

REPUBLICA DOMINICANA
CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL
(CNSS)

ACTA N° 101 DE LA SESION EXTRAORDINARIA DEL CONSEJO
CORRESPONDIENTE AL 11 DE MARZO DE 2004
"AÑO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL"

En la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, siendo las tres y veinte (03:20 p.m.) del **JUEVES 11 DE MARZO DEL AÑO 2004** (DOS MIL CUATRO), **Año Nacional de la Seguridad Social**, previa convocatoria, se reunió en sesión Extraordinaria el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) en su Salón de Reuniones, ubicado en el Séptimo Piso de la Torre de la Seguridad Social Presidente Antonio Guzmán Fernández, con la asistencia de los siguientes miembros: **DR. ZOILO NÚÑEZ SALCEDO**, Sub-Secretario de Estado de Trabajo y Suplente del Presidente del Consejo Nacional de Seguridad Social; **DR. EUSEBIO GARRIDO**, Suplente Representante de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS); **DR. WILILAM JANA Y DR. ABELARDO MUESES**, Titular y Suplente Representantes del IDSS; **LIC. PEDRO LUIS ALCANTARA**, Suplente Representante del INAVI; **DR. WALDO ARIEL SUERO Y DRA. MARITZA RODRÍGUEZ**, Titular y Suplente Representantes del Colegio Médico Dominicano (CMD); **DR. ADOLFO RODRÍGUEZ Y LICDA. FLORENCIA MENDEZ**, Titular y Suplente Representantes de los Profesionales y Técnicos de la Salud; **SR. VIRGILIO ORTEGA NADAL, LICDA. MARIA ISABEL GASSO Y LICDA. MARISOL VICENS**, Titulares Representantes del Sector Empleador; **LICDA. DIAMELA GENAO DE CABRAL**, Suplente Representante del Sector Empleador; **LICDA. DAYSI MONTERO, SR. EUGENIO PEREZ CEPEDA Y LIC. JOSE LUIS LEON**, Titulares Representantes de los Trabajadores; **SR. EMILIO LOPEZ MUÑOZ Y SRA. RAFAELA FIGUERO**, Suplentes Representantes de los Trabajadores; **LIC. NICASIO DE LA ROSA**, Suplente Representante de los Gremios de Enfermería; **ING. FRANCISCO HERNÁNDEZ Y DRA. ROSA MONTERO**, Titular y Suplente Representantes de los Profesionales y Técnicos; **SRA. MARY PEREZ DE MARRINZINI Y LIC. GREGORIO PICHARDO**, Titular y Suplente Representantes de los Discapacitados, Indigentes y Desempleados, **ING. MANUEL ROA**, Titular Representante de los Trabajadores de la Microempresa y el **LIC. ARISMENDI DIAZ SANTANA**, Gerente General del CNSS.

Presentaron debidas excusas los señores **DR. MILTON RAY GUEVARA**, Secretario de Estado de Trabajo y Presidente del Consejo Nacional de Seguridad Social y **LIC. APOLINAR VELOZ**, Suplente Representante del Banco Central.

[Handwritten signatures and initials on the left side of the page]

[Handwritten signatures and initials on the right side of the page]

Estuvieron presentes en calidad de invitados los señores: Licda. Nélsida Marmolejos, Directora de la DIDA, Dr. Bernardo Defilló, Superintendente de Salud y Riesgos Laborales, Ing. Henry Sahdalá, Gerente de Tesorería, Lic. Luís Paulino, Contralor Interino del CNSS, Lic. Dionis Veras, Sub-Gerente General del CNSS, Lic. Carlos Hernández, Asesor Legal del CNSS, Ing. José Zapata, Presidente de ADARS, Dra. Alma Bobadilla, Directora Ejecutiva del SENASA, Ing. Miguel Gil Mejía, Gerente General UNIPAGO, Dr. Rafael Mena, Presidente de ANDECLIP, Licda. Elba Suárez, Presidenta de ANDELAP, Lic. Alberto Mejia Pol, Presidente de ADIMARS, Licda. Daniel Santos y Miguel Gneco, Representantes de la firma Deloitte & Touche, Lic. Pavel García, Presidente de INFADOMI y Lic. Carlos Leroux, Presidente de ARAPP.

Comprobado el quórum reglamentario el PRESIDENTE EN FUNCIONES DEL CONSEJO, Dr. Zoilo Núñez Salcedo, declaró abierta la sesión, con la presentación de la siguiente agenda:

1. Ratificación del inicio del Seguro Familiar de Salud el 1 ero de abril
2. Aprobación del acta # 100 (anexa)
3. Informe sobre el presupuesto del CNSS y de la Gerencia General (Gerencia General)
4. Revisión de los viáticos de los consejeros y consejeras por asistencia al CNSS y a los trabajos de Comisiones (Comunicación de la Gerencia General)
5. Política de endeudamiento de las entidades del SDSS (Informe de la Comisión de Presupuesto, Finanzas e Inversiones)
6. Informe sobre alineación salarial y el estudio de personal realizado por la firma PriceWaterhouseCoopers (Comisión de Presupuesto, Finanzas e Inversión)
7. Turno Libre.

El **Presidente en Funciones del Consejo** presentó las excusas del Dr. Milton Ray Guevara, Secretario de Estado de Trabajo y Presidente del Consejo, ya que se encuentra en compromisos fuera del país y propuso conocer el Acta No. 100, antes de pasar al Punto No. 1, lo cual fue aprobado.

Punto No. 1: Aprobación del acta # 100

El **Presidente en Funciones del Consejo** sometió a la consideración de los Consejeros/as el borrador del Acta No. 100, la cual luego de algunas precisiones fue aprobada:

Resolución No. 101-01: Se aprueba el Acta No. 100 del CNSS, correspondiente a la sesión de fecha 04 de marzo del 2004.

Punto No. 2: Ratificación del inicio del Seguro Familiar de Salud el 1 ero de abril

El **Presidente en Funciones del Consejo** precisó antes de hacer pasar a los invitados especiales para éste punto, que primeramente se escucharán a dichos invitados y luego el Consejo debatirá el tema, en ausencia de los mismos.

Se invitó a pasar a los invitados especiales y el **Dr. Zoilo Núñez Salcedo** manifestó que se escuchará a los expositores, y que los Consejeros/as tendrán luego oportunidad de hacerle preguntas en interés de que el Consejo sea edificando. En primer lugar cedió la palabra al Superintendente de Salud y Riesgos Laborales.

El **Dr. Bernardo Defilló** manifestó que tomando en cuenta que la SISALRIL no es una simple institución invitada sino la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, con capacidad de reglamentar supervisar, monitorear, e inclusive señalar infracciones a las otras instituciones presentes, solicitó dejar la exposición de la SISALRIL para el final.

El **Presidente en Funciones del Consejo** indicó que no hay ningún inconveniente con ésta petición y expresó que están abiertos los turnos para quien quiera hacer una exposición.

El **Lic. Arismendi Díaz Santana** sugirió a fin de que se siga con la lógica de la ruta crítica, que se puedan ir conociendo los temas contemplados en la ruta crítica, solicitando a los invitados especiales que se refieran a ese punto particular y así cada uno de los Consejeros/as pueda hacer un balance, comparar con lo que ha informado la Gerencia General por mail y se pueden ir agotando los temas; en ese sentido, manifestó que si se aprueba ésta propuesta el primer tema sería lo relativo al Art. 165 y 141, para lo cual se encuentran presentes en calidad de invitados especiales, los consultores de la firma auditora Deloitte & Touche y además el Presidente de ADARS que ha jugado un papel importante en éste proceso.

El **Dr. Zoilo Núñez Salcedo** consideró que la propuesta de la Gerencia General es racional, lo cual fue igualmente aprobado por los demás Consejeros/as. En consecuencia cedió la palabra al Gerente General, a fin de que realice la presentación de los temas en el orden que ha propuesto teniendo en cuenta la ruta crítica que se ha aprobado.

El Gerente General reiteró que el punto no. 1 es el **procedimiento consensuado de afiliación única**, en consecuencia el **Presidente en Funciones del Consejo** cedió la palabra al Lic. Daniel Santos de la firma Deloitte & Touche.

El Lic. Daniel Santos indicó que realizarán un recuento de las actividades que la firma auditora ha efectuado hasta el momento en el trabajo y cedió la palabra al Gerente de Deloitte & Touche, Lic. Miguel Gneco.

El Lic. Miguel Gneco puntualizó que realizará un pequeño recuento del alcance y los trabajos que se han hecho hasta el momento en la evaluación y cuantificación de los casos de duplicidades entre el IDSS y las ARS, agregó que en un documento enviado al CNSS se recogieron las actividades y el trabajo realizado al 5 de marzo; indicó que luego de obtener la base de datos de parte de UNIPAGO, se realizó un análisis preliminar pareto o en otras palabras determinar cuales son el 20% de las ARS que representan el 80% del problema, para enfocar los esfuerzos en un pequeño grupo que representa el mayor problema de las duplicidades, de ese análisis surgieron 7 ARS, añadió que posteriormente se presentó una metodología de trabajo a éste CNSS, se produjeron sesiones de discusión con los miembros del Consejo y con representantes de las ARS y del IDSS en donde surgieron algunas inquietudes de las ARS que luego fueron ventiladas, así mismo se validaron y cuadraron los datos de UNIPAGO con sus técnicos para conciliar que la base de datos estuviera en la misma sintonía de los criterios para llegar a esos números, en ese momento 163 mil casos duplicados.

