

*1^{ER} FORO A DIEZ AÑOS
DE LA
SEGURIDAD
SOCIAL*

MEMORIA
PRIMER FORO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL



CNSS

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

CREDITOS

Gerente General del CNSS
RAFAEL PÉREZ MODESTO

Viceministro de Trabajo y Suplente
del Presidente del CNSS
JULIO SANZ

COORDINACION
ALEXANDRA MORILLO
MATTY VÁSQUEZ

COLABORACION
JUANA GONZÁLEZ
JUAN BRITO
LEYMI LORA
ANA ISABEL CEPEDA
JOSÉ MIGUEL FERNÁNDEZ
BELISA RIVAS
EDUARD DEL VILLAR

FOTOGRAFÍA
ODILE VILLAVIZAR

Consejo Nacional de Seguridad Social
Edificio "Torre de la Seguridad Social Presidente
Antonio Guzmán Fernández Ave. Tiradentes
No.33, Ensanche Naco, Santo Domingo,
República Dominicana
Tel. (809) 472-8701 y
Desde el interior sin cargos
1 (809) 200-0550
Fax: 809-472-0908
www.cnss.gob.do

Introducción.....	13
Palabras de apertura: Dr. Max Puig, Ministro de Trabajo y Presidente del CNSS.....	17
Palabras del Vicepresidente de la República Dr. Rafael Alburquerque.....	21
Logros y Retos del Sistema Dominicano de Seguridad Social en su primera década: Dr. Carmelo Mesa-Lago.....	27
A. Salud – Seguro Familiar de Salud (SFS)	27
I. Unidad e integración.....	27
II. Cobertura de la población.....	28
III. Suficiencia y calidad de las prestaciones.....	31
IV. Solidaridad Social.....	32
V. Equidad de género.....	33
VI. Eficiencia administrativa.....	34
VII. Sostenibilidad financiera.....	35
B. Pensiones – Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia (SVDS)	36
I. Unidad e integración.....	36
II. Cobertura de la PEA.....	37
III. Suficiencia y calidad de las prestaciones.....	39
IV. Solidaridad Social.....	40
V. Equidad de género.....	41
VI. Eficiencia administrativa.....	41
VII. Sostenibilidad financiera.....	42
8 Ejes temáticos: mesas de trabajo	47
01. MESA DE SALUD	51
Aspectos generales.....	51
Participantes.....	51
Tratamiento de Temas.....	51

1.1 Operación del modelo de atención por niveles.....	53
1.2 Implementación de la Red Pública.	54
1.3 Migración del PDSS al PBS.....	55
1.4 Prescripción y dispensación efectivas.....	55
1.5 Establecimiento de una Metodología para la Evaluación, Seguimiento, e Indexación del Plan Básico de Salud.....	56
1.6 Sistema de monitoreo y evaluación de los indicadores de salud en la población afiliada al SDSS.....	56
1.7 Incorporación de pensionados y jubilados de Leyes anteriores al Seguro Familiar de Salud.....	56
1.8 Congruencia de cobertura en salud para los regímenes de financiamiento, beneficios y per cápita: Régimen Contributivo Vs. Regimen Subsidiado.....	56
02. MESA DE PENSIONES	59
Aspectos generales.....	59
Participantes.....	59
Tratamiento de Temas.....	59
2.1 Inicio de las pensiones solidarias e integración de las pensiones que otorga MISPAS a ancianos y discapacitados al esquema del SDSS.....	60
2.2. Armonización en la operatividad del sistema de reparto con el sistema de capitalización individual.....	60
2.3 Supervisión del sistema de reparto por la SIPEN.....	61
2.4 Normas mínimas para las cajas y fondos de pensiones complementarios.....	61
2.5 Definición del tratamiento de la cesantía laboral.....	61
2.6 Análisis del contrato póliza de discapacidad.....	61
2.7 Asistencia adultos mayores.....	61
2.8 Inversiones de los Fondos de Pensiones y su rentabilidad.....	61
2.9 Bono de Reconocimiento.....	62
2.10 Afiliados cotizando con salarios inferiores al salario mínimo.....	62
2.11 Impacto de la reducción de aportes en pensiones (producto de leyes de amnistía).....	62
2.12 Difusión de los beneficios previsionales.....	62
2.13 Seguro de Discapacidad y Supervivencia para los afiliados de reparto.....	62
2.14 Continuidad de los trabajos del Foro.....	62
03. MESA DE RIESGOS LABORALES	65
Aspectos generales.....	65
Participantes.....	65
Tratamiento de Temas.....	65

3.1	Uso de Fondos y Gestión de Beneficios	66
3.2	Estandarización y sistematización de los procesos y registros de accidentes y enfermedades profesionales.....	66
3.3	Políticas educativas en prevención de riesgos laborales	67
3.4	Política de integración de responsabilidad social al SRL.....	68
3.5	Análisis del marco normativo de Seguridad y Salud en el trabajo. Evaluar la regulación existente y analizar las brechas faltantes	68
3.6	Definición y monitoreo a través de indicadores de siniestralidad y accidentalidad.....	68
04.	MESA INSTITUCIONAL & LEGAL	71
	Aspectos generales.....	71
	Participantes	71
	Tratamiento de Temas.....	71
4.1.1.	Principio de Gradualidad Vs. Período de Transición/Limitaciones. Artículo 33 de la ley 87-01	73
4.1.2	Artículo 33, Literal B.....	73
4.1.3	Artículo 164	73
4.1.2	Artículo 167	73
4.1.3	Artículo 209.....	73
4.1.4	Resolución 165-03 del CNSS.....	73
4.2	Marco legal y rol de las instituciones del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Artículo 3.	73
4.2.1	Autonomía de las Entidades del SDSS. Artículo 21/29.....	73
4.2.2	Conformación del CNSS. Artículo 32	73
4.2.3	Validez de las Resoluciones del CNSS / Tripartismo. Artículo 80	73
4.2.4	Legalidad Decisiones CNSS. Artículo 85.....	73
4.2.5	Modificación Ley 87-01: Estructura CONDEI. Artículos 47-49.....	74
4.2.6	Interacción Instancias SDSS con Consejos Vinculados. Artículo 99	74
4.2.7	Rol del Contralor. Artículos 164/165.....	74
4.2.8	Artículo 108.....	74
4.2.9	Artículo 111	74
4.2.10	Artículos 174-175	74
4.2.11	Artículo 121	74
4.2.12	Artículo 135	74
4.2.13	Artículo 148.....	74

4.2.14	Artículo 179.....	74
4.3	Universalidad Vs. Residencia Legal: Trabajadores Móviles u Ocasionales.	74
4.3.1	Definición Afiliación. Art. 7.....	74
4.4	Regímenes de Financiamiento	75
4.5	Fondo Nacional de Atenciones Médicas (FONAMAT, Art. 119).	75
4.6	Destino de los aportes al SDSS distintos a las prestaciones dispuestas por la Ley 87-01 y reestructuración acuerdo tripartito.	75
4.7	Principio de Obligatoriedad.....	75
4.7.1	Obligación médicos y/o PSS de pertenecer al SDSS Vs. Principio de Libre Empresa dispuesto en la Constitución de la República Dominicana.	75
4.8	Seguro de Riesgos Laborales: reestructuración acuerdo tripartito.....	75
4.9	Seguro de Desempleo (Art. 50) Vs. Derecho a Prestaciones Laborales dispuesto en Código de Trabajo.....	75
4.10	Jerarquía de las normas.....	76
05.	MESA DE FINANCIAMIENTO	79
	Aspectos generales.....	79
	Participantes.....	79
	Tratamiento de Temas.....	79
5.1	Financiamiento: análisis general.....	80
5.2	Seguro de Vejez, Discapacidad, y Sobrevivencia (SVDS).....	80
5.3	Seguro Familiar de Salud (SFS).....	80
5.4	Equilibrio financiero.....	81
5.5	Fondo Nacional para Atenciones Médicas por Accidentes de Tránsito (FONAMAT).....	81
5.6	Estancias Infantiles	82
06.	MESA DE ESTANCIAS INFANTILES	85
	Aspectos generales.....	85
	Participantes.....	85
	Tratamiento de Temas.....	85
6.1	Sostenibilidad financiera y actualización de la cápita de las Estancias Infantiles	86
6.2	Fortalecimiento y expansión del servicio de Estancias Infantiles	86
6.2.2.	Promoción.....	86
6.2.3.	Calidad del servicio	87
6.3	Aumento de la cobertura de los servicios tanto en el Régimen Contributivo, y extensión hacia los Regímenes Contributivo Subsidiado y Subsidiado	87

6.4	Roles institucionales que desempeñan las diferentes instancias gubernamentales y la sociedad civil que inciden en las Estancias Infantiles	87
6.5	Revisión de la Ley 87-01	88
6.6	Derecho de niños y niñas articulados a la Ley 87-01	88
6.7	Importancia del acompañamiento comunitario a los servicios de Estancias Infantiles (EI)	88
07.	MESA DE AFILIACIÓN	91
	Aspectos generales.....	91
	Participantes	91
	Tratamiento de Temas.....	91
6.1	Propuestas de mecanismos y estrategias para llegar a la universalización	93
6.1.1.	Afiliación de profesionales y técnicos con ingresos superiores al salario mínimo cotizante.....	93
6.1.2.	Realizar los estudios actuariales para determinar los niveles de aportes según niveles de ingreso para el RCS	93
6.1.3.	Inicio del RCS a través de un piloto territorial	93
6.1.4.	Inicio del RCS a través de un piloto territorial	93
6.1.5.	Reducir la segmentación del SDSS.....	93
6.1.7.	Cumplimiento literales d) y e) del Art. 167	93
6.1.8.	Normas mínimas para definición de la dependencia económica. Art. 10 Párrafo i del reglamento sobre aspectos generales de afiliación al SFS del RC	93
6.1.9.	Registro en el SIUBEN de personas con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional.....	94
6.1.10.	Creación de un módulo de registro de novedades que permita cambiar el estatus de una persona que no esté cotizando	94
6.1.11.	Meta de afiliación al Régimen Subsidiado.....	94
6.1.13.	Solicitud para tomar acción sobre temas propuestos por la mesa	94
6.1.14.	Continuidad del Foro.....	95
08.	MESA DE INFORMACIÓN Y DERECHOS DE LA POBLACIÓN	97
	Aspectos generales.....	97
	Participantes	97
	Tratamiento de Temas.....	97
8.1	Sostenibilidad y fortalecimiento de la DIDA	98
8.2	Monitoreo acceso y calidad de los servicios.....	98
8.3	Análisis reglamentación entrega beneficios	98
8.4	Sistema Único de Afiliación e Información	98

8.5 Seguridad Social, Educación, Niveles Básica, Media, Técnica y Superior	99
8.6 Libre Elección.....	99
8.7 Vulnerabilidad del afiliado empleado ante la violación de sus derechos por parte del empleador	99
8.8 Derecho a la Información sobre desempeño de las ARS desde el punto de vista de los afiliados.....	99
8.9 Principio de integralidad y gradualidad	99
8.10 Empoderamiento de la población.....	99
8.11 Cobertura de medicamentos ambulatorios.....	99
Pre-Foro	101
Acto de clausura. Palabras de Dr. Max Puig, Ministro de Trabajo y Presidente del CNSS	105
ANEXO	109
Lista de participantes.....	109



MEMORIA PRIMER FORO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Evaluación de los Logros y Retos del Sistema
Dominicano de Seguridad Social, a diez años de
la promulgación de la Ley 87-01



CNSS

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL



FORO A DIEZ AÑOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Primer Foro a diez años de la Seguridad Social

Evaluamos para avanzar

Fortaleciendo el compromiso de servir a la población dominicana



CNSS

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL
www.cnss.gob.do

FORO A DIEZ AÑOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Primer Foro a diez años de la Seguridad Social

Evaluamos para avanzar

Fortaleciendo el compromiso de servir a la población





INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

Desde el año 2001 el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) ha venido estableciendo metas, desarrollando actividades y logrando, bajo el principio de gradualidad, realizar la implementación de la reforma pautaada por la Ley 87-01.

A casi 10 años de cumplirse este Período de transición, el CNSS consideró preciso hacer una evaluación del cumplimiento de las metas planteadas, evaluar los avances logrados, fijar temas pendientes, las formas y tiempos requeridos para su finalización.

El 1er Foro, a Diez Años de Promulgación de la Ley 87-01, tuvo como objetivo generar un espacio de discusión con todos los sectores involucrados en la implementación de la Ley 87-01, con la finalidad de evaluar críticamente el nivel de desempeño del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), en función de los objetivos establecidos en la misma.

Durante la sesión inaugural, con la asistencia de aproximadamente trescientas cincuenta (350) personas, representantes de instituciones públicas y privadas, entre las cuales se encontraban el Honorable Vicepresidente de la Republica, Dr. Rafael Alburquerque, representantes del Senado y Cámara de Diputados, Senadora Cristina Lizardo, Dr. Max Puig, Ministro de Trabajo, Lic. Melanio Paredes, pasado Ministro de Educación, Monseñor Agripino Núñez Collado, Monseñor Benito Ángeles Fernández, Miembros del Consejo, Funcionarios del Sistema, miembros del Colegio Médico Dominicano, representantes de

organismos internacionales de cooperación, entidades comunitarias, representantes de la sociedad civil, entre otros, se llevó a cabo la presentación del Dr. Mesa-Lago, bajo el título de LOGROS Y RETOS DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SU PRIMERA DÉCADA, la cual satisfizo la expectativa generada gracias a su calidad técnica y a la profundidad del análisis. El Dr. Mesa-Lago destacó los avances en los Seguros de Salud y Pensiones, así como los retos y sugerencias para reforzar el SDSS en ambas áreas. El análisis se realizó tomando en cuenta siete (7) principios de la Seguridad Social, a saber: Unidad e integración, Cobertura poblacional, Suficiencia y calidad de las prestaciones, Solidaridad social, Equidad de género, Eficiencia administrativa y Sustentabilidad financiera.

El Dr. Mesa-Lago compartió con los distintos sectores del SDSS, manteniendo reuniones de trabajo y encuentros con la Asociación Dominicana de Administradoras de Fondos de Pensión (ADAFP), la Superintendencia de Pensiones (SIPEN) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA). De igual manera, concedió entrevistas a los principales medios escritos y programas televisivos del país, entre los cuales se incluyó "Seguridad Social en TV de la DIDA", Jornada Extra, la revista Gestión & Competitividad, el Listín Diario, entre otros.

Los comentarios de la conferencia del Dr. Mesa-Lagos fueron realizados por el Dr. Sergio Velasco, especialista en Seguridad Social de la Organización

Internacional del Trabajo (OIT), quien abordó aspectos relevantes del SDSS, indicando que en la última Conferencia Internacional del Trabajo, entre las conclusiones se expresó que el dinero público debe ser usado en la protección de la población más necesitada.

En cuanto al trabajo en mesas, que inició el martes a las tres de la tarde y concluyó el miércoles a las siete de la noche, se cumplió a cabalidad el objetivo de “generar un espacio de discusión con todos los sectores involucrados”, reflejándose en la participación de amplios sectores, siendo un aspecto relevante la concurrencia de ciento seis (106) instituciones y trescientos tres (303) asistentes representativos de todos los sectores que conforman el CNSS y la Sociedad Dominicana. El trabajo en las mesas se realizó con orden, disciplina y transparencia gracias a la disposición mostrada por todos los presentes y a la coordinación e integración del equipo de trabajo interno, quienes recibieron entrenamiento en la metodología, para garantizar los resultados.

Las mesas contaron con gran número de participantes. La Mesa de Salud, con 59 asistentes, la Mesa Institucional & Legal con 38, seguida muy de cerca

por las Mesas de Riesgos Laborales y Afiliación con 37 participantes cada una. Las restantes cuatro mesas tuvieron participación de 18 a 30 personas cada una, manteniendo todas la presencia de los participantes durante los dos días del Foro e iniciando y terminando los trabajos con puntualidad.

Las discusiones fueron francas, abiertas y transparentes con aportes significativos. En el documento adjunto, “1er Foro: Memoria de Relatorías y Propuestas” recogemos cada una de las propuestas, e incluimos también aquellas que no fueron consensuadas, pues brindan una oportunidad para preparar una Agenda Estratégica y dar continuidad al trabajo del Foro, el cual generó gran interés y una solicitud consensuada: la de dar continuidad a eventos de esta naturaleza.

La Gerencia General agradece al Consejo Nacional de Seguridad Social la confianza brindada para la realización de este evento de trascendencia, así como el apoyo de las instituciones públicas y privadas del Sistema Dominicano de Seguridad Social, del Gobierno y la sociedad en general.



PALABRAS DE APERTURA
DR. MAX PUIG
DR. RAFAEL ALBURQUERQUE





PALABRAS DE APERTURA

DR. MAX PUIG

MINISTRO DE TRABAJO | PRESIDENTE DEL CNSS

En el mundo contemporáneo, se reconoce la Seguridad Social como parte de los Derechos Humanos. Toda persona tiene derecho a la Seguridad Social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional, la cooperación internacional y los recursos de cada Estado: la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales inherentes a su dignidad.

La Seguridad Social como derecho ha tenido grandes hitos desde Alemania en la segunda mitad del siglo XIX hasta el día de hoy. Una definición es la del Premio Nobel en Economía, la cual dice que el propósito de esta es proteger a la gente de las privaciones y sus riesgos. Se entiende que la definición de privaciones depende de los valores de cada cultura que pueden ser caracterizados de distintas maneras según el tiempo y el lugar.

A pesar de ser considerada la Seguridad Social como un Derecho Humano

básico y fundamental, a la fecha más del 75% de la población mundial carece de garantías sociales que les permitan enfrentar los riesgos de la vida.

El desarrollo de una Seguridad Social Universal, Obligatoria, Integral, Equitativa, Solidaria y Participativa fue un reclamo que tomó fuerzas en la sociedad dominicana del siglo XX. Luego de un intenso debate en el que se expresaron las distintas fuerzas sociales, esta aspiración se tradujo en la Ley 87-01 que estableció el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

Toda Ley es el resultado de una determinada correlación de fuerzas sociales y políticas y en el caso de la Ley 87-01, esta no es la excepción; la cual además fijó un período de transición de 10 años para el desarrollo del Sistema bajo el principio de gradualidad establecido por este instrumento legal. El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y

todas las instancias del Sistema han venido logrando metas e importantes avances, de igual manera se han evidenciado inconvenientes y obstáculos y es precisamente para evaluar los avances y obstáculos, que el Consejo aprobó mediante Resolución 250-05 la realización de este 1er Foro a 10 años de la Seguridad Social.

