

EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD: UN DESAFIO

DR. RAFAEL F. ALBURQUERQUE

Cámara Americana de Comercio
Santo Domingo, 23 de mayo de 2007

El 9 de mayo de 2001 el Presidente de la República promulgó la ley 87-01 por la cual se creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social, estableciéndose en el mismo tres tipos de seguro: vejez, discapacidad y sobrevivencia; riesgos laborales; y salud. Los dos primeros ya se están aplicando, pero el tercero, a los seis años de la promulgación de la ley, sigue sin entrar en vigencia en su régimen contributivo.

¿Cuáles razones explican esta diferencia? La respuesta puede ser dada con sólo tres palabras: los intereses económicos. Ciertamente que el inicio del seguro de riesgos laborales implicó una mayor carga para la empresa, pero desde el año 1932 los empleadores han estado cubriendo los costos de este seguro con el nombre de accidentes de trabajo, conscientes de que con el pago de su póliza se libran de una eventual demanda de daños y perjuicios que podría ser intentada por un trabajador lesionado por un accidente de trabajo o afectado por una enfermedad profesional. No se trataba de algo nuevo ni desconocido que pudiera engendrar temores; por el contrario, existía un uso extendido y normalmente aceptado por el sector empresarial, sólo que ahora tendría que pagar un poco más por este seguro, razón por la cual en este ámbito la sola protesta que se escuchó fue la referente al costo de la prima y el reclamo insistente de su reducción, lo que finalmente se alcanzó en días recientes con un decreto emitido por el Presidente de la República que reduce el importe de las tarifas a pagar.

Tampoco hubo mayores ruidos con la instauración del seguro previsional. En este campo la ley exigió una contribución de empleadores y trabajadores, y pudo esperarse que al ponerse en práctica este nuevo seguro se produjera alguna resistencia de quienes debían asumir los costos. No la hubo, primero, porque se trataba de un sacrificio que no implicaba la pérdida del patrimonio; en efecto, con el mismo no quebraba ninguna

empresa ni el trabajador sentía duramente afectado su bolsillo. En segundo término, hubo un convencimiento generalizado en el sector productivo que los descuentos establecidos por la ley no significaban un impuesto fijado por la voracidad fiscal del Estado, puesto que las recaudaciones no iban a ser manejadas por los poderes públicos sino por entidades del sector privado, con vinculaciones y ramificaciones en el sector empleador. Y en tercer lugar, porque desde la discusión de la ley sus promotores resaltaron la bondad de un ahorro individual y forzoso que debería ser destinado a los grandes proyectos del desarrollo nacional, idea con la cual estaba comprometido el sector productivo del país, frustrado por un ineficiente fondo común de reparto que en más de cincuenta años de seguros sociales no había sido capaz de conceder una pensión digna y a tiempo. Ya en pleno funcionamiento, muchos de los que se entusiasmaron con el ahorro individual alertan contra la concentración de los fondos y el poco uso de los mismos en el desarrollo nacional, se muestran preocupados por sus niveles de rentabilidad y expresan aprehensiones en cuanto al alcance de las futuras pensiones.

La situación ha sido totalmente diferente para el seguro familiar de salud, pero sólo en su régimen contributivo, pues en el área del subsidiado el Gobierno actual que encontró 35 mil personas afiliadas al 16 de agosto de 2004 ha extendido su cobertura a más de medio millón de pobres e indigentes y para septiembre de este año se espera que sus beneficios alcancen a un millón de personas que en toda la geografía nacional (con excepción del Distrito Nacional y la provincia de Santo Domingo, que serán incorporados el próximo año) recibirá atenciones médicas en los centros hospitalarios públicos y medicina gratuita. Desde luego, no debía haber resistencia en la aplicación del seguro familiar de salud del régimen subsidiado porque el mismo es financiado exclusivamente por el Gobierno,

que en su presupuesto de este año ha destinado mil seiscientos millones de pesos para su sostenimiento, y porque dicho seguro viene a beneficiar a hombres y mujeres que hasta hoy no han tenido la oportunidad de recibir un buen servicio sanitario.

En cambio, el seguro familiar de salud del régimen contributivo no acaba de arrancar. En el Gobierno anterior fue pospuesto por ocho veces el inicio de su aplicación y en este Gobierno sólo después de complejas y difíciles negociaciones llevadas a cabo con la mediación de Monseñor Agripino Núñez Collado, e impulsadas por el Presidente de la República, se logró el pasado 19 de diciembre suscribir un acuerdo entre el Gobierno, los representantes de los empleadores, los responsables de las centrales sindicales y la directiva del Colegio Médico Dominicano, en el cual se convino iniciar la facturación de este seguro en el mes de mayo y comenzar la prestación de los servicios de salud a partir del mes de junio de este año.