Explicó que a petición del CNSS se generó una base de datos individual por cada ARS, y que para todas las ARS con el problema de la duplicidad se hizo entonces la selección de una muestra estadística para cada una de las 7 ARS seleccionadas, lo que permitirá realizar una cuantificación, en ese sentido, puntualizó que el trabajo que se está realizando consiste únicamente en establecer cuantos casos existen estimados por ARS que tienen fecha de inicio del Sistema de ARS de antes del 14 de marzo del 2001, o antes del 31 de agosto del 2002, por lo tanto, no se trata en éste primer momento de un análisis individual caso por caso, de ver quien se queda o quien se va, sino establecer para fines de diagnósticos y toma de decisión posterior, el tamaño del problema.

En adición, informó que se tuvo una sesión de trabajo con las ARS para discutir a más profundidad todas sus inquietudes que fueron incorporadas en la metodología de trabajo, la cual finalmente fue aprobada la semana pasada por éste Consejo y por las ARS, en consecuencia el pasado lunes 08 de marzo se inició el trabajo de evaluación en cada una de las ARS con todos esos casos de la muestra. Manifestó que someten en la tarde de hoy a la consideración del Consejo y de la Gerencia General un estatus del trabajo realizado a la fecha, donde ya todas las

[Handwritten notes and signatures on the right margin]

[Handwritten notes and signatures on the right margin]

[Handwritten notes and signatures on the left margin]

[Handwritten signatures and notes at the bottom of the page]

todas las ARS han sido contactadas e incluso ya la firma auditora está físicamente en sus instalaciones haciendo las evaluaciones. Finalmente indicó que se ha establecido un estimado de tiempo a partir del 10 de marzo del 2004 y aproximadamente 4 o 5 semanas a partir de ese momento para la conclusión de los trabajos.

La **Licda. Diamela Genao** preguntó si al final de los trabajos se tendría caso por caso en detalle, porque en principio es una muestra.

El **Lic. Miguel Gneco** explicó que el proyecto completo definitivamente es así, pero que éste primer trabajo es un diagnóstico para estimar cuantos casos se deben esperar estén antes o después de tal fecha y la intención de éste trabajo es para citar un ejemplo si resulta que una ARS tiene 10 mil o 20 mil casos de duplicados y de repente un porcentaje muy alto de ese duplicado aplica para ser desafiliado o porque estuvo antes de tal fecha, es una decisión que podría tomar éste Consejo, agregó que quizás podría plantearse un permiso masivo de desafiliación en los casos en que se encuentre un 50% y finalmente expresó que el próximo paso es lo que establece la Ley acerca de la desafiliación de cada empresa individualmente, la cual tendrá que someter para ver si su criterio califica persona por persona para ser desafiliado, pero éste trabajo inicialmente no contiene esa parte individual.

El **Lic. Daniel Santos** precisó que lo que se busca es dar al Consejo elementos de juicio para que pueda tomar decisiones, y que esos elementos se encuentran basados en criterios estadísticos en la misma forma que se hacen encuestas para analizar universos.

El **Ing. Miguel Gil Mejía** manifestó que en realidad la eliminación de todos, no de una muestra, sino de todos los duplicados de la base de datos de afiliados de las ARS pública o privada, es un punto inicial de una larga cadena que terminaría con el pago de los per capita que le corresponden a las ARS, cuando se inicien los servicios correspondientes al Seguro Familiar de Salud, reiteró que éste punto inicial de la llamada solución al problema relacionado con el Art. 165, no termina con un diagnóstico o con un informe, sino con un saneamiento de la base de datos de afiliados en los servidores de UNIPAGO, ahí es donde termina y se resuelve el problema; agregó que el día tres (03) de marzo UNIPAGO manifestó su preocupación porque habían transcurrido casi tres meses de la entrega atendiendo a un mandato de la Gerencia General en formato electrónico de los datos de la base de datos de lo que requerirían los auditores, y no se había tenido ni conocimiento de avances o resultados, en consecuencia se conversó con el Tesorero y se acordó como responsables de las dos entidades que manejan las operaciones del Sistema, entregar una comunicación a la Gerencia General,

Handwritten notes:
WABM
m. Genao

Handwritten mark:
o

Handwritten signature:
M. Santos

Handwritten initials:
E.S.

Handwritten notes:
de
M.

Handwritten signatures and initials:
A. G. Santos, M. Gneco, R. C., M. Gil Mejía, E. S., M. Genao

manifestando primero la preocupación por el largo tiempo sin que se tuviera conocimiento de ningún grado de avance y segundo mostrando de manera clara cuales actividades vitales tenían como prerequisites el saneamiento de la base de datos de afiliados como consecuencia de la finalización del trabajo de los auditores, en ese sentido, reiteró que sin que haya un saneamiento, sin que se elimine el más mínimo de los duplicados no será posible dispersar un solo centavo sin contradecir la Ley, y el Tesorero no podría autorizar una dispersión de fondos recaudados sin contradecir la Ley; igualmente informó que los trabajos que siguen consumen tiempo.

El **Gerente General** indicó que si no hay más inquietudes o preguntas sobre el tema 1, se pasa entonces al tema 2, que es el **Costo y Prestaciones del Plan Básico de Salud**, para lo cual pidió al Superintendente de Salud y Riesgos Laborales, quien acaba de enviar un informe al respecto, que realice una introducción del mismo.

El **Dr. Bernardo Defilló** manifestó que primeramente realizará un breve comentario en relación al tema anterior y expresó que la SISALRIL se adhiere a las inquietudes del Ing. Gil Mejía, pero también se incluye en el grupo de los que tienen la idea de que con sabias medidas del CNSS y con criterio de gradualidad y de política de crisis, se pueden ir solventando estos problemas, en ese sentido, indicó que una de las opciones sería que el CNSS considerara no discriminar a las ARS, ya que se ha visto en varias oportunidades que el 92% de todas las ARS evaluadas por la SISALRIL no llenan todas las condiciones ideales para trabajar, pero también se ha afirmado simultáneamente que desde hace 37 años están trabajando en las mismas cosas que se quiere que sigan trabajando, por lo cual considera que se debe buscar una fórmula, y la SISALRIL lo ha propuesto en 4 o 5 oportunidades, la que consistiría en que un grupo de población que no está preparado todavía para ingresar al sistema, como son los doble cotizantes, los dependientes adicionales y los pensionados, entren en una etapa posterior, dentro de esa gradualidad de afiliación para lo cual el CNSS tiene la capacidad legal para producir esta transición, exhortó a ver esas posibilidades, gradualizar y producir una transición que en el caso de la Seguridad Social puede durar hasta 10 años, porque así el legislador lo ha previsto.

Con relación al tema del Costo y Prestaciones del Plan Básico de Salud puntualizó que se adhiere a la posición original de la SISALRIL, porque siendo la misma la institución que tiene que supervisar, prefiere oír a los usuarios para luego emitir una opinión, no obstante, llama la atención en que la fórmula que propone la SISALRIL se basa en la versión 1.4 aprobada por éste Consejo el 30 de Octubre del año 2002, cuyos componentes son ideales; en ese mismo orden precisó que se podría estar de acuerdo o no con el PBS, pero si se analizan los indicadores

ocho, cuatro votaron a favor, tres en contra y una abstención, es decir que si fuera el caso legal del Art. 169, la moción fue aprobada cuatro a tres con una abstención, y si fuera el segundo caso de que se empató cuatro a cuatro entonces el Superintendente debía desempatar y en éste caso el Superintendente entiende que es el Consejo que tiene que tomar la decisión para que cargue con su responsabilidad histórica, porque si se hubiera hecho así se hubiera visto como una presión de la Superintendencia de imponer desde el Comité una fórmula.

En adición, explicó que los valores asignados a cada uno de los indicadores, como los de mayor impacto y frecuencia del PBS, contienen los valores que señala el Banco Central, correspondientes a las tasas de cambio e inflación de por lo menos tres años y aclaró que no se está aplicando una tasa de cambio de un 73% sino de un 186%; indicó que hace ésta aclaración porque éste fue uno de los argumentos utilizados en contra de la propuesta, añadió que tiene información de que se vetará el proyecto lo cual se dijo en el Consejo Directivo del IDSS y también en la noche de ayer en el Comité.

Finalmente manifestó que si se pospone de nuevo el Seguro Familiar de Salud la SISALRIL entiende que se caerá el Sistema de Seguridad Social, ya que el Seguro de Riesgos Laborales no soporta una oferta de servicio fluida, eficiente y de calidad sino tiene el soporte estructural que le da el Seguro Familiar de Salud; añadió que la SISALRIL propone un PBS ajustado de RD\$3,555.76, considerando una tasa de cambio de 50.44 y una tasa de inflación de 42.63, explicó además que si se aprovecha la gradualidad que otorga la Ley y se deja para dentro de un año la oferta de servicios del 3er nivel, excepto para el transplante de cornea y los servicios de cuidados intensivos, el Plan Básico de Salud se reduce, pero si en cambio se acepta la propuesta de las ARS de RD\$6,555.96, se trataría de algo inalcanzable, insostenible, inequitativo e injusto; exhortó al Consejo a meditar bien su decisión a aprobar o reafirmar el inicio el primero de abril, con gradualidad, priorizando los niveles 1 y 2, y dejando para dentro de un año, con carencias propias de la Ley y los Reglamentos y que se inicie con el sub sector público.

