social definidos a nivel nacional, que aseguren la protección dirigida a prevenir o aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social. Estas garantías deben asegurar como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso”. Este paquete mínimo de protección se asume como un punto de partida sujeto a la integración gradual de más personas, mayores garantías y coberturas ..

Esta visión de ampliación gradual de las coberturas en salud y seguridad social no significa que deben cubrirse todos los problemas sociales de un país, refiere a la necesidad de estrategias y políticas consistentes y coherentes de ampliación horizontal y gradual del acceso a los servicios

sociales esenciales y la seguridad de los ingresos, para lograr reducir más rápidamente la exclusión social, la pobreza y la desigualdad.

Por tanto, el Estado deberá destinar políticas y recursos que contemplen garantías mínimas de seguridad social en áreas relacionadas con el acceso a la atención básica de salud, maternidad e infancia; asegurar la alimentación, educación y cuidado para niños y niñas; seguridad básica del ingreso para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez; y seguridad básica del ingreso para los adultos mayores .

Para que las estrategias y políticas de los pisos de protección sean sostenibles se requiere que el Estado construya espacios de consenso nacional que garanticen su continuidad en el tiempo; crear mecanismos transparentes y efectivos, con rigor técnico, para la selección de la población protegida y evitar los fraudes y asegurar la provisión de prestaciones y servicios a quienes tienen derecho a ellos; disponer de un marco financiero claro que determine los costos de los componentes programáticos del piso e identificar las fuentes financieras que garanticen su continuidad y sobretodo disponer de las estructuras institucionales, técnicas, tecnológicas y jurídicas para la administración de las prestaciones .

Para sostener en el tiempo la estrategia es destacable la necesidad de mantener el crecimiento económico que respalde las reformas fiscales para poder garantizar los recursos. En ausencia de un crecimiento sostenido y elevado, la reasignación del gasto puede apoyar, siempre que exista la voluntad política y el respaldo ciudadano para ello.

Por eso, el PPT debe ser parte consustancial del sistema de seguridad social, esto sugiere la propuesta de que en el proceso de discusión de reforma de la ley 87-01, se asuma que el Piso de Protección Social sea incluido como parte integral de esta ley. Esta iniciativa garantiza que la protección social se constituya en una herramienta de amparo del trabajador y trabajadora.

VI. EDUCACIÓN E INCIDENCIA PARA LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LOS/AS TRABAJADORES/AS EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Por la importancia de los sistemas de seguridad social y el impacto que estos tienen en la vida de los ciudadanos, se ha propugnado la inclusión en el curriculum a nivel preuniversitario, técnico y superior una asignatura para conocer los derechos, deberes y beneficios del sistema.

En la ley 87-01, en su artículo No. 6, se establece que “la Secretaría de Estado de Educación incluirá en los planes de estudio de los niveles básico y medio un módulo orientado a educar a los ciudadanos sobre la seguridad social como un derecho humano y a explicar las características del Sistema Dominicano de Seguridad Social, sus derechos y deberes y las formas de aprovechar sus programas y opciones. De igual forma, lo harán las escuelas de formación técnica”.

Adicionalmente, en la citada ley en el artículo 29 se deja constituida la Direccion de Defensa de los Afiliados (DIDA), la cual tiene entre sus funciones la responsabilidad de “promover el Sistema Dominicano de Seguridad Social e informar a los afiliados sobre sus derechos y deberes” (acápito a). Sin embargo, esta institución ha cumplido de forma limitada el rol para la cual fue creada. Su intervención ha sido muy pasiva en la información, educación y promoción de los derechos de los afiliados a la Seguridad Social.

En el marco de las luchas y demandas del movimiento sindical por una seguridad social que dignifique al trabajador y trabajadora, la educación es una de las principales estrategias para el ejercicio consciente de veeduría y control social y solidifica el reclamo de los derechos. Si no se conocen los derechos no se pueden exigir, si un afiliado o afiliada no conoce los derechos que el marco jurídico le otorga no sabrá cómo o por qué reclamar su aplicación .