Junio de 2007 se aproxima y diversos sectores han levado su voz para pedir una vez más la posposición del seguro familiar de salud del régimen contributivo. ¿Por qué una vez más si había sido firmado un acuerdo entre el Gobierno, CONEP, COPARDOM, el Colegio Médico Dominicano y las centrales sindicales? El sector empresarial cuya propuesta en lo concerniente al monto de la cotización y al plan de servicios de salud (PDSS) fue acogida por los demás firmantes del acuerdo, expresa ahora su inquietud ante la posibilidad de que sus trabajadores, beneficiados con seguros privados de salud, se vean obligados a pagar más y a recibir un servicio de menor calidad, lo que les obligaría a la contratación de un seguro complementario para evitar el disgusto de su personal. Si esta inquietud se comprobara en la práctica habría que admitir que las cotizaciones del seguro familiar de salud serían una carga totalmente

improcedente para las empresas. Para los asalariados cubiertos con los planes de salud de las igualas y seguros médicos sería, de confirmarse esta denuncia, privarlos de beneficios actuales que vulnerarían derechos adquiridos. Los médicos, por su parte, aunque su Colegio fue firmante del pacto de diciembre pasado, alegan no estar dispuestos a ofrecer sus servicios por las tarifas mínimas que han sido sugeridas, y aunque son exiguas las diferencias entre lo solicitado y lo ofertado por la Superintendencia de Seguros y Riesgos Laborales, los galenos hasta hoy se resisten a una avenencia, especialmente aguijoneados por los especialistas, que ante un mercado de 15 mil millones de pesos anuales, reclaman que los pacientes puedan recibir de sus manos los servicios de atención primaria sin que tengan obligación de recurrir a un médico de familia. Los propietarios de clínicas privadas exponen el temor de que la creación de los centros de atención primaria, que ya se anuncian por la prensa, les pueda llevar a la quiebra de sus establecimientos, pues según aducen sus ingresos provienen fundamentalmente de las consultas y los servicios ambulatorios, siendo mínimo lo que perciben por tarifas de hospitalización. Las administradoras de riesgos de salud (ARS) se niegan a que los pacientes puedan acudir directamente a los especialistas y a las clínicas y buscan imponer su modelo de centros de atención primaria de alta resolución, pues con éstos aspiran a contener los costos de los servicios y por esta vía aumentar sus ganancias.

Es esta diversidad de intereses lo que explica que el seguro familiar de salud del régimen contributivo no haya podido ser puesto en vigencia. Cada sector que interviene en la materia busca sus propios beneficios o al menos pretende no ser perjudicado, como sucede con un importante conjunto de asalariados que hoy goza de un privilegiado seguro privado de salud que no quiere perder o con las empresas que con un buen seguro de salud no

quieren tener que pagar una doble cotización, la del seguro de ley y la del complementario, cuando la propia ley fue concebida para evitar la que hasta hace poco se pagaba, la del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y la del seguro privado.

¿Cómo armonizar entre tantos intereses diferentes? Para intentarlo se debe tratar antes que nada de disipar las confusiones originadas al calor de un debate mediático en que cada parte interesada arremete contra el nuevo sistema con argumentos que muchas veces se apartan de la verdad o que otras veces se exponen con absoluta sinceridad sin conocer en realidad las interioridades del tema. No cabe duda alguna que los pronunciamientos enardecidos de estas últimas semanas impiden un análisis sereno que permita establecer con cierto grado de objetividad los aspectos positivos y negativos del nuevo sistema. Desde luego, siempre será difícil conseguir una absoluta imparcialidad en los criterios de los diferentes actores, que siempre estarán influenciados en sus opiniones por sus particulares intereses, pero nosotros como Gobierno debemos llamar la atención en la necesidad que tiene toda la población asalariada de contar con un eficiente y eficaz servicio de salud que sea universal y solidario y que contribuya a la cohesión social.