La Licda. Daysi Montero preguntó en primer lugar sobre la posición de SESPAS en el instrumento que se somete para cumplir con la resolución No. 99-02, ya que se abstienen de votar y en segundo lugar preguntó si se aplican los niveles que plantea la SISALRIL esto no pudiera bajar la calidad de los servicios.

El Dr. Bernardo Defilló explicó que la SISALRIL para llegar a éste Plan Básico de Salud dilató aproximadamente dos años y en un documento original que entregó vía la Gerencia General hace un tiempo se detallaron las 8 etapas que se cumplieron, las actividades que se realizaron y los objetivos que procuraron en cada una de esas etapas, en todas estas etapas siempre se procuró y se logró

WALY y melina

M

*etc
DM
J. San*

*Qu
M
E.3*

[Handwritten signatures and initials]

que se alcanzaran unos componente equilibrados y a través de esa frecuencia de demanda y servicios, fue analizada de acuerdo con un perfil epidemiológico de 10 años que la SISALRIL levantó a través de escrutinios de los 9 grandes hospitales de SESPAS y las 12 más grandes compañías de iguales médicas, además de que se consultó a todas las especialidades sin excepción del sector salud, en consecuencia se lograron componentes de calidad, pero en su demanda incluimos datos de la cantidad de dominicanos que se espera que necesiten esos servicios en una década, vamos por el 2004, en ese sentido puntualizó que se ha ido cumpliendo con un margen de error estadístico inapreciable, ya que aunque se tiene dos años sin Seguro Familiar de Salud, pero si la SISALRIL ha dado seguimiento al programa del proyecto que presentó y que se aprobó en el 2002, en consecuencia, los costos son el problema que ha tenido el Sistema, y la crisis económica, no obstante se ha procurado no reducir calidad, por lo cual se sugirió eliminar toda una columna de los servicios más complejos y costosos.

El Dr. William Jana manifestó que entiende la situación por la que pasa el Superintendente de Salud y Riesgos Laborales, ya que después de muchos meses de trabajo, arduas discusiones y reuniones, se agota la paciencia en determinado momento la situación pierde el hilo, consideró que es lamentable que grupos de profesionales como fueron los congresistas, la mayoría alejados del sector salud y de las pensiones, hayan tenido visiones menos interesadas y puntuales, más flexibles y elásticas, que las que muchas veces adopta el CNSS. Resaltó que la gradualidad es el elemento primordial, la base angular del trabajo de la Seguridad Social, por lo cual se debe de dar un espacio para que un sistema gradual y progresivo se vaya instalando. En otro orden, como se menciono algo del Consejo Directivo del IDSS, aclaró que en la discusión del martes pasado un miembro de uno de los sectores hablando a la ligera, dijo de la posibilidad de traer a éste Consejo la posposición del Seguro Familiar de Salud, pero que eso no fue un tema tópico, no fue debatido y no hubo una resolución, fue simplemente un enunciado hecho a ligera en medio de un ambiente de discusión sobre un tema que tiene que ver con Riegos Laborales y Seguro Familiar de Salud; puntualizó que en el ánimo de los representantes del IDSS no prima esa necesidad de posponer necesariamente el inicio del Seguro Familiar de Salud y que espera que en el sector trabajador y empleador tengan la misma convicción, a fin de que el Seguro Familiar de Salud pudiera comenzar con la disposición de trabajo de todos, concientes que si en ésta oportunidad se abortara éste proceso transcurrirían meses y quizás años antes de que se le diera vigencia de nuevo, exhortó a que se haga un sacrificio para que la población pueda tener un Sistema de Seguridad Social que arranque unido, y cohesionado, y para el cual el congresista dominicano puedo ver más allá y estableció un periodo de 10 años para completar el proceso, por lo cual espera que en la tarde de hoy ningún sector venga a postular la posposición del inicio del Seguro Familiar de Salud.

W. Jana
M. L.

M

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]
E. G.

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

La **Licda. Diamela Genao** preguntó que bajo la suposición de que todo estuviese y que solamente faltara la parte de cómputos cómo pudiéramos arrancar sino están listos los módulos.

El **Dr. Bernardo Defilló** explicó que realmente PAGOSS no cumplió con la SISALRIL tal y como se había expresado en varias comunicaciones, es la parte de monitoreo de la SISALRIL, y como desde el principio se ha estado conciente de que eso iba a pasar, la SISALRIL ha ido agenciado su sistema y cuenta con un control completo de todas las ARS, en segundo lugar consideró que con un trabajo continuo, brutal, nocturno y sin treguas, se estaría en condiciones de empezar el 1ero de abril, con gradualidad.

La **Licda. María Isabel Gassó** preguntó si puede la TSS facturar y cobrar en el caso de los empleados de la nómina pública, si el Estado no ha pagado pensiones ni riesgos laborales.

El **Ing. Henry Sahdalá** aclaró que la TSS puede facturar, no obstante, la facturación hay que verla como un sistema y no se puede ver individualmente cada institución, ya que la TSS no hace nada facturando si UNIPAGO no puede procesar la información que va a venir con ese dinero, por lo tanto se tiene que ver todo en conjunto.

La **Licda. María Isabel Gassó** reiteró que cómo la TSS podría facturar si para facturar hay que estar al día en las prestaciones anteriores y hemos visto que el Estado tiene pendiente el pago de pensiones.

El **Ing. Henry Sahdalá** precisó que la factura puede emitirse pero el Banco no acepta el pago si hay balance pendiente.

La **Licda. Florencia Méndez** preguntó al **Dr. Defilló** porque de las instituciones invitadas no participó el SENASA, el CMD, el Semma y los profesionales y técnicos y por otro lado si el día primero de abril se va a iniciar el Seguro Familiar de Salud cómo se haría para pagar lo que son los honorarios profesionales.

El **Dr. Bernardo Defilló** indicó que las instituciones que menciona la **Licda. Méndez**, fueron invitadas pero no asistieron; con relación a los honorarios profesionales, enfatizó que hizo lo posible para que el Comité Nacional de Honorarios Profesionales trabajara por un año, ofreciéndole todas las tarifas de referencias presentada por los trabajadores de la salud.

W. Sahdalá
M. Gassó

M. Gassó

H. Sahdalá

M. Gassó

F. Méndez

B. Defilló

[Handwritten signatures and initials on the left margin]

La **Sra. Rafaela Figuereo** preguntó al Ing. Miguel Gil Mejia en que año pudiera estar listo UNIPAGO para que se iniciará el Seguro Familiar de Salud.

El Ing. Miguel Gil Mejia aclaró que UNIPAGO está listo que son los requisitos previos que no están listos, ya que se requiere tomar decisión con relación al Art. 165 y sobre una serie de cosas que son las mismas que están pendientes desde mayo del 2002, en consecuencia, se comenzará cuando estén dadas todas las condiciones y la resolución que se tomó en diciembre así lo dice, explicó que en el caso particular de salud hay algo a favor de un inicio sin que esté todo listo antes del inicio y es que a diferencia de pensiones donde la Ley establece que los fondos deben llegar a la cuenta de las AFP 48 horas después, en el caso de salud la Ley establece un plazo de 30 días, lo que da un espacio para desarrollar actividades durante el mes de abril, añadió que el informe que se entregó a la TSS y en documentos internos se podría terminar antes de abril para pagarles a las ARS a final de abril, si hoy o hace una semana tuvieron, o hubiesen iniciado lo relativo a la solución del problema de la doble afiliación; finalmente indicó que esta pregunta no se le debe hacer a él.

En otro orden, **Dr. Zoilo Núñez Salcedo** señaló que se encuentra presente el Lic. Arturo Villanueva, quien en su calidad de miembro tanto del CNSS como de la Junta Monetaria, ha venido con una encomienda de dicha Junta, a traer una comunicación, la cual ha sido distribuida y a la que dará lectura, pero no se discutirá éste tema.

El Lic. Arturo Villanueva expresó que ha venido sólo para depositar de manera formal y ante todos la resolución de la Junta Monetaria, la única que se ha producido en el campo de los Fondos de Pensiones, donde la Junta Monetaria reconoce que el manejo de ese recursos sólo se debe hacer de acuerdo a lo que establece la Ley 87-01, y manifiesta que está en la mejor disposición de reunirse para aclarar cualquier tipo de situación que se pueda presentar en el entendido de que el Banco Central se puede sentir con todo el derecho como una entidad elegible para el depósito de los fondos de pensiones, dio lectura a la comunicación referida.

El Ing. José Zapata manifestó que se enfocará en el tema del Plan Básico de Salud, en ese sentido, expresó que como ADARS ha participado en todos y cada uno de los temas que tienen que ver con el Sistema de Seguridad Social y fundamentalmente en el tema del Seguro Familiar de Salud; relató que en meses pasados la Comisión Interinstitucional sobre el Plan Básico de Salud creó una subcomisión compuesta por los agentes del sector privado, representantes de los trabajadores y del CMD para costear o actualizar el Plan Básico de Salud, comisión que duró más de dos semanas trabajando, se vieron las diferentes tarifas

W. S. y M. S.

M.

J. Villanueva

Dr. Z. N. S.