A la hora de proceder a esta necesaria evaluación de los 10 años de la Seguridad Social, no se debe olvidar lo acontecido desde su aprobación y recordar que apenas dos años después de su promulgación, cuando se estaban instalando las instituciones básicas del Sistema, se produjo el colapso económico del año 2003 con la secuelas de consecuencias negativas que ese descalabro conllevó en términos productivos y sociales. A partir del 2004 fue necesario emprender la ruta de la recuperación económica y a partir de esta, reconstruir todo el Sistema, colocándolo en primer lugar.

El avance ha sido considerable, aunque han habido múltiples inconvenientes. Estos 10 años han sido el escenario de discusiones, debates, transformaciones y logros. Este proceso ha sido una manifestación conjunta de las voluntades de los tres principales sectores involucrados en la vida productiva del país: el Estado como ente administrativo, el sector empleador y el sector laboral como protagonistas fundamentales, sin dejar de mencionar los demás sectores representados en el CNSS que garantizan la participación de las diferentes expresiones de la producción y de los procesos sociales.

Este Foro tiene como propósito generar un espacio de discusión con todos los sectores involucrados en la administración de la reforma pautada en la Ley con la finalidad de evaluar el nivel de desempeño que ha tenido hasta hoy el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), en función de los objetivos establecidos en la Ley 87-01. Procuramos analizar aspectos como la cobertura poblacional y de prestaciones del Sistema, la coherencia del marco legal de la reforma y evaluar el cumplimiento de las transformaciones institucionales que la Ley prevé, la garantía de la población al acceso de los beneficios del Sistema y la viabilidad y sostenibilidad de la gestión financiera, entre otros.

Siendo esencial en la Seguridad Social el principio de solidaridad y conocedores de la dinámica del proceso, no se puede dejar de mencionar y reconocer al sector de los jóvenes. Los saludamos y los felicitamos por su interés de participar en esta iniciativa democrática, y alimentamos su deseo de conocer e intervenir en procesos, en este momento que inician su vida adulta de manera constructiva. Estos jóvenes constituyen para nosotros un ente de ayuda para sobreponernos a todas las dificultades en el proceso de cambio.

Estamos reunidos para hacer un balance pero al mismo tiempo para trazar la ruta del Sistema en los próximos meses e incluso en años.

A lo largo del foro es bueno preguntarnos ¿cuáles son las limitaciones que se expresan al interior del

Sistema en su funcionamiento y su diseño según la Ley 87-01?. Es bueno examinar los límites que le impone al desarrollo del Sistema y al cumplimiento de la Ley, el ordenamiento económico y social en la República Dominicana. Se sabe que a 10 años de la Ley no se ha establecido la red pública de salud y la atención primaria en salud todavía no es la puerta de entrada del Sistema. No se ha podido eliminar el copago en los servicios de salud, el gasto de bolsillo en los servicios médicos sigue siendo muy alto en la República Dominicana. Se sabe también que hay intereses corporativos que han conspirado contra el establecimiento de la atención primaria que es clave para la sostenibilidad financiera del Sistema y una mayor cobertura de salud a la población.

Los sistemas modernos de protección y Seguridad Social son el producto del desarrollo de la sociedad industrial. Fue dentro de esta que surgió y su desarrollo se produjo en los años 40 en el Reino Unido. La perspectiva en la que se pensó fue que el desarrollo del Sistema Industrial conllevaría un aporte creciente de las cotizaciones hasta hacer de la Seguridad Social un sistema de cobertura universal. En Europa corrían parejas la industrialización y la urbanización pero en el caso de la República Dominicana, como en tantas sociedades en vías de desarrollo, hemos tenido urbanización sin industrialización, lo que conspira contra uno de los principios fundamentales del Sistema.

Sabemos que de acuerdo a las estadísticas del Banco Central de la República Dominicana correspondiente a la última encuesta de trabajo, el 56% de las personas en actividad económica corresponden al sector informal. Por otro lado, el desempleo alcanza el 14.1% de la población económicamente activa (PEA) y sólo un 30% de la PEA responde a una actividad salarial dependiente. Esta es la franja de la población que cotiza en el Sistema, y no se ha podido cubrir en su totalidad porque hay un cierto nivel de evasión. Todos estos son temas importantes a considerar en este Foro. ¿Se podrá construir un Sistema Universal con una estructura económica y social como la que caracteriza a la República Dominicana? ¿Qué más podemos hacer dentro del marco de modelo de crecimiento económico y social del país?.

Considero que el modelo de crecimiento está dando síntomas de agotamiento, lo que conspira contra el desarrollo del SDSS. Estas son preguntas de fondo que el Foro de una forma tendrá que considerar.

Es de gran satisfacción que podamos compartir las expectativas que ha generado este proceso y que las discusiones puedan llevarse de manera adecuada y positiva para el desarrollo del Sistema. Esperamos obtener conclusiones que puedan ser consideradas en la elaboración de la Agenda Estratégica del CNSS.

Muchas gracias.



PALABRAS DEL HONORABLE
DR. RAFAEL ALBURQUERQUE
VICEPRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

El objetivo del Foro es el de examinar el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) al cumplirse sus diez años. La Ley data del 9 de mayo de 2001 y tomando en cuenta los datos que ha dado el Ministro de Trabajo Max Puig, esta es la oportunidad para hacer un alto en el camino y examinar los avances y logros que se han obtenido en estos diez años y al mismo tiempo discutir los retos, desafíos y aspectos que tenemos todavía que enfrentar para continuar avanzando hacia un sistema integral y universal. Felicitamos a las autoridades del SDSS por haber concebido y organizado este evento, que nos va a permitir adentrarnos en este procedimiento que ha venido siendo puesto en práctica y aquellos que aún faltan por aplicar.

La Ley estableció gradualidad en estos diez años. Se ha ido avanzado siguiendo el mandato de Ley de la Gradualidad. Carmelo Mesa-Lago nos hablará de los logros y los retos del SDSS, de modo que me limito a señalar los avances que

hemos obtenido en materia de salud. Es necesario recordar que al promulgarse la Ley solo un 7% de la población dominicana se encontraba cubierta por los seguros del IDSS, un 43% hoy en día se encuentra cubierto por el Seguro Familiar de Salud. Dos millones 417 mil 992 personas en el Régimen Contributivo con sus empleados y asalariados y 2 millones diecisiete mil 742 personas en el Régimen Subsidiado. De estos, un millón ciento once mil cuatrocientos once, es decir un 55% son mujeres. Los beneficios del Sistema se iniciaron en el 2001 con el Seguro Familiar de Salud. Un importante avance pero limitado porque aun en el 2004, en el Régimen Subsidiado no llegaban a 50 mil personas afiliadas, en comparación a los dos millones que hoy se encuentran protegidos en este régimen.

El Régimen Contributivo no se logró hasta septiembre del 2007. Ocho veces fue pospuesto hasta lograr, tras arduas negociaciones y con la mediación de Monseñor Agripino Núñez Collado, intervenir

con los distintos grupos que incidían en su inicio hasta llegar a un consenso que permitió que este régimen pudiera iniciarse en el 2007. Hoy abarca más de dos millones de afiliados.

En septiembre de 2008 se inició la aplicación de los servicios económicos por el subsidio de maternidad y lactancia y en septiembre de 2009 el subsidio por discapacidad temporal en caso de enfermedad común de un trabajador. En junio de 2009 se dio inicio a los servicios de las Estancias Infantiles. En cuanto al Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia, el cual paso de novecientos dieciséis mil quinientos treinta y ocho afiliados en febrero de 2003 a más de dos millones de afiliados en 2010, ahora representa el 72.9% de los asalariados del país. Los fondos de pensiones acumulados sobrepasan los cientos veinte mil millones de pesos que representan una oportunidad de inversión para el desarrollo y garantía de una vejez digna. En marzo de 2004, inició la cobertura de los trabajadores y trabajadoras asalariados al Seguro de Riesgos Laborales que incluye los accidentes en trayecto. En octubre de 2008 se iniciaron las operaciones de las Comisiones Médicas Nacional y Regionales para la evaluación de la discapacidad causada por enfermedad común, accidente o enfermedad laboral.

Para el financiamiento de las prestaciones del Sistema han ingresado a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) ciento setenta y seis mil cuarenta y un millones, de los cuales ciento setenta y tres mil no

vecientos catorce millones corresponden a las cotizaciones del Régimen Contributivo de empleadores públicos, privados y trabajadores asalariados y doce mil ciento veinte y seis millones aportados por el Estado Dominicano para cubrir el Régimen Subsidiado.

Se trata de grandes avances en materia de protección social. Marchamos hacia la universalización del Sistema, hemos puesto todo el empeño porque el sistema avance en la parte de la protección contra el riesgo de discapacidad y las pensiones. No hay duda que todavía existen retos y desafíos que cumplir. Los afiliados al Régimen Contributivo que sobrepasan los dos millones representan casi un 100% de la población de este régimen, sin embargo hay que continuar esforzándonos para que la totalidad de los trabajadores asalariados se encuentren protegidos por el Sistema.

Tenemos que discutir en este Foro que debemos hacer para continuar con un Sistema Integrado y Universal. Hay todavía una parte de la población que tienen su propio seguro y que todavía no se integran al Régimen Contributivo del SDSS.. Tenemos que trabajar en la universalidad del Régimen Contributivo y debemos preguntarnos qué hacer con el Régimen Contributivo Subsidiado. Si preservarlo o mantener dos regímenes, uno contributivo y uno subsidiado; el Subsidiado para los que no puedan pagar y el Contributivo no solo para trabajadores asalariados, sino también para trabajadores autónomos.

El propio sistema define el trabajo autónomo, independiente e informal. La horizontalidad en el modo de producción de las empresas provoca que cada día exista un número mayor de trabajadores independientes. Hoy en día hay empresas que externalizan sus funciones y operaciones y contratan trabajadores autónomos e independientes. Estos autónomos son independientes y escapan al derecho del Régimen Contributivo. Pero no hay duda de que son económicamente dependientes y demandan una protección social. Este Foro plantea la pregunta de qué hacer con ambos regímenes.

Hay que mejorar la red pública de atención primaria, contamos con el apoyo del Banco Mundial y el Banco Interamericano para un proyecto que aportará recursos para mejorar el Ministerio de Salud Pública, y así mejorar los recursos humanos y desarrollar un sistema que permita monitorear todas las prestaciones de salud que se otorgan.

Es necesario que en el Régimen Contributivo, se im- plante la estrategia de atención primaria como me- dio para acercar los servicios de salud con costos

que hagan posible la estabilidad financiera del Régimen. Es necesario que el Congreso Nacional apruebe la Ley sobre Mercado Hipotecario que va a permitir mecanismos de inversión de las pensiones que aporten al desarrollo nacional.

Disminuir el gasto de bolsillo de los afiliados, ampliar los servicios de salud, informar a la población de sus derechos son otros de los objetivos que se pueden cumplir y debatir en el Foro, de modo que quiero felicitar a los organizadores del mismo y asegurarles que con la presencia de un maestro de la Seguridad Social, como es el Dr. Mesa-Lago, que nos podrá decir los avances y retos del SDSS, a partir de ahí podemos sentirnos orgullosos de seguir con determinación y firmeza el trabajo para enfrentar los retos que enfrenta el sistema para marchar hacia la cobertura de todos y todas los dominicanos.

Muchas gracias.



LOGROS Y RETOS DEL
SISTEMA DOMINICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL
EN SU PRIMERA DÉCADA





Logros y Retos del Sistema Dominicano de Seguridad Social en su primera década

DR. CARMELO MESA-LAGO

Catedrático Distinguido Emérito de Economía Universidad de Pittsburgh

Mi presentación analizará los cambios ocurridos en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en los nueve años desde su creación hasta la fecha y se centrará en la salud y las pensiones.

La evaluación se basará en siete principios de seguridad social (OIT):

- Unidad e integración
 - Cobertura poblacional
 - Suficiencia y calidad de las prestaciones
 - Solidaridad social
 - Equidad de género
 - Eficiencia administrativa
- Sustentabilidad financiera
- Analizaré los logros y retos del sistema y haré sugerencias de cómo mejorarlo. Primero trataré la salud y después las pensiones

A. SALUD-SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS)

I. UNIDAD E INTEGRACION

LOGROS

- La reforma creó el SDSS, que incluye el Seguro Familiar de Salud (SFS), con tres regímenes:
 - Subsidiado: para los independientes de bajo ingreso, desocupados, indigentes e incapacitados, empezó en noviembre 2002;
 - Contributivo: para el sector formal asalariado, comenzó en septiembre 2007;
 - Contributivo subsidiado: para los trabajadores in-
- dependientes (cuenta propia) de cierto ingreso, aún no iniciado.
- En 2009 se creó el Régimen Especial Transitorio para pensionados de Hacienda (Leyes 1896 y 379).
 - La República Dominicana (RD) es uno de tres países latinoamericanos con una Superintendencia de Salud única para todo el sistema.
 - El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) es el organismo rector del SDSS.

RETOS

- El sistema es complejo, no completamente integrado y todavía con segmentación. Combina: 1) el Seguro Nacional de Salud público (SENASA), gestiona el Régimen Subsidiado y sus afiliados usan los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) y Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) privadas; 2) las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), públicas—incluyendo SENASA, y la Administradora de Riesgos Salud Segura (ARSSS)—y privadas, gestionan el Régimen Contributivo, y 3) las PSS contratadas por las ARS.
- Muchos grupos tienen esquemas separados al sistema general con servicios/planes/ARS propios: a) fuerza armada y policía (servicios propios); b) profesores, entidades estatales, fuerzas armadas, policía, médicos y enfermeras entre otros (auto-gestionados); c) congreso, poder judicial y administración electoral (planes propios); d) seguros voluntarios individuales (planes pre-pago), y e) empresas privadas y entes públicos (planes complementarios).

- El sistema de salud es más segmentado que el de pensiones.
- Los poderes de la Superintendencia son relativamente débiles comparados con los de las superintendencias de Chile y Colombia.

SUGERENCIAS

- Integrar mejor el sistema, incorporando los esquemas separados, y logrando una mayor coordinación entre el CNSS y MISPAS.
- Reforzar los poderes de regulación, supervisión y sanciones de la Superintendencia sobre todo el sistema de salud y riesgos laborales.
- Hacer una evaluación periódica e independiente del SFS, su impacto en la pobreza y los indicadores de salud de la población, con mecanismos definidos.

II. COBERTURA DE LA POBLACION

Los países más desarrollados socialmente gozan de la mayor cobertura, porque tienen los porcentajes más bajos de la PEA informal incluyendo independientes (que generalmente carecen de cobertura legal obligatoria o es voluntaria y muy baja) y la menor incidencia de pobreza.

Los países menos desarrollados sufren la cobertura menor, porque tienen el sector informal mayor; el sector público tiene recursos insuficientes para atender a la mayoría de la población que no es asegurada, y tienen la incidencia de pobreza mayor.

La Cobertura está determinada por: 1) tamaño del sector informal (sin cobertura legal obligatoria o voluntaria y muy baja) y 2) incidencia de pobreza.

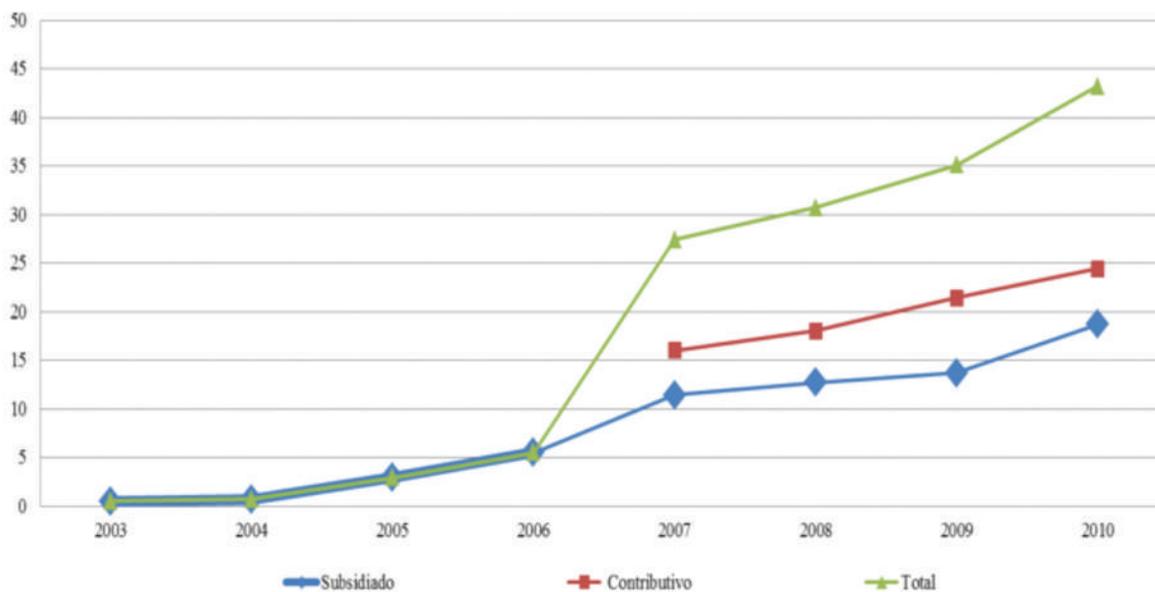
COBERTURA DE LA POBLACIÓN TOTAL POR EL SEGURO SOCIAL DE SALUD EN AMÉRICA LATINA, 2008-2009 (%)	
PAIS	COBERTURA
1. Chile	89,2
2. Costa Rica	88,8
3. Panamá	77,5
4. Argentina	58,9
5. Uruguay	57,0
6. Colombia	53,3
7. México	45,3
8. Rep. Dominicana	43,2
9. Venezuela	38,3
10. Bolivia	25,8
11. El Salvador	20,7
12. Nicaragua	19,3
13. Guatemala	17,4
14. Honduras	16,9
15. Ecuador	16,5
16. Perú	País
17. Paraguay	12,4
Promedio regional	40,8

LOGROS

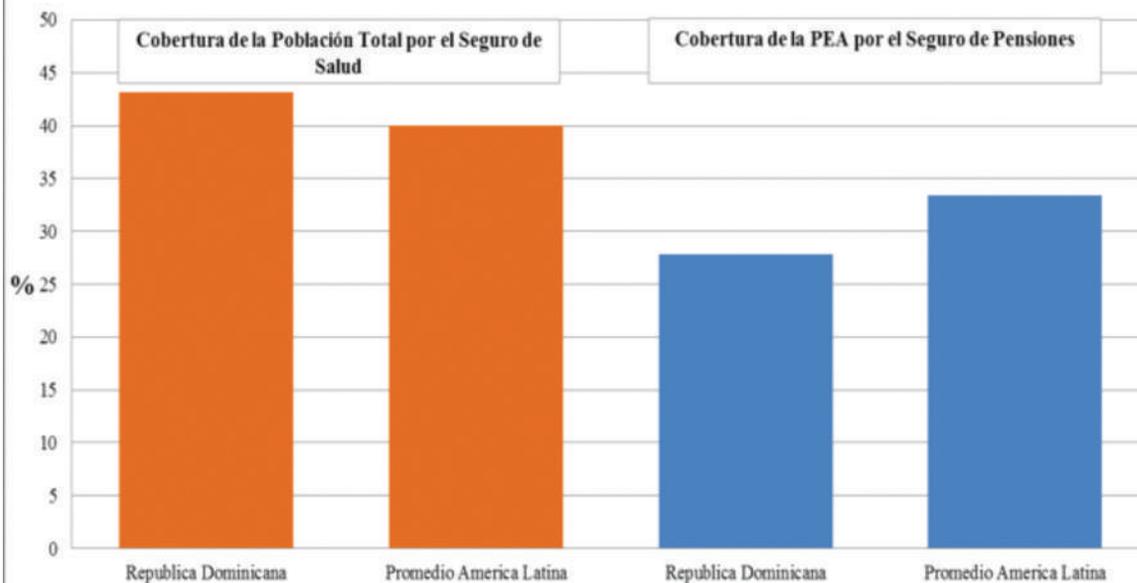
- La República Dominicana tiene uno de los mayores sectores informales (56%), por encima del promedio regional (40,8%); de los cuales 35% son independientes y la décima incidencia de pobreza mayor (44%). Con los pensionados y los seguros voluntarios (6,2%) la cobertura aumenta a 50%. En los dos últimos años la RD ascendió dos puestos y superó el promedio regional.
- Antes de la reforma (2001), la República Dominicana era penúltima en la región en cobertura de salud del Seguro Social. El salto al octavo lugar en 9 años se debe al SFS: la cobertura del R. Subsidiado es 43% del total, alcanza a 47% de los pobres y creció 71% en 2007-2010, mayor que el aumento de 59% en el R. Contributivo y que la caída en la informalidad y la pobreza.
- 2002-2009 la pobreza cayó 6 puntos porcentuales y la informalidad 3 puntos.
- Los pensionados que no tenían cobertura han comenzado a ser incorporados en el 2009.