Animados por este propósito me permito llamar la atención sobre la realidad de la cobertura que hoy ofrecen las igualas médicas y los seguros de salud y la cobertura que ofrecerá el plan de servicios de salud (PDSS) de la seguridad social. Los primeros, esto es, igualas y seguros médicos privados, excluyen de su cobertura a los asegurados que alcanzan una determinada edad (60 ó 65 años), a menos que acepten pagar una cuota suplementaria, lo que no acontecerá en el PDSS, que por el mismo precio continuará ofreciendo sus servicios a los envejecientes sin discriminación

de edad; los seguros actuales no admiten como afiliados a las personas afectadas por una enfermedad preexistente (diabetes, insuficiencia renal o cardíaca, padecimiento de cáncer de colon) y cuando excepcionalmente lo hacen excluyen la cobertura de esta enfermedad, lo que no sucederá con el PDSS que por mandato expreso de la ley está obligado a asegurar a cualquier persona aunque esté afectada de un mal congénito o adquirido antes del aseguramiento; los primeros no cubren las enfermedades de alto costo y, en cambio, el PDSS incluye en su oferta dieciséis de estas patologías con una cobertura anual de 150 mil pesos por cada una; los primeros no aceptan la pareja del asegurado que vive en unión libre, la cual es expresamente protegida por el PDSS; los primeros discriminan contra la mujer soltera, en tanto que el PDSS cubre el embarazo, independientemente de que la madre sea soltera o de que la mujer al momento de afiliarse se encuentre embarazada; los primeros no establecen regulación alguna en el co-pago de las consultas ambulatorias, que es decidida libremente por el médico, contrario al PDSS que fija expresamente una tarifa de 100 pesos. Mientras sólo el 20% de los planes médicos actuales contiene una cobertura de medicamentos ambulatorios hasta un promedio de 4 mil pesos anuales, el PDSS universaliza esta cobertura aunque la limita a 3 mil pesos anuales. En conclusión, puede afirmarse que no es cierto que el nuevo sistema implique un perjuicio para la gran mayoría de los trabajadores, pues el PDSS ofrecerá un catálogo de prestaciones mayor que el conjunto promedio de la mayoría de los planes médicos actuales.

Otra de las críticas más difundidas en estos días es que el costo del PDSS será mayor que el costo de los planes de los seguros vigentes. No me parece que este razonamiento pueda ser utilizado para la generalidad de los casos. El tema de los costos y su comparación debe responder a un

escenario mucho más matizado. Doy tan solo un ejemplo de una entidad gubernamental, el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), que se encarga de levantar y llevar el censo de hogares pobres e indigentes del país, cuyos empleados se encuentran asegurados en el plan “Royal” de ARS Humano. Hoy el SIUBEN y sus empleados pagan por este plan la suma de 226,512 pesos al mes, pero al entrar en vigencia el PDSS, sólo pagarán la suma de 152,187.24 pesos, lo que significará un ahorro de 74,324.76 pesos al mes. Si ponemos algunos ejemplos de servidores de esta institución oficial, los resultados son los siguientes: por un empleado con un dependiente y con un sueldo de 11 mil pesos al mes, la institución paga a la ARS Humano 660 pesos al mes y pagará al PDSS 656.70, con un ahorro de 3.30 pesos; pero, este empleado a quien se le descuenta de su sueldo 132 pesos al mes sufrirá con la vigencia del PDSS una deducción de 281.60 pesos, lo que significará para él una merma de 149.60 pesos adicionales al mes. En cambio, un empleado con seis dependientes y un sueldo de 10 mil pesos al mes a quien hoy se le deducen por su seguro de la ARS Humano 792 pesos al mes se beneficiará con un ahorro mensual de 536 pesos porque con la aplicación del PDSS sólo estará afectado con una deducción de 256 pesos al mes. La institución que hoy paga a la ARS Humano 3,960 pesos al mes por este empleado pasará a pagar al PDSS tan sólo 597, con un ahorro mensual de 3,363 pesos. En materia de costos no es posible hablar en blanco y negro, hay ganadores y perdedores. Pero, incluso estos últimos, aunque les aumente la cuota a pagar mensualmente, pueden resultar beneficiados en caso de necesitar los servicios de salud, pues en la actualidad, además de pagar su cuota fija mensual a las ARS, deben abonar el 55% del valor de las prestaciones médicas que reciben, que les son cobrados por concepto de co-pagos y honorarios, ya que, según lo reconocen las propias ARS, sus servicios sólo cubren en promedio el 45% de las prestaciones que demandan sus usuarios. En cambio, la diferencia a