F. Villanueva

J. Zapata

[Signature]

[Signature]

[Signature]

E. S.

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

de los diferentes sectores que van finalmente a prestar los servicios del PBS y después por disposición de éste Consejo dicha comisión se trasladó directamente a la SISALRIL y tal como la Ley plantea al Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales, el cual comenzó a trabajar y definiéndose una serie de premisas para lo trabajos, se acordaron una serie de parámetros en la metodología del trabajo, estableciéndose en primer lugar realizar una revisión integral y completa del PBS el cual ha sido afectado por todos los cambios bruscos que ha tenido la economía desde el año 2002 cuando se costeo hasta el día de hoy, y dentro de esos parámetros se tomó como referencia el plan de RD\$2,176.00 que es la versión 1.4, costeada por la SISALRIL en junio del 2003; agregó que uno de los parámetros que se siguió es mantener la integridad del PBS en todos sus componentes, es decir, de entrada entender que ese PBS fue desarrollado sobre un perfil epidemiológico nacional y que responde fundamentalmente a todo lo esperado por la población y a las expectativas y objetivos que tiene todo el sistema planeado con relación al sector salud.

En ese mismo orden, indicó que se iniciaron los trabajos y se aceptó que la tasa que se utilizaría para costear el PBS era de 50.44, de acuerdo al informe del Banco Central al mes de enero y que en adición se decidió utilizar para ajustar el PBS un índice de precio Consumidor y un IPC del sector salud acumulado desde junio del 2002 y hasta febrero del 2004, de igual manera a solicitud del equipo se decidió construir una canasta con los servicios del PBS que refleje los verdaderos costos actuales de los mismos y se aprobó organizar esa canasta para que verdaderamente refleje los precios que hoy día tiene el mercado; añadió que posteriormente la SISALRIL trajo una versión definitiva del PBS por un monto de RD\$3,556.64, lo que para ADARS no incorpora una adecuada actualización de las condiciones macroeconómicas que el país ha sufrido desde la fecha que se costeo hasta estos momentos, en ese sentido, se llevó esta información a los técnicos de ADARS y se comprobó que la inflación acumulada del PBS desde junio del 2002 a la fecha refleja un incremento superior no del 40% y algo que fue costeado sino es sobre el 60%, por otro lado, indicó que ADARS y ADIMARS han venido trabajando en la revisión de la frecuencia del PBS y si bien es cierto que si en un momento no entregamos todas las informaciones, se cuenta hoy en día con todas esas informaciones y están disponibles de ser presentadas cuando se toque evaluar las frecuencias.

Señaló que con ese análisis que se hizo tanto del IPC como algunos cambios en la frecuencia, sobre todo en el caso de medicamentos que ha sido calculado básicamente el consumo nacional distribuido en la población donde lo que se presenta es un per cápita y no una frecuencia, pudimos costear el PBS lo cual nos dio unos RD\$ 6,556.91, con la precisión de que esta actualización no recoge la propuesta de costo de los prestadores de servicios de salud.

W. S. ...

M. ...

S. ...

R. ...

J. ...

MD
E. g.

[Handwritten signatures and initials]

Precisó que ADARS rechaza la propuesta de la SISALRIL ya que se cambió la metodología rompiendo con el esquema y la dinámica acordada de trabajo, además de que no recoge todos los requisitos técnicos necesarios para garantizar la posibilidad de prestación de servicios al afiliado; en adición manifestó que se oponen a la eliminación de la gradualidad del tercer nivel por dos razones básicas, hay un criterio fundamental de aseguramiento en el mundo entero de gerencia de riesgos que plantea lo siguiente: cuando un riesgo es poco frecuente y de poco costo puede ser asimilado por la persona o por la empresa, pero cuando un riesgo es de alta severidad y poca frecuencia no debe ser asimilado por el usuario, ya que no es cierto que cualquier tratamiento de alto costo que se excluya puede ser costeado por un trabajador dominicano, y en el caso del tercer nivel que refleja el alto costo, aunque su frecuencia es muy baja, por eso tiene un componente alrededor de un 8 o un 9% del costo del Plan Básico.

Finalmente reiteró que es vital para la participación de ADARS que el Plan Básico de Salud sea costeado correctamente, porque se debe entender que si bien es cierto que todos queremos un PBS, eso tiene un costo, entonces si el costo es insuficiente no es posible financiarlo. En adición, consideró muy juicioso por parte de la Gerencia General el haber estado presentando todo el cronograma de seguimiento de cómo va la ruta crítica para el inicio del Plan Básico, y exhortó a todos los presentes en la sesión del Consejo a comenzar con buen pie éste Plan Básico de Salud.

El **Presidente en Funciones del Consejo** dio paso a la sesión de preguntas y respuestas.

El **Lic. Virgilio Ortega** manifestó que tiene varias preguntas a los invitados, con relación a la propuesta del Dr. Defilló indicó que entiende que lo que están proponiendo es que se inicie el Plan Básico de Salud, con el tema de la gradualidad aplicado al sector contributivo oficial o público y el subsidiado, en ese sentido, solicitó que se le aclarare cuánto más o menos va a costar al mes éste Plan Básico de Salud al gobierno y qué monto tendría que aportar el gobierno para poder arrancar en ese período provisional. Por otro lado, requirió que el Ing. Henry Sahdalá respondiera cuál es el monto que está adeudando a la fecha el gobierno entre pensiones y Seguro de Riesgos Laborales, ya que tendría también el gobierno que disponer de ese dinero para dar el paso que propone el Dr. Defilló, y la deuda a la fecha aproximada. Igualmente preguntó al Ing. Sahdalá si la Tesorería de la Seguridad Social está en condiciones de pagar a SENASA y a Salud Pública, también pidió a SENASA y a la Secretaría de Salud Pública responder si estarían en condiciones de iniciar el Plan Básico de Salud, si asumirían ese riesgo. Consideró que si el gobierno no había podido pagar

Handwritten notes and signatures on the right margin:
Luis...
M...
H...
J...
S...
Dm...
f...
S...
S...

Handwritten notes and signatures on the left margin:
E. S...
S...
S...
S...

pensiones, le parece muy arriesgado proponer el inicio de este Plan Básico de Salud.

El Dr. **Bernardo Defilló** respondió que lo primero que tiene que aclarar es la diferencia fundamental entre costo y tarifa, entre costo y precio, por considerar al costo como el valor de consumo de un bien o servicio, y al hablar de precio, se hablaría de compras. Aclaró que la SISALRIL jamás se ha referido a precios ni a tarifas, sino a costos. Por otra parte, expresó que todos los estudios corridos y revisados desde el primero del año 1995, hasta el último del 1997, en todas las canastas básicas lo que se está registrando del seguro y del sector salud muestra que ha habido una evasión a nivel de seguro de un 30% por el pago de la factura, y una evasión de 80% de las cotizaciones del régimen contributivo subsidiado, y que a pesar de eso, la cifra de hoy a las 12 del medio día, en el sistema de riesgos laborales, se han recaudado RD\$52,776,233.15 para las Aseguradoras de Riesgos de Salud, entonces en términos de salud eso supondría un costo de RD\$3,556.74, que el nivel uno consumiría, o tendría el costo de RD\$1,579.76, RD\$924.51 para el segundo y RD\$1,052.47 para el tercero, y eso haría un gran total, que se encuentra en las gráficas 6, 9, 10 y 11 del material depositado por la SISALRIL, por parte del Estado Dominicano, con una población afiliada de 3,290,000 (gráfico 9). Aclaró que se utilizó la tabla de RD\$8,905,000,000.00 para los sectores público y privado, de lo cual el Estado debería aportar RD\$2,151,747,000.00, y el contributivo privado RD\$5,832,000,000.00, por la cantidad de afiliados que tiene, aplicados los dos en un año, entonces se está hablando de 3,290,660 habitantes.

Agregó que el gobierno tendría que pagar mensualmente RD\$179,312,305.00, y que comparados con los RD\$310,000,000.00 que ahora está pagando el Estado por sus empleados, debería de pagar lo que está proponiendo. Por otro lado señaló que todo dependerá de lo que este Consejo apruebe, de la cantidad de afiliados y también de la gradualidad con que se vaya incorporando esta población al beneficio del seguro. Declaró no defender por ningún concepto el nivel 3, que se puede seguir resolviendo como hasta la fecha, porque es otra cosa que debe entenderse, este costo y esta aplicación del Seguro Familiar de Salud no implica que el que no tenga el Plan Básico de Salud se va a desahuciar, esto es para la cobertura de los afiliados, pero el que no esté incluido en este momento en el Plan Básico seguirá recibiendo sus beneficios de servicio de salud básico a que tenga acceso. En resumen, hizo un llamado para que se revisarán las tablas 9 y 10, que tienen la población, tienen los gastos y tienen como referencia promedio mensual de RD\$179,312,305.00. Además declaró que el gobierno dominicano tiene al día de ayer 116 contratos de trabajo con empresas privadas, con las ARS privadas y tiene aproximadamente 284,000 personas afiliadas, con lo que la

Superintendencia no se opone a que los sigan recibiendo, no obstante debe hacerse bajo el régimen de la Seguridad Social.

El Lic. Virgilio Ortega quiso saber si el monto de RD\$179,312,305.00 que mencionaba el Dr. Defilló en su exposición incluía al Régimen Subsidiado.

El Dr. Bernardo Defilló respondió afirmativamente y aclaró que se están calculando y así se ha hecho en los contratos con el Banco Mundial, y que se tiene la posibilidad de afiliar a 250,000 personas al régimen subsidiado, hasta diciembre del 2004.

