

Estudios Sociales
Vol. XXXVII, Número 137
Julio-Septiembre 2004

EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. UN POTENCIAL INSTRUMENTO EFECTIVO DE POLÍTICA SOCIAL

Chanel Mateo Rosa Ch.¹

I. Introducción

Entre las principales novedades que introdujo la Reforma de la Seguridad Social Dominicana aprobada en el año 2001 está la creación de un régimen de protección social con la finalidad de favorecer la población de menores ingresos de la sociedad: el Régimen Subsidiado (RS), mecanismo financiado íntegramente por el Estado y que en el caso de salud oferta un Plan Básico de Salud (PBS) similar al de los demás regímenes.

En este artículo pretendemos analizar algunos aspectos de carácter conceptual sobre los cuales se sustenta la reforma dominicana y, en especial, ver las principales características del RS en el caso de salud, sus potenciales beneficiarios y su incorporación al sistema; sus fuentes y montos de financiamiento, sus mecanismos de asignación de recursos, sus prestaciones ofertadas, etc.

¹ Técnico en Seguridad Social.

En un segundo momento analizamos, cuáles han sido, desde nuestra óptica particular las principales dificultades y los aciertos en el proceso de implementación del RS en salud, fundamentalmente en el caso de la Región IV, así como el impacto inicial que ha tenido sobre el sistema sanitario de esa región.

Finalmente, consignamos los principales retos pendientes en este proceso que recién inicia y que el cumplimiento de los mismos pueda garantizar su viabilidad definitiva, su sostenibilidad e impacto en la población dominicana.

Es nuestro interés que los comentarios aquí emitidos sirvan para la corrección de posibles errores que ayuden a mejorar la salud de los y las dominicanas.

II. Marco legal y sustento conceptual del régimen subsidiado

Cuando el 24 de abril del año 2001 fue aprobada por el Congreso Nacional la Ley sobre Seguridad Social, concluían más de dos décadas de intensas discusiones sobre las características que debía asumir el nuevo sistema dominicano de protección social referido fundamentalmente a los programas de salud, pensiones y riesgos laborales.

Sin embargo, con esta nueva ley se iniciaba otro nuevo proceso no menos difícil que el anterior: el de la implementación del conjunto de herramientas técnicas, diseño institucional, reglamentaciones y decisiones políticas que permitirán la puesta en marcha del nuevo modelo. En efecto, el sistema dominicano de seguridad social en salud planteado en la citada legislación responde fundamentalmente a las líneas estratégicas de los procesos de reforma implementados en la región en los últimos años y que se sustentan teóricamente en el llamado *"pluralismo estructurado"*², modelo diseñado a mediados de los años noventa por dos importantes autores latinoamericanos y que intenta ser una alternativa a lo que ellos mismos denominan sistemas *"público unificado"*, *"privado atomizado"* y *"modelo segmentado"*.

De acuerdo a dichos autores, el pluralismo estructurado *"intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los extremos del monopolio en el sector público y la atomización del sector privado"*.

² Juan Luis Londoño y Julio Frenk, "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina".

EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. UN POTENCIAL INSTRUMENTO EFECTIVO DE POLÍTICA SOCIAL

Para lograr este equilibrio se propone que el Estado a través de los ministerios de salud se encargue de la modulación del sistema estableciendo reglas claras.

De acuerdo a estos autores, la función de financiamiento es la responsabilidad central de la seguridad social, privilegiando los subsidios a la demanda. La articulación del sistema (aseguramiento) se haría a través de *“organizaciones para la articulación de servicios de salud”*, entidades públicas o privadas especializadas en la función de aseguramiento. Finalmente, la prestación de los servicios quedaría también abierta a la libre competencia de instituciones públicas y privadas.

Como se puede observar, la lógica de esta propuesta descansa fundamentalmente en los siguientes elementos: Especialización de los ministerios en la modulación del sistema. Libre elección en la articulación o aseguramiento. Libre elección de los prestadores.

Otro aspecto que aborda el citado documento tiene que ver con la incorporación de la población en los beneficios del sistema considerando tres grupos sociales básicos: el núcleo de extrema pobreza, los sectores informales y los sectores formales.

La Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) incorpora la población mediante tres regímenes de financiamiento en función no sólo de los niveles de ingresos, sino de la inserción en el mercado laboral.

Uno de estos regímenes, y que para los fines de este artículo merece especial importancia, es el subsidiado, el cual, de acuerdo a la citada ley³, *“protegerá a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes financiado fundamentalmente por el Estado Dominicano”*.

Como se puede observar, la adscripción al régimen subsidiado no se da en función de los niveles de ingresos, sino que se combina la forma de inserción laboral (informalidad) con desempleo, niveles de ingresos, discapacidad, etc.

³ Ley 87-01, art. 7, letra b.