COBERTURA EN SALUD DE LA POBLACIÓN POR R. CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, 2003-2010 (%)			
AÑOS	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	TOTAL
2003	0,5	0	0,5
2004	0,7	0	0,7
2005	2,9	0	2,9
2006	5,5	0	5,5
2007	11,4	16,0	27,4
2008	12,7	18,0	30,7
2009	13,7	21,4	35,1
2010	18,7	24,4	43,2
Aumento 2007/2010	71%	59%	64%

Grafica 1. Cobertura en Salud de la Población por Regimen Contributivo, Regimen Subsidiado y Total, 2003-2010 (%)



Grafica 2. Cobertura de la Población Total por el Seguro de Salud y Cobertura de la PEA por el Seguro de Pensiones (%)



RETOS

- La mitad de la población total no tenía cobertura de aseguramiento en 2010, incluyendo 53% de los pobres.
- Meta de SENASA en 2011: cubrir toda la pobreza extrema y moderada; ha sido asignado el presupuesto.
- Los no asegurados pobres están a cargo de MIS-PAS.
- La implantación del régimen contributivo subsidiado que cubriría 3,2 millones de independientes (un tercio de la población) extendería la cobertura y reduciría el gasto de bolsillo.
- El PBS ofrece más prestaciones que el PDSS. No hay copago ni cuotas moderadoras (a veces ilegal), ni topes de cobertura en el PBS.
- Hay co-pago en ciertas prestaciones del PDSS (excluyendo algunas como el parto normal) pero no hay co-pago en hospitalización en el PDSS de SENASA.
- Los pobres y grupos de bajo ingreso fueron protegidos durante la crisis por el PBS, que contribuye a reducir el gasto de bolsillo
- La cobertura de enfermedades de alto costo incluye cáncer y operación de corazón abierto, con un tope.

SUGERENCIAS

- Desarrollar un plan para alcanzar la cobertura total de los pobres por el R. Subsidiado en un período de cinco años.
- Evaluar la eficacia de la focalización en el Régimen Subsidiado.
- Implantar el Régimen Contributivo Subsidiado que estipula la Ley de 2001.
- PDSS: co-pago en ciertas prestaciones (excluye parto normal), reducción copago por cirugía y hemoterapia en 2010.
- PDSS: cápita creció tres veces en 2009; aumentó tope cobertura enfermedades alto costo y del listado de medicamentos en 2010.
- Una encuesta de usuarios mostró una mejoría en la percepción de la calidad del SFS entre 2007 y 2008: 21% estaba muy satisfecho y 55% satisfecho

III. SUFICIENCIA Y CALIDAD DE LAS PRESTACIONES

LOGROS

- La RD es el único país entre los 10 en desarrollo en la región que otorga el paquete básico de prestaciones de salud, el cual asegura la atención de los grupos pobres y vulnerables; también cubre enfermedades de alto costo (sólo 9 países).
- Hay dos paquetes básicos: 1) el PBS en el Subsidiado que gestiona SENASA a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), y 2) el PDSS en el Contributivo que gestionan las ARS públicas y privadas a través de las PSS.
- La encuesta más reciente del 2009 la realizó GALLUP para los servicios del SENASA en ambos regímenes. Los resultados reflejaron un alto nivel de satisfacción (90.1%) destacando los servicios de emergencia, internamiento y análisis de laboratorio. En el caso de medicamentos, 52.8% dijeron que recibieron todos los medicamentos recetados, 35.3% una parte y el 10-7% la mitad.
- Las razones para ello: que el 40% indicó que el PDSS solo cubre un por ciento, el 30.1% porque los medicamentos no están incluidos en el PDSS y 13.4% porque no estaban disponibles en la farmacia. (esto para los afiliados del RC del SENASA).

RETOS

- La red de servicios pública (MISPAS) es de baja calidad
- Faltan por instalar muchas unidades de atención primaria en el sector público e integrarlas en la Red Pública. En el caso del régimen contributivo, está pendiente el desarrollo del primer nivel de atención como puerta de entrada.
- No hay un sistema de referencia y contrarreferencia.
- El PBS per cápita del RS no se ha indexado desde 2002.
- La cobertura de enfermedades de alto costo es muy limitada en la red pública y hay que recurrir a las PSS privadas.
- El Régimen Contributivo hay que desarrollar el primer nivel de atención como puerta de entrada; no hay integración entre MISPAS y CNSS; 26-59% de pacientes pagan un depósito ilegal para emergencia o internamiento (DIDA).
- Un tercio de los afiliados desconoce sus derechos.

SUGERENCIAS

- Mejorar MISPAS en cuanto su red de servicios, instalación de unidades atención primaria necesarias, completar el sistema de referencia y contra referencia.
- Indexar el PBS per cápita
- Eliminar el depósito por emergencia/internamiento en el Régimen Contributivo.
- el primer nivel de atención como puerta de entrada en el Régimen Contributivo.
- Desarrollar una campaña de educación para que los asegurados y la población conozca sus derechos.

- Si por causas ineludibles hubiese que recortar el gasto público y el aporte fiscal, dar prioridad al PBS y el PDSS, sobre las enfermedades de alto costo.

IV. SOLIDARIDAD SOCIAL

Un seguro social de salud integrado y universal tiene mayor solidaridad porque otorga sus servicios a asegurados contributivos y no contributivos pobres o de bajo ingreso. Pero en la región predomina la segmentación que genera desigualdades contrarias a la solidaridad social.

LOGROS

- El Régimen Subsidiado fortalece la solidaridad social porque:
- Aumentó la cobertura de los pobres de 3% a 47% en 2003-2010.
- La población pobre se identifica por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN). (¿Cuán adecuada es la focalización, hay "polizontes" (free raiders)?
- Otorga el PBS que es superior al PDSS del R. Contributivo.
- Se financia con recursos públicos que han aumentado las transferencias al sector de salud, con un efecto progresivo. Durante la crisis no hubo un estancamiento o recorte del aporte fiscal.
- Ayuda a reducir el gasto de bolsillo que es muy regresivo.
- El Régimen Contributivo se financia 70% por empleador y 30% por trabajador.

RETOS

- Aún subsisten múltiples grupos con servicios propios o planes especiales o complementarios.

- Se ha reducido la desigualdad en la cobertura entre regiones geográficas, pero aún hay una diferencia de 82% en la Región IV y 45% en la Región V.
- 57% de la población no tiene seguro de salud, incluyendo la mayoría de los pobres que deben pagar una cuota de recuperación en los hospitales públicos, a pesar de disposiciones administrativas en contrario.
- En el Régimen Contributivo: asegurados de bajo ingreso tienen copagos y cápita por dependientes adicionales (aumentan gasto de bolsillo).
- Pdss: cápita aumentó 16% en el 2009 (de RD\$620 a RD\$721) pero el cápita del PBS permanece en RD\$181 (un cuarto del PDSS).
- No se ha establecido el Régimen Contributivo Subsidiado que incorporaría a independientes y fortalecería la solidaridad social.
- Se ignora el impacto del SFS en el gasto de bolsillo que es alto y regresivo.

SUGERENCIAS

- Establecer el Régimen Contributivo Subsidiado con un estudio actuarial que determine su sostenibilidad a largo plazo y asegure las fuentes de recursos fiscales.
- Perfeccionar SIUBEN para evitar posibles "polizontes"
- Ejecutar normas legales que prohíben cuota de recuperación a pobres
- Crear un Fondo para enfrentar las desigualdades regionales.
- Estimar gasto de bolsillo e impacto de políticas recientes.

V. EQUIDAD DE GÉNERO

La mujeres están sobre-representadas en el trabajo informal que no está cubierto por el seguro social (tienen una cobertura inferior al hombre), acuden proporcionalmente más al sector público, y son más afectadas por el gasto de bolsillo.

Los seguros privados usualmente discriminan por género usando selección de riesgos y cargándole a la mujer primas mayores que al hombre, por el costo del embarazo y mayor longevidad.

LOGROS

- El SFS ha mejorado la equidad de género:
 - No excluye por género ni por ser madre soltera o casada (cubre el embarazo sin Período de carencia); tampoco por edad y la mujer tiene mayor longevidad que el hombre, ni por enfermedad crónica pre-existente en las que las mujeres sufren mayor incidencia.
- El PBS y PDSS incluyen intervenciones esenciales para las mujeres: planificación familiar, atención materno-infantil, control durante el embarazo, subsidios de maternidad y lactancia (más del 85% de las mujeres asalariadas califican para este subsidio), exámenes preventivos del cáncer de la mama; 100% de las consultas, exámenes y medicamentos.
- Otorga cobertura a los familiares dependientes (incluyendo esposas, hijas y madres, tanto en enfermedad como en maternidad) que eran 48% del total de afiliados en 2010.
- La cobertura femenina creció a 55% del total afiliado en 2010.
- Aumentó la cobertura de la población pobre en que hay una proporción mayor de mujeres (especialmente jefas de hogar) que de hombres.

- Reducirá el gasto de bolsillo que afecta especialmente a las mujeres.

RETOS

- Los planes privados para los que aún no son afiliados excluyen: el embarazo 6 meses antes de la afiliación; la madre soltera y el embarazo de adolescentes; medicamentos y control de seguimiento en el embarazo.
- Cobros indebidos afectan más a las mujeres.

SUGERENCIAS

- Elaborar estadísticas desagregadas por género que permitan contrastar la cobertura, prestaciones, gastos e indicadores de la salud de las mujeres versus los hombres.
- Regular los planes privados para evitar exclusiones y controlar los co-pagos y cobros indebidos.

VI. EFICIENCIA ADMINISTRATIVA

Los sistemas de salud adolecen de problemas de eficiencia: a) la relación de insumos (gasto, infraestructura, personal) no siempre va aparejada con sus productos (mortalidad infantil y materna, esperanza de vida); b) la asignación al primer nivel es baja; c) la ocupación hospitalaria es baja y la estadía es alta. Los seguros sociales unificados con alta cobertura tienen costos administrativos más bajos que los sistemas privados (porque estos son fragmentados, no gozan de economías de escala, tienen utilidades y gastos de mercadeo por la competencia), y también costos más bajos que los seguros sociales o sistemas fragmentados y con baja cobertura.

LOGROS

- El SFS redujo la segmentación previa y coordinó el sistema, a más de que aumentó la cobertura, por lo que debe haber mejorado la eficiencia y reducido el costo administrativo.

- En 2002 la asignación del gasto de salud al primer nivel era de las inferiores en la región. El SFS ha asignado un porcentaje mayor al primer nivel, el cual da respuesta a 80% de los problemas de salud.

- El Régimen Subsidiado tiene un solo administrador público (SENASA), que afilia a 1,8 millones y toma ventaja de economías de escala, no incurre en gastos de publicidad ni tiene ganancias; por ello su costo administrativo debe ser bajo.

- En el Régimen Contributivo hay competencia entre las ARS con 26 en el mercado.

- En el Régimen Contributivo, el costo administrativo de SENASA-ARS fue 13,6% de los ingresos en 2008, versus un promedio de 14,7%. Al agregar las ganancias de las ARS privadas, el rango fue entre 16,3% a 39,5% .

RETOS

- El costo administrativo debe ser alto en los esquemas separados con un número bajo de asegurados.

- No se obtuvieron cifras de la ocupación hospitalaria, la asignación al primer nivel y otros indicadores necesarios para evaluar la eficiencia.

- Los afiliados pueden escoger las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) en la red de la ARS a que pertenecen (incluyendo SENASA), pero no a otras, lo que reduce la competencia.

- La concentración en las 4 ARS mayores creció de 62,6% a 66,2% en 2007 a 2010.

- Un tercio de los afiliados desconoce sus derechos.

- Segunda amnistía a empleadores en 2009 para corregir evasión y mora: no se conocen resultados

- Los Inspectores de trabajo son los únicos competentes para levantar actas de infracción por evasión y mora.

SUGERENCIAS

- Publicar series estadísticas sobre eficiencia en el SFS, tales como ocupación hospitalaria, asignación al nivel primario, relación de médicos por enfermera, etc.
- Permitir a los afiliados que escojan PSS en otras redes fuera de la ARS a la que pertenecen, lo que requeriría de la creación de una red única de PSS adscrita a todas las ARS habilitadas.
- Mejorar información a población meta para que conozcan y reclamen sus derechos.
- Permitir a la Superintendencia la persecución de la evasión y mora.

VII. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

En la mayoría de la región el seguro social de salud sufre desequilibrio financiero que fue agravado por la crisis.

LOGROS

- La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) separa contabilidad (ingresos y egresos) entre regímenes y no permite traspaso de fondos o prestaciones entre ellos.
- La crisis no redujo la recaudación en el Régimen Contributivo ni los aportes estatales para el Régimen Subsidiado (aunque hubo una desaceleración en el primero).
- El Régimen Contributivo tuvo ingresos mayores que sus egresos en 2004-2009 generando un superávit.
- El Régimen Subsidiado recibió aportes del gobierno mayores que su desembolso en 2010, para un saldo positivo (superávit) igual a 3,6% del ingreso.
- Los ingresos del Régimen Subsidiado respecto al

ingreso total del SFS crecieron de 1,3% a 7,9% en 2004-2010 mientras que los del Régimen Contributivo descendieron de 98,7% al 92%.

- El saldo de ingresos y egresos en el SFS fue positivo en 2004-2009 (salvo en 2006 por 0,02% del ingreso).

RETOS

- En el Régimen Contributivo:
 - En 2010 los ingresos del Régimen Contributivo fueron menores que sus egresos generando un déficit equivalente al 0,3% del ingreso y también un déficit general en el SFS, sin explicarse la razón. Las causas podrían estar determinadas por el incremento de la cápita del PDSS, expansión de servicios y dependientes. No se ha usado el fondo pero sí sus intereses.
 - Salario mínimo cotizable de RD\$6,481. La canasta básica para el primer quintil es de RD\$10,407 y la canasta promedio de RD\$23,398.

- Los fondos del Régimen Contributivo (RD\$7,364 millones) están invertidos en certificados bancarios cuyo interés ha disminuido fuertemente en años recientes.

SUGERENCIAS

- Desglosar claramente los ingresos, egresos y el balance financiero de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
- Incluir en el Boletín del SDSS y SENASA, un análisis de los resultados financieros de los sistemas que no se limiten a mostrarlos sino que expliquen las causas y propongan remedios.
- Incrementar el salario mínimo.
- En el Régimen Contributivo: ejecutar resolución del CNSS para definir instrumentos con mejor ren-

tabilidad, diversificar su cartera y reforzar su sostenibilidad.

- Evaluar financiera y actuarialmente el Régimen Contributivo (cuyos ingresos y egresos representan 92% de los ingresos/egresos totales del SFS) para determinar su sostenibilidad financiera a largo plazo.
- Transparentar el gasto del PDSS y otros planes adicionales al PDSS por parte de las ARS, u otros planes como voluntarios, considerando que utilizan la misma plataforma de gestión para sus operaciones.

B. PENSIONES – SEGURO DE VEJEZ, DISCAPACIDAD Y SOBREVIVENCIA (SVDS)

La reforma estipuló que el SDSS crearía tres regímenes de pensiones (SVDS):

1. Contributivo: para el sector formal asalariado (dependientes), empezó en 2003;
2. Subsidiado: para los pobres, no ha comenzado; y
3. Contributivo subsidiado: para los independientes, aún no iniciado.

La reforma cerró el antiguo sistema de reparto, todos los nuevos entrantes deben afiliarse al sistema de capitalización individual (SCI) con Administradoras de Fondos de Pensión (AFP) privadas, aunque existe una AFP Pública.

Los antiguos asegurados fueron divididos por edad, los menores de 45 fueron obligados a mudarse al SCI, los mayores tuvieron la opción de quedarse o mudarse, excepto los beneficiados con las reformas que se realizaron posteriormente a la reforma del 2001, tales como los congresistas que modificar el artículo 1 de la Ley 87-01, en fecha 26 de septiembre de 2005, producen la primera reforma a dicha ley retomando el sistema de reparto para los congresistas (senadores y diputados); una segunda reforma es implementada mediante la Ley No.16-06 del 10 de febrero de 2006, con la que se disponen pensiones de reparto para los ex presidentes y ex vicepresidentes constitucionales y sus viudas; también los docentes públicos, mediante la Ley 451-08 del 15 de octubre de 2008 crean un sistema de pensiones de reparto,

con la que se produce una tercera reforma al sistema de capitalización individual creado por la Ley 87-01. En 2010, el SCI tenía 95,5% del total de cotizantes y el de reparto 4,5%.

El seguro de discapacidad y sobrevivientes se contrata con compañías de seguro por la AFP (basado en tasa de sustitución definida por la ley).

I UNIDAD E INTEGRACION

LOGROS

- La RD es uno de seis países en la región con una Superintendencia de Pensiones (SIPEN).