pagar en caso de recibir atenciones bajo el imperio del PDSS en ningún caso excederá de dos salarios cotizables, o sea, 9 mil 800 pesos, sea cual se el tratamiento dispensado. Por otra parte, es incierto que el sistema de salud que se propone implique una doble cotización para las empresas y trabajadores, lo cual sólo ocurriría si las ARS insisten en vender planes complementarios que incluyan prestaciones similares a las que ofrece el PDSS. En este aspecto, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales debe actuar con energía y determinación y sólo validar planes complementarios de salud que ofrezcan prestaciones que no estén contenidas o sean superiores y adicionales a las que ofertará el PDSS. De igual modo, es necesario aclarar que si es cierto que el trabajador que presta servicios en varias empresas debe hacer sus aportes a la Tesorería de la Seguridad Social en cada empresa que trabaja, lo que es la pauta de todos los sistemas de seguridad social en el mundo, en estos momentos en la base de datos de la seguridad social sólo 52 mil personas tienen más de un empleo, o sea, el 5% del millón cuarenta mil afiliados con los que cuenta el sistema. Por lo demás, el aporte exigido al trabajador en el PDSS sirve para cubrir a todo su núcleo familiar, sin que tenga necesidad de pagar, como sucede hoy con los seguros privados, una cuota adicional por su esposa o compañera de vida, sus hijos hasta la edad de dieciocho años, y si estudian hasta los veintiuno, y si son discapacitados sin límite de edad.

Por consiguiente, habrá beneficiados y perjudicados con la entrada del nuevo sistema de salud. Se beneficiarán los trabajadores y sus dependientes que no tienen seguro; los afiliados de hoy que gozan de una cobertura de servicios menor a la que ofrecerá el PDSS; los asegurados a quienes se les descuenta una cuota mayor a la que tendrán que pagar por sí y sus dependientes cuando se inicie la aplicación del PDSS; los trabajadores cuyo seguro excluye los dependientes; y las empresas que gastan más en

seguro de salud que lo que abonarán al PDSS. En cambio, resultarán perjudicados los 52 mil trabajadores que tienen más de un empleo; los afiliados actuales a quienes sus empresas le cubren el costo total del seguro; los afiliados a los que hoy se les descuenta de su salario una suma menor a la que se les deducirá con el PDSS; los afiliados con un seguro de cobertura mayor que el PDSS; las afiliadas cubiertas por sus esposos; y las empresas que gastan menos en su seguro privado que lo que tendrán que sufragar al PDSS.

¿De qué porcentaje estamos hablando que tiene derechos adquiridos en el actual sistema de aseguramiento en salud en la República Dominicana? Tal como dijimos anteriormente, se trata de una minoría. La República Dominicana es hoy uno de los países de menor cobertura en salud en América Latina. Según la ENCOVI de abril de 2004, encuesta más reciente que ofrece información sobre cobertura de seguros de salud en la población total, sólo el 22% de la población gozaba de un seguro de salud, estando el 14% asegurado por una ARS privada. Si nos atenemos únicamente al campo de los asalariados, tanto públicos como privados, la ENCOVI reporta que en el año de 2004 el 50.4% de los asalariados estaba afiliado a algún seguro de salud y un 30.9% estaba afiliado a una ARS privada. Hay que reconocer que desde finales de 2005 la Encuesta de Fuerza de Trabajo que realiza el Banco Central reportó que el 50.7% de los asalariados prestaban sus servicios en empresas u entidades afiliadas a algún seguro de salud. En octubre de 2005 este porcentaje creció hasta un 55.7% y un año más tarde ascendió a 60.5%. Si extrapolamos el crecimiento de la cobertura de salud en los asalariados al crecimiento de la cobertura de la población total, podemos estimar que en octubre de 2006 cerca de un 27% de la población total estaba protegida con un seguro de salud y cerca de un 18% estaría afiliada a una ARS privada. Como consecuencia de esta realidad

somos uno de los países de más alto gasto directo en materia de salud, y en ese sentido, el 52% del gasto total de salud proviene de los propios hogares, lo cual tiende a ser injusto e inequitativo.