De igual manera, el conocimiento de los derechos puede contribuir a que las personas no posterguen el cuidado de la salud por desconocimiento de los beneficios a lo que puede acceder. Este conocimiento puede implicar disminución del gasto de bolsillo de las familias.

VII. PROPUESTAS PARA LA REFORMA DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

El escenario actual ha colocado al país frente a un momento de quiebre del sistema de seguridad social. Las estadísticas que hemos analizado indican que el sistema requiere de una reforma profunda e integral para lograr que la seguridad social responda coherentemente a los principios de equidad, universalidad y solidaridad, y permita la garantía real de los derechos plenos a toda la población.

En ese contexto, el movimiento sindical dominicano asume un conjunto de propuestas dirigidas a hacer una “reforma de la reforma”, esto es posicionar un conjunto de temas en los escenarios de debate que apunten

hacia el logro de cambios sustantivos al actual modelo de seguridad social procurando que el mismo se aproxime gradual y sostenidamente a los principios básicos de la seguridad social y garantice mayores derechos a la población. Esta perspectiva se enfoca en lograr que el actual modelo elimine un conjunto de distorsiones que generan inequidades e impiden que el mismo sea más solidario y responda a una real universalidad. En este escenario se inscriben las siguientes propuestas :

PROPUESTAS PAR EL COMPONENTE AFILIACIÓN Y SALUD:

- Devolver y fortalecer el rol del Estado como garante de la protección social. Por eso, es impostergable configurar un modelo de seguridad social con un enfoque de derechos humanos, sin la mediación determinante del mercado de la salud.
- Propiciar una reforma a la seguridad social cuya prioridad sea la solidaridad, universalidad y equidad, teniendo como horizonte una sociedad más inclusiva e igualitaria.
- Que en la ley 87-01 se integre como figura jurídica el PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL (PPS) donde esté garantizado el derecho a la salud, seguridad básica del ingreso para grupos sociales vulnerables, en las diferentes etapas del ciclo de vida y los momentos de crisis económicas.
- Que en el actual catálogo de servicios o Plan de Servicios de Salud (PDSS) se eliminen todas las barreras de acceso que incrementan el gasto de bolsillo de las familias dominicanas.
- Se amplíe la cobertura de afiliación al Seguro Familiar de Salud (SFS) a hijastros/as dependientes hasta la edad de 23 años, así como “dependientes adicionales de hasta el tercer grado de consanguinidad como parte del núcleo familiar, siempre que el afiliado realice las aportaciones correspondientes” ((Documento Propuesta de las Centrales Sindicales). Por eso el Consejo Nacional de la Seguridad Social apruebe de forma definitiva la Resolución No.00206-2016 sobre inclusión de dependientes en el SFS hasta el tercer grado de consanguinidad, sin diferenciación de regímenes.
- Se inicie un proceso de integración de la educación en seguridad social en los diferentes niveles del sistema educativo dominicano, tal como plantea la ley 87-01.
- De manera gradual, se implemente el récord médico electrónico para cada paciente del Sistema Nacional de Salud, mediante el establecimiento de la Historia Clínica Electrónica.
- Se implemente un modelo de atención en salud cimentado en la prevención y la promoción de estilos de vida saludables, dando prioridad al primer nivel de atención. Esto demanda que el Gobierno diseñe e implemente, como manda la propia ley 87-01 en su artículo

167, una plan de transformación e inversión del primer nivel de atención para garantizar que exista la suficiente capacidad resolutive.