RETOS

- El sistema es muy segmentado (decimo tercero por su grado de unidad en la región), pues deja fuera a las fuerzas armadas, policías y funcionarios públicos con esquemas propios y condiciones de acceso y prestaciones definidas usualmente mejores a los del sistema general.
- Leyes posteriores retornaron al reparto a congresistas, docentes, y ex presidentes y ex vicepresidentes (con mejores condiciones).
- Se establece un incentivo nefasto para otros grupos.
- Salvo uno, los fondos complementarios continúan operando.
- La SIPEN no tiene poderes de regulación y supervisión sobre los esquemas separados (como en Chile y Costa Rica).

SUGERENCIAS

- Prohibir legalmente a otros grupos el retorno al reparto.
- Hacer un estudio comparativo de las condiciones de adquisición de derechos entre el sistema gene-

ral y los esquemas separados, con vista a una posible unificación y homologación futura de dichas condiciones.

- Evaluar el poder efectivo de la SIPEN en la regulación, fiscalización e imposición de sanciones en todo el sistema de pensiones.

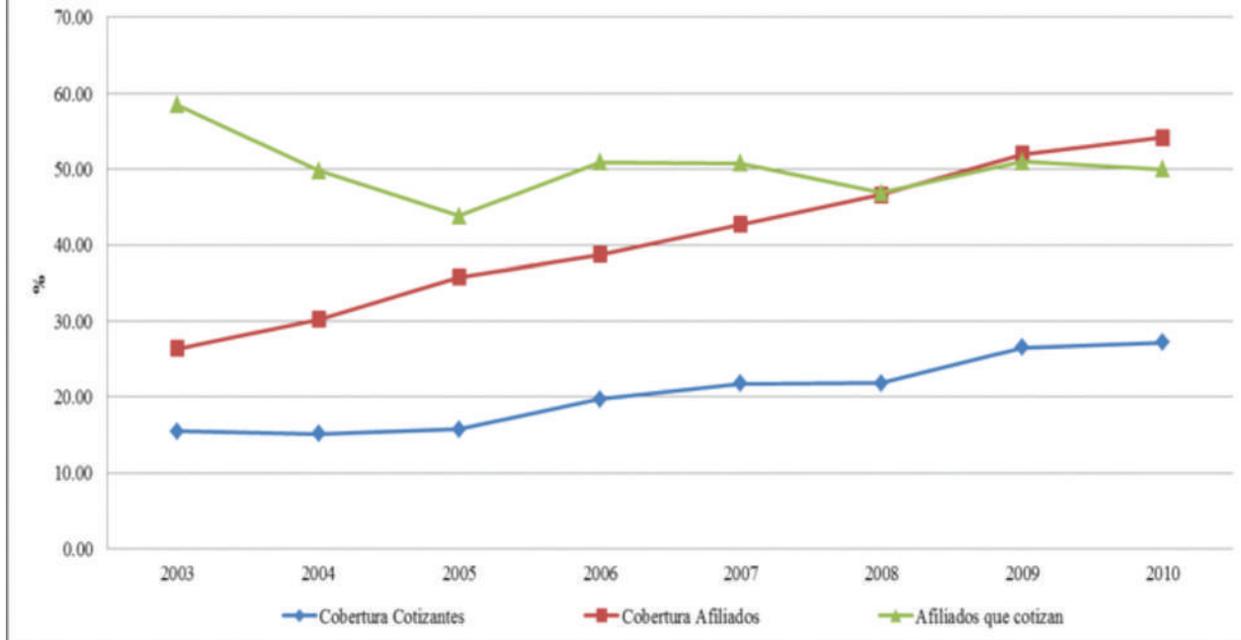
II. COBERTURA DE LA PEA

LOGROS

- Desde la reforma, la cobertura de la PEA por el SCI ha aumentado de 15,4% a 27,2% basado en cotizantes y de 26,4% a 54,2% basado en afiliados. El primer cálculo es más preciso que el segundo.
- Desarrollar Cobertura de la PEA por SVDS, basada en cotizantes y afiliados, 2003-2010 (%)

AÑOS	COBERTURA PEA (%)		COTIZANTES/AFILIADOS (%)
	COTIZANTES	AFILIADOS	
2003	15,4	26,4	58,5
2004	15,1	30,2	49,8
2005	15,7	35,8	43,8
2006	19,7	38,7	50,9
2007	21,7	42,7	50,8
2008	21,8	46,6	46,9
2009	26,5	52,0	51,0
2010	27,2	54,2	50,0

Grafica 3. Cobertura de la PEA por SVDS, basada en cotizantes y afiliados, 2003-2010 (%)



RETOS

- En 2010, la RD se ordenaba en oncenavo lugar de América Latina por la cobertura del sistema de

pensiones, por debajo del promedio regional y tres puestos por debajo que la cobertura de salud.

COBERTURA DE LA PEA POR EL SEGURO SOCIAL DE PENSIONES (SVDS) EN AMÉRICA LATINA, 2009-2010 (%) ¹			
PAÍSES	% PEA	PAÍSES	% PEA
1. Chile	62,7	10. El Salvador	29,2
2. Costa Rica	62,7	11. R. Dominicana	27,8
3. Uruguay	60,9	12. Ecuador	26,2
4. Brasil	48,1	13. Guatemala	21,1
5. Panamá	45,0	14. Nicaragua	19,8
6. Argentina	39,2	15. Honduras	15,8
7. México	35,9	16. Perú	14,0
8. Venezuela	35,3	17. Paraguay	12,7
9. Colombia	31,8	18. Bolivia	12,5
Promedio Regional			33,4

- Alrededor de la mitad de los afiliados no cotiza activamente y el porcentaje cayó de 58% a 50% en 2003-2010.
- A las razones de la baja cobertura, ya explicadas (tamaño del sector informal), se agrega que 85% del total de empresas tiene 15% del total de empleados (muy difíciles de registrar y controlar por su pequeño tamaño).

¹ EXCLUYE ESQUEMAS SEPARADOS

- Casi la mitad de los afiliados se concentra en el DN y las provincias de Santo Domingo y Santiago.
- No se han establecido el Régimen Subsidiado (como en salud) y el Contributivo- Subsidiado, que ampliarían la cobertura a los pobres e independientes.
- Los afiliados que entraron al SCI con edades altas y no cumplirán con las aportaciones mínimas tienen tiempo limitado para, si lo desean, regresar al reparto.
- La Ley establece que las pensiones serán ajustadas al IPC (colocando a RD entre los nueve países que ajustan las pensiones).

SUGERENCIAS

- Implementar los Regímenes Subsidiado primero y Contributivo-Subsidiado después, a fin de extender la baja cobertura.
- Lo anterior debería ser precedido por una encuesta de protección social de tipo “panel” como las que se hacen en Chile, México y otros países para obtener información socio-económica de la población no protegida, así como un estudio de factibilidad financiera-actuarial.
- Perseguir y sancionar efectivamente la evasión y la mora.
- Fomentar la cultura previsional mediante una campaña educativa nacional, talleres, anuncios en los medios de comunicación, e introducción del tema en el currículo escolar, como han hecho Chile, El Salvador y Uruguay

III. SUFICIENCIA Y CALIDAD DE LAS PRESTACIONES

LOGROS

- Como en el sistema antiguo se establece una pensión mínima para los asegurados que cumplen las condiciones para el retiro; si el fondo en la CCI es insuficiente, el Estado financia la diferencia.
- El Estado también debe financiar un Bono de Reconocimiento igual al valor de las cotizaciones pagadas al sistema antiguo por los asegurados que se pasaron al SCI, el bono se ajusta al IPC y ha de ganar 2% de interés anual (estas condiciones legales son las más generosas entre los SCI, salvo Chile y Colombia).

RETOS

- La edad de retiro de 60 años para ambos sexos coloca a RD en mitad de la región con las edades inferiores; México y Perú exigen 65 para ambos sexos; seis países fijan 60/65, entre ellos Honduras, y dos 62 para el hombre; Guatemala, Nicaragua y Paraguay tienen una edad igual que la RD. La mayoría de esos países tienen una esperanza de vida al retiro mucho menor a la de RD.
- Por el contrario, el período de cotización de 30 años es el mayor en la región después de Uruguay (empatado con Argentina), por lo que se estima que la mayoría de los asegurados sólo calificará para la pensión mínima.
- El aporte de 7,9% del salario imponible que se deposita en la CCI es el más bajo entre los SCI y se proyecta una tasa promedio de reemplazo no mayor al 35%, a los 60 años, con 30 años de cotización; una elevada proporción de asegurados no alcanzará la pensión mínima.
- Hasta fines de 2010 el SCI sólo había otorgado 3,207 pensiones por discapacidad y sobrevivientes; por la juventud de los afiliados (80% tiene 20-49 años) y los 30 años de cotización pasarán varios años hasta que se concedan las de vejez y no se puede comparar su monto promedio con las del sistema de reparto.
- La pensión mínima se garantiza sólo en vejez y en el retiro programado, no en la renta vitalicia.
- No se ha computado/acreditado el Bono de Re-

conocimiento (la Estrategia Nacional de Desarrollo contempla su aplicación gradual a partir del 2012).

- No se ha establecido la pensión asistencial (Régimen Subsidiado) colocando a la RD entre los nueve países en la región que no la otorgan (Bolivia, Guatemala y Honduras la conceden).
- No se ha dictado el reglamento para el ajuste de las pensiones al IPC, ni ajustado estas en los últimos 10 años (SIPEN ha sometido al CNSS una propuesta para esto).

SUGERENCIAS

- Aumentar la edad de retiro a 62 años para ambos sexos, de manera gradual en un lapso de 10 años, y reducir el período de cotización de 30 a 25 años.
- Establecer la pensión subsidiada para las personas de 62 años (igual que la recomendada para la contributiva) o discapacitadas, en estado de pobreza (con prueba de ingreso).
- Establecer el Régimen Contributivo-Subsidiado con 62 años de edad (3 menos que en la ley, igual a la contributiva) y 25 años de cotización.
- Computar el Bono de Reconocimiento y acreditarlos a las CCI.
- Hacer proyecciones sobre las tasas de reemplazo a largo plazo en el SCI y estimar que porcentaje de los asegurados ganará el derecho a la pensión mínima.
- Promulgar el reglamento de ajuste de pensiones y ajustar estas al IPC.

IV. SOLIDARIDAD SOCIAL

Un seguro social de pensiones integrado y universal tiene mayor solidaridad porque otorga sus servicios a asegurados contributivos y no contributivos pobres o de bajo ingreso. En la región predomina la segmentación que genera desigualdades contrarias a la solidaridad social.

LOGROS

- El Estado infunde elementos de solidaridad al sistema, como la garantía de pensión mínima.
- El Fondo de Solidaridad Social financiado con 0,4% de los salarios imponibles y capitalizado (acumulado en 2010=0,2% del PIB) se destinará a financiar la garantía de la pensión mínima.

RETOS

- Subsisten esquemas separados con condiciones de acceso y prestaciones superiores a las del sistema general.
- Más del 72% de la población no tiene seguro de pensiones, incluyendo la mayoría de los pobres; no se ha establecido el Régimen Subsidiado que fortalecería la solidaridad social.
- La RD se ordena en los 5-6 lugares inferiores en la región en su cobertura rural, y de la población de menor ingreso y educación.
- Entre la población mayor de 60 años en 2009, el quintil de menor ingreso estaba cubierto en sólo 3% versus un promedio nacional de 27%.

SUGERENCIAS

- Hacer un estudio comparativo de las condiciones de adquisición de derechos entre el sistema general y los esquemas separados, con vista a una posible unificación y homologación futura de dichas condiciones.
- Establecer el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo-Subsidiado que mejorarían substancialmente la solidaridad social, la cobertura de los pobres y la rural.

V. EQUIDAD DE GÉNERO

En la mayoría de la región, la mujer tiene una cobertura de seguro social en pensiones de la PEA menor o igual a la del hombre; en la población mayor de 65 años la mujer tiene menor cobertura en todos los países.

LOGROS

- El SCI aumentó la cobertura femenina de 39% a 43% de los cotizantes totales en 2003-2010 (la RD se colocaba entre ocho países con una cobertura femenina de la mujer en la PEA mayor a la masculina).

RETOS

- En la cobertura de población anciana, la de población femenina es inferior a la masculina.
- El período de 30 años de cotización será más difícil de cumplir para las mujeres por sus salidas de la fuerza de trabajo para criar a sus hijos; menos mujeres que hombres ganarán el derecho a la pensión mínima.
- El SCI acentúa las inequidades de género porque utiliza tablas de mortalidad diferenciadas por sexo y debido a la mayor esperanza de vida de la mujer resultan en pensiones muy inferiores a las de los hombres.

SUGERENCIAS

- El establecimiento del Régimen Subsidiado y Contributivo-Subsidiado favorecería a las mujeres que son más afectadas por la pobreza y tienen una participación mayor en el trabajo independiente.
- La reducción del período de cotización también ayudaría a las mujeres.
- El fondo de la CCI podría ser dividido entre los cónyuges para que, en caso de divorcio, la mujer no quede desamparada.

- Considerar el uso de tablas de mortalidad unisexo para el cálculo de las pensiones en el SCI.
- Estudiar la viabilidad financiera en RD de reformas recientes (Chile y Uruguay) que conceden a la mujer un bono de maternidad o un año de servicio por cada hijo nacido vivo.

VI. EFICIENCIA ADMINISTRATIVA

Los seguros sociales de pensiones públicos tienen costos menores que los SCI porque estos son fragmentados, no gozan de economías de escala, tienen utilidades y gastos de mercadeo por la competencia.

LOGROS

- El número de AFP disminuyó de 9 a 5 en 2003-2007 y se ha mantenido estático desde entonces.
- Para el tamaño relativamente pequeño del mercado asegurado, la RD tiene un número adecuado de AFP (igual a Chile que tiene un mercado cinco veces mayor, y superior a las dos AFP en Bolivia y El Salvador con mercados similares).
- Hay cinco compañías de seguro comerciales que cubren los riesgos de Discapacidad y Sobrevivencia (DS).
- Las AFP cargan 0,5% del salario para gestión de CCI y comisión anual de 30% de la rentabilidad obtenida sobre la tasa de interés de certificados de inversión en banca privada.

- Las compañías de seguro para cubrir DS cargan un 1% de la cotización.

RETOS

- La concentración del fondo en las dos mayores AFP aumentó de 60% a 64% en 2003-2010; comparado con un promedio de 50% en los nueve SCI en 2010.
- Los traspasos entre AFP se han mantenido alrededor de 0,1% del total de afiliados (0,3% en 2010),

comparado con un promedio de 6,6% en los SCI, colocando a RD en el último puesto.

- Se debe agilizar la aplicación de pensiones por invalidez que son dictaminadas por las Comisiones Médicas Nacional y Regionales.

SUGERENCIAS

- Considerar medidas tomadas en Chile y México que estimulan la competencia: asignar los entran-tes anuales a la AFP que en licitación ofrezca la comisión más baja y que se obliga a establecerla para los afiliados actuales; asignar los trabajadores indecisos a la AFP que cobre la comisión menor.
- Divulgar de manera comparativa, sencilla y asequi-ble a todos los trabajadores, los indicadores clave

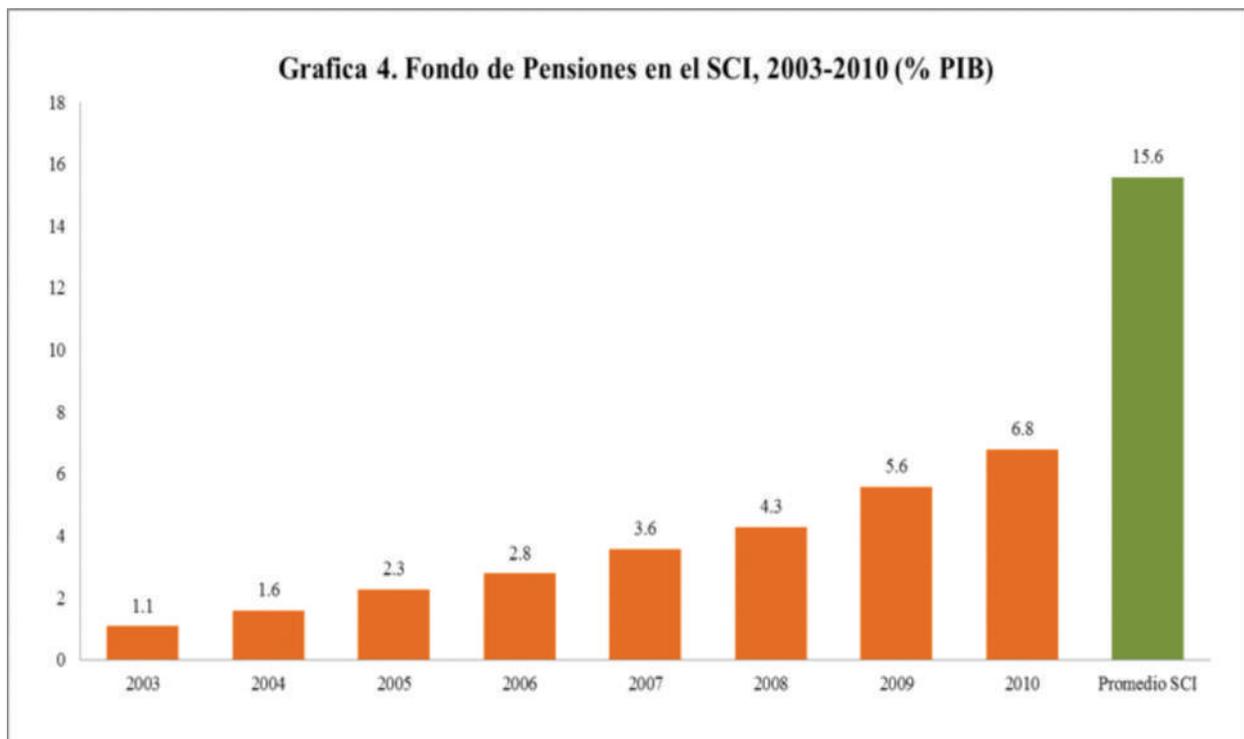
en las cinco AFP, como la comisión y la rentabili-dad real.

- Asegurar que la SIPEN supervisa de manera efecti-va posibles abusos de las AFP y de las compañías de seguro de DS.

VII. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

LOGROS

- El monto del fondo creció ocho veces en 2004-2010 y, respecto al PIB de 1,6% a 6,8%; en 2010 en ambos indicadores se ordenaba último entre los nueve SCI en la región.
- El fondo no fue afectado por la crisis, como en la mayoría de los SCI.