Lo anterior significa que la población pobre estará distribuida en los tres regímenes (contributivo, contributivo- subsidiado y subsidiado), por lo que un empleado de sueldo mínimo deberá cotizar al sistema en la misma proporción (30% del total de la cotización) que un empleado de niveles de ingresos altos. Igualmente pasa con obreros cañeros pensionados que ingresarán al sistema por el régimen contributivo. Por lo tanto, una primera observación que quisiéramos hacer es que cuando hablamos de pobres en el marco de la seguridad social no hablamos sólo del RS. Sin embargo, cuando nos referimos a “*subsidiado*”, estamos hablando fundamental y mayoritariamente de los más pobres entre los pobres, es decir la población indigente, económicamente excluida, la de mayor riesgo epidemiológico, y la de los grupos familiares más numerosos.

Los subsidiados. El tortuoso proceso de su selección

¿Cómo se produce el proceso de selección de un grupo familiar para el RS?

Una de las principales críticas que comúnmente se hacen a los programas de protección social es que los mismos se han vinculado a prácticas clientelista- partidarias y asistencialitas.

El recientemente publicado Informe Nacional de Desarrollo Humano, 2005⁴ del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) así lo expresa: *“lamentablemente no se ha entendido la política social como un elemento constitutivo de la política de desarrollo”*. Y añade: *“ en República Dominicana el ejercicio de política social ha estado divorciado de un proyecto estratégico de desarrollo de la nación, y más bien, lo que muestra el análisis de los hechos, es que la política ha estado asociada a prácticas clientelistas y de asistencialismo”*.

Para la confiabilidad del nuevo sistema es fundamental que la selección de los beneficiarios del RS responda a criterios de prioridad de acuerdo a la ley 87-01 y su reglamentación y que los mecanismos de inclusión o exclusión estén alejados de las preferencias partidarias.

Mediante las resoluciones 74-02 (noviembre 2002) y 56-03 (mayo 2003), el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) aprobó el Reglamento del Régimen Subsidiado⁵, el cual tiene como

⁴ Informe PNUD,2005 ¿ Como se ha hecho la política social en Republica Dominicana?

⁵ Reglamento Régimen Subsidiado, Libro 1, Capítulo I.

EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
UN POTENCIAL INSTRUMENTO EFECTIVO DE POLÍTICA SOCIAL

objeto *“definir los aspectos fundamentales, características, mecanismos de afiliación, derechos, deberes, beneficios, y fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado para su implementación en el territorio nacional, definiendo los ámbitos de aplicación y alcances de las instituciones que asumirán el Seguro Familiar de Salud y el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia”*⁶.

A fin de definir el proceso de selección de los beneficiarios del RS dicho reglamento crea los llamados *“Comités de Selección y Certificación”*, que tienen por función *“el proceso de identificación, selección y certificación de los beneficiarios del RS”*. Estos comités, de acuerdo al artículo 10 del citado Reglamento, estarán constituidos por *“un representante del ayuntamiento local, un representante de la junta de vecinos, dos representantes de las iglesias de diferentes denominaciones y un representante del equipo local de salud”*.

El mismo Reglamento, en su artículo 11, establece los criterios de prioridad en la selección de los beneficiarios:

- Familias cuyos jefes estén desempleados o con ingresos inestables e inferiores al 50% del Salario Mínimo Nacional (SMN) (aquí se produce una variación respecto a la Ley, que habla de un salario mínimo), y que los demás integrantes de la misma no sean dependientes económicamente de un afiliado al SDSS
- Las madres solteras cabeza de familia sin empleo o con un empleo inestable y que los ingresos productos de los mismos sean inferiores al 50% del SMN e insuficientes para cubrir sus necesidades esenciales
- Las personas mayores de 65 años que no sean dependientes de un afiliado titular de otro régimen o con ingresos inestables e inferiores al 50% del SMN
- Los discapacitados físicos y /o mentales, no dependientes, sin ningún tipo de ingresos o ingresos inestables e inferiores al 50% del SMN

⁶ N. d. r.: dejaremos sin corregir la palabra “sobrevivencia”, dado que los redactores de la Ley no eliminaron el gazapo en la versión final.

- Los hogares pobres con familias numerosas siempre que el jefe de la familia esté desempleado o con ingresos inestables e inferiores al 50% del SMN y que los demás miembros no tengan capacidad de pago
- Los hogares pobres con ingresos inestables e inferiores al 50% del SMN y que presenten algún grado de discapacidad
- Las familias pobres con ingresos inestables e inferiores al 50% SMN con niños menores de un año y menores en circunstancias difíciles.

Con la conformación de los comités de selección se buscaba mejorar la calidad en la selección de los beneficiarios y que estos respondieran a los criterios antes mencionados, al tiempo que se involucraba a la comunidad no sólo en el proceso de selección, sino también de monitoreo de la calidad y suficiencia de las prestaciones.