- Eliminar el Régimen Contributivo-subsidiado de la ley 87-01 y que los profesionales independientes y trabajadores por cuenta propia sean integrados al Régimen Contributivo. Para el caso de los trabajadores por cuentas propias se establezca el salario mínimo nacional como el referente base para reportar al sistema.
- Incorporación a la seguridad social, sin discriminación, de los trabajadores/as extranjeros documentados de permanencia temporal en el territorio nacional, mediante contratos formales entre empleadores y trabajadores (Documento Propuesta de las Centrales Sindicales).
- Se establezca, vía norma complementaria el monto de las cotizaciones correspondientes a trabajadores dependientes móviles u ocasionales con contratos de duración determinada, de alta rotación, con jornadas de tiempo parcial y trabajadores del campo (Documento Propuesta de las Centrales Sindicales).
- Introducir en la ley 87-01 el principio de la imprescriptibilidad, en cuanto los/as afiliados/as al sistema tienen el derecho a recibir las prestaciones contempladas en el SDSS. Asimismo, la imprescriptibilidad implica que “no se extingue el derecho de los beneficiarios a solicitar el pago de las prestaciones que les corresponden como consecuencia de una contingencia cubierta. Igualmente, la capacidad de los órganos reguladores para sancionar a los infractores de los derechos establecidos” (Documento Propuesta de las Centrales Sindicales)
- Configurar un modelo de afiliación que permita la movilidad entre regímenes de salud de forma automática. De esta forma se asegura la cobertura de salud aún cuando afiliado o afiliada no tenga un puesto de trabajo activo. Por eso cuando un trabajador o trabajadora pierda su empleo automáticamente quede afiliado al Régimen Subsidiado (Documento Propuesta de las Centrales Sindicales).
- Cuando un afiliado o afiliada está en un proceso de tratamiento debe garantizarse la continuidad de la cobertura de los servicios de salud en el momento de cambio de estatus laboral o pérdida del empleo.
- Para el manejo de los tratamientos de alto costo se propone la creación de un fondo específico para estas patologías, financiado por impuestos generales, y apoyado por un cargo a la cápita de las ARS. Para la implementación de dicho fondo se propone evaluar las experiencias de alto costo de Colombia y el Plan Auge de Chile.
- Se establezca en la propia ley 87-01 (no por vía administrativa) que en el momento que un afiliado demanda un servicio de salud, incluyendo las urgencias y emergencias, tanto la cédula como el carnet de afiliación son documentos válidos para recibir las prestaciones de

salud en los centros públicos y privados. Para los fines de esta situación se asuma como referencia fundamental la Cedula de Identificación y personal del o la afiliado/a para garantizar la atención a la salud al titular y sus familiares dependientes (Documento Propuesta de las Centrales Sindicales).

- Se modifiquen los montos a pagar por medicamentos ambulatorios, asumiendo las ARS el 85 por ciento y el afiliado el 15 por ciento como cuota moderadora.
- Que las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y SeNaSa cumplan con lo establecido en el artículo en el artículo Art. 148 de la Ley 87-01 respecto a la garantía de los beneficios establecidos por el Plan Básico de Salud (PBS).

PROPUESTAS PARA EL COMPONENTE PENSIONES

- Tal y como lo recomienda la Confederación Sindical de Trabajadores de las Américas (CSA) en la Plataforma de Desarrollo de las Américas (PLADS), que con relación al tema de la Seguridad social universal y solidaria como derecho fundamental (numerales 134 y 135) resalta la defensa de “sistemas nacionales de seguridad social basada en los principios de universalidad, solidaridad e inclusión de carácter público de las prestaciones a lo largo de la vida, en especial durante la niñez y la vejez. La seguridad social para todas y todos debe de tener dos componentes: un pilar publico básico, financiado por impuestos progresivos (al capital, a las rentas), que proporcione beneficios a todos y todas en el pilar publico contributivo, con financiamiento tripartita. Cada Estado debe comprometer un porcentaje del presupuesto nacional para la extensión de la cobertura de protección social entendida en un sentido integral y con igualdad de género”. Bajo esta visión “la eliminación de los modelos fundados en la capitalización individual, el lucro privado y la especulación financiera es una demanda prioritaria de la clase trabajadora. Los Estados nacionales deben de garantizar la protección social de toda la población. Los sistemas previsionales y de pensiones basado en la capitalización individual reproducen y aumentan las desigualdades ya existentes en el mercado laboral. Los/as trabajadoras/as en condición de informalidad, temporales y discontinuos no tienen posibilidad de integrarse y mantenerse en estos sistemas. Sumado a ellos, las trayectorias laborales de las mujeres afectadas por las responsabilidades no compartidas de cuidado, el desempleo o la brecha salariales inciden de manera significativa en la densidad de sus cotizaciones. Mientras que los sistemas de reparto basado en mecanismos solidarios y redistributivos constituyen un instrumento