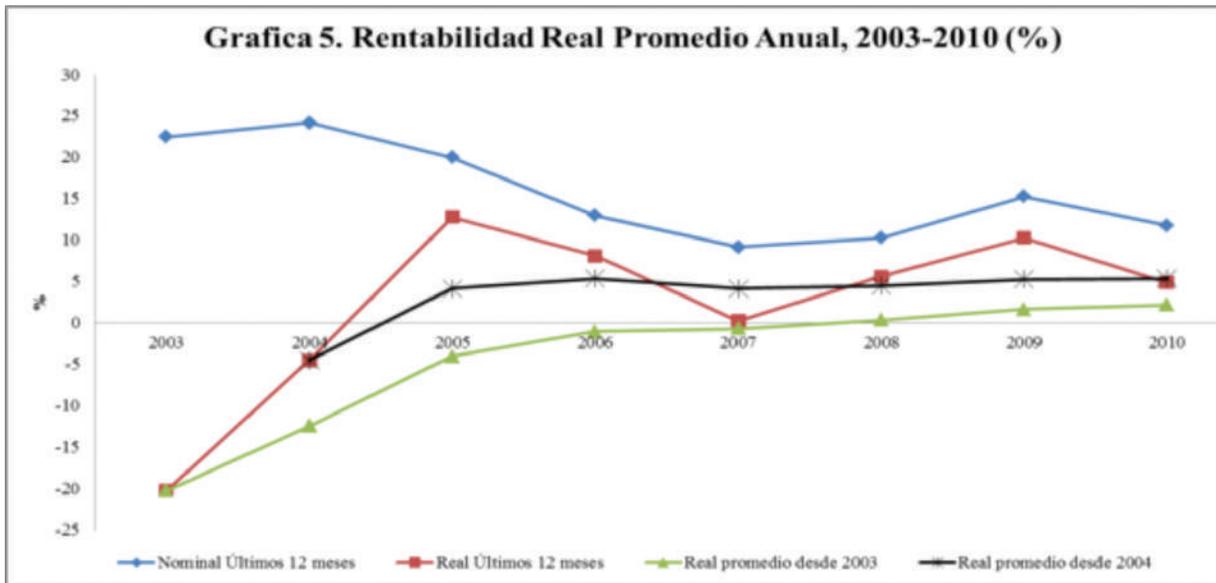


FONDO DE PENSIONES EN EL SCI, 2003-2010		
AÑOS	MONTO	% PIB
2003	6.85	1,1
2004	14.755	1,6
2005	23.032	2,3
2006	33.521	2,8
2007	48.918	3,6
2008	68.372	4,3
2009	94.318	5,6
2010	120.339	6,8

RETOS

- La baja rentabilidad se debe a que la cartera está invertida 49% en depósitos bancarios a corto plazo que pagan muy bajo interés (un declive de 53% en 2008-2009), 46% en deuda pública (que paga tasas superiores a la banca comercial) y sólo 5% en empresas nacionales; por ello la crisis no afectó el monto del fondo.
- No hay una serie del costo fiscal de la transición= déficit operativo + bono reconocimiento + garantía pensión mínima, en valores absolutos y como porcentaje del PIB, lo que impide saber el resultado neto y el efecto de la reforma en el ahorro nacional.
- Se ignora si el Fondo de Solidaridad Social (FSS) será suficiente para financiar la garantía de pensión mínima (dos estudios actuariales han estimado el costo del bono de reconocimiento).
- Sipen publica la rentabilidad anual nominal, sin ajustarla a la inflación; debido a la superinflación en 2003 y 2004 la rentabilidad real fue -20% y -4,5% en esos años.
- Lo anterior afectó negativamente la rentabilidad a largo plazo (que tampoco publica SIPEN): con base a 2003 era 2,2% en 2010 (la menor entre los nueve SCI) y con base a 2004 subía a 5,4% (séptima).

AÑOS	RENTABILIDAD REAL PROMEDIO ANUAL, 2003-2010 (%)				
	ÚLTIMOS 12 MESES			REAL PROMEDIO DESDE:	
	NOMINAL	INFLACIÓN	REAL	2003	2004
2003	22,5	42,7	-20,2	-20,2	
2004	24,2	28,7	-4,5	-12,4	-4,5
2005	20,0	7,4	12,8	-4,0	4,2
2006	13,0	5,0	8,1	-1,0	5,4
2007	9,2	8,9	0,3	-0,7	4,2
2008	10,3	4,5	5,6	0,4	4,5
2009	15,3	5,7	10,3	1,7	5,3
2010	11,8	6,2	4,9	2,2	5,4



SUGERENCIAS

- Diversificar la cartera de inversión del SCI, reduciendo la excesiva dependencia en depósitos bancarios, colocando más en valores nacionales y extranjeros, así como certificados del Banco Central, con los topes y cautelas adecuadas.
- Se invierte 5% en el Banco Nacional de Vivienda (78% en depósitos y 22% en letras hipotecarias y bonos). La inversión directa en vivienda ha sido desastrosa en la región, pero exitosa en bonos hipotecarios con las debidas garantías. Evaluar si el Banco de Vivienda está en condiciones para jugar ese papel.
- SIPEN y la Superintendencia de Valores deberían promover el proceso de diversificación, como hizo Chile con excelentes resultados en rentabilidad.
- Establecer los "multifondos" como en Chile, México y Perú.
- Sipen y la TSS deberían publicar estimados del costo fiscal de transición y evaluar el impacto de la reforma en el ahorro nacional.
- Efectuar una valuación actuarial independiente de todo el sistema de pensiones para determinar su sostenibilidad a largo plazo y hacer las correcciones necesarias, incluyendo el déficit operacional, el valor del Bono de Reconocimiento, y si el FSS será suficiente para financiar la pensión mínima.



EJES TEMÁTICOS
MESAS DE TRABAJO





MESAS DE TRABAJO

8 EJES TEMÁTICOS:

Ocho ejes temáticos fueron discutidos en mesas de trabajo y sus resultados presentados en plenaria. A fin de garantizar una participación democrática y que facilitara el trabajo, los moderadores fueron capacitados para garantizar que las mesas se autogobernaran, encontrando la mejor manera para discutir el eje temático propuesto, y analizando con libertad los subtemas.

Tras presentar el eje temático y los sub-temas propuestos en la mesa, esta incorporó o modificó los sub-temas, estableciendo la prioridad según su criterio. El moderador procedió a explicar los aspectos a considerar en la discusión del eje y los sub-temas, aclarando que el objetivo principal era realizar un diagnóstico situacional, identificar fortalezas y oportunidades de mejora, así como llegar a identificar recomendaciones y sugerencias orientadas a posibilitar el fortalecimiento y desarrollo de dicho eje, para seguir afianzando y consolidando el SDSS de cara a la construcción de una agenda estratégica para el Consejo Nacional de Seguridad Social.

A fin de garantizar que el resultado del trabajo en las mesas quedará adecuadamente registrado, la mesa eligió un relator, quien tuvo la responsabilidad de llevar las anotaciones de las discusiones y conclusiones de la mesa.

Una vez cerrados los debates, el relator presentó a los participantes la síntesis de las discusiones y recomendaciones para fines de su validación y aprobación, las cuales fueron presentadas en plenaria, por un expositor elegido por la misma.

Para garantizar la participación, el moderador facilitó los turnos e intervenciones en base al orden

de solicitud de los integrantes de la mesa. Para el caso específico de las recomendaciones, propuestas o sugerencias de mejora al eje y sub-temas del mismo, en caso de no existir acuerdo, se plasmaron los acuerdos y disensos, los cuales procedieron a seleccionar por mayoría simple en todas las mesas excepto en la Mesa Institucional & Legal, en la cual acordaron otro mecanismo de votación.

Los trabajos se dividieron en dos partes: primero presentando los aspectos del diagnóstico, fortalezas y oportunidades de mejora del eje y sub-temas; segundo presentando las recomendaciones y sugerencias en relación a dicho eje. Este documento recoge las recomendaciones, propuestas y sugerencias. Aunque existen ligeras variaciones en los mecanismos de registro de las expresiones, todas las mesas aplicaron similar metodología.

Como se podrá observar en los resultados de la mayoría de las mesas, se trabajaron propuestas específicas de oportunidades de mejora o debilidades, expresando todos los presentes una expectativa en cuanto a la realización de las mismas, así como a la posibilidad de que se creen mecanismos de seguimiento a los resultados de los trabajos del foro, llegándose a recomendar la realización de un 2do Foro.

Esta memoria busca plasmar de manera precisa los resultados del trabajo realizado durante el 1er Foro de la Seguridad Social: a diez años de la promulgación de la Ley y convertirse en un insumo para la Agenda Estratégica del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

01



O1. MESA SALUD

ASPECTOS GENERALES

La moderación de la mesa estuvo a cargo de la Dra. Juana González, Gerente de Salud y Riesgos Laborales del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), siendo seleccionada la Dra. Sandra Boden, del IDSS. Como relatora.

La mesa acordó que los temas se tratarían en el orden de la propuesta inicial. Aquellos que se relacionan con uno anteriormente tratado, fueron discutidos en el orden correspondiente y los resultados de las discusiones adheridos al anteriormente tratado. Una vez iniciada la discusión y en aras del uso eficiente del tiempo, se adicionó el tema 14 a la discusión del tema 1, y al tema 4 sobre Prescripción y dispensación efectivas se adicionaron los temas 9, 10 y 12 por estar relacionados entre sí.

Sobre el tema 5 relativo al Establecimiento de una Metodología para la Evaluación, Seguimiento, e Indexación del Plan Básico de Salud, la mesa acordó no tratarlo en vista de la complejidad técnica del mismo, y fue informada que el mismo estaba en etapa final de discusión por parte de la Comisión Permanente de Salud del CNSS.

Se acordó asimismo, anticipando la posibilidad de otros espacios similares con miras a la celebración de los 10 años de la Ley 87-01, que todo tema propuesto, observaciones y recomendaciones fueren registradas, aun cuando no fuese posible discutirlo en el tiempo de la actividad.

PARTICIPANTES

La mesa de salud contó con representación de 33 instituciones y en promedio 59 participantes por día. Entre los participantes se encontraban miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social, Asesor del Poder Ejecutivo, representantes de las instancias del Sistema, de la Autoridad Sanitaria Nacional, Gobierno Central ARS y PSS. Estuvieron representadas organizaciones de la sociedad civil, del sector laboral, del sector empresarial, del sector de profesionales de la salud, CMD, de los técnicos del sector salud, de universidades, entre otros.

TRATAMIENTO DE TEMAS

Se discutieron diez (10), de los diecisiete (17) temas que originalmente contenía la mesa.

DR. ALBERTO FIALLO
EXPOSITOR
MESA SALUD



NO	SUBTEMAS
1	Operación del modelo de atención por niveles: implementación del Primer Nivel de Atención como Puerta de Entrada a los servicios de salud y del Sistema de Referencia en el Régimen Contributivo.
2	Implementación de la Red Pública. Eficiencia de la red pública. Alternativa para garantía de acceso. Competitividad.
3	Migración del Plan de Servicios de Salud al Plan Básico de Salud
4	Prescripción y dispensación efectivas: revisión de los mecanismos establecidos para la prescripción y dispensación de medicamentos en el Régimen Contributivo
5	Establecimiento de una Metodología para la Evaluación, Seguimiento, e Indexación del Plan Básico de Salud
6	Sistema de monitoreo y evaluación de los indicadores de salud en la población afiliada al SDSS.
7	Incorporación de pensionados y jubilados de Leyes anteriores al Seguro Familiar de Salud
8	Congruencia de cobertura en salud para los regímenes de financiamiento, beneficios y per cápita: Régimen Contributivo Vs. Régimen Subsidiado
9	Cobertura y acceso a medicamentos en el Régimen Contributivo. Aprovechamiento de mecanismos locales y regionales para la adquisición de medicamentos e insumos médicos. Acceso a la red de PROMESE-CAL
10	Gratuidad en la cobertura real de medicamentos y procedimientos de uso en el acápito de prevención de enfermedad
11	Acceso a los servicios, cobertura aplicada y gasto de bolsillo
12	Atención integral a personas con VIH/SIDA. Cobertura de Antirretrovirales
13	Segmentación en la estructura del listado de prestaciones del PBS, denegación de prestaciones, gasto de bolsillo.
14	Disponibilidad de centros de primer nivel de atención por parte de las ARS en cumplimiento de la disposición de la Ley 87-01 como PSS independientemente de la posibilidad de demandar la atención al especialista de su preferencia.
15	Responsabilidad del CNSS como garante del desarrollo del Sistema y la aplicación de sus beneficios, en la formación de talentos requeridos para satisfacer las necesidades de la población en el modelo de atención establecido en la Ley 87-01.
16	Análisis de las coberturas, financiamiento y gasto de bolsillo en relación a PBS y planes complementarios
17	Ampliación de cobertura en subsidios por maternidad y lactancia

1.1 OPERACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN POR NIVELES

Implementación del Primer Nivel de Atención como Puerta de Entrada a los servicios de salud y del Sistema de Referencia en el Régimen Contributivo.

El pleno de la mesa concluyó sobre lo imperativo de que se implemente el primer nivel de atención como puerta de entrada, anticipando que el Régimen Contributivo será incosteable si se continúa como hasta ahora.

PROPUESTAS

- Sector Laboral: 1. Priorizar el Seguro Familiar de salud, que constituye el seguro de protección inmediata, y que tanto el CNSS como la SISALRIL se aboquen a buscar una solución. Otro representante del sector sugirió que el Ministerio debe preparar y reclutar el personal con el que va a trabajar y que se apoye la campaña de educación y fomentar la confianza de los afiliados en la atención de estos centros. 2. Que se contemple un programa de educación ciudadana que cuente con un fondo que se corresponda de la cotización de los afiliados, y no solo sujeto al presupuesto limitado del MISPA, sino que la ARS y las instituciones del sistema se involucren en un programa de educación preventiva.
- IDSS: Definir la forma en que dará seguimiento fuera de este foro, entendiendo conveniente la conformación de una comisión del grupo presente que en un plazo mediano permite buscar los mecanismos para reducir los costos, junto con el MISPA, IDSS, CMD, COPARDOM, otros.
- SISALRIL: Abocarse a la revisión y readecuación del marco regulatorio actual a fin de que se provean los mecanismos que faciliten la implementación del primer nivel de atención en el régimen contributivo; el CNSS deberá proveer un marco regulatorio sobre la base de estas revisiones y modificaciones que previamente deberá estar a cargo de la Comisión de Salud del CNSS en donde se integran los diferentes sectores que participan en estas discusiones.
- ADARS: Derogar la resolución que impide que se cumpla con la disposición de la Ley y que el CNSS se aboque emitir una resolución que establezca que hay que cumplir con la disposición de implementar el primer nivel.
- CMD: Que se disponga de un plazo de dos años para una campaña de educación y para que los actores, poniéndose de acuerdo para su implementación a partir de ese Período.
- MISPAS: Que los actores se pongan de acuerdo para resolver el problema y se armonicen sus roles. Que se rescate el liderazgo del MISPAS en el proceso de implementación del primer nivel.
- COPARDOM: 1. Que el CNSS conforme con las autoridades superiores si es momento propicio para iniciar con la APS. 2. Confirmado esto, se determine la cantidad de centros o unidades de atención en función de la población, y los recursos materiales y humanos necesitamos, ver lo que ya tenemos y en qué tiempo podemos instalar los faltantes y preparar el resto del personal. 3. Encargar al MISPAS, responsable de habilitar estos prestadores, que discuta el tiempo en que puede ser instalado y habilitados los centros. 4. Que la SISALRIL, confirmar que las ARS en un tiempo que defina, una vez habilitados los centros, verificar el tiempo en que las deben tenerlos contratados. 5. Con todo ello los involucrados, el CNSS, el MISPA y la SISALRIL, se fije la fecha en que formalmente se puede iniciar la atención en el primer nivel.
- Asesor Poder ejecutivo: Que la información sobre los avances de la implementación del primer nivel de atención del sector público se ponga a disposición para que sea conocida por los actores interesados.

1.2 IMPLEMENTACIÓN DE LA RED PÚBLICA

Eficiencia de la red pública. Alternativa para garantía de acceso. Competitividad.

PROPUESTAS

- MISPAS (Carmen Fernandez): Que se dote a los centros de la red del MISPAS de los instrumentos para facturación a las ARS.
- CMD-SODOMEGE (Rodolfo Noboa): Debe hablarse de red única y no de red pública de atención de salud, que el MISPA siga siendo el rector de la salud donde involucre tanto al sector público como privado para que la población en general tenga acceso a los servicios sin ningún tiempo de restricción y que los regímenes contributivo y subsidiado sean los responsables ante las diferentes ARS.
- CNSS-Profesionales y Técnicos de la Salud (Lic. Alcántara): Instalar pequeños centros de primer nivel en los sectores marginados sean competitivos con instituciones privadas, que cuenten con personal capacitado y calificado, que se le exija la acreditación a todo el personal, no solo a los médicos
- SISALRIL (Yesenia Díaz): Que los centros del MISPAS que cuenten con los requisitos legales y los recursos humanos para la contratación, se acerquen a las ARS, hagan una solicitud y formalicen los contratos para que sean dotados de los mecanismos para la facturación y los beneficios económicos en los servicios que se les ofertan a los afiliados.
- COPARDOM (Placido Mercedes): 1. Que el CNSS conforme con las autoridades superiores revise la pertinencia en la implementación de la red pública. 2. Confirmado esto, se determine la cantidad de centros o unidades de atención en función de la población, y los recursos materiales y humanos necesitamos, ver lo que ya tenemos y en qué tiempo podemos instalar los faltantes y preparar el resto del personal. 3. Encargar al MISPAS, responsable de habilitar estos prestadores, que discuta el tiempo en que puede ser instalado y habilitados los centros. 4. Que la SISALRIL, confirmar que las ARS en un tiempo que defina, una vez habilitados los centros, verificar el tiempo en que las deben tenerlos contratados. 5. Con todo ello los involucrados, el CNSS, el MISPAS y la SISALRIL, se fije la fecha en que formalmente se puede iniciar la atención en el primer nivel.
- MISPAS-Hospital Darío Contreras (Aguiles Rodriguez): Que el MISPAS convoque a las ARS para que firmen contratos de servicios porque a la fecha existe resistencia de parte de las ARS.
- CMD-CNSS (Dra. Altagracia Libe): Que se cumpla la ley en lo relativo al Art. 164 que manda la readecuación y el equipamiento del IDSS; que se tomen en cuenta el mandato en lo relativo al recurso humano contratado mediante concurso. Solicitar al Estado mayor asignación en los presupuestos para el desarrollo y operaciones de la red pública.
- Personas con discapacidad (Rosalina Núñez): Que se readecuen las instalaciones, los medios y equipos diagnósticos de acuerdo a los criterios de accesibilidad que garantice atención efectiva y oportuna a las personas con discapacidad. Capacitar al RRHH para que ofrezcan atención con enfoque de derecho y dotar de capacidad resolutive a las unidades para atender los eventos de salud que se puedan presentar
- ADARS (Jose Manuel Vargas): Que las UNAPs sean habilitadas por el MISPAS y que se involucre a la SISALRIL. Una vez habilitadas las UNAPs no tendrían inconvenientes de que estén en la red de proveedores de servicios
- SISALRIL (Pedro Ramirez): Apoyar la conformación de la red única de servicios públicos de salud y la implementación de un sistema de garantía de la calidad de la atención.
- SODOMEFA (Dra. Crisóstomo): Que se incluyan los médicos de familia en el primer nivel de atención

1.3 MIGRACIÓN DEL PDSS AL PBS

PROPUESTAS

- Cmd-CNSS/Dra. Altagracia Libe: Tomando en cuenta que este tema está identificado como un obstáculo para contar con una verdadera seguridad social, y el CNSS lo tiene registrado y está en manos de una comisión con técnicos especialistas, considero que debemos solicitar una respuesta al CNSS.
- Sector Laboral-CNSS/Deisy Sosa: Secunda la propuesta de la Dra. Libe del CMD.
- INSALUD/Giselle Scalón: Que haya más regulación, vigilancia y monitoreo de la aplicación de los planes de parte de las autoridades a las ARS, porque estamos pagando más de lo que antes pagábamos.
- ANDECLIP/Luis Díaz: Más que en el papel que se evalué en la práctica el que se está aplicando y que no se está aplicando. Mayor Vigilancia en la aplicación de los planes.
- Personas con discapacidad/Rosalina Núñez: mayor vigilancia especialmente en la aplicación del Acápite G del PBS.
- MISPAS/Lic. Carmen Fernandez: Que se determine cuál es el que el país necesita para que se seleccione el plan que el país necesita en base a las necesidades.
- SISALRIL/Dr. Pedro Ramirez: Que el CNSS se aboque a regular o emitir una resolución donde se aplique o implemente el PBS. Además en el punto número 3 hay una serie de aspectos que están relacionados con los puntos 8, 10, 11 y 13 según lo planteado en la mesa como parte de la discusión.
- SENASA/Dra. Raysa Portorreal: Que el CNSS y la SISALRIL se sienten y hagan un análisis de costos en base a procedimientos y servicios protocolarizados.
- MISPAS/Lic. Carmen Fernandez: Que una comisión y equipo técnico, (SISALRIL, MISPAS, CNSS) para que

se revise a profundidad el plan de salud y que el país se pueda dar el plan que necesite.