La Licda. Diamela Genao preguntó al Dr. Defilló sobre la diferencia a la que hace alusión entre precio y costo, por considerar que esto puede traer confusión, porque lo que es precio para el que da el servicio entra como un costo para el Plan Básico, porque lo que cobra un médico por su servicio viene siendo el costo del Plan Básico. Por otro lado, se sentía inquieta porque esos RD\$3,500.00, que se convierten en RD\$179,312,305.00, que mejor se economiza el Gobierno una cantidad de dinero a lo mejor es porque no le alcanza a SENASA.

El Dr. Bernardo Defilló respondió que en la estructura del Plan Básico de Salud se establecieron los componentes, en la parte que se refiere al costeo, y se tienen muchas formas de clasificar el costo, de los que sólo mencionaría tres: costo fijo, costo variable y el que se puede poner como contingencia, que de acuerdo a él se encontrarán muchos costos. El costo va a derivar de lo que se le va a poner de valor al servicio que se esté consumiendo, para después estructurar costo total y a ese costo total, de donde el precio es indicador, es un indicador final del precio de venta del servicio. En este caso la mercancía es el servicio de salud, laboratorio, etc., porque el costo depende del componente que se analice, si se analiza una consulta médica, ahí va el aspecto tarifa, pero no podemos estancarnos en la tarifa de RD\$2,176.00 de hace dos años, no sólo en términos de lo que es la tasa de cambio o la tasa de inflación, y refiriéndose a estos aspectos señaló que de los 63 componentes que tiene el Plan Básico en sus 12 capítulos, existen algunos que deben dolarizarse siempre y de los cuales haría referencia únicamente a tres de ellos: laboratorio, radiología y medicamentos, que son los que impactan todos los días cuando el dólar cambia; en ese sentido, consideró que los médicos no pueden llevar a las consultas la tasa de cambio, que se puede hacer una distribución general, y que eso se va a traducir en otro indicador, aunque no se pueden visualizar las consultas como valor de consumo; A diferencia del insumo de laboratorio, medicamento, radiología. Recalcó que el valor del consumo del servicio de una consulta médica no está afectado por la tasa de cambio.

*Wass...
M...
M...
M...
M...
M...*

*M...
E.9*

[Handwritten signatures and initials]

El Ing. Henry Sahdalá procedió a contestar la inquietud del Lic. Virgilio Ortega, señalando que en el caso del Régimen Subsidiado, el sistema funciona si se quiere al revés, primero se determina la cantidad de afiliados, luego se multiplica por el per cápita, entonces se solicita a la oficina de presupuesto el desembolso por esa cantidad, ese dinero llega a la Tesorería y se paga a SENASA. Señaló que dentro del presupuesto estipulado en el año fue estimado para una población de unos 250,000 afiliados al régimen subsidiado, pero los requerimientos vienen de SENASA y luego se tramitan. Agregó que el monto total está contemplado en el presupuesto para cubrir 250,000 personas. En cuanto a la cifra que mencionó el Dr. Defilló de cuánto tendría que pagar el sector público por concepto de salud, el Ing. Sahdalá manifestó que las cantidades son casi coincidentes, con una diferencia de unos dos millones de pesos, pero que son aproximadamente 160 Millones de Pesos mensuales, de los que le correspondería al Estado unos RD\$125,000,000.00 como empleador, que tendría que pagar todos los meses, sin incluir el subsidiado, esto es simplemente el aporte de salud del Estado como empleador, y ahora mismo son como unos 135 o 136 Millones de Pesos para pensiones. En cuanto a la deuda, expresó que al día de hoy la deuda del Estado dominicano, correspondiente al 5.02% que le corresponde como empleador es alrededor de RD\$800,000,000.00; además informó que en el día de ayer se comunicó con el Director de Presupuesto quien indicó que o que a partir del miércoles de la próxima semana van a comenzar a realizar los pagos que están contemplados en el presupuesto nacional; finalmente puntualizó que la mayor parte de esa deuda pertenece al Régimen Oficial Centralizado, porque las instituciones descentralizadas del Estado han estado pagando y están prácticamente al día.

La Licda. María Isabel Gassó aprovechó la oportunidad para preguntar al Tesorero cómo se hará con los intereses adeudados a los depositantes de los planes de pensiones gubernamentales que no se han hecho los depósitos, es decir, si en ese monto están incluidos los intereses no pagados.

El Ing. Henry Sahdalá expresó que eso es sólo lo que corresponde al Estado como empleador, el total es mucho más, alrededor de unos RD\$1,135,000,000.00 aproximadamente, pero como una parte corresponde al empleado, esta retención ya la Tesorería la ha estado haciendo, de hecho hasta se ha abierto un Certificado de RD\$135,000,000.00 en el Banco de Reservas. Aprovechó la oportunidad para compartir la preocupación que representa el aumento del costo del PBS que plantea el Superintendente de Salud, que va a RD\$3,556 con unos centavos, ya que en los últimos números que se presentaron aquí con el concurso de UNIPAGO, se estima en base a los salarios que tenemos en las Nóminas que están en la Tesorería, en este momento y en base a un Plan de Salud de RD\$3,025.00 y un nivel de dependientes de 1.67%, que también fue de consenso,

esos números más o menos cuadraban para que no hubiera ningún déficit, con un costo del Plan Básico de Salud de RD\$3,556.00, con una simple regla de tres tendremos que el índice de dependientes será de 1.2 , 1.22. Exhortó a los Consejeros/as que a la hora de tomar las decisiones tengan en cuenta establecer una metodología, un procedimiento de pago hacia la Tesorería, que les digan qué hacer si el dinero no alcanza.

La Lic. Daysi Montero se refirió a la exposición realizada por ADARS en el sentido de que se dijo que las ARS no estaban prestas para iniciar los servicios, igualmente que requerían de muchos factores que debían darse previamente, señalaban la regulación en la que estaban definidas y que tenían problemas en la organización de su estructura, ahora en la parte que explica el Dr. Defilló que habla de los tres niveles y se refiere a la oferta y prestación de servicios, indicó que ADARS señala que no acatan, que no asumen esa decisión de la SISALRIL, en ese sentido, preguntó cuándo estarían en disposición de acatar esas decisiones que se están tomando a nivel de la SISALRIL si en diciembre dijeron que no estaban listas, y ahora que están definiendo la estructura las regulaciones, preguntó si ya estaban en disposición de acatarlas.

El Ing. José Zapata respondió que tal como citó la Lic. Montero, en una parte se están refiriendo a un marco general y ahora a algo en particular. Expresó que ahora sólo tocó hablar del Plan Básico, lo que es su posición frente al costeo del Plan Básico, donde entiende hay diferencias técnicas profundas desde el punto de vista del costeo del Plan Básico y estaban en el lugar adecuado para llegar a cierto consenso. Consideró que el tiempo primó y vino una posición final, donde revisaron los cálculos y se dieron cuenta de que sus cálculos diferían con los de la SISALRIL, y que por lo presentado por sus técnicos, si hay diferencias en el costo, quién pagaría la diferencia entre el costo y el precio. Entiende además que debemos comprar el Plan Básico de Salud al precio, porque esa diferencia alguien la tiene que asumir, entonces frente a aquella posición de marco general, ADARS siempre ha dicho, que esta no es una posición de las ARS, es una posición del sistema, y tal como decía el Ing. Gil Mejía, todos los elementos de un sistema para el inicio de un Seguro Familiar de Salud tienen que estar dados, pues no puede darse inicio sin revisar todos los procesos.

La Dra. Alma Bobadilla inició su intervención señalando que quisiera poder dar respuesta y hacer aclaraciones de muchos conceptos que se han emitido en la tarde hoy, porque a su juicio unos son eminentemente teóricos y otros no corresponden con la verdad, pero que se sometería a la invitación del Consejo Nacional de Seguridad Social, para tratar de aclarar, no en un aspecto teórico y quiso referirse como siempre ha hecho en nombre de SENASA. Enfatizó que el SENASA es una entidad operativa y que cuando en un escritorio se toman

Handwritten notes and signatures on the right margin, including names like W. B. y J. M. and other illegible signatures.

Handwritten notes and signatures on the left margin, including initials like "E-g" and "ALD".

Handwritten signatures at the bottom of the page, including several illegible names.

decisiones, después el responsable es el que ejecuta y por eso ayer no se tomó una decisión en torno a si se debería o si no se debería actuar en esto, porque SENASA estaba de acuerdo en algunas cosas, pero en otras no. Señaló que el día 1ero de marzo se envió una comunicación al Presidente del Consejo de la Seguridad Social, el Dr. Milton Ray Guevara, con copia al Gerente General y al Superintendente, exponiendo desde la preocupación, con relación al inicio del sistema para el primero de abril, porque había que responder esas inquietudes para que no nos pasará lo que hoy se está sufriendo con la ampliación del seguro en la región IV y con la implementación en la región V, que a pesar de que debió comenzar el primero de febrero aún no ha comenzado, para que eso no pasara con el inicio del Régimen Contributivo en el sector público, y decía con mucho juicio, en el sector subsidiado todavía salud pública puede subsanar lo que no se ha podido hacer, y manifestó que en el sector privado SENASA no va a tomar eso del sector privado y si el sector privado presentaba que no estaba en capacidad completo, se preguntaba con quién va SENASA a firmar.