Jonathan Conning y Michael Kevane, en un documento⁷ preparado para el Banco Mundial, abordan el tema de la selección de beneficiarios y la necesidad de dotar de transparencia a ese proceso. En dicho documento sostienen que *"la inclusión de grupos comunitarios como parte interesada podría generar un mejoramiento en la selección, monitoreo y la rendición de cuentas", "los grupos comunitarios podrían tener mejor información para la identificación de las necesidades y las familias podrían tener a su vez menores incentivos para proveer información falsa acerca de sus activos, ingresos y acervos"*.

En el caso concreto de nuestro país, y en especial la Región IV de salud (Barahona, Bahoruco, Pedernales e Independencia), no se puede hablar de una selección fundamentada en el clientelismo, amiguismo o adscripción partidaria. Sin embargo, los mecanismos de identificación no se han ajustado a los requerimientos del reglamento del RS debido fundamentalmente a que dichos comités no han sido dotados de los instrumentos, capacidades y apoyo logístico que les permita hacer una selección de beneficiarios que se corresponda con los criterios anteriormente señalados. Si bien es cierto que el sistema está fundamentado en una Base de Datos Única administrada por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y

⁷ "Mecanismos de selección para las Redes de Seguridad Social basados en la comunidad", Banco Mundial. 2001.

EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. UN POTENCIAL INSTRUMENTO EFECTIVO DE POLÍTICA SOCIAL

la empresa UNIPAGO, este mecanismo sólo permite depurar aquellas personas que están registradas en alguna empresa o afiliados a una Administradora de Riesgos de Salud (ARS). Por lo tanto, corresponde a los Comités la difícil tarea de seleccionar a quienes aun no teniendo empleo formal y reciben otro tipo de ingresos (remesas, trabajo informal, etc.), realmente pueden ser objeto del subsidio estatal. Resulta muchas veces difícil excluir de estos beneficios a un ex - obrero cañero cuyo único ingreso, para él y su familia, es una pensión del IDSS. La misma dificultad se presenta en el momento de cuantificar los ingresos de un vendedor informal en una pequeña comunidad del Sur, en cuyo caso los integrantes de los comités deben "estimar" el monto de sus ingresos.

Recientemente, el CNSS aprobó una modificación al Reglamento del RS en lo concerniente a los comités de Selección. De acuerdo a esta modificación, la selección de los beneficiarios se haría a través del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) que haría la selección de potenciales beneficiarios y pasaría la información al CNSS para que los Comités puedan identificar si efectivamente las personas inscritas cumplen con las condiciones para ser subsidiadas (validación social). Estos, a su vez, devolverían la información al CNSS, que luego lo pasaría al Seguro Nacional de Salud (SENASA) para cumplir con el resto del trámite.

Largo y tedioso procedimiento, que evidentemente burocratiza el proceso y podría retardar más de lo aconsejable el proceso de universalización de la Seguridad Social, además de que el SIUBEN es una herramienta que no establece claramente los mecanismos de actualización de las personas que entran o salen del sistema.

La estrecha franja, casi imperceptible, que separa el afiliado subsidiado que labora en el sector informal y el futuro beneficiario que corresponde al Contributivo-Subsidiado y quien también trabaja en el mismo sector, hace compleja la tarea de identificación, sobre todo sino se tiene a mano instrumentos claros de focalización y estratificación de la población.

Si bien es cierto que la propia Ley 87-01 en su artículo 7, párrafo III, explica que el CNSS debe establecer los criterios e indicadores económicos y sociales para identificar la población subsidiada, hasta el momento, tal como hemos explicado, no ha sido una tarea fácil.

Queda claro que el modelo no ha creado los mecanismos adecuados de inclusión o exclusión que prevean los cambios en el mercado laboral e incluso las variaciones por muerte, causas migratorias, etc.

Los subsidiados, ¿cuántos son y dónde están?

La composición de nuestro mercado laboral y la forma en que la Ley 87-01 distribuye la población en los diferentes regímenes plantea dificultades para la estimación de la población potencialmente subsidiada, por lo que diferentes estudios y proyecciones realizados hasta el momento planten cifras distintas.

En el año 2002, el CNSS ordenó la realización de un estudio⁸ con el objetivo de determinar la cantidad de la población eventualmente adscrita de los regímenes subsidiado y contributivo-subsidiado.

De acuerdo a los resultados de ese estudio, para el año 2002 la población a ser cubierta por el RS comprendería 3.2 millones de personas de las cuales 1.2 millones serían indigentes. Sin embargo, es casi seguro que luego de la reciente crisis económica dicha cantidad haya aumentado significativamente.

Otros autores, como el economista español Norberto San Fruto⁹, estiman en 4.5 millones (estimaciones de la misma época del estudio de Santana) la población a ser subsidiada.

Sobre la distribución geográfica de esta población no hay datos concretos y generalmente se utiliza el mapa de pobreza de la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN).