1.4 PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN EFECTIVAS

Revisión de los mecanismos establecidos para la prescripción y dispensación de medicamentos en el Régimen Contributivo. Cobertura y acceso a medicamentos en el Régimen Contributivo. Aprovechamiento de mecanismos locales y regionales para la adquisición de medicamentos e insumos médicos. Acceso a la red de PROMESE-CAL. Atención integral a personas con VIH/SIDA. Cobertura de Antirretrovirales. Gratuidad en la cobertura real de medicamentos y procedimientos de uso en el acápite de prevención de enfermedad

PROPUESTAS

- ARL: Que se establezca una política de medicamentos que permita de forma particular la reducción de los costos y la cobertura con el alcance descrito en el PBS
- INSALLUD: Que se revisen las asignaciones en la focalización de recursos para cobertura de medicamentos, considerando la cobertura de antirretrovirales como una verdadera prioridad
- CNUS: Que la prescripción de medicamentos sean hechas en terminología de genéricos para facilitar la dispensación efectiva. Que se revise la cobertura de RD\$3,000.00 por persona por año a los fines de ampliar esta cobertura. Mejorar el listado de medicamentos.
- MISPAS: Que el MISPAS promueva el uso de medicamentos genéricos
- Fundación AR: Que la Artritis reumatoide sea incluida en el acápite de las enfermedades catastróficas y se cubran los medicamentos para atender esta enfermedad. Que los medicamentos para AR sean genéricos o de marca, en vista de que muchos de estos aun no aparecen en el mercado con dicha denominación.

- Personas viviendo con VIH/SIDA: Considerando los efectos de las enfermedades oportunistas en el costo del plan y la reducción en la productividad que representa, se propone crear patentes de medicamentos de primera línea a los fines de garantizar esta cobertura, y más adelante, de acuerdo a las condiciones, ir incluyendo los de segunda y tercera línea
- SISALRIL: Que sean omitidos del listado de medicamentos las concentraciones y presentaciones
- ARL: Que el CNSS considere establecer una política de medicamentos que entre otros aspectos considere la prescripción de genéricos.
- Otras recomendaciones fueron que en el marco de la prevención secundaria y la reducción de complicaciones que implican mayor costo para el Sistema, sea considerada la gratuidad en la dispensación de medicamentos para la atención de enfermedades como la Hipertensión Arterial, Diabetes, otras. Que se realicen estudios actuariales, previo a ampliar la cobertura de medicamentos. Revisar el monto establecido de RD\$3,000.00 por año por persona, e incrementar la cobertura en relación a la inflación y el incremento de precios de los medicamentos. Que sea considerada la inflación en la cobertura actual de medicamentos del régimen contributivo.

1.5 ESTABLECIMIENTO DE UNA METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, E INDEXACIÓN DEL PLAN BÁSICO DE SALUD

Representantes del CMD y miembros del CNSS indicaron que el tema está en la Comisión Permanente de Salud, por lo que se acordó que no fuese discutido, y se recomendó dar seguimiento a los resultados de los trabajos de la Comisión. El representante de ADARS sin embargo expresó que este tema ha sido puesto en agenda del CNSS y pospuesto en cinco ocasiones, y que es necesario considerar temas como la inflación para la actualización del per cápita. Dijo que la ADARS tiene expectativas de que el tema sea discutido por dicha comisión y presentado al CNSS a los fines de contar con la metodología.

1.6 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE SALUD EN LA POBLACIÓN AFILIADA AL SDSS.

PROPUESTAS

- Que se fortalezca el sistema nacional de vigilancia, y el sistema de la SISALRIL.
- Que se definan indicadores que permitan medir costos en la aplicación de las prestaciones y en la administración
- Que se articulen, armonicen y aclaren roles institucionales en el sistema de vigilancia del SDSS, y con las instancias vinculadas
- Incluir la participación social en el sistema de indicadores que contribuyan al ejercicio de la veeduría social y la rendición de cuentas

1.7 INCORPORACIÓN DE PENSIONADOS Y JUBILADOS DE LEYES ANTERIORES AL SEGURO FAMILIAR DE SALUD

PROPUESTAS

- Que se incluyan los dependientes de los pensionados en la cobertura del plan transitorio
- Que se haga un estudio de factibilidad para que los pensionados del sistema anterior puedan ejercer la libre elección en igualdad de condiciones que los afiliados al régimen contributivo
- Que los pensionados de sistemas anteriores sean incorporados al SFS del régimen contributivo
- Que se cumpla la ley y se defina el mecanismo de financiamiento para la aplicación del Seguro Familiar de Salud en los pensionados del sistema anterior

1.8 CONGRUENCIA DE COBERTURA EN SALUD PARA LOS RÉGIMENES DE FINANCIAMIENTO, BENEFICIOS Y PER CÁPITA: RÉGIMEN CONTRIBUTIVO VS. RÉGIMEN SUBSIDIADO

- Tema no discutido.



02



O2. MESA DE PENSIONES

ASPECTOS GENERALES

La mesa fue moderada por el Lic. Juan Brito, Gerente de Pensiones del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) quien presentó el eje temático y la metodología para el abordaje de los temas. Presentó el listado de subtemas que integra la propuesta para discusión en la mesa e invitó a los asistentes a presentar propuestas de temas para completar dicha agenda, así como a establecer el orden de dicha agenda.

PARTICIPANTES

La mesa de pensiones contó con representación de 17 instituciones y en promedio 30 participantes por día. Entre los participantes se encontraban la Asociación Dominicana de Fondos de Pensión (ADAFP), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, el Instituto Nacional de Bienestar Magisterial, la Superintendencia de pensiones. Asimismo, contó con la participación de instituciones de la sociedad civil como el Centro Montalvo, Coordinadora Barrial, Foro Ciudadano, Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC).

TRATAMIENTO DE TEMAS

Se discutieron todos los subtemas que originalmente contenía la lista, excepto el punto 5) Definición del tratamiento a la Cesantía Laboral. Por solicitud de los participantes se añadieron 4 nuevos subtemas (11 al 14):

LIC. JUAN CARLOS JIMÉNEZ
EXPOSITOR
MESA PENSIONES



No.	Subtemas
1	Inicio de las pensiones solidarias e integración de las pensiones que otorga MISPAS a ancianos y discapacitados al esquema del SDSS
2	La armonización en la operatividad del sistema de reparto con el sistema de capitalización individual.
3	Supervisión del Sistema de Reparto por la SIPEN
4	Normas mínimas para las Cajas y Fondos de Pensiones complementarios
5	Definición del tratamiento a la Cesantía Laboral
6	Análisis del Contrato Póliza de Discapacidad
7	Asistencia a Adultos Mayores
8	Inversión de los fondos de pensiones y su rentabilidad
9	Bono de reconocimiento
10	Afiliados cotizando con salarios inferiores al salario mínimo
11	Impacto de la reducción de aportes en pensiones (producto de leyes de amnistía)
12	Difusión de los beneficios previsionales
13	Seguro de Discapacidad y Supervivencia para los afiliados de reparto
14	Continuidad de los trabajos del Foro

2.1 INICIO DE LAS PENSIONES SOLIDARIAS E INTEGRACIÓN DE LAS PENSIONES QUE OTORGA MISPAS A ANCIANOS Y DISCAPACITADOS AL ESQUEMA DEL SDSS

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Hay una necesidad de que se inicie el otorgamiento de pensiones solidarias, con la condición de que se determinen los estudios de costos y fuentes de ingresos, para determinar el impacto fiscal e inicio gradual y que se consigne en el presupuesto una partida especializada para cubrir este rubro.

1. Realizar estudio para establecer el impacto fiscal de pensiones solidarias.
2. A partir de ahí establecer una prioridad en quienes iniciarían primero.
3. Iniciar incluyendo esa población.
4. Cantidad de recursos que generan las fuentes que establecen la Ley.
5. Iniciar estas pensiones de forma gradual.

2.2 ARMONIZACIÓN EN LA OPERATIVIDAD DEL SISTEMA DE REPARTO CON EL SISTEMA DE CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1. Los fondos complementarios requieren normas mínimas. Se requiere que esta mesa envíe una propuesta al CNSS de las normas mínimas, y que el CNSS se aboque a conocerlas.
2. La armonización de los fondos creados a partir de leyes específicas. Alertar al CNSS para que lo que debe estar operando para INABIMA, se haga también para el IMPRESCONDO. Que SIPEN trabaje este proceso.
3. Se propone realizar un acercamiento vía CNSS o SIPEN a los fondos que operan al margen de la Ley (JCE, SCJ), para que esos planes remitan la información requerida para su registro y que se haga el estudio correspondiente a ver si operan eficientemente y especificar las consecuencias de no hacerlo.

4. Hacer un trabajo con TSS y UNIPAGO para confirmar el estatus de afiliación, para ver si los planes están operando como sustitutos o complementarios. Los congresistas, están excluidos por Ley, entonces se debe de hacer la instrucción de que pertenezcan al sistema y si su institución entienden que pueden ponerlo complementario que lo pongan complementario.
5. El complementario al tener su impacto fiscal, lo recomendable es que sea un complementario basado en capitalización individual.
6. El universo de afiliados del sistema de reparto, ya sea en el anteproyecto o donde corresponda, se indique que permanezca cerrado. Analizar los afiliados a ese sistema que son jóvenes, ya que esas personas no deberían estar ahí.
7. En cuanto a la labor de SIPEN sobre la supervisión, que el CNSS debe resolver para que la SIPEN pueda regular y supervisar el sistema de reparto.

CONSENSO

La propuesta de que el CNSS y SIPEN tengan un acercamiento con las cajas y fondos de pensiones que están al margen de la Ley (JCE; SCJ).

DISCENSO

Inabima solicita que el acercamiento se haga de manera conjunta entre los fondos como metodología, lo cual no fue aprobado por la mesa.

2.3 SUPERVISION DEL SISTEMA DE REPARTO POR LA SIPEN

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

Que el CNSS ratifique mediante resolución la facultad de la SIPEN de supervisar todo el sistema de reparto.

2.4 NORMAS MINIMAS PARA LAS CAJAS Y FONDOS DE PENSIONES COMPLEMENTARIOS

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

Solicitar al CNSS se aboque a conocer y aprobar las normas mínimas para las cajas y fondos de pensiones complementarios conforme lo establece la Ley 87-01. De esta manera la SIPEN podrá realizar la correspondiente supervisión y fiscalización.

2.5 DEFINICION DEL TRATAMIENTO DE LA CESANTÍA LABORAL

Sipen propuso saltar el tema ya que no es un tema de pensiones. Se estableció que dicho tema estaba siendo trabajado en otra mesa. Se aprobó por consenso esta moción.

2.6 ANÁLISIS DEL CONTRATO PÓLIZA DE DISCAPACIDAD

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

Esperar los resultados actuariales que está realizando la SIPEN a fin de determinar la viabilidad financiera de la inclusión de los cambios introducidos en la propuesta de contrato. Este informe será presentado al CNSS.

2.7 ASISTENCIA A ADULTOS MAYORES

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

Debido a que la no disposición de los registros de aportaciones de afiliados al sistema de reparto está impidiendo que los adultos mayores reciban las correspondientes pensiones, se solicita que el Estado complemente el tiempo que le falta a estos adultos mayores a fines de que puedan recibir su pensión.

Tomar en cuenta el aumento que contempla la Ley 379, de las pensiones, a aquellas personas que se reincorporan al mercado laboral y que luego salen de él. Establecer un procedimiento que permita a aquellas personas pensionadas por el sistema de reparto, que se reincorporen en el mercado laboral y que están afiliados a una AFP, que no le devuelvan los recursos, sino que se le transfieran a hacienda a los fines de que le sirvan para el recalcu de su nueva pensión.

2.8 INVERSIONES DE LOS FONDOS DE PENSIONES Y SU RENTABILIDAD

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

Que se de un proceso de diversificación de las in-

versiones en sectores y portafolio que aseguren la mejor rentabilidad.

2.9 BONO DE RECONOCIMIENTO

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

Que el Bono de Reconocimiento se compute en la cuenta de capitalización individual.

2.10 AFILIADOS COTIZANDO CON SALARIOS INFERIORES AL SALARIO MÍNIMO

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

El CNSS y la TSS deben retomar el tema de personas cotizando con salarios inferiores al salario mínimo, ya que estos se verán perjudicados al momento de percibir su pensión. (Aplicación del Artículo 12).

2.11 IMPACTO DE LA REDUCCIÓN DE APORTES EN PENSIONES (PRODUCTO DE LEYES DE AMNISTÍA)

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

Se solicita al CNSS que se dirija al Congreso a los fines de no dar más amnistías debido al impacto que tiene esto en el pago de prestaciones.

2.12 DIFUSIÓN DE LOS BENEFICIOS PREVISIONALES

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1. Dar charlas a trabajadores en sus aéreas de trabajo.
2. Llevar a cabo un plan amplio de difusión del Sistema Dominicano de Seguridad Social y asignar recursos para llevar a cabo este plan.
3. Se le otorguen a la DIDA los recursos necesarios para que la información llegue.
4. Disponer recursos para el desarrollo de campaña de información.
5. Solicitar que la AFP lleve a cabo a un programa de difusión de la información previsional.
6. Especializar unos fondos del sistema para que la DIDA desarrolle campañas de difusión.
7. Llevar a cabo alianzas estratégicas con el Ministerio de Administración Pública, las universidades, el Ministerio de Trabajo, entre otros, con miras a

difundir los derechos y deberes de los afiliados al sistema dominicano de seguridad social.

8. El MAP para difundir los beneficios del sistema previsional. Que se hagan alianzas con las universidades, con el Ministerio de trabajo, que las AFP den charlas a los afiliados especialmente tengan mayor afiliación.
9. Llevar a cabo una campaña educativa formal para incluir las 40 horas de servicio social de los estudiantes del cuarto año de bachillerato para que se realicen actividades de difusión del sistema previsional.
10. Incluir en las universidades un modulo con la temática de capacitación en el área de seguridad social, lo cual se puede lograr con un acuerdo con el Ministerio de educación superior.
11. Recursos de afiliados fallecidos que desconocen y no reclaman deben de ir a sus beneficiarios: de manera obligatoria, cruzar semestralmente la nomina de todos los afiliados con el padrón de la JCE para ver todos los fallecidos.
12. Realizar cruce de la base de datos de afiliados con el padrón de la JCE, de manera trimestral para identificar los fallecidos y esa información pasará la a las AFP y la DIDA para contactar a los sobrevivientes beneficiarios de la pensión de sobrevivencia y realizar la devolución de los fondos.
13. Desarrollar una campaña de difusión permanente sobre los derechos de seguridad social

2.13 SEGURO DE DISCAPACIDAD Y SOBREVIVENCIA PARA LOS AFILIADOS DE REPARTO

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1. Sipen como entidad supervisora del sistema de pensiones elabore la normativa para el otorgamiento de los beneficios de discapacidad y sobrevivencia de los afiliados al sistema de reparto.
2. Socializar el proyecto del IDSS con la gerencia del Auto seguro y se sugiere que se contrate una póliza de seguro para el sistema de reparto.

2.14 CONTINUIDAD DE LOS TRABAJOS DEL FORO

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

- Que se continúen los trabajos y se realice un segundo foro.



03



03. MESA DE RIESGOS LABORALES

ASPECTOS GENERALES

La mesa fue moderada por el Lic. Eduard del Villar, Encargado de Planificación de la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA). Se eligió como relatora de la mesa a la Lic. Yomarys Campusano, representante de la ARLSS. Se estableció la mayoría simple para aprobar las propuestas y las demás serían registradas como disensos. La mesa decidió que los participantes abordaran el tema de manera abierta y que la relatora recogiera las notas acorde con la matriz y que una vez agotados todos los turnos, se sometiera a votación. De entrada esta metodología presentó inconvenientes para la relatora, por lo que se propuso que los participantes recogieran por escrito sus propuestas.

Al segundo día, la relatora fue reemplazada por la Dra. Eva García, también empleada de la ARLSS. Se sistematizaron las propuestas del día anterior y se sometieron a votación.

PARTICIPANTES

La mesa de riesgos laborales contó con representación de 21 instituciones y en promedio 37 participantes por día. Entre los participantes se encontraban representantes de ARL Salud Segura, las Comisiones Médicas Nacional y Regionales, el Ministerio de Salud Pública, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, el Colegio Dominicano de Ingenieros, Arquitectos y Agrimensores, la Asociación Dominicana de Salud Ocupacional, entre otros.