para la disminución de esas desigualdades Se incrementa el porcentaje del monto de la pensión por discapacidad parcial o total que debe de recibir el afiliado”.

- Por tanto, frente a la reforma del sistema de seguridad social de la República Dominicana se propone la creación del modelo de pensiones basado en un sistema de reparto público y solidario, con aportes y prestaciones definidos. Este modelo estaría fundamentado en dos pilares: un primer pilar de carácter obligatorio, público y solidario, de cotización y beneficios definidos; y un segundo pilar de carácter voluntario y de ahorro individual con aporte definido y beneficios no definidos. Este último fondo podría ser administrado por las AFP mediante regulaciones estrictas y bien definidas.
- Que anualmente se actualicen para el Régimen Contributivo los beneficios de las pensiones de sobrevivencia, de discapacidad total o parcial y por renta vitalicia y que estos beneficios se generen de forma automática y obligatoria
- Establecer el sistema de pensiones mínimas solidarias no contributivas, a fin de prevenir que la población envejeciente caiga en la indigencia. Este sistema se financiaría a través de impuestos.
- Desarrollar políticas y estrategias que contribuyan al avance de la transición del trabajo informal hacia el empleo formal, de manera tal que permita el/la trabajador/a encontrar condiciones favorables para aportar al fondo de pensiones.
- Se establezca una tasa de reemplazo que garantice el ingreso del afiliado en el momento de su retiro conforme a su historial salarial.
- Se eliminen las exclusiones y limitaciones por razones de edad y enfermedades preexistentes para las pensiones de discapacidad y de sobrevivencias.
- Se establezca la obligatoriedad de afiliación de los pensionados y sus dependientes al Seguro Familiar de Salud inmediatamente inicien el cobro de sus pensiones y mantengan la continuidad de sus coberturas, según el Régimen de Afiliación de las ARS/SENASA a las cuales estaban afiliados antes de ser pensionados.
- Que en el subsidio por enfermedad se establezca que “en caso de enfermedad no profesional, el afiliado del Régimen Contributivo tendrá derecho a un subsidio en dinero por incapacidad temporal para el trabajo. El mismo se otorgará a partir del cuarto día de la incapacidad hasta un límite de veinte y seis (26) semanas, siempre que haya cotizado en por lo menos diez meses (10) de los últimos doce meses anteriores a la incapacidad, y será equivalente al setenta por ciento (70%) del salario cotizante promedio de los últimos seis

meses cuando reciba asistencia ambulatoria, y al cincuenta por ciento (50%) si la atención es hospitalaria. Las normas complementarias establecerán la competencia y los procedimientos para el cálculo, la prescripción y entrega de los subsidios por enfermedad”.

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

1. Conclusiones:

Tomando como base los objetivos y temas priorizados en el presente Estudios, podemos destacar como los principales hallazgos o conclusiones:

- El actual sistema de seguridad social de la República Dominicana ha llegado al cierre de un ciclo de 20 años, donde se evidencian algunos logros visibles, en especial lo relativo a la cobertura de seguro de salud, pero la salud es más que disponer de un seguro. La salud tiene como horizonte fundamental la eliminación de aquellas barreras de acceso y equidad que impiden alcanzar los resultados esperados como es disminuir el gasto de bolsillo de las familias y mejorar los indicadores básicos de salud.
- Se evidencia que este sistema está distanciado de los principios fundamentales de la seguridad social: universalidad, equidad y solidaridad, dando prioridad a los principios relacionados con la lógica de mercado y economicista de la salud (auspiciados por el FMI, BM y BID), facilitando que los agentes privados de la economía hayan encontrado en este sistema una oportunidad para el incremento de sus ganancias en detrimento de la economía familiar y la garantía de derechos y bienestar de las personas.
- Desde sus orígenes, el sistema de seguridad social de la República Dominicana ha limitado el papel de protección social del Estado y transferido estas funciones a los agentes privados de salud y pensiones, siendo fuente de mayores exclusiones e inequidades.
- El camino que se elija para la reforma deberá garantizar la integralidad del sistema y que esté cimentado en la equidad, universalidad y solidaridad y el Estado sea el ente determinante y responsable de la protección social.
- La inclusión del Piso de Protección Social dentro del marco jurídico del Sistema Dominicano de Seguridad Social se ha convertido en una prioridad para garantizar que todas las personas, independientemente de su vinculación con el mercado laboral, tengan garantizados sus servicios básicos y un ingreso para el núcleo familiar en todo el ciclo de vida.
- Se ha evidenciado por sus resultados, que el modelo de pensiones de

capitalización individual adoptado por el país está distanciado de los principios de equidad, universalidad y solidaridad y está dominado por la lógica del mercado. Este sistema no garantiza los ingresos a la masa trabajadora para un retiro digno porque entre otras cosas, está diseñado para la acumulación de las Administradoras de Riesgos de Salud, tiene una de las más bajas tasa de reemplazo de América Latina y las aportaciones establecidas no están en consonancia con la estructura salarial del mercado laboral y no da respuesta a los altos niveles de informalidad del trabajo en el país.

- En estos 20 años de seguridad social lo que se evidencia es que en el país existe una mezcla de seguros públicos y privados con una preponderante intervención de los agentes privados, se carece de un sistema integral, suficientemente regulado, coordinado, solidario y equitativo. Un sistema carente de una visión para garantizar calidad de vida en las diferentes etapas de la vida, generando un futuro incierto, tanto en salud como en pensiones para los/as trabajadores/as.
- Dando una mirada a los países de América Latina se constata que la mayoría han establecidos modelos de seguridad social cuyos beneficios están atados a la condición de asalariado de los trabajadores/as, no a la de ser humano o su condición de ciudadanía. En estos países la informalidad del trabajo muchas veces supera el 54%.
- En términos de acceso a servicios de salud con calidad, todavía en el país se identifican muchas barreras relacionadas a las condiciones sociales, económicas, culturales, geográficas, entre otras, de la población. Por eso, uno de los principales desafíos del sistema de seguridad social es la eliminación de todas aquellas barreras que impactan negativamente en la salud y el presupuesto familiar, tales como : la existencia de un catálogo de servicios excluyentes que no parte de las necesidades y los perfiles epidemiológicos de la población afiliada; la segmentación social que establecen los regímenes de afiliación y el acceso a redes diferenciadas en función de la capacidad de aportes y el ingreso; el predominio de planes complementarios de salud y seguros voluntarios o individuales; predominio de un modelo de atención centrado en la enfermedad y no en la prevención.
- En ese sentido, el sistema de seguridad social de la RD requiere se eliminen todas aquellas barreras acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad; un catálogo de servicios adecuado a las necesidades nacionales; el acceso a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles; que los usuarios y usuarias de los servicios no estén expuestos a dificultades financieras, en especial a los más vulnerables (www.paho.org).
- Es un reto para el proceso de reforma actual, establecer la inclusin de

dependientes adicionales, la cual se haga extensiva a familiares que tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad.