Lo que sí queda claro es que una importante franja de nuestra población deberá ser afiliada a los servicios de la seguridad social en salud bajo esta modalidad, por lo cual se hace necesario diseñar los instrumentos de políticas públicas e institucionales que permitan a esa población recibir dichos servicios con la mayor dignidad, eficiencia y transparencia posible.

⁸ Isidoro Santana, "Estudio sobre la población objetivo de los Regímenes Subsidiado y Contributivo-subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social".

⁹ Economista y especialista en seguridad social, quien ha realizado valiosos aportes sobre el tema, contratado por el programa PROSISA.

EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. UN POTENCIAL INSTRUMENTO EFECTIVO DE POLÍTICA SOCIAL

Las prestaciones de los subsidiados en salud, ¿valen la pena?

Es la propia Ley 87-01 que establece las prestaciones en salud de los afiliados al RS. La misma acuerda el diseño y ejecución de un Plan Básico de salud (PBS) con las mismas prestaciones que los demás regímenes, incluyendo el suministro de medicamentos en un 100% tanto en internamiento como tratamiento ambulatorio, derecho que sólo está contemplado para el RS.

Otra prestación acordada por la Ley está referida a los servicios de estancias infantiles, aunque no queda claramente especificada su fuente de financiamiento.

De todos modos, preguntémosnos, ¿cuáles son los beneficios que realmente recibe un grupo familiar por el hecho de ser afiliado a la Seguridad Social? ¿Cuál es el valor agregado de esa afiliación?

Precisamente, uno de los grandes retos del SENASA como garante de la salud de sus afiliados, así como de la Red de Prestadores de Salud, es hacer efectivo, real, tangible, ese valor agregado.

Hasta el momento, y de acuerdo a los contratos entre SENASA y la Red de Prestadores, los principales beneficios son los siguientes:

- El no cobro de cuota de recuperación para el afiliado y sus dependientes. Todos sabemos que debido a la crisis estructural e histórica de nuestro sistema hospitalario, los usuarios del mismo deben cubrir con gastos de bolsillos parte de la atención que reciben en esos establecimientos. En ese sentido, este elemento se convierte en una protección financiera a favor del grupo familiar afiliado.
- El suministro de medicamentos, tanto en tratamiento ambulatorio como en internamiento, es quizás el elemento más valorado por los afiliados. Es de todos conocido el alto costo que éstos representan, por lo que el suministro de los mismos implica un aporte importante para esta población.
- El diseño de un *"paquete preventivo - promocional"*, personalizado para cada grupo familiar, es el elemento que más puede influir en mejorar las condiciones de salud de los afiliados. Algunos de los aspectos más importantes de este programa son la visita permanente

de los promotores (promotores capacitados), el seguimiento casa a casa de los enfermos crónicos, la realización de “papanicolaus” a todas las mujeres afiliadas y en edad fértil, el esquema completo de vacunas para la población infantil, charlas sobre preservación de la salud, etc.

- La eliminación de lista de espera para pacientes afiliados es otro de los elementos importantes, ya que permite la solución a tiempo de problemas de salud que eventualmente podrían complicarse si no son atendidos con presteza.

- El tratamiento en centros de Santo Domingo de enfermedades de alto costo. El SENASA ha firmado contratos con varios centros que ofertan esos servicios sin costo adicional para el usuario. En estos momentos, 32 afiliados de la Región IV reciben atenciones ambulatorias y de internamiento en diferentes centros de salud como la Plaza de la Salud, el Hospital Marcelino Vélez Santana y el Instituto de Oncología.

- El hecho de contar con un asegurador (tercer pagador) que permanentemente presiona por la mejoría en la calidad de los servicios y que hace “*abogacía social*” frente al prestador.

Finalmente, es un tema pendiente y de permanente preocupación la calidad y oportunidad con que han de ofrecerse esos servicios, de forma tal que se garantice una atención digna y humana. Al lograr esto, estaríamos haciendo la mejor promoción a la afiliación al RS.

El financiamiento: fuentes, monto y modalidades de asignación

Asunto de capital importancia es lo relativo a los mecanismos de financiamiento del sistema, tanto cuanto a la fuente de financiamiento y el monto necesario para una adecuada extensión de la cobertura, como a las modalidades de asignación de los recursos de suerte que puedan influenciar en la forma de prestación de los servicios.

La propia Ley 87-01 establece posibles fuentes de financiamiento. En efecto, en el artículo 142 se lee que “*El Régimen Subsidiado será financiado con un aporte del Estado Dominicano, con cargo a la Ley de Gastos Públicos. Su monto será determinado en función de la cantidad de población atendida y de costo per cápita del Plan Básico*”

EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
UN POTENCIAL INSTRUMENTO EFECTIVO DE POLÍTICA SOCIAL

de Salud. Durante el periodo de transición, la SESPAS deberá separar los fondos asignados en su presupuesto e identificar los recursos destinados a la atención a las personas. En función de la población comprendida por este Régimen se determinará el monto actual de la asignación per cápita, debiendo el Estado dominicano adicionar los recursos necesarios para completar el costo per cápita del Plan Básico de Salud correspondiente a este Régimen de las aportaciones consignadas en el artículo 20 de la presente Ley”.