TRATAMIENTO DE TEMAS

La mesa acordó discutir los temas en el mismo orden que fueron presentados. Se incluyeron los siguientes temas: trabajadores móviles ocasionales y el seguro de riesgos laborales, reestructuración y acuerdo tripartito, y la bioseguridad. Sobre estos últimos se acordó discutirlos al final, si alcanzaba el tiempo.

Se discutieron 5 de los 6 subtemas que originalmente contenía la lista. La mesa sugirió unir los subtemas 3 y 6, y añadió 2 nuevos subtemas.



LIC. IVONNE SOTO
EXPOSITORA
MESA RIESGOS LABORALES

No.	Subtemas
1	Uso de los fondos y gestión de beneficios
2	Estandarización y sistematización de los procesos y registros de Accidentes y Enfermedades Profesionales
3	Políticas educativas en prevención de riesgos laborales
4	Políticas de integración de Responsabilidad Social al SRL
5	Análisis del marco normativo de Seguridad y Salud en el trabajo. Evaluar la reglamentación existente y analizar la brecha faltante.
6	Definición y monitoreo a través de Indicadores de siniestralidad y accidentalidad.
7	Incluir trabajadores móviles ocasionales y el seguro de riesgos laborales , reestructuración y acuerdo tripartito
8	La bioseguridad

3.1 USO DE FONDOS Y GESTIÓN DE BENEFICIOS

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

1. Continuar el desarrollo del sistema de notificación y registro.
2. Sistema tarifario más justo.
3. Realización de estudios actuariales periódicos.
4. Las pensiones de Riesgos Laborales se paguen en función a lo que contempla la ley, sin que esta altere el techo de la cotización.
5. Revisión del reglamento de normas y procedimientos de la Comisión Médicas, para optimizar el tiempo de respuesta.
6. El monto de las pensiones debe de ser ajustado cada 31 de diciembre acorde al IPC.
7. Revisar el Reglamento de Seguro de Riesgos Laborales.
8. Implementar el Artículo 9 Reglamento SRL.
9. Regular el proceso de los pensionados del SRL y su traspaso a la pensión por vejez a los 60 años o en su defecto establecer condiciones vitalicias y sumatorias a las capacidades limitadas por edad y establecer en el caso de las permanentes la devolución del dinero acumulado en las pensiones.
10. Implementar los incentivos o penalidad a la siniestralidad de las empresas.
11. Mejorar la gestión autorización de medicamentos.

12. Fortalecimiento en gestión de la auditoría médica y supervisión.

13. Derogación de la disposición de CNSS sobre el reparto de los fondos excedentes del SRL porque estos se van a necesitar una vez funcione el sistema de reporte de accidente y enfermedad a toda capacidad. Que sean devueltos los fondos las instituciones que ya han recibido los mismos. Que los recursos destinados a los planes de educación quede sin efecto.

3.2 ESTANDARIZACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LOS PROCESOS Y REGISTROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

1. Establecer un sistema único de notificación y registro AT a nivel nacional respondiendo estándares OIT.
2. Establecer sanciones en la notificación tardía.
3. Que la ARL traspase a las ARS las coberturas mediante la cápita equivalente a la proporción establecida por la cobertura de los servicios médicos en accidente laborales (Propuesta no consensuada).
4. Concientización a los empleadores y trabajadores de la importancia de reportar cualquier tipo de accidentes durante la jornada de trabajo.
5. Que se cree una unidad de IEC a favor de los trabajadores, (Línea Abierta).

6. Que las apelaciones ante la SISALRIL, tengan respuesta con un tiempo máximo de un mes.
7. Debemos asegurar el registro oportuno de los accidentes y enfermedades ocupacionales, el cumplimiento en la indemnización del daño y revisión cada dos años del caso para darle seguimiento a la evolución.
8. Realizar investigaciones en los casos de las enfermedades profesionales.
9. Debe realizarse la evaluación médica cada dos años para detectar los casos de enfermedad profesional.
10. Calidad y oportunidad de los servicios.
11. Revisar el procedimiento de evaluación, calificación y certificación de la CMR, el proceso es largo y burocrático.
10. Que por medio de un proceso de conciliación de CNSS se indique la manera de asignar recursos económicos para fortalecer el rol legal de la población del Ministerio de trabajo y que permita crear el Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo.
11. Inclusión de la Prevención de Riesgos Laborales como asignatura dentro del pensum a nivel básico y medio de diferentes carreras, ofertados a nivel técnico y profesional.
12. Armonizar las políticas educativas a través de la DIDA que es el organismo que tiene el sistema para los fines.
13. Que se amplíe el margen de recursos a la DIDA para aplicar su política de formación y defensa de los afiliados.
14. Que las campañas informativas no sean de manera periódica sino permanente.
15. Que el Ministerio de Trabajo sea eficaz en la aplicación al art. 186 de la ley 87-01 para ampliar el margen de prevención.

3.3 POLÍTICAS EDUCATIVAS EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

1. Que la educación en la prevención de Riesgos Laborales debe reclamarse, y como debe reclamarse debe ser una educación continua y permanente y esto producirá un ahorro de dinero.
2. Un plan piloto de información y comunicación a seis meses o un año, políticas educativas en prevención de Riesgos Laborales.
3. Se deberá dar mayor supervisión en materia de seguridad y salud en el trabajo por parte del Ministerio de trabajo estableciendo sanción a los empleadores más allá del incremento del porcentaje de cotización.
4. Premiar a las empresas que tengan el programa de prevención y amonestar a las que no.
5. Que el Ministerio de Trabajo active el CONSSO, para los aspectos del fortalecimiento del marco legal.
6. El Ministerio de Trabajo debe definir a través del CONSSO, las políticas nacionales de Prevención del Riesgos Laborales.
7. Plan Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo.
8. Cumplimiento del Art. 6 del CNSS.
9. En lo relativo a la formación técnica, que la ARLSS forme acuerdo con INFOTEP en educación y prevención de riesgos laborales.
16. Creación de alianza estratégica entre salud, trabajo, ambiente y educación, para el fomento de entorno saludable en las escuelas del sector público y privado.
17. Coordinación interinstitucional entre el Ministerio de Trabajo y la ARLSS.
18. Cumplimiento de convenio 187 de OIT, sobre el marco promocional de la SST, ratificado por el país en febrero 2008.
19. Creación de Proyecto de investigación para sectores de alta siniestralidad.
20. Que el Ministerio de trabajo se avoque a cumplir con una de las funciones establecidas en 522-06, para el tema de investigación, qué en la actualidad no se está realizando.
21. Creación de programas de formación e información en cumplimiento para los trabajadores de 522-06.
22. Elaboración de plan masivo de divulgación del 522-06 y normativas existentes.
23. Creación de los niveles técnicos formados en prevención de Riesgos Laborales.

3.4 POLÍTICA DE INTEGRACIÓN DE RESPONSABILIDAD SOCIAL AL SRL

Este tema no se trató por consenso de la mesa.

3.5 ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. EVALUAR LA REGULACIÓN EXISTENTE Y ANALIZAR LAS BRECHAS FALTANTES

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

1. Lograr un consenso / acuerdo, entre los sectores responsables para lograr que se implementen dichos programas: Sector Empresarial, ARL, Ministerio de Trabajo, Sociedad de Salud Ocupacional, SODOPRELA.
2. Establecer Sanción al Incumplimiento del Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

3.6 DEFINICIÓN Y MONITOREO A TRAVÉS DE INDICADORES DE SINIESTRALIDAD Y ACCIDENTALIDAD

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

1. La implementación de un protocolo Medico-Ocupacional único (de aplicación pública y privadas), que debe ser elaborado por los siguientes actores. SDSO, ARL, SODOPRELA.
2. Activar el CONSSO para establecer las normativas del sector.





04



04. MESA INSTITUCIONAL & LEGAL

ASPECTOS GENERALES

Esta mesa fue moderada por la Lic. Leymi Lora, Encargada del Departamento Legal del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), siendo elegida como relatora la Licda. Angelina Riveiro Disla.

La metodología para la selección de subtemas de la mesa consistió en aprobar por mayoría cada subtema a ser discutido, colocando aquellos subtemas que no contaron con el apoyo de esta mayoría al final de la Agenda.

PARTICIPANTES

La mesa institucional y legal contó con representación de 20 instituciones y en promedio 38 participantes, entre los que se encontraban Miembros del CNSS y de instituciones públicas del SDSS, representantes de la Asociación Nacional de Jóvenes Empresarios (ANJE), el Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS), la Dirección General de Jubilados y Pensionados (DGJP), el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), el Ministerio de Trabajo, la Confederación Autónoma de Sindicatos Cristianos (CASC), la Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD), la Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS), el Colegio de Abogado, la Unión Nacional de Abogados y Afines, entre otros.

TRATAMIENTO DE TEMAS

Finalizado el proceso de votación de cada subtema, quedaron definidos como temas consensuados para discusión los diecinueve (19) siguientes subtemas, de los cuales se trataron diez (10). Los demás temas en agenda no fueron discutidos porque el tiempo no lo permitió. La mesa no acordó reuniones posteriores.

LIC. ANGELINA RIVEIRO
EXPOSITORA MESA
INSTITUCIONAL & LEGAL



No.	Subtema
1	Principio de Gradualidad Vs. Período de Transición/Limitaciones: Reestructuración y Adecuación del IDSS.
2	Rol de las instituciones del Sistema Dominicano de Seguridad Social: Autonomía de las Entidades del SDSS. Conformación del CNSS. Validez de las Resoluciones del CNSS (Voto de Miembros)/ Tripartismo Legalidad Decisiones CNSS. Modificación Ley 87-01: Estructura CONDEI. Interacción Instancias SDSS con Consejos Vinculados Rol del Contralor Artículo 108 Artículo 111 Artículos 174 y 175 Artículo 121 Artículo 135 Artículo 148 Artículo 179 Artículo 16 del Reglamento de Riesgos Laborales
3	Universalidad Vs. Residencia Legal: Trabajadores Móviles u Ocasionales.
4	Definición Afiliación a Regímenes de Financiamiento.
5	Fondo Nacional de Atenciones Médicas (FONAMAT, Art. 119).
6	Destino de los aportes al SDSS distintos a las prestaciones dispuestas por la Ley 87-01.
7	Principio de Obligatoriedad: Obligación médicos y/o PSS de pertenecer al SDSS Vs. Principio de Libre Empresa dispuesto en la Constitución de la República Dominicana.
8	Seguro de Riesgos Laborales: Reestructuración Acuerdo Tripartito.
9	Seguro de Desempleo (Art. 50) Vs. Derecho a Prestaciones Laborales dispuesto en Código de Trabajo.
10	Jerarquía de Normas: Ley 87-01 y su vinculación con otras Leyes y convenios internacionales.
11	Base de Datos del SDSS: Garantía Estatal. Patronato de Recaudo e Informática de Seguridad Social: Definición y Funciones. Traspaso Sistema de Capitalización Individual (CC) a Reparto Vs. Derechos Adquiridos.
12	Sistema Único de Evaluación y Calificación del Grado de Discapacidad.
13	Definición de "Núcleo Familiar" (dependientes directos y adicionales, Arts. 5 y 123).
14	Incorporación de Pensionados y Jubilados de Leyes anteriores al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo.
15	Sostenibilidad Financiera del SDSS.
16	Rentabilidad AFPs: Porcentaje dispuesto en Ley 87-01.
17	Aportes a Fondo de Solidaridad de Afiliados a Reparto.
18	Infracciones y Sanciones a ARS y PSS: Rol Tribunales Ordinarios.
19	Revisión Ley 177-09: Sometimiento a Tribunales Empleadores Omisos y Morosos.

TEMAS DISSENTIDOS

1. Afiliación a SENASA de empleados públicos vs. Principio de Libertad de elección. (Arts. 3 y 31)
2. Monto de Pensiones Leyes 379 y 1896 Vs. Topes de Cotización.

4.1.1. PRINCIPIO DE GRADUALIDAD VS. PERÍODO DE TRANSICIÓN/LIMITACIONES. ARTÍCULO 33 DE LA LEY 87-01

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1. Establecimiento de un período o plazo para afiliarse a toda la población, haciéndolo de manera paulatina y estratégica por sectores y metas definidas.
2. Cumplimiento de las funciones y normas establecidas para que las instituciones que integran el Sistema de Seguridad Social asuman adecuadamente su rol.
3. Asumir el tema de Seguridad Social como un tema de Estado apegado a los principios estatuidos en la Constitución.
4. Modificar la Ley para el plazo de transición de acuerdo a las necesidades y las metas pendientes. (Disenso por mayoría, se comentó que las propuestas anteriores son las que deben tomarse en cuenta, asumiendo que ya el plazo de transición por Ley ha perimido y no se debe restaurar)

4.1.2 ARTÍCULO 33, LITERAL B

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Modificar el p. II del artículo 43 para que el Auto seguro pase a ser administrado por el Ministerio de Hacienda.

4.1.3. ARTÍCULO 164

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Mejorar la gerencia del IDSS.

4.1.2 ARTÍCULO 167

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Solicitud al CNSS y SIPEN para la creación de normativa para el Auto seguro con carácter de transitoriedad.

4.1.3. ARTÍCULO 209

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Fusión de ARS SENASA con Salud Segura

4.1.4. RESOLUCIÓN 165-03 DEL CNSS

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Aprovechamiento de la infraestructura del IDSS al servicio de la red nacional de salud como puerta de entrada.

4.2 MARCO LEGAL Y ROL DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL. ARTÍCULO 3.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Cumplimiento efectivo y eficiente de los roles que tienen que jugar cada una de sus funciones.

4.2.1. AUTONOMÍA DE LAS ENTIDADES DEL SDSS. ARTÍCULO 21/29

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Eliminar el veto (Disenso por mayoría)

4.2.2. CONFORMACIÓN DEL CNSS. ARTÍCULO 32

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Reservar el veto para el sector gobierno (Disenso por mayoría)

4.2.3. VALIDEZ DE LAS RESOLUCIONES DEL CNSS / TRIPARTISMO. ARTÍCULO 80

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Regular el uso del veto (Disenso representantes Sector Laboral y otros)

4.2.4. LEGALIDAD DECISIONES CNSS. ARTÍCULO 85

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Reservar las participaciones de los suplentes en las sesiones del CNSS cuando los titulares no asistan y poner en funcionamiento el Comité Ejecutivo

(Disenso representantes sector laboral/Propuesta Abogada Independiente).

4.2.5 MODIFICACIÓN LEY 87-O1: ESTRUCTURA CONDEI. ARTÍCULOS 47-49

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Integración representante de un joven en el CNSS modificando la Ley (Disenso Absoluto/Propuesta Rep. Juventud).

4.2.6. INTERACCIÓN INSTANCIAS SDSS CON CONSEJOS VINCULADOS. ARTÍCULO 99

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Establecer personería jurídica para persecución, autonomía administrativa y financiera de la Tesorería de la Seguridad Social, modificando en la Ley (Disenso absoluto/Propuesta Consultor Jurídico TSS)

4.2.7 ROL DEL CONTRALOR. ARTÍCULOS 164/165

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Modificación de la Ley para crear una Contraloría sustituyendo la figura del contralor (Disenso por mayoría).

4.2.8 ARTÍCULO 108

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Establecer autonomía administrativa y financiera a la DIDA (Disenso absoluto/Propuesta DIDA)

4.2.9 ARTÍCULO 111

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Permitir el acceso a información de datos personales de los afiliados que permita mejor fiscalización (Disenso absoluto/Rep. Juventud)

4.2.10 ARTÍCULOS 174-175

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Modificación de la normativa de selección de los

Miembros del Consejo, eliminando la mención de las entidades empresariales y las centrales sindicales (Disenso absoluto/Propuesta Sector Juventud).

4.2.11 ARTÍCULO 121

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Modificar el Art. 16 Reglamento de Riesgos Laborales para fortalecer el rol del Ministerio de Trabajo (Disenso/Propuesta representante MT).

4.2.12 ARTÍCULO 135

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Reforzar el Departamento de Inspección del Ministerio de Trabajo, incluyéndolo en la revisión de la normativa.

4.2.13 ARTÍCULO 148

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Modificar la Ley para que se elimine del CONDEI la presidencia del CONANI (Disenso/Propuesta Rep. AEISS/IDSS).

4.2.14 ARTÍCULO 179

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Revisión en la Ley del tema de las estancias infantiles, en cuanto a su administración, estructura del CONDEI, funciones y roles de las instituciones.

4.3 UNIVERSALIDAD VS. RESIDENCIA LEGAL: TRABAJADORES MÓVILES U OCASIONALES.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Crear un Mecanismo de Integración a la SS de trabajadores sin residencia legal con contratos de trabajo (Disenso)

4.3.1 DEFINICIÓN AFILIACIÓN. ART. 7

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Conciliar la Ley con el Convenio 19 (Disenso/Propuesta Rep. Sector Laboral)

4.4 REGÍMENES DE FINANCIAMIENTO

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Creación de un régimen especial para los trabajadores móviles u ocasionales (Disenso)

DISENSO

Todos los temas anteriores fueron de disenso por diversos sectores, desde el laboral, representantes IDSS, entre otros.

CONSENSO

1. Elaboración de un estudio general que involucre a los actores para determinar la creación de un régimen especial para trabajadores móviles u ocasionales.
2. Estudio legal, socio-económico, actuarial para determinar la capacidad contributiva de los trabajadores informales para determinar los regímenes correspondientes y cumplimiento cabal del p. III del artículo 7 por parte del CNSS.
3. Modificar la Ley para la creación de un régimen de trabajadores autónomos que asuman sus cotizaciones (Disenso absoluto/Propuesta Consultor Jurídico SISALRIL).

4.5 FONDO NACIONAL DE ATENCIONES MÉDICAS (FONAMAT, ART. 119).

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1. Modificar el artículo 119 de la Ley 87-01 para que el SFS cubra las atenciones de los accidentes de tránsito (Disenso Sector Laboral (José Luís León e Ygnacio Hernández/Propuesta Consultor Jurídico SISALRIL)
2. Modificación de la Ley 87/01 para que las compañías aseguradoras emisoras de las pólizas de seguros de vehículo recauden y reporten a la Tesorería de Seguridad Social y ésta transfiera el pago a las ARS. (Disenso por mayoría)

4.6 DESTINO DE LOS APORTES AL SDSS DISTINTOS A LAS PRESTACIONES DISPUESTAS POR LA LEY 87-01 Y REESTRUCTURACIÓN ACUERDO TRIPARTITO.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Revocación de la decisión del Consejo Nacional de Seguridad Social relativa a este tema (Disenso por mayoría/Propuesta Sector Juventud).