- Cada día más las herramientas de tecnología de la información toman creciente relevancia en los sistemas de salud de América Latina y El Caribe. Una de estas herramientas es la Historia Clínica Electrónica. El Sistema Nacional de Salud deberá avanzar en hacer realidad la interconectividad y el récord único de paciente, mediante la implementación de la Historia Clínica Electrónica. Esta estrategia abrazada con el desarrollo de la atención primaria, tendría un alto impacto en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana y redefiniría muchos componentes vinculados a la calidad de los servicios y al diseño de políticas y estrategias para la mejora de la salud de la población.
- La imprescriptibilidad de los derechos y beneficios de los afiliados deberá ser un principio consustancial a la Ley 87-01. Este principio refiere a que el Estado asegure los derechos básicos de salud de las personas, independientemente de que aporte o no al sistema. La Constitución de la República y otras normativas, nacionales e internacionales, contemplan la imprescriptibilidad de los derechos, beneficios, prestaciones y servicios de los ciudadanos.
- Es impostergable que el Estado dominicano establezca como política los Pisos para la Protección Social (PPS), como plantea la OIT, en el cual haya mayor prioridad para los grupos más vulnerables. Los PPS deberán garantizar un paquete mínimo de coberturas sociales con financiamiento público con el propósito de prevenir o aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social. Se propone que el PPS esté contenido en la propia ley de seguridad social.
- Se implemente la base legal que sustenta la necesidad de la educación en seguridad social en el sistema educativo dominicano. Por tanto, urge que de manera definitiva se incluya en el curriculum a nivel preuniversitario, técnico y superior una asignatura para conocer los derechos, deberes y beneficios de la seguridad social.

2. Recomendaciones:

1. Recomendamos que la agenda de posicionamiento del movimiento sindical para la reforma de la ley 87-01 tenga como referente la demanda de los principios básicos de la seguridad social: equidad, solidaridad y universalidad, así como la defensa del rol del Estado en la protección social sin la interferencia de los intereses de los grupos corporativos empresariales. Asimismo, posicionar el discurso de que la reforma debe ser de carácter integral y profunda del sistema, evitando cualquier intento de parchos o reduccionismo parcial de la ley 87-01.
2. El despliegue de una estrategia de comunicación y posicionamiento en los diferentes escenarios de la sociedad dominicana de los principales temas arrojados por este Estudio, como parte del proceso de reforma de seguridad social.
3. Que estas estrategias de posicionamiento contemplen la creación de espacios de alianzas y acciones movilizadoras coordinadas con organizaciones barriales, profesionales, de mujeres, estudiantiles, organizaciones sin fines de lucro, entre otras.
4. Crear una mesa de discusión y coordinación con el Ministerio de Educación, el Ministerio de Educación Superior y Tecnología, el movimiento sindical y la Dirección de Defensa de los Afiliados (DIDA) para la educación en seguridad social de trabajadores/as en consonancia con lo establecido en el artículo 6 de la ley 87-01 sobre Educación Básica sobre Seguridad Social.
5. Se creen espacios de discusión para lograr la apropiación de los líderes sindicales de los contenidos básicos de este Estudio y las propuestas contenidas en el mismo, con el propósito de lograr un mayor nivel de compromiso y alineamiento estratégico.