Añadió que cuando se daba la situación del PBS, lo que se entendía era que por la premura de unos días no se podía decir que sí, porque se tenía que escuchar a ese prestador, porque es quien va a prestar los servicios. Señaló que no es que ellos tengan la razón sino lo que tiene que ser. Señaló que no es que ellos tengan la razón sino lo que tiene que ser. Resaltó que ellos han sido desde el principio responsables, diciendo ante el Comité Interinstitucional que se aclararan los votos, precisó que desde el principio no ha existido consenso, y que el que tiene el peso del voto es el que tiene la razón, manifestó su deseo de que este Proyecto se hiciera una realidad, pero que para ello todos debían estar dispuestos. Puntualizó que el SENASA está preparado y que incluso existen tres acuerdos con ANDECLIP, pero que no le sirve de nada si no poseen el número de afiliados, y por ello trajo por escrito una serie de puntos para enumerar, y que dejaba copia en Gerencia para que constara, estos puntos son: los procesos básicos, la afiliación y solución del artículo 165, la conformación de la base de datos, la duplicidad de afiliación entre una ARS pública y una privada, la triplicidad de afiliación entre el SENASA, el IDSS y otra ARS, pues de lo contrario ellos no van a poder repartir bien el dinero, pero también se hizo una revisión del cronograma que se hizo en este Consejo para Enero-Abril del 2004. A continuación procedió a dar lectura íntegra de la comunicación depositada en la Gerencia General. Expresó las consideraciones de los técnicos del SENASA que participaron con la SISALIRL, advirtiendo que la metodología discutida no ha conciliado todas las partes, pues los costos no se relacionan con las tarifas presentadas por los médicos ni por ANDECLIP, y que aunque no deben coincidir las diferencias son desproporcionadas y reflejan los intereses particulares para la negociación y que esta metodología no presenta la frecuencia de ADARS, no recoge la propuesta de ANDELAP ni de ARAPF, por lo que recomendaba al Consejo no desagregar el

W. Ray Guevara
M. Ray Guevara
Dr.
[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]

De
[Signature]
[Signature]
[Signature]
E. G.

[Signature] *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]*

Plan Básico y persistir en la integralidad, porque no es recomendable dejar fuera las atenciones del tercer nivel, ya que cada costo es importante. Destacó que están en la plena disposición de dar inicio al Plan Básico de Salud, pero que sin la solución de estos puntos habrá tropiezos y no habrá un verdadero inicio, pero que si se resolvía la parte de los afiliados y la parte del Plan Básico, trabajarían de inmediato para dar cumplimiento a todas las resoluciones. Dicho todo lo anterior sometió a consideración del Consejo su posición, en espera de que hoy y en el futuro muchos de los conceptos emitidos sean aclarados para beneficio de las personas, de todos como institución y de este país que es digno de mejor suerte.

El **Dr. Rafael Mena**, Representante de ANDECLIP, indicó que había enviado al Gerente General una correspondencia donde exponía sus criterios. Consideró prudente ir al aspecto práctico que concierne a su sector. Señaló que desgraciadamente la medicina es un comercio, aunque no se diga, pues paga impuestos, aduana, seguridad social, construcción de casa, personal, todo lo que se le exige a los demás comercios o a las industrias, pero que no son los médicos ni las clínicas los que han escogido esto, es el sistema que ha dicho que el médico es un sirviente del sistema y en consecuencia tienen que servir. Refiriéndose a la parte práctica y lo poco que se ha obtenido de una manera fraccionada en torno a costo, costo o precio, lo que se les va a pagar. A continuación dio lectura a la comunicación depositada ante la Gerencia General y resaltó que las tarifas del Plan Básico de Salud no pueden calcularse de esa manera, ya que lo único que en la medicina privada no es dólar directo es el personal, porque lo que se refiere a los demás gastos en una clínica, todo es dólar. Denunció que si esto no se aclara, ANDECLIP declarará que no podrá dar el servicio.

La **Licda. Elba Suárez**, Representante de ANDELAP, manifestó que ya la Dra. Alma Bobadilla recogió en términos generales los conceptos que su subsector de laboratorios viene sustentando hace tiempo, que solamente haría unas puntualizaciones, y reiteró que la otra vez que se presentaron ante este honorable Consejo dijeron que estaban listos, porque lo que ellos sabían hacer desde hace mucho tiempo es trabajar para el servicio de salud, de manera que están listos para la Seguridad Social y todo lo que pueda venir. Resaltó que su subsector está muy motivado, porque el Sistema Dominicano de Seguridad Social es un sistema de equidad, solidaridad y conveniente para toda la población, pero también han querido ser transparentes y sin importar el número de veces que se le ha solicitado que presenten su realidad la han presentado al centavo en costos. Resaltó que han sido honestos en el ejercicio e íntegros en el desarrollo de todo este debate, y que desde el principio fueron el primer componente de salud y que cuando la SISALRIL les solicitó que le auxiliaran enviaron su catálogo de pruebas. Informó que en la Gerencia General y en la Comisión que trabajó estaba depositada toda la documentación con todos los datos de lo que trabajó su

W. B. y
de m. m.
m.
D. M.
S. P. M.
O.
P. M.

[Handwritten signatures and initials on the left margin]

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]

subsector, y el porqué presentaron unos valores, que en ese estudio de costos se contempló, porque al ser empresas todo lo que son gastos administrativos, mano de obra e insumos de laboratorios, que se lleva solamente el 70%, es en dólares que deben pagarlo, en peso por la tasa del dólar al momento adquirido.

La **Licda. Nélsida Marmolejos**, Directora de la DIDA expresó que viendo el discurrir de esta reunión y oyendo todas las exposiciones que se hicieron, todos debían entender que la DIDA no toma decisiones, sencillamente informa a la población de las decisiones que toman los organismos competentes, sea Superintendencia, Consejo o Tesorería. Señaló que en la DIDA sí tenían desde el punto de vista legal lo que son derechos de los afiliados, porque aunque no se decida si el sistema inicia mañana, dentro de quince días, un mes, la gente debe tener conocimiento de sus derechos, para que cuando se empiecen a otorgar los servicios sepan como defenderse, no obstante indicó que cuando dan la información de cuales son sus derechos y no le otorgan esos derechos se siembra una situación de mucha indignación que se refleja en los niveles de reclamos, preguntas, inquietudes y las situaciones que se presentan y que como Dirección de Información y Defensa del Afiliado no tienen una respuesta. Resaltó que hay cosas que no están terminadas y que ellos como institución técnica de éste Consejo solo están autorizados a decir lo que este Consejo decida, por lo que cada día tienen que hacer una mayor campaña de información, de orientación, sin importar cuando inicie el Seguro Familiar de Salud, pero que debía quedar claro que actualmente ellos poseían un 54% menos de presupuesto para trabajar en esa campaña de información, con relación a las consignaciones que se tuvieron el año anterior. Destacó que la DIDA no está preparada para dar respuesta al inicio de un Seguro Familiar de Salud que tiene tantas incongruencias en los organismos que toman decisiones, pero que hay spot que están listos y que están trabajando y no van a detenerse hasta donde se pueda llegar dando charlas asistiendo al sector empleador, a los trabajadores, asistiendo a las comunidades, pero hay que entender que eso cuesta dinero, porque no es lo mismo una promoción que haga una ARS a la que hace el sistema. Destacó que el sistema tiene una obligación institucional con sus afiliados de generar confianza para que pueda desarrollarse el sistema, y por ello la DIDA quiere dejar dicho lo siguiente, que es pedirle al Consejo que pondere bien, exhortarle a todos que se vayan con todas estas informaciones que se han dado aquí y que se pondere. Indicó que la Dra. Bobadilla recriminaba a la DIDA porque ni siquiera la Seguridad Social le había enviado los formularios para la afiliación de los empleados públicos al SENASA, a lo que respondió que no sabía como decirles a los empleados de la DIDA que iban a ser afiliados a SENASA, si el SENASA no dice a donde es que se van a atender. Exhortó por nueva vez a los Consejeros/as a que ponderaran los elementos expuestos aquí y señaló que cualquier decisión emanada del Consejo sería acatada, difundida y promovida, porque esa es su responsabilidad.

W. B. y J. de Marmolejos
M
Dm.
[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]

[Signature]
[Signature]
[Signature]
E. G.
[Signature]
[Signature]

[Signature] *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]*

El **Dr. Bernardo Defilló** sugirió al Consejo que se designe una Comisión con un miembro de cada sector y que la misma reciba a nombre del Consejo todas las informaciones que se tienen sobre el Plan Básico de Salud, es decir los componentes, las frecuencias, las demandas, los costos, para revisar y actualizar a juicio del Consejo del PBS y que entonces los técnicos de las diferentes instituciones tomen esos indicadores y los pongan en orden, porque con todas las discusiones lo único que se está logrando es retrasar el inicio del Seguro Familiar de Salud.

La **Sra. Rafaela Figuerero** solicitó la palabra para hacer una pregunta al Ing. Zapata, quien en su exposición dijo que el costo del Plan Básico de Salud ahora ascendía a RD\$6,591.00, por lo que quiso saber si eso incluía todos los componentes del Plan Básico de Salud.

El **Ing. José Zapata**, respondió afirmativamente, informando que están incluidos los tres niveles.