Cuadro No.1

**Recursos transferidos desde el Estado al régimen subsidiado
2002 - 2005 en millones de RD\$**

Año	Cantidad de Meses	Monto
2002	2	9,6
2003	10	60,6
2004	12	94,2
2005	4	50,0
Total		214,4

Fuente: SENASA

No hay dudas de que la ampliación progresiva de la cobertura del RS hasta llegar a su universalización va a requerir del Estado dominicano un importante esfuerzo fiscal y de una mayor asignación al sector salud. Es importante recordar que el Gasto Sanitario Público en nuestro país es sumamente bajo, representando apenas menos de la mitad del promedio regional.

Por lo tanto, se va requerir de una voluntad política importante en el momento de estimar y hacer efectivo este financiamiento. Es importante recordar que si se acoge como válida la estimación realizada por Isidoro Santana de 3.2 millones de personas a ser subsidiadas, su financiamiento a los costos de la más reciente estimación realizada por SISALRIL (RD\$4,782.99) llegaría a más de RD\$15 mil millones, cantidad que supera en cerca de RD\$6 mil millones el presupuesto que SESPAS destina en la actualidad a sus establecimientos de salud.

De cualquier forma, nuestro gasto social es uno de los más bajos de todo el Continente, y su impacto y eficiencia son obviamente reducidos. Por lo tanto, el gran compromiso del Sector Salud, sus

niveles de decisión política, técnicos, profesionales de los servicios, es revertir esa tendencia casi estructural de ineficiencia y mal aplicación de los recursos, para hacer del gasto sanitario un instrumento que ofrezca resultados y mejore los pobres indicadores que exhibe el Sector.

Desde sus inicios, el RS ha recibido de parte del Estado RD\$214.4 millones, lo cual está vinculado directamente con la cantidad de afiliados; es recurso fresco que ha llegado al sistema y lo más importante es que su asignación ha respondido al cumplimiento de objetivos que benefician directamente a los usuarios.

Otro elemento a destacar es el hecho de que en estos momentos la Región IV, donde ha iniciado la implementación del RS, recibe diversas fuentes de financiamiento. Por un lado esté el presupuesto tradicional de SESPAS, el cual se entrega mediante pago histórico y que fundamentalmente financia los pagos de nóminas, construcción y reparación de infraestructura, equipamiento, y los llamados fondos reponibles (antigua subvención). Por otro lado están los recursos provenientes de cuotas de recuperación cobradas a pacientes no asegurados, mediante equipamiento, consultorías, infraestructura y otros; recibe fondos de la CERSS y otros proyectos internacionales. Finalmente, están los fondos de la Seguridad Social, los cuales llegan vía SENASA por un monto per cápita de la población afiliada y sujeto a cumplimiento de un contrato.

Esta mezcla en el financiamiento, tanto en su fuente como en su uso, tiene diversas consecuencias. Obliga a una contabilidad separada en los establecimientos, comienza a generar una cultura de gestión administrativo - financiera, los gestores comienzan a vincular el pago de recursos al cumplimiento de metas, etc.

III. Implementación, dificultades y avances

Cuando el CNSS decidió en el año 2002 el inicio de la Seguridad Social en Salud por el RS (contrariando la Ley)¹⁰ y, que además dicho inicio debía ser en la empobrecida Región IV del país, estaba tomando una medida que hasta el momento ha marcado todo el proceso de implementación de esta importante legislación social.

¹⁰ El artículo 7, párrafo Y, establece que el RS en Salud comenzaría tres meses después de iniciado el contributivo, el cual aún no inicia, en su fase de otorgamiento de prestaciones.

La primera pregunta que habría que hacerse es por qué iniciar por una región del país, (en este caso más que por una región, por dos provincias), sin previamente decidir cuáles aspectos debía cumplir, es decir, no se establecieron cuales eran las condiciones mínimas que una región debía cumplir antes de iniciar el Seguro Familiar de Salud. Así, el primero de noviembre del 2002 se dio "inicio" al RS de la Seguridad Social en una Región cuyos recursos humanos no tenían idea de las implicaciones de esa decisión, sin sistema de costeo, facturación, sin estar constituido el Servicio Regional, sin afiliados, sin estar listo el Módulo del RS en las instituciones de recaudación y validación informática.

Es obvio que la propia Ley de Seguridad Social establece entre sus principios el de la gradualidad (artículo 3), y más adelante en el artículo 8 expresa lo siguiente: *"El CNSS someterá al Poder Ejecutivo un calendario de ejecución gradual y progresiva de la cobertura de los Regímenes subsidiado y contributivo subsidiado en lo concerniente al Seguro Familiar de Salud, Discapacidad y Sobrevivencia, priorizando la protección de los grupos con mayores carencias de las provincias de mayor índice de pobreza"*.