Es obvio que una mayoría quedará beneficiada del seguro familiar de salud del régimen contributivo, pero es válida la preocupación que se ha externado respecto a la minoría que podría verse afectada en sus derechos. ¿Qué hacer para preservar los derechos adquiridos de estos asegurados que podrían resultar perjudicados con el nuevo sistema? En busca de remediar esta situación, algunos núcleos empresariales han planteado que el seguro familiar de salud del régimen contributivo inicie con los trabajadores que no tienen seguro. Esta propuesta supone la eliminación de la solidaridad que es uno de los principios básicos de la Ley 87-01 y un elemento consubstancial al nuevo modelo de salud. En adición, de aceptarse esta sugerencia disminuiría el salario cotizante y aumentaría el índice de dependencia, pues de los trabajadores registrados en la tesorería de la seguridad social sólo 217,449 figuran sin afiliación alguna a una ARS, percibiendo en promedio un salario de \$8,113.53, con lo cual la disponibilidad per cápita sería de \$288.37 mensual, o sea, \$3,460.00 anual, esto es, un 23% menos que el costo per cápita del PDSS de \$4,737.00 al mes. Esta propuesta de gradualidad, tal como ha sido concebida por sectores empresariales, es absolutamente impracticable desde el punto de vista financiero, ya que el sistema perdería su equilibrio y restaurar el mismo significaría disminuir las prestaciones que ofrece el PDSS y aumentar los co-pagos. Por consiguiente, habría que buscar otras soluciones para esta minoría de trabajadores que podrían resultar parcialmente lesionados en algunas de sus prerrogativas al iniciarse las prestaciones del PDSS, pero esto habría que hacerlo sin sacrificar a la gran mayoría de trabajadores. Casi estoy seguro que no hay una respuesta de

naturaleza global y que debe darse un tratamiento particular a cada empresa y grupo de trabajadores, como sería la contratación de un plan complementario con un costo reducido para cubrir servicios que hoy se ofrecen y que no estén incluidos en el PDSS.

Otra de las incertidumbres que han surgido en los medios de comunicación es la constitución de los denominados centros de atención primaria, que de obligarse a los actuales asegurados a concurrir a ellos les privaría de la posibilidad de continuar asistiendo directamente a la clínica y al especialista que actualmente visitan. A esta inquietud debe responderse que todos los sistemas sanitarios del mundo se organizan sobre la base de niveles de atención y que la puerta de entrada a los mismos constituye un instrumento de contención de costos y de acercamiento de la solución a los problemas de salud. Un primer nivel de atención se organiza con la suficiente capacidad resolutoria para solucionar el 80% de los problemas de salud, lo que tiene implicaciones financieras para el cálculo del costo per cápita del PDSS. Conlleva, además, un cambio en el modelo de atención, haciendo énfasis en las actividades preventivas y de promoción de los cuidados de la salud. Siguiendo este modelo el artículo 152 de la Ley 87-01 dispone que cada Administradora de Riesgo de Salud (ARS) debe contar con prestadoras de servicios de salud (PSS) que en conjunto, cubran y articulen un nivel de atención primaria, de atención ambulatoria especializada y de hospitalización general y complejo, así como un sistema de referencia. Ahora bien, exigir que las prestadoras de servicios de salud cuenten con un nivel de atención primaria no significa que el paciente esté obligado a ir a un centro de atención primaria y de que el primer nivel de atención esté a cargo de un médico general. El asegurado que necesita de los cuidados médicos podrá dirigirse a una cualquiera de las clínicas que figure como prestadora de servicios de salud de su ARS y recibir en esta

clínica la atención primaria, siempre que este establecimiento esté debidamente preparado y habilitado por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) para ofertar este nivel de atención, que podría estar atendido por tantos especialistas como acuerde la ARS (ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía), de acuerdo al financiamiento disponible o a las metas sanitarias que responden al perfil epidemiológico. Desde luego, nada impide que en consonancia con el nuevo modelo de salud se establezcan centros de atención primaria con instalaciones propias que ofrezcan sus servicios con independencia o en asociación con las clínicas tradicionales, pues se está en un país de libre mercado y competencia en donde sería inadmisibles impedir que se establecieran este nuevo modelo de servicios de salud. Por consiguiente, ante este reto del mercado las clínicas que conocemos y utilizamos deben responder con un servicio de atención primaria de igual o mejor calidad al que puedan ofertar los centros de atención primaria, pues con ello evitarían perder parte de su mercado. En este ámbito no habría mayores problemas para los actuales pacientes ya que la Superintendencia de Seguros y Riesgos Laborales (SISALRIL) emitió una resolución autorizando a los pacientes crónicos y a los que están bajo tratamiento continuo a seguir recibiendo las prestaciones sanitarias de manos de sus especialistas. Incluso, se ha analizado la posibilidad de que las personas que gozan hoy de un seguro privado puedan continuar disfrutando de su derecho de asistir directamente al médico de su elección y que la puerta de entrada al sistema por la vía de la atención primaria se reserve exclusivamente para los nuevos afiliados. Si la Superintendencia de Seguros de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) toma esta decisión, dentro del nuevo sistema de seguridad social coexistirían dos modelos de salud, el viejo y tradicional que conocemos y el nuevo que se iría aplicando gradual y paulatinamente. Pero, la Asociación Nacional de Clínicas Privadas (ANDECLIP) está