Bibliografía

1. Arriagada, Irma – Aranda, Verónica – Miranda, Francisca, Políticas y Programas de Salud en América Latina, CEPAL 2015.
2. Bachelet, Michelle. Piso de Protección Social para una Globalización Equitativa e Inclusiva/ Michell Bachelet. —OIT: Ginebra, 2011.
3. Banco Central de la República Dominicana, Encuesta Nacional de Continua de Fuerza de Trabajo/Banco Central. —BANCENTRAL: Santo Domingo, 2021.
4. Banco Interamericano de Desarrollo. Sistemas de Historias Clínicas y Electrónicas, Definiciones, evidencia y recomendaciones prácticas para América Latina y el Caribe/ Banco Interamericano de Desarrollo. —BID. Washington, 2020
5. Banco Mundial, Panorama General de la Pobreza, En línea: www.bancomundial.org.
6. Cabos Gonzales, Damaris. El Estado garante de la Seguridad Social como derecho fundamental en el Derecho laboral/ Damaris Cabos Gonzales. —ADVOCATUS: Barranquilla, 2014.
7. Caetano, Gerardo. La persistencia de las desigualdades en América Latina, 2015/ Gerardo Caetano. —EL PAIS: Madrid, 30 de marzo 2015. En línea: www.elpais.com.
8. CEPAL. En línea: www.cepal.org.
9. Congreso de la República. Constitución de la República Dominicana, proclamada el 26 de enero de 2010/ Congreso de la República: Congreso: Santo Domingo, 2010.
10. Idem. Ley 87-01 Que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social/ Congreso Nacional de la República. —Santo Domingo, 2001.
11. FAO. En línea: www.fao.org.
12. Harmonind MD. Beneficios de las Historias Clínicas Electrónicas o Expediente, 2018. En línea: Ewww.harmonimd.com.
13. Matías, Bernardo ¿Por qué es necesario el primer nivel de atención en salud como puerta de entrada en la seguridad social? / Bernardo Matías. --Acento Digital: Santo Domingo, 2019.
14. Idem. Piso financiero y protección social en salud en medio del Coronavirus/ Bernardo Matías. -- Acento Digital: Santo Domingo, 2020.
15. Idem. El pecado Original del sistema dominicano de seguridad social en salud/ Bernardo Matías. —Editora Segura: Santo Domingo, septiembre 2013.
16. Idem. Seguridad Social en Salud ¿éxitos y fracasos? / Bernardo Matías. —Acento Digital: Santo Domingo, 08 de enero 2019.
17. Mesa Lago, Carmelo. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social/ Carmelo Mesa Lago. — CEPAL: Santiago de Chile, 2005.

18. Idem. Carmelo. Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XX/ Carmelo Mesa Lago. — CEPAL: Santiago de Chile, 2000.
19. Murro, Ernesto. Seguridad Social en América Latina y CONOSUR: mitos, desafíos, estrategias y propuestas desde una visión sindical/ Ernesto Murro. —Friedrich Hebert: Montevideo, 2004.
20. Oficina Nacional de Estadísticas. Glosario de Indicadores Pobreza Monetaria/ Oficina Nacional de Estadísticas. —ONE: Santo Domingo, sf.
21. Idem. Estrategias para reducción de la pobreza en la República Dominicana/ Oficina Nacional de Estadísticas. —ONE: Santo Domingo, 2003.
22. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura: El estado mundial de la agricultura y la alimentación resumen (SOFA): La protección social y la agricultura: romper el ciclo de la pobreza rural/ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. -- FAO: Roma, 2015.
23. Organización Internacional del Trabajo. Impactos en el mercado de trabajo y los ingresos en América Latina y el Caribe- Nota Técnica/ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. —OIT: Ginebra, 2020.
24. Idem. Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (No. 102) / Organización Internacional del Trabajo. — OIT: Ginebra, 1952.
25. Panamerican Journal of Public Health. Medición de las barreras al acceso a los servicios de salud en las Américas a través de datos de las encuestas de hogares/ Panamerican Journal of Public Health.— PAHO: Washington, 2020.
26. Rodríguez Enríquez, Corina. Programa de Transferencias condicionadas de ingreso e igualdad de género ¿Por dónde anda América Latina/ Corina Rodríguez Enríquez. —CEPAL: Santiago de Chile, 2011.
27. Santana, M. Cristina. E salud y Telemedicina en la República Dominicana/ M. Cristina Santana. -- Acento Digital: Santo Domingo, 24 de diciembre de 2020.
28. Santana, María ¿Qué proponen las ARS en la reforma de la Seguridad Social?/ María Santana. --Diario Salud: Santo Domingo, 27 de junio 2021. En línea: www.diariosalud.do.



CONFEDERACIÓN SINDICAL DE
TRABAJADORES/AS DE LAS AMÉRICAS



PROYECTO PROTECCIÓN SOCIAL

"Inequidad y pobreza"
El camino hacia la Seguridad Social.

Auspiciado por la:

OLOF PALME INTERNATIONAL CENTER



[HTTP://WWW.CSA-CSI.ORG/](http://www.csa-csi.org/)