Está claro que desde el punto de vista legal el CNSS podía escoger dos mecanismos para la implementación del RS: priorizar grupos epidemiológicamente vulnerables en todo el país (niños, mujeres en edad fértil, ancianos, etc.), o por el contrario, escoger tal como finalmente hizo una implementación a nivel regional e incluso provincial¹¹. Fue mediante la Resolución 43-02 del mes de septiembre que el CNSS decidió aprobar un cronograma para la implementación del RS. Dicho cronograma establece el siguiente calendario: Región IV (noviembre 2002), Región V (marzo 2003), Región VI (mayo 2003), Región VII (julio 2003), Región I (septiembre 2003), Región III (noviembre 2003), y Regiones II y VIII (enero 2004).

Se desconocen cuáles fueron los criterios que primaron al momento de seleccionar el orden de prioridad de cada región. Lo que sí estaba claro es que el país se exponía ante una experiencia nueva y distinta, en la cual pronto descubriríamos el largo y escabroso camino a transitar para hacer realidad la seguridad social.

¹¹ De hecho el seguro popular de México, creado para población no afiliada a la seguridad social funciona de forma regional.

Al parecer los criterios tomados en consideración en el momento de elegir la Región IV para el inicio de la seguridad social están en relación con el hecho de que en dicha zona se ejecutó gran parte del Proyecto Provincial de Salud¹², lo cual suponía una importante contribución al desarrollo de los servicios en la zona. Además, se había publicado un decreto que declaraba una excepción para el financiamiento y gerencia de los servicios de salud en la zona mediante un contrato-gestión entre la SESPAS central y la Región. Igualmente, en dicha región se había producido una inscripción de la población en las Fichas Familiares de Salud, lo cual se suponía podía convertirse en un instrumento de afiliación.

A ciencia cierta y con la mayor objetividad técnica, es justo señalar que ni ésta ni ninguna otra región del país estaba en la más mínima capacidad de iniciar el novedoso sistema; pero, además, las instituciones de aseguramiento del sistema (el SENASA apenas tenía dos meses de haber iniciado sus operaciones), así como las de regulación y recaudación, no estaban preparadas para este inicio, el cual parecía forzado más por los tiempos políticos que por las exigencias técnicas.

A estos elementos hay que agregar aspectos de carácter estructural que complejizan el proceso de implementación. Recuérdese que el RS está diseñado para operar con una sola aseguradora (SENASA), que funge como la gran articuladora de los prestadores del sistema; pero además, los usuarios sólo tendrían en principio la Red de Prestadores de SESPAS como los únicos establecimientos para recibir atenciones de salud¹³. Hablamos de un régimen con un solo comprador de servicios y un solo vendedor, lo que obviamente contradice los fundamentos básicos de los modelos de seguridad social diseñados bajo los principios del "pluralismo estructurado", tal como vimos al inicio del trabajo.

Lo anterior tiene implicaciones importantes en el papel de los diferentes actores institucionales del Sector. Por ejemplo, la SISALRIL debe tomar en cuenta que la gente no decidió afiliarse a SENASA,

¹² Financiamiento del Banco Mundial vía la Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud (CERSS)

¹³ La Ley 87-01 en el Art.31, Párrafo I, letra c deja abierta la posibilidad de que SENASA pueda comprar servicios no solo a SESPAS sino al IDSS, el Reglamento del Subsidiado menciona las ONG's.

EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. UN POTENCIAL INSTRUMENTO EFECTIVO DE POLÍTICA SOCIAL

sino que fue un mandato legal que de hecho lo asignó. Por lo tanto, el seguimiento y monitoreo de esa institución deben ser rigurosos y permanentes. Del mismo modo, el papel de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) es diferente en este régimen, en el sentido de que ha de brindar apoyo casi personalizado a sus afiliados, por las razones que hemos citado. De hecho, SENASA, como garante de la salud de los afiliados, juega un papel distinto a cualquier otra aseguradora, en el sentido de que debe hacer abogacía social frente al prestador, ser excesivamente vigilante del cumplimiento de los contratos, etc.

Se supone que en un modelo de aseguramiento como el establecido en nuestro país, la libre elección (más allá de la asimetría de información) juega su papel, generando algún tipo de competencia que pueda orientar a los usuarios y usuarias. Pero esto no sucede en el RS.

Otro aspecto crítico se refiere a la gestión de la Red y su articulación con el SENASA. Es obvio que los Reglamentos de Rectoría y Separación de Funciones y el de Provisión de Servicios (ambos aprobados por el Consejo Nacional de Salud), responden a criterios distintos a los que guían la Ley 87-01 en lo referente a los Servicios Regionales de Salud. No hay dudas de que estos documentos representan una contrarreforma. De nuevo pensamos más en las instituciones que en los usuarios, de nuevo nos resistimos al cambio, apostamos por la transición eterna, por que no pase nada.