renuente a aceptar cualquier compromiso en este aspecto y en sus pronunciamientos parece no estar de acuerdo con el funcionamiento de los centros de atención primaria sobre el fundamento de que autorizar su constitución atentaría contra su mercado, cuyo punto de equilibrio en la actualidad lo constituyen los diagnósticos y los servicios ambulatorios. Nos parece difícil, por no decir imposible, que las autoridades puedan impedir la creación y funcionamiento de los centros de atención primaria, pues se trata de inversiones que han comenzado a realizarse en función de la garantía jurídica expresada en la Ley 87-01. No obstante, si las clínicas que actualmente funcionan ofrecen eficientes y eficaces servicios de atención primaria nada tendrían que temer de esta nueva competencia, porque en ninguno de los artículos de la Ley 87-01 se hace referencia a los centros de atención primaria, sino a los servicios de atención primaria, que pueden ser prestados tanto por centros ad-hoc, creados exclusivamente para tales propósitos, o en establecimientos clínicos, como los que actualmente conocemos, que ofrecen servicios no sólo primarios sino de otros dos niveles. En cuanto al Colegio Médico Dominicano su posición en este aspecto es similar a la Asociación Nacional de Clínicas Privadas (ANDECLIP), pues entiende que el uso de la atención primaria puede disminuir la cantidad de consultas que ofrecen actualmente los especialistas, lo que provocaría una merma en sus ganancias. Sin embargo, ya hemos señalado que la atención primaria puede ser ofrecida por los especialistas y que de aceptarlo la SISALRIL éstos podrían continuar sus vínculos profesionales con las personas que hoy están protegidas por un seguro médico.

Se ha señalado también el peligro de congestionamiento en el primer nivel de atención dada la infraestructura existente. En ese sentido cabe señalar que la ENCOVI 2004 reportó que el 68% de las personas afiliadas a una

ARS privada no tuvo problemas de salud durante los treinta días previo a la realización de la encuesta. Del 32% de la población total que sí tuvo problemas de salud, únicamente el 55% consultó un médico y un 12.3% fue atendido en un centro de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social o del Instituto Dominicano de Seguros Sociales. Consecuentemente, la probabilidad de que en el mes de entrada del seguro familiar de salud el nuevo asegurado se enferme, consulte un médico y sea atendido en un centro privado es de cerca de un 15%.

Otra preocupación que se ha manifestado ante la opinión pública es la de las atenciones médicas para las personas que sufren un accidente de tránsito, que hoy están garantizadas en varios de los planes de seguros contratados por las empresas. Se aduce que estas personas perderían esta ventaja con el nuevo sistema porque el PDSS no incluye servicios médicos para los que sufran un accidente. Nadie debe negar esta acotación, pero debe aclararse que una parte de los accidentes de tránsito estará cubierta por el nuevo modelo, ya que muchos de estos accidentes se producen en el trayecto que recorre el trabajador desde su casa a la empresa u oficina y viceversa. Estos accidentes de trayecto son catalogados por la Ley 87-01 como accidentes de trabajo y como tales se encuentran cubiertos por el seguro de riesgos laborales que ya están pagando todas las empresas. En consecuencia, la víctima tendrá derecho a recibir asistencia médica, tanto general como especializada, así como servicios ambulatorios, de hospitalización y quirúrgicos. Igualmente, podrá recibir, si los necesita, servicios y suministro de material odontológico, farmacéutico y quirúrgico, así como aparatos ortopédicos y prótesis. En cualquier caso la asistencia médica podrá continuar después del trabajador haberse reintegrado a sus labores, pues éste tendrá derecho a recibir los cuidados indispensables para atender las secuelas del accidente, evitar una recaída o la agravación de sus