La **Dra. Maritza Rodríguez** solicitó al Dr. Defilló que le aclare lo que expuso en relación a que la consulta de un médico no se ve influenciada por el alza del dólar, pues al médico le suben la papelería, le suben la luz, le suben el consultorio, tiene que pagar un sueldo a una secretaria, tiene que pagar impuestos y tiene que mantenerse al día en los conocimientos y avances de la ciencia para no ser demandado y ahora tiene que pagar un seguro para protegerse de las demandas que los pacientes interponen.

El **Dr. Bernardo Defilló** aclaró que en ningún momento dijo que no influye, sino que señaló los aspectos principales que se ven impactados directamente por el dólar y que está conciente de que todo va influenciado, pero que no se puede cargar a una consulta el costo de su vida, son cosas diferentes.

La **Licda. Diamela Genao** expresó su satisfacción por el progreso que se ha desarrollado a la fecha desde la reunión del 29 de diciembre del 2003, y consideró que el Consejo ha crecido mucho en conocimientos, además de estar muy complacida con las exposiciones de los invitados.

El **Dr. Adolfo Rodríguez** rechazó la propuesta del Dr. Defilló, primero por la claridad que existe en cuanto a la situación y segundo por el respeto a los demás sectores presentes.

W. Zapata
M. Figuerero

J. Zapata
M. Rodríguez
D. Genao

A. Rodríguez
B. Defilló
[Signature]

[Signature]
[Signature]
[Signature]
E.S.
[Signature]

[Signature]

[Signature] *[Signature]* *[Signature]*

El **Lic. Arismendi Díaz Santana** indicó que es importante conocer el estado de avance de los módulos de salud para la implementación del Seguro Familiar de Salud que es el tema No. 9 de la Ruta Crítica, que se refiere al diseño y entrega del módulo de afiliación y recaudo del Seguro Familiar de Salud, por lo que solicitó el informe del estado en ese momento de ese módulo en particular.

El **Ing. Henry Sahdalá** destacó que en cuanto al trabajo que se ha estado realizando para el desarrollo de los sistemas junto a la empresa PAGOSS, con relación a los temas que competen sólo a la Tesorería, el calendario es como sigue, se pueden hacer pruebas de facturación el día 15, facturar entre el 22 y 26, si este Consejo así lo decide, entre abril 15 al 23 poner en producción de conciliación de facturas de ARS, a finales del mes de abril poner en producción la dispersión, todo esto está sujeto a lo que está haciendo UNIPAGO paralelamente y diferir para mayo lo que es la fuente de empadronamiento de nómina de pensionados y el empadronamiento de dependientes adicionales.

El **Ing. Miguel Gil Mejía** declaró que en consonancia con lo informado por el Tesorero, UNIPAGO ha coordinado con la Tesorería lo que denominan un plan B, pues el A era que todo estuviera listo antes del 1ero de abril para el inicio del Seguro Familiar de Salud dentro del contexto de la Ley, no obstante como en salud la Ley establece un plazo de 30 días para la dispersión se podría aprovechar ese tiempo. Puntualizó que no hay tiempo para comenzar el Seguro Familiar de Salud en condiciones ideales manteniendo la fecha 1ero de abril el Seguro Familiar de Salud, tampoco en condiciones normales, pero si en condiciones precarias, ya que hay toda una serie de pasos que hay que dar, que de haber estado al día de hoy el proceso de evaluación de los dobles afiliados listo, con un calendario apretado que permitiría trabajar en abril se hubiese podido iniciar. Enfatizó que si el CNSS adopta la decisión de mantener el 1ero de abril como la fecha de inicio del Seguro Familiar de Salud, pueden contar con el tiempo, la dedicación y el máximo esfuerzo de todo el personal de UNIPAGO, no obstante, precisó que tiene que darse en el camino toda una serie de eventos de manera oportuna, para poder lograra eso.

El **Lic. Arismendi Díaz Santana** preguntó al Ing. Gil Mejía si la firma PAGOSS se compromete a tener listos los módulos para la dispersión que es lo crítico de este proyecto.

El **Ing. Miguel Gil Mejía** explicó que hay un calendario en la entrega de los módulos en el Plan B que permitiría lograr la dispersión a finales de abril, pero hay variables que no controla UNIPAGO, ya que luego de recibir los módulos de PAGOSS, hay que probarlos aisladamente y a veces hay dificultades mayores que las estimadas que alargan el tiempo total de aceptación de un módulo con la

WAS y JH
se
mde

M

[Signature]

DM

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

E.G

[Signature]

[Signature]

[Signature]

garantía de que va a funcionar bien; en otro orden, reiteró que no es posible dispersar un solo centavo mientras la base de datos de afiliados no esté afinada.

El **Dr. Bernardo Defilló** manifestó que los técnicos de la SISALRIL han estado trabajando puntualmente con Tesorería y UNIPAGO, que no tiene confianza en PAGOSS, ya que ellos no cumplen con lo que prometen y UNIPAGO tiene que hacer una acción supletoria de lo que ellos no están haciendo.

El **Presidente en Funciones del Consejo** agradeció la presencia de los invitados especiales y le pidió al Dr. Defilló que permaneciera en la sesión ya que hay un tema que debe ser conocido en su presencia y se trata de que el Colegio Médico Dominicano ha depositado una correspondencia, cedió la palabra al Dr. Suero, a fin de que realice una breve exposición al respecto.

El **Dr. Waldo Suero** manifestó su sorpresa por las declaraciones del Dr. Defilló, quien es miembro del Colegio Médico Dominicano, con respecto a impedir la democracia en el seno de la SISALRIL y evitar que el CMD ejerciera su derecho en ese pleno del Comité Interinstitucional y Riesgos Laborales, resaltó que no habrá Seguridad Social sino se cuenta con el apoyo del Colegio Médico Dominicano y mucho menos si se quiere inhibir su derecho a cualquier nivel, por lo cual no es conveniente que uno de los actores fundamentales que dará el servicio de salud, no esté de acuerdo, dio lectura a la comunicación dirigida al Dr. Defilló, con respecto al incidente ocurrido en la sesión del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales, en ese sentido, consideró que si se le había informado que el CMD es miembro, luego no se le puede decir que no, debido a que el CMD no esté de acuerdo con una votación.

La **Licda. Daysi Montero** manifestó que el sector laboral plantea que en vista de no hay condiciones para entrar en un debate sobre éste tema, frente a una situación que se dio en una Comisión de trabajo, se debe continuar con el conocimiento del tema sobre el Seguro Familiar de Salud y agendar el tema que se está presentando ahora.

El **Dr. Bernardo Defilló** precisó que le sorprende la comunicación leída por el Dr. Suero, pues nunca ha sido la intención de la SISALRIL imponer posiciones, relató que el Dr. Suero le llamo por teléfono y le requirió que invitara al Dr. Severino, pero quien asistió a la reunión fue el Dr. Fernández, sin dar explicación alguna de por qué el Dr. Severino había dejado de asistir, aclaró que la SISALRIL actúa mediante documentos y que la costumbre ha sido de que todo el que llega y se incorpora vota e indicó que si CMD quiere que el Dr. Fernández sea el delegado oficial debe mandar un oficio.

Finalmente el **Dr. Zoilo Núñez Salcedo** expresó que al parecer ha ocurrido una confesión que se debía de aclarar.

El **Sr. José De León** consideró que hay capacidad entre la SISALRIL y el CMD para debatir el tema, y llamó a reflexión al CMD en cuanto a sus expresiones de que sin ellos no van a entrar la Seguridad Social; en otro orden, preguntó al Gerente General cual es su parecer luego de escuchar todas las exposiciones de la tarde hoy con relación al inicio del Seguro Familiar de Salud.

El **Gerente General** señaló que luego de haber estado escuchando atentamente todos los informes que se han presentado, considera que todavía hay posibilidad de presentar una fórmula que permita el inicio del Seguro Familiar de Salud, y solicita que se le permita preparar una propuesta la próxima semana y hacer las consultas de lugar con el sector empleador, los trabajadores, la SISALRIL, en vista de que ya tiene identificado donde están los problemas, reiteró su solicitud a los sectores, si mantienen la voluntad política de que se haga un esfuerzo final, que se de la oportunidad a la Gerencia General para presentar una propuesta formal en ese sentido.

El **Dr. Adolfo Rodríguez** manifestó que todos los actores del sistema son importantes, añadió que difiere de la posición del Gerente General, lo que lamenta sobremanera porque le hubiese gustado que inicie el Sistema pero hay una realidad cruel y de aquí al 1ero no es verdad que se podrán sobrepasar todos los obstáculos. Sugirió que se defina hoy el tema y que no se ponga fecha, porque hay intereses profundos que están impidiendo éste inicio.

El **Dr. Abelardo Mueses** en su calidad de vocero del sector gubernamental, consideró que se han recibido informaciones muy importantes, que se deben analizar con un poco de cuidado, en consecuencia, está de acuerdo con la propuesta del Dr. Defilló, aun cuando puede ser una Comisión más amplia como propuso el Dr. Rodríguez; finalmente señaló que el sector gubernamental propone que se tome la decisión en la próxima sesión, una vez formada esa Comisión y escuchada la propuesta del Gerente General.

La **Licda. Florencia Méndez** agregó que está de acuerdo con la propuesta del Dr. Mueses, ya que entiende que los ánimos no están para adoptar esa decisión en el día de hoy.

El sector laboral solicitó un receso.

En vista de la solicitud del sector laboral, el Presidente en Funciones del Consejo, decretó un receso.