Un análisis de las funciones de los Servicios Regionales de Salud (SRS) nos indica que estaríamos ante la conformación de otra ARS, más que ante una Coordinadora de la Prestación de los Servicios, como realmente debería ser. Esta institución va a recibir recursos de SENASA, para luego hacer contratos con los establecimientos de salud. Es decir, SENASA prácticamente delega sus funciones en otra institución. SESPAS recupera su función de Administración de Riesgos, y en definitiva creamos un caos.

Además de lo señalado anteriormente, de hecho se produce una recentralización en las regiones ya que estamos creando nueve estructuras con las funciones de SESPAS central. Hay que ver lo que de hecho ha pasado en Región IV. Los diferentes directores de establecimientos de salud se quejaban de no tener ningún tipo de incidencia en la toma de decisiones, ya que la compras de insumos,

contratación de personal, etc., se realiza en la Regional, al margen de su participación¹⁴.

Los Servicios Regionales de Salud deben ser entes coordinadores de los establecimientos, sin menoscabo de la autoridad de los directores de los centros. Ha de preservarse el concepto de Red, aprovechar la economía de escala, sistematizar experiencias, velar por la adecuada capacitación de los recursos humanos, en definitiva, no burocratizar los procesos creando más islas de intereses, que en último término producen una disminución del per cápita que debe de financiar los servicios de los ciudadanos.

Otro tema crucial en este proceso de implementación ha sido el de la afiliación de las personas que deben recibir el subsidio estatal.

Tal como comentamos anteriormente, al inicio del Seguro Familiar de Salud no existía una base de datos en la región que cumpliera con las exigencias de los organismos de la Seguridad Social. Por esta razón, el CNSS se vio precisado a aprobar una Resolución mediante la cual se reconocían 37,057 afiliados de las provincias de Barahona y Bahoruco como los primeros afiliados. Sin embargo, entre este primer grupo no había menores de edad, ya que el sistema no tenía los mecanismos operativos para su validación. Es decir, un elemento de orden burocrático se convirtió en un dispositivo de exclusión social.

Hoy día el SENASA cuenta con alrededor de 70,000 afiliados, y tal como podemos ver en el cuadro número 2, la evolución ha sido lenta. Esto se explica por varios factores. En un primer momento, la gente no tenía motivos para afiliarse al sistema, desconocía los beneficios de esa afiliación, los procesos de depuración han sido lentos, no existen mecanismos de novedades (inclusión y exclusión de afiliados). El único mecanismo de exclusión que actúa efectivamente es el utilizado por la TSS al comparar nuevos afiliados con las nóminas de las empresas, y UNIPAGO, al comparar la lista de afiliados a ARS. Sin embargo, no pasa así cuando alguien pierde su empleo.

Una tendencia que se observa al analizar estos datos es que efectivamente se produce una disminución mensual de la cantidad de afiliados, y esto es explicable, aunque no justificable, por el hecho de que los mecanismos de inclusión y exclusión, tal como

¹⁴ De hecho en el último acuerdo con la Región, el SENASA entregó el 25% de los recursos directamente a los hospitales.

EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
UN POTENCIAL INSTRUMENTO EFECTIVO DE POLÍTICA SOCIAL

señalamos anteriormente no existen o no funcionan adecuadamente. Es decir, no hay posibilidad de registrar automáticamente los cambios que se dan en el mercado laboral.

Otro elemento importante es que la mayoría de los afiliados del RS hasta la fecha de corte de la información son mayores de edad, lo cual deja fuera del sistema a parte de la población más vulnerable desde el punto de vista de epidemiológico, los y las niñas. Sin embargo, durante los meses transcurridos de mayo a julio de 2005, el SENASA realizó un operativo de afiliación de dependientes, lo cual permitirá la inclusión de cerca de 30,000 niños y niñas dependientes de afiliados.

Cuadro No.2
Evolución de población afiliada en la Región IV
Julio 2004 - mayo 2005

Meses	Localidades en la Región IV				Total por Meses
	Bahoruco	Barahona	Independencia	Pedernales	
jul-04	9.830	23.785	1	2	33.618
ago-04	10.415	24.220	7.060	3.461	45.156
sep-04	10.554	24.879	7.021	3.481	45.935
oct-04	10.963	25.713	7.567	3.625	47.868
nov-04	11.038	26.800	8.058	3.680	49.576
dic-04	15.488	34.892	9.551	4.359	64.290
ene-05	15.521	34.838	9.795	4.423	64.577
feb-05	16.919	40.337	10.742	4.784	72.782
mar-05	16.518	40.366	10.477	4.647	72.008
abr-05	15.776	38.434	9.564	4.339	68.113
may-05	15.625	38.450	9.551	4.323	67.949

Fuente: Gerencia de Afiliación SENASA

IV. Diez retos para la consolidación del régimen subsidiado

No hay dudas de que la implementación de la Seguridad Social en Salud, y fundamentalmente en lo atinente al RS, implica enormes retos que deben ser identificados y priorizados adecuadamente.