males. Respecto a los accidentes de tránsito, esto es, los que no se producen en el trayecto entre el hogar y el establecimiento, y viceversa, aunque el PDSS no los cubre, la Ley 87-01 dispone la creación de un fondo de accidentes de tránsito (FONAMAT), cuya constitución hoy se discute tomando en consideración los costos y mecanismos de financiamiento, el pago a las ARS, el instrumento de supervisión, los aspectos legales envueltos en el tema y las implicaciones sobre el costo de los seguros de vehículos de motor. El asunto ha venido siendo discutido entre la Gerente General del Consejo Nacional de la Seguridad Social, la Superintendencia de Seguros y la Cámara Dominicana de Aseguradores (CADOAR). La propuesta que se ha manejado con el beneplácito de las empresas de seguro es aumentar el costo de la prima que actualmente pagan los usuarios por asegurarse contra los accidentes ocasionados por los vehículos de motor. Aunque la Superintendencia de Seguros aprobó una resolución con aumento de las primas, el Gobierno estimó no publicarla oficialmente, pues consideró que la misma podría resultar inflacionaria. En tal virtud, y en vista de que el seguro de vehículo de motor comprende un porcentaje de su costo para asistencia médica, se ha propuesto a los aseguradores separar este porcentaje para la constitución del fondo de accidentes de trabajo, lo cual se estima en un dos o tres por ciento del costo actual. Pero, debido al alto nivel de siniestralidad, los seguros de vehículos de motor no establecen los detalles del costo de la prima, lo que a juicio de CADOAR impide determinar el por ciento de la prima que se destina a gastos de salud de las víctimas. Las negociaciones continúan y se examinan distintas propuestas que podrían conducir a un avenimiento entre las partes envueltas en la negociación. El asunto es de vital importancia debido a los altos gastos de salud que se generan por causa de los accidentes de tránsito. Para el Gobierno la creación del fondo es de primer orden porque actualmente el 80% de las víctimas de los accidentes de tránsito recibe atención médica en

los hospitales públicos, lo que implica un gasto de magnitud para estos establecimientos que verían mejorar su situación económica y así poder ofrecer mejores prestaciones si fueran resarcidos por sus servicios.

La Ley 87-01 se dispuso crear un nuevo modelo de seguridad social que buscó traspasar al sector privado las pensiones y la asistencia médica. Es casi seguro que en esta decisión influyó el deterioro y desgaste del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), creado en la década de los 40 del pasado siglo. Con un fondo común de reparto, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) respondía a las contingencias de la salud, maternidad, invalidez, vejez, muerte e incapacidades derivadas de los accidentes de trabajo. Debido a sus gravísimos problemas y en particular a las deficiencias de sus servicios, reconocidos por las propias organizaciones sindicales que en las convenciones colectivas de condiciones de trabajo exigían a sus empleadores un seguro privado, el seguro social obligatorio terminó siendo para muchas empresas un simple impuesto, pues ya sea por iniciativa propia o por acuerdo con sus trabajadores, fue cada día mayor el número de empleadores que recurrió a la llamada doble cotización. No sólo éstos sino también los empleados y obreros, así como diversos núcleos de la sociedad, estuvieron contestes en la necesidad de una reforma a la seguridad social. Fueron estos motivos los que impulsaron al doctor Leonel Fernández en su primer gobierno a crear en el mismo año de 1996 una comisión para que procediera al examen del tema y propusiera una reforma al sistema. Esta comisión, presidida por quien les habla, en su calidad de Secretario de Estado de Trabajo, invitó al país a técnicos y especialistas de la materia, quienes elaboraron un anteproyecto de ley que terminó siendo consensuado y aprobado por las autoridades, los empleadores y las organizaciones sindicales de trabajadores. Este proyecto fue sometido al Congreso Nacional a mediados

del año 1998, pero lamentablemente fue engavetado y con el apoyo de sectores empresariales y sindicales se prefirió un modelo de seguridad social distinto al presentado por el Gobierno de entonces. Este nuevo modelo fue consagrado por la Ley 87-01 del año 2001, y con el mismo se privaba al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) del manejo de las pensiones que pasaban a ser controladas por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Los pensionados del IDSS y los trabajadores afiliados a este Instituto con más de cuarenta y cinco años de edad se transfirieron a la administración central que asumió la carga de los mismos. Cuarenta y dos mil pensionados del IDSS son pagados por la Secretaría de Estado de Hacienda con un costo para el presupuesto nacional de 141,709,813.00 millones de pesos mensuales. Al mismo tiempo, al limitarse por ley al seguro de salud y de riesgos laborales y prohibirse toda confusión entre ambos fondos, el IDSS se encaró súbitamente a una situación de extrema y delicada precariedad, que ha obligado al Gobierno a subvencionarlo con una suma de cincuenta millones de pesos mensuales, suma que en parte (diecisiete millones) sirve para poder ofrecer servicios de salud a esos 42 mil jubilados. El solo hecho de disponerse en la Ley 87-01 la libre elección de los servicios por parte de los trabajadores y de prohibirse en la misma la doble cotización de las empresas hizo temer el colapso y cierre definitivo del IDSS. En efecto, de un poco más de 600 mil asegurados que figuran en sus archivos, el IDSS ha conservado 279 mil, que de lograrse la identificación de sus dependientes le permitiría ofrecer servicios de salud a 669 mil 600 personas, lo que le aseguraría ingresos potenciales por un valor de \$264,324,600.00 millones mensuales, suficientes para cubrir sus gastos operacionales que ascienden a \$213,000,000.00 al mes. Para lograr su pervivencia y poder competir ventajosamente en el nuevo mercado de la salud impulsado por la Ley 87-01, el IDSS necesita rápidamente de un proceso de reingeniería que a