Finalizado el receso decretado, el Presidente en Funciones del Consejo cedió la palabra a la Licda. Daysi Montero.

La **Licda. Daysi Montero** presentó excusas a la Licda. Florencia Méndez ya que el sector laboral solicitó el receso mientras ella hacía uso de la palabra, en consecuencia, reiteró sus excusas y le pidió que concluya su exposición.

La **Licda. Florencia Méndez** manifestó que acepta las disculpas presentadas, y retomó que estaba señalando que no se tome una decisión en el día de hoy, se refirió a la situación del sector salud, ya que no se está aplicando lo que establece la Ley General de Salud, en cuanto a los incentivos, y finalmente hizo un llamado al sector salud a reflexión como sector, y que se realice una reunión sólo del sector salud para dilucidar la situación y presentar posiciones unificadas.

El **Dr. Waldo Suero** indicó que reitera que no hay consenso en cuanto al PBS, y que la posición del CMD se mantiene, ya que aunque no cuentan con el poder de veto, si pueden vetar en las calles, ya que sin los médicos no podrá iniciar la Seguridad Social, reiteró a que se armonice una propuesta de consenso en la que se tome en cuenta el CMD.

La **Licda. María Isabel Gassó** expresó que se solicitó un receso para consultar entre ambos sectores, y presentó la moción conjunta del sector trabajador y del sector empleador de que visto que no existen las condiciones al 1ero de abril tal y como lo dice la resolución 93-03 para iniciar el Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, ni las prestaciones de servicios, por lo tanto, al mismo tiempo, bajo el entendido que desde que se puso una fecha se ha trabajado a un ritmo que ha permitido lograr avances relevantes, los sectores desean seguir trabajando a ese mismo ritmo, porque entienden que es de justicia que el país tenga un Sistema de Seguridad Social, por lo cual consideran que trabajando al mismo ritmo y con la misma intensidad el 1ero de Septiembre puede ser una fecha razonable para que se fije la posibilidad del inicio del Seguro Familiar de Salud, siempre y cuando las condiciones estén dadas.

El **Dr. Abelardo Mueses** reiteró la propuesta del sector gubernamental de que se posponga la decisión de este punto para la próxima sesión.

El **Lic. Arismendi Díaz Santana** manifestó que respalda esa posición porque entiende que el Consejo como tal no ha analizado suficientemente el tema, por lo cual es saludable dar ese espacio.

El Sr. Virgilio Ortega Nadal recordó que si la decisión se pospone para el próximo jueves la TSS no tiene formas de preparar la facturación.

El Presidente en Funciones del Consejo, señaló que hay dos mociones y que en orden parlamentario lo correcto es someter a votación la última moción, en ese sentido, sometió a votación la moción presentada por el sector laboral y el sector empleador.

Se produjeron 10 votos a favor de la moción presentada por el sector laboral y el sector empleador con abstención del sector gubernamental.

A continuación el Presidente en Funciones del Consejo sometió a votación la moción presentada por el sector gubernamental y se produjeron 3 votos con abstención de los demás sectores.

El Dr. Adolfo Rodríguez consideró que como se vetaron las dos mociones se mantiene la decisión de iniciar el 1ero de abril.

La Licda. Maria Isabel Gassó por su parte consideró que eso no es así, ya que la resolución adoptada con relación al 1ero de abril reza "siempre y cuando todas las condiciones estén dadas".

El Presidente en Funciones del Consejo aclaró que la Licda. Gassó tiene razón, por lo cual se debe tomar una decisión, ya que la resolución dice siempre y cuando las condiciones estén dadas, en consecuencias se debe ratificar o no ese inicio, y la semana que viene se está en el derecho de traer el tema, porque la decisión no ha sido tomada.

La Licda. María Isabel Gassó se refirió a la comunicación que leyó el Lic. Arturo Villanueva, con relación a la resolución adoptada por la Junta Monetaria, donde básicamente se dice que no se emitió ninguna resolución anterior con relación al destino de los fondos del Sistema Previsional, y que la Junta Monetaria ha designado una Comisión para conversar con el Consejo, en ese sentido, consideró que las resoluciones de la Junta Monetaria y del Banco Central tienen que ver con el Sistema Bancario y no con el sistema previsional, y agregó que considera que una Comisión del Consejo no debe reunirse con una Comisión de la Junta Monetaria para definir los destinos de los recursos provenientes del sistema de pensiones.

En ese mismo orden, la Licda. Marisol Vicens indicó que es importante que se tome una decisión con relación a la referida comunicación, ya que el Consejo había designado una Comisión a fin de que busque opiniones de firmas de

WASAY
MLH
su
M
Hto
Am.
J
S
pm
[Signature]

de
[Signature]
MLP
E.S.
[Signature]

[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]

abogados con relación a la supuesta resolución adoptada por la Junta Monetaria en fecha 04 de marzo, y de no existir dicha resolución no es necesario hacer las consultas.

El **Dr. Zoilo Núñez Salcedo** precisó que éste punto debe ser colocado en la agenda de la próxima sesión a fin de tomar una decisión al respecto.

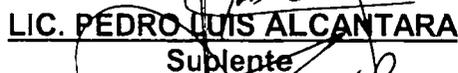
No habiendo otro punto que tratar a las 8:00 P.M., el Dr. Zoilo Núñez Salcedo, Presidente en Funciones del Consejo, dio por cerrada la sesión y ordenó levantar la presente acta para ser conocida en la próxima sesión.



DR. ZOILO NÚÑEZ SALCEDO
Suplente del Presidente del Consejo Nacional de
Seguridad Social



DR. EUSEBIO GARRIDO
Suplente



LIC. PEDRO LUIS ALCANTARA
Suplente



DR. WILLIAM JANA
Titular



DR. ABELARDO MUESES
Suplente



DR. WALDO ARIEL SUERO
Titular



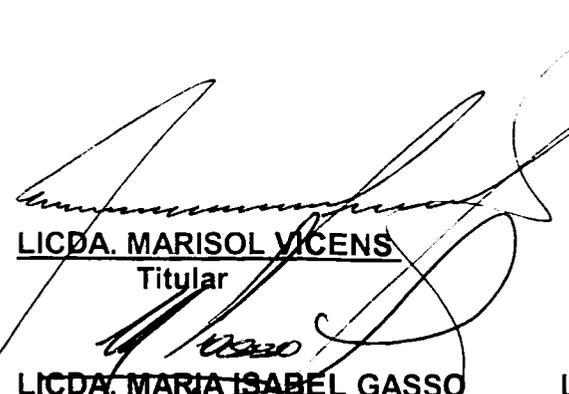
DR. ADOLFO RODRIGUEZ
Titular



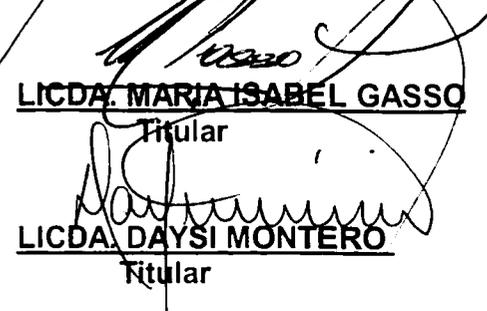
DR. MARITZA RODRIGUEZ
Suplente



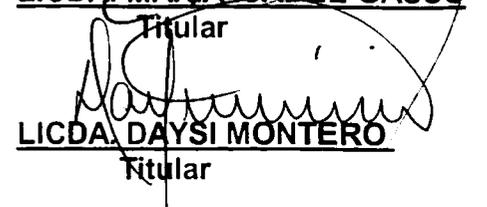
LICDA. FLORENCIA MENDEZ
Suplente

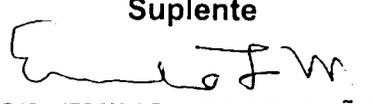

LICDA. MARISOL VICENS
Titular

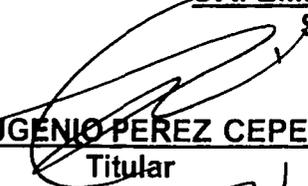

SR. VIRGILIO ORTEGA NADAL
Titular

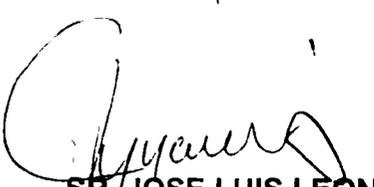

LICDA. MARIA ISABEL GASSO
Titular


LICDA. DIAMELA GENAO DE CABRAL
Suplente


LICDA. DAYSI MONTERO
Titular


SR. EMLIO LOPEZ MUÑOZ
Suplente

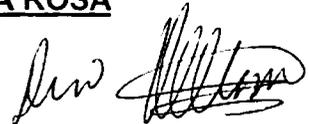

SR. EUGENIO PEREZ CEPEDA
Titular

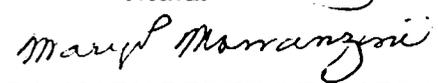

SR. JOSE LUIS LEON
Titular


SRA. RAFAELA FIGUERO
Suplente


LIC. NICASIO DE LA ROSA
Suplente


ING. FRANCISCO HERNÁNDEZ
Titular


DRA. ROSA MONTERO
Suplente


SRA. MARY PEREZ DE MARRANZINI
Titular


LIC. GREGORIO PICHARDO
Suplente


ING. MANUEL ROA
Titular