1. Se requiere una vigorosa voluntad de nación, con un esfuerzo transversal hacia los partidos políticos y a las políticas públicas

coyunturales y cortoplacistas, y entender que dentro de la construcción y diseño de la política social, las prestaciones de salud con calidad y sentido preventivo tienen capital importancia y suponen elevar el nivel de vida de una parte importante de la población, precisamente aquella con la cual el Estado tiene una deuda social acumulada.

2. El Estado Dominicano debe garantizar la sostenibilidad financiera del sistema y la entrada progresiva de la población subsidiada a nivel nacional. Quizás sea ésta una de las más contundentes demostraciones de apoyo y voluntad política al proceso de implementación de la seguridad social.

Se debe convertir en parte del per cápita los recursos que actualmente SESPAS destina al programa de "Atención a las Personas" y hacer acuerdos con los hospitales gerenciados por patronatos, a fin de convertir estos recursos en parte del financiamiento de la seguridad social.

3. Debemos considerar fundamental y urgente la reforma del sistema hospitalario de SESPAS. Dicha reforma pasa necesariamente por un cambio en el modelo gerencial, entendiendo el hospital como una empresa social y que, por lo tanto, debe manejarse de acuerdo a indicadores de eficiencia y racionalidad organizacional donde impere el trato digno a sus usuarios.
4. Con respecto a la actitud del CNSS en relación al RS, es obvio que dicho estamento ha estado de espaldas al proceso adoptando decisiones que muchas veces no se corresponden con los niveles de avances o dificultades de los procesos. El CNSS no ha sido el promotor de cambios que se suponía debía ser; su conformación plural no ha demostrado un real y verdadero compromiso.
5. SENASA, como entidad articuladora del sistema, vínculo natural y único entre los ciudadanos y el prestador debe ser cada vez más imaginativa, diseñando mecanismos de compras que garanticen la prestación adecuada de los servicios, fortalecer su capacidad de supervisión y, sobretudo, generar confianza en la población.

EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. UN POTENCIAL INSTRUMENTO EFECTIVO DE POLÍTICA SOCIAL

6. Es necesario crear mecanismos de participación activa de los grupos organizados de la comunidad. Nuestras instituciones públicas difícilmente puedan dar el salto hacia el compromiso radical con el ciudadano sino hay de parte de este mismo ciudadano, una presión permanente en demanda de sus derechos. En un modelo de comprador único (SENASA) y de proveedor único (SESPAS) es la demanda organizada y consciente de la población la mejor garante de la satisfacción y cumplimiento de sus necesidades.
7. Hace falta diseñar mecanismos ágiles, eficientes, objetivos y socialmente válidos para la afiliación de la población y para el adecuado registro de los cambios que permanentemente se dan en la población.
8. No podemos caer en la tentación de crear un modelo de atención centrado en el hospital. Por lo tanto, es importante fortalecer y generalizar los mecanismos de prevención y promoción de la salud, con un primer nivel de atención con verdadera capacidad resolutive.
9. No debemos perder el concepto de red en el momento de pensar la relación entre los establecimientos de una determinada región.
10. Se deberán definir claramente las funciones de los Servicios Regionales de Salud, de forma que los mismos no castren la posibilidad de una mayor descentralización en la gestión de los hospitales, o se correrá el riesgo de que se conviertan en un instrumento de burocratización.

V. Conclusión

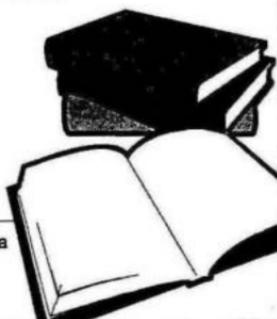
Si realmente queremos impactar los graves problemas sociales, el RS en salud puede ser una magnífica oportunidad. Para que esto se haga realidad, se requiere una transformación de nuestro sistema sanitario que permita una mayor eficiencia y transparencia en el uso de los recursos. Se requiere convertir su implementación en una obsesión nacional, que trascienda los cambios partidarios en el gobierno de la nación, diseñando la aplicación de un conjunto de medidas que garanticen su sostenibilidad más allá de esos cambios. Se requiere un quiebre, un rompimiento con la tradición, estar conscientes de que es *"imposible cambiar haciendo más de lo mismo"*.

En fin, apostar una vez más “*al optimismo de la voluntad frente al pesimismo de la inteligencia*”, continuar soñando con la posibilidad de la construcción de un país distinto que le ofrezca siempre y permanentemente una oportunidad a la vida.

El libro dominicano se vende en

Librería

La Trinitaria



Arzobispo Nouel No. 160 y 157 • Santo Domingo, República Dominicana
Tels.: (809) 682-1032 / (809) 688-3245 • Fax: (809) 686-6110
Aparatado Postal 061Z • E-mail: baez.trinitaria@hotmail.com