mediano plazo le permita mejorar sus prestaciones y restaurar su infraestructura, especialmente si se piensa que los afiliados pueden cambiar de administradoras de riesgos de salud al cabo de un año de servicios.

La Ley 87-01 de 2001 no fue la ley que quiso el primer gobierno del doctor Leonel Fernández. Hubiéramos preferido la aprobación del proyecto que sometimos en 1998 porque era menos complejo, garantizaba mejor los derechos e intereses de los usuarios y permitía un mejor control del mercado sanitario y previsional. Pero, ese es el pasado. Cuando llegamos de nuevo al gobierno en el 2004 encontramos una ley de seguridad social ya aprobada por la administración anterior con el beneplácito de los empresarios y de las centrales sindicales. La continuidad del Estado y el consenso asumido por los interlocutores sociales nos obligaba a hacer cumplir esta ley, y eso hicimos desde el primer momento. Primero, tratando por todos los medios de diversificar los fondos de pensiones, todavía concentrados en gran proporción en entidades financieras, pero con las posibilidades cada día más cercanas de que dichos fondos puedan ser utilizados en inversiones empresariales y obras de infraestructura; segundo, impulsando la extensión del seguro familiar de salud del régimen subsidiado; y tercero, tratando de lograr un acuerdo entre los variados y complejos intereses de los sectores que intervienen en el seguro familiar de salud del régimen contributivo.

Respecto a este último, somos conscientes de las dificultades que enfrentamos, pero estamos empeñados en sacar hacia delante el seguro familiar de salud del régimen contributivo, pues el mismo es una oportunidad para hacer más equitativa la sociedad dominicana. Proyecciones realizadas dan cuenta que el solo inicio de este seguro reducirá el coeficiente de Gini, con el cual se mide la desigualdad existente

en una población, de un 0.51 en que está, según lo revela la encuesta ENCOVI de octubre de 2004, a un 0.47. Su aplicación permitirá la inclusión inmediata de 500 mil dominicanos que actualmente no tienen seguros de salud; la disminución de los gastos directos de salud que hoy grava el presupuesto de la familia dominicana, lo que se traducirá en un mejor nivel de vida para los hogares; la organización del modelo de prestación de los servicios médicos; la regulación del mercado sanitario, típico modelo del mercado imperfecto, que en el presente no está sujeto a regulación alguna; la obtención de información valiosa y veraz sobre la demanda en salud; y, sobretodo, la posibilidad de promover la solidaridad entre los distintos sectores de la sociedad.

Todos los comienzos son difíciles, pero no pueden abrigarse dudas de que con el inicio del seguro familiar de salud marchamos hacia una sociedad más justa y menos excluyente, especialmente si pensamos que casi el 40% de los asalariados no tienen hoy en día un seguro de salud. Al final, estamos seguros que de superarse la desinformación con la cual se ha manejado el tema, todos los sectores apoyarán al seguro familiar de salud del régimen contributivo. Pero, una campaña publicitaria y de orientación debe iniciarse en lo inmediato para dar a conocer a la población los pormenores y detalles que demanda su ejecución. La práctica nos obligará a corregir lo que sea necesario modificar del nuevo sistema, que con sus imperfecciones representa algo mejor de lo que actualmente tenemos en materia de salud. El Presidente de la República, quien antes de ayer escuchó a todos los interesados, anunciará en esta misma semana la decisión final sobre la fecha de inicio del seguro familiar de salud. Es sólo cuestión de fecha, no de aplicación.

Santo Domingo, 23 de mayo de 2007.