4.7 PRINCIPIO DE OBLIGATORIEDAD

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Obligación de los médicos y/o PSS de pertenecer al SDSS Vs. Principio de Libre Empresa dispuesto en la Constitución de la República Dominicana (Disenso absoluto).

4.7.1 OBLIGACIÓN MÉDICOS Y/O PSS DE PERTENECER AL SDSS VS. PRINCIPIO DE LIBRE EMPRESA DISPUESTO EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DOMINICANA.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Fortalecimiento y mejoramiento del sistema público de salud para fomentar la competencia con los prestadores de servicios de salud privados y crear centros de atención primaria a nivel nacional.

4.8 SEGURO DE RIESGOS LABORALES: REESTRUCTURACIÓN ACUERDO TRIPARTITO

La mesa decidió no discutirlo, pues el tema se encuentra en los Tribunales de la República.

4.9 SEGURO DE DESEMPLEO (ART. 50) VS. DERECHO A PRESTACIONES LABORALES DISPUESTO EN CÓDIGO DE TRABAJO

Se decidió no discutirlo por entender que es un derecho adquirido por los trabajadores y consagrado en el Código de Trabajo y en la Ley 41-08 de Función Pública.

4.10 JERARQUÍA DE LAS NORMAS

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1. Modificar la Ley para que donde se haga mención de las personas discapacitadas se sustituya por "Persona con discapacidad". (Propuesta CONADIS)
2. Estudio de índole legal para analizar la Ley 87-01 con la finalidad de determinar aspectos contradictorios y proponer modificaciones que sean necesarias sobre la base de las contradicciones existentes.





05



05. MESA DE FINANCIAMIENTO

ASPECTOS GENERALES

La mesa fue moderada por la Lic. Belisa Rivas, Encargada de Estadísticas del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), siendo seleccionada como relatora la Lic. Hilda Cruz, representante de SENASA.

Se presentó el eje temático a debatir "Financiamiento del SDSS", con una breve exposición sobre el mismo, la metodología de trabajo que se implementaría, además fue presentada la propuesta de subtemas, la cual previamente había sido presentada a los diferentes sectores que participaron en los pre-foros.

PARTICIPANTES

La mesa estuvo integrada por veintidós (22) personas procedentes de catorce (14) diferentes entidades: Tesorería de la Seguridad Social (TSS), Seguro Nacional de Salud (SENASA), Superintendencia de Pensiones (SIPEN), Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) y sus dependencias ARS Salud Segura y la Administradora de Estancias Infantiles (AEISS) y de otras organizaciones no gubernamentales como : Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD), PM Consultores de Seguros y la Coordinadora de Animación Socio-cultural (CASCO) la cual es una ONG que trabaja con jóvenes en la prevención de enfermedades de transmisión sexual como el virus de VIH-SIDA y un representante de INCAP/OPS/OMS (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá / Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud), el cual estaba apoyando a las Estancias Infantiles.

TRATAMIENTO DE TEMAS

La propuesta de subtemas fue desestimada por los integrantes de la mesa quienes propusieron y aprobaron a unanimidad que el eje temático fuera abordado de forma macro y analizado por seguros y regímenes. Se inició con una exposición del Ing. Henry Sahdalá sobre el desempeño del sistema en lo que respecta al financiamiento.

LIC. BIENVENIDO CUEVAS
EXPOSITOR
MESA FINANCIAMIENTO



5.1 FINANCIAMIENTO

RECOMENDACIONES

1. Se debe reforzar las funciones de la TSS, para aumentar las recaudaciones al sistema.
 2. Fortalecer el rol de la TSS, mediante el establecimiento de personería jurídica, mejorar sus ingresos operativos y una mayor presencia nacional.
 3. Debemos de aumentar y mejorar la eficiencia de la captación de recaudación del sector empresarial, donde cerca del 80% son pequeña empresa, y los salarios son menos de 15 mil pesos.
 4. Con la finalidad de ampliar la base de financiamiento del sistema se debe de aplicar el salario cotizante según el artículo 192 del Código de Trabajo.
 5. Se debe de eliminar los toques de cotización establecido en la Ley 87-01, para conseguir más ingreso (actualmente en INFOTEP no existe tope salarial para su cotización, ni para tributación a la DGII)
 6. Se recomienda mejorar el uso del financiamiento con eficiencia y eficacia según las estrategias contempladas en la misma Ley.
 7. Revisar el contrato con la empresa procesadora de datos UNIPAGO. (Se analizó que esta compañía de carácter privado cobra por los servicios que oferta a través de la administración de la base de datos del SDSS, funciones propias de la TSS, según la Ley 87-01, los cuales pueden ser recibidos por la TSS, para mejorar su capacidad operativa).
- por encima de la tasa de interés de los certificados de depósitos de la banca comercial, según lo establece el artículo 86 de la Ley, para que haya una mayor asignación a la cuenta personal del afiliado por este concepto.
3. Realizar estudios sobre el escenario de las potenciales inversiones de estos fondos, que garanticen mayor rentabilidad en un nivel de riesgo adecuado.
 4. Revisar el tiempo de duración de las pensiones de viudas y huérfanos, es decir revisar el artículo 51 sobre la pensión de sobrevivencia.
 5. Dar seguimiento a las reservas técnicas (cantidad de dinero actual que garanticen cumplir con los compromisos futuros)
 6. Revisar el artículo de Bono de reconocimiento, realizar un estudio para hacerlo efectivo ante de la edad de retiro. (Valorar el impacto fiscal del mismo).
 7. Revisar la Garantía de la Diversificación los fondos, para garantizar el círculo virtuoso, pues no se ha observado el impacto con el modelo actual, según el diseño original de las inversiones de los fondos definido en la Ley.
 8. Que la TSS revise y modifique la forma en que registra los pagos retroactivos que recibe de las compañías de Seguros para pago de cotizaciones de y que sean distribuidas en los meses dejado de pagar durante el tiempo de trámite de la pensión sin que esta operación genere mora, ya que no es culpa del afiliado.

5.2 SEGURO DE VEJEZ, DISCAPACIDAD, Y SOBREVIVENCIA (SVDS)

RECOMENDACIONES

1. Revisar el porcentaje (0.07%) de las cotizaciones al Seguro de Discapacidad y Supervivencia del Régimen Contributivo, asignado como renglón administrativo para financiar las operaciones de la SIPEN, es decir, redistribuir el aporte, para garantizar un mayor financiamiento a esta partida, a fin que la SIPEN juegue con eficacia el rol que le define la Ley.
2. Revisar y disminuir porcentaje máximo de la Comisión Anual Complementario de las AFP, el cual es el 30% del excedente de rentabilidad a las AFP

5.3 SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS)

RECOMENDACIONES

1. Régimen subsidiado: Realizar un estudio actuarial a los fines de evaluar la capacidad de financiamiento de la cápita actual, los subsidios cruzados y la sostenibilidad financiera del futuro inmediato y de largo plazo.
2. Plan Especial Transitorio de Pensionados y Jubilados: Realizar un estudio actuarial a los fines de evaluar la capacidad de financiamiento de la cápita actual, los subsidios cruzados y la sostenibilidad del futuro inmediato.
3. Régimen Contributivo- Subsidiado: visto que tiene

su fuente de financiamiento establecido en el artículo 20 de la Ley, así como su inicio gradual establecido en el artículo 8, recomendamos el inicio del mismo segmentando la población enmarcada dentro de este régimen y dándole prioridad a los más vulnerables.

5.4. EQUILIBRIO FINANCIERO

RECOMENDACIONES

1. Incrementar mediante acciones efectivas de la TSS, las recaudaciones actuales en el SFS, para garantizar a la sostenibilidad financiera del mismo.
2. Eliminar el uso de los fondos de la Cuenta Cuidado a la Salud SFS a otras servicios que tienen definido legalmente su financiamiento, como es el caso del FONAMAT
3. Aplicar las funciones de la SISALRIL definidas en la Ley, en su Rol de regulador en cuanto a la aplicación de las normas mínimas para funcionar una ARS en el sistema. (aplicar el reglamento de funcionamiento de las ARS)
4. Fortalecer a través de un trabajo conjunto de la SISALRIL y MISPAS, para la regulación de las PSS afiliadas al sistema y así evitar los abusos que cometen en contra de los afiliados.
5. Implementar la Red Pública de Salud, tal como lo establece el artículo 167 de la Ley 87-01, como garantía de acceso con equidad y contención de costo en modelo de atención a la salud establecido.
6. Implantación del primer nivel de atención, con un sistema de referencia y contra referencia, que impacte en los indicadores de salud y en la sostenibilidad financiera del Seguro Familiar de Salud.
7. Fortalecer mecanismo de Contención del Costo en la prestación de los servicios que garantiza el SFS del RC.
8. Revisar el catálogo de prestaciones actual, para eliminar las exclusiones y limitaciones que limitan el acceso real a los servicios de salud de los afiliados al SFS del RC.
9. Establecer tarifas únicas de referencias para los prestadores de servicios de salud, por la SISALRIL.
10. Aprobar y establecer el sistema de cálculo y actualización del Plan Básico de Salud, acorde a lo establecido en la Ley 87-01.
11. Reinvertir por lo menos el 50% de estos fondos a

largo plazo con tasa más atractivas, ya sea en los bonos de deuda del Banco Central o en otro tipo de instrumento financiero.

5.5. FONDO NACIONAL PARA ATENCIONES MÉDICAS POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO (FONAMAT)

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda un estudio actuarial que defina realmente el costo de financiamiento de las atenciones médicas relativo a los accidentes de tránsito, no ocurrido en el trayecto de la casa al centro de trabajo y viceversa en horario laborable para el establecer el cápita.
2. Se debe institucionalizar y garantizar la fuente de financiamiento del FONAMAT, de acuerdo como lo establece la Ley 87-01 en el artículo 119.
3. El CNSS debe coordinar con la Superintendencia de seguro y las compañías de seguros los cargos que se efectuarán al seguro obligatorio de vehículo de motor.
4. Garantizar la transferencia de los fondos por las compañías aseguradoras a la TSS, y coordinar con la Superintendencia de Seguros el financiamiento de las atenciones a las personas por accidentes de tránsito, a través de la transferencia de los fondos de póliza de seguros de vehículo para garantizar el derecho a una atención oportuna de salud y otros beneficios a los afiliados al SFS del Régimen contributivo.
5. Definir o precisar a través de un estudio el costo de las atenciones por accidentes de tránsito vs cápita necesario para garantizar estos servicios y beneficios definidos en la norma aprobada.
6. Modificar el artículo 119 de la Ley 87-01 y que los costo de atenciones médicas sean cargados al cuidado de la salud de las personas sin la necesidad de que se pague un cápita adicional, en vista de que las ARS nunca han podido establecer una diferenciación de gastos entre ambas partidas (a excepción de SENASA). Tenemos que institucionalizarlo y garantizar la fuente de financiamiento, según lo que dice la Ley.

5.6. ESTANCIAS INFANTILES

RECOMENDACIONES

1. Se debe de realizar una revisión global de los aspectos de las estancias infantiles, basados en los principios de la Ley, darle una visión de política de Estado con un fuerte impacto en los sectores más excluidos social y económicamente, involucrando en su funcionamiento integral a las instituciones públicas definidas en la Ley (Ministerio de Educación, MISPAS, Ministerio de la Mujer u otras tanto en el marco nacional como internacional)
2. El CNSS debe explorar la búsqueda y utilización de fondos para la mejoría y construcción de estancias infantiles en los lugares de alta concentración de afiliados, cumpliendo con las exigencias establecidas para su habilitación y funcionamiento
3. Mejorar la captación de ingresos, a través del aporte del SFS del RC, para así poder incrementar el costo de cápita a 4 mil pesos, el cual es el costo promedio estimado por niño, ya que si se realiza el incremento con el mismo nivel de recaudo que tiene este programa solo se podrían cubrir unos 3,500 niños y en la actualidad se le brinda el servicio a 4,131; esto acompañado con la implementación de una estrategia que permita abaratar los costos del funcionamiento del Programa de Estancias Infantiles (economía de escala)
4. Se debe enfrentar el cumplimiento de lo establecido en la Ley, en el marco de las instituciones de la SDSS, y no verlo solamente como una problemática del IDSS.





06



O6. MESA DE ESTANCIAS INFANTILES

ASPECTOS GENERALES

La mesa fue moderada por la Lic. Ana Isabel Cepeda, Encargada de Estancias Infantiles del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Se realizó una presentación general del estado de la situación del eje. Se informó sobre la población con derecho a los servicios y sobre el tipo de servicios que se desarrollan en las EI.

Todos los participantes estuvieron de acuerdo con la metodología y con los procedimientos para los debates.

PARTICIPANTES

La mesa de trabajo estuvo conformada por 24 personas delegados de 17 instituciones, organizaciones sociales, prestadoras de servicios y sectores.

TRATAMIENTO DE TEMAS

La mesa cambió el orden de los subtemas propuestos de la siguiente manera: el tema 2 y 4 se unieron para ser tratados en primer lugar, el primer subtema pasó a ser el segundo y a este se le agregaron tres subtemas y el tercero se quedó como tal. Se propusieron tres nuevos subtemas, quedando planteados de la siguiente manera:

No.	Subtema
1	Sostenibilidad financiera /Mejora y actualizar la cápita para el financiamiento de las Estancias Infantiles.
2	Fortalecimiento y expansión del servicio a) Cobertura b) Promoción c) Calidad del servicio
3	Aumento de la cobertura de los servicios tanto en el Régimen Contributivo, y extensión hacia los Regímenes Contributivo subsidiado y Subsidiado
4	Rol institucional que desempeñan las diferentes instancias gubernamentales y la sociedad civil que inciden en las Estancias Infantiles. a) Articulación de las instituciones que trabajan o están vinculadas con las estancias infantiles. b) Instituciones vinculadas, servicios las organizaciones sociales, y gobiernos locales.

5	Revisión de la Ley 87-01
6	Derecho de niños y niñas y articulado a la ley 87-01.

LIC. ANGELA MARÍA LONDOÑO
EXPOSITORA MESA
ESTANCIAS INFANTILES



6.1 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y ACTUALIZACIÓN DE LA CÁPITA DE LAS ESTANCIAS INFANTILES

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

1. Revisión del per cápita a la realidad del costo actual y su indexación de acuerdo al mandato de la ley.
2. Aumentar el financiamiento en un mínimo de un 1%, fundamentado en el análisis realizado IDSS-AEISS. Si se realiza este aumento mediante cambio en el art. 140 de la Ley, se estaría haciendo un recaudo aproximado de 180 millones de pesos mensuales, lo que permitiría ampliar la cobertura (30,000 o 35,000 niños (as)).
3. Realizar un análisis de costo y eficiencia que sustentará este incremento. Nota: Modificación del cápita de acuerdo a lo establecido en la Ley, indexándolo de acuerdo a los cambios del IPC (Índice de peso al consumidor).
4. Que el CNSS haga un análisis de la vinculación con las otras leyes y cuales serían los mecanismos de aportes financieros.
5. Que para la sostenibilidad financiera de Estancias Infantiles se realice una propuesta con diferentes perspectivas que incluya el análisis de escenarios, la parte ética conceptual, una comparación de costos, distinguiendo lo que cuestan los servicios al Sistema de Seguridad Social, lo que cuestan estos servicios en clase media y clase alta, que en este análisis se contemplen como argumento lo que cuestan los servicios en relación al PIB, lo que cuesta en relación al gasto social, que se agregue al análisis lo que mandan otros marcos legales, que se agregue el estudio realizado por el IDSS sobre lo que significa el costo real los servicios de Estancias Infantiles (EI) y que además se agregue el análisis de la comparación de gastos similares en otros países. Sobre las otras fuentes de financiamiento tenemos que limitarnos a los recursos para el Régimen Contributivo, del cual el afiliado paga y espera recibir un servicio.
6. Explorar la responsabilidad social empresarial a fin de gestionar otros fondos en el sector empresarial para EI. El CNSS pudiera evaluar mecanismos que obliguen al sector empresarial a hacer aportes en correspondencia con su capital y sus ganancias.

7. Las ARS tienen un capítulo llamado promoción, fomento y prevención. Se podría lograr a través de la SISARIL para que los recursos de este capítulo sean destinados a Estancias Infantiles (EI) ya que en las estancias se hace promoción de salud, y las ARS gastan estos recursos en publicidad. Los niños (as) de las Estancias Infantiles (EI) no pueblan las salas de emergencia de los hospitales, ni de las prestadoras de salud, por lo que bien podrían hacer uso de parte de estos recursos destinados a la promoción de la salud.

6.2 FORTALECIMIENTO Y EXPANSIÓN DEL SERVICIO DE ESTANCIAS INFANTILES

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1. Que los fondos disponibles en la cuenta de Estancias infantiles sean utilizados para ampliar la cobertura.
2. Que el Consejo Nacional de Seguridad Social resolute para la aprobación del Proyecto 12 para la ampliación y calidad de los servicios.

6.2.2. PROMOCIÓN

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1. Propiciar procesos de formación a las familias sobre la importancia de la atención a primera infancia.
2. Sensibilizar al sector empleador y a la sociedad civil.
3. Promoción, comunicación y educación sobre la ley, para con la población general, los usuarios, los empleadores, sensibilización al afiliado titular de que haga valer el derecho del niño (a) haciendo todo el procedimiento para que pueda tener acceso al servicio, independientemente de si forma parte de su familia directa o es un niño (a) que ha tenido fuera del núcleo familiar. Que se defina quien es el responsable de ejercer la presión en este padre, para que se le obligue a afiliarse al niño (a). Se debe promover el derecho de los niños (as) a recibir el servicio de Estancias Infantiles.
4. Difusión de los servicios con perspectiva de género.

6.2.3. CALIDAD DEL SERVICIO

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1. Que la formación ofertada por diferentes instituciones sea homologada por el CONDEI. Que el CONDEI/AEISS desarrolla acuerdos entre Universidades de formación superior para coordinar pasantía de estudiantes.
2. Formalizar acuerdo con INFOTEP para desarrollar un plan de estudio para la formación del personal de las Estancias Infantiles.

6.3 AUMENTO DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS TANTO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, Y EXTENSIÓN HACIA LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO Y SUBSIDIADO

En el caso del Régimen Contributivo Subsidiado se tomen en cuenta las observaciones del Dr. Mesa- Lago, si conviene que el Régimen desaparezca y que dentro del Régimen Contributivo se desarrolle un capítulo especial para la población contributiva subsidiada, considerando siempre a los más vulnerables.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1. Que los servicios de Estancias Infantiles (EI) se extiendan a los tres regímenes, ampliándose la cobertura del Régimen Contributivo con las propuestas que se realizaron en el tema de cobertura.
2. Que se identifique la población de niños (as) dependientes de la población subsidiada a través del SIUBEN.
3. Que el CNSS establezca los mecanismos y fuentes de financiamientos para los recursos correspondientes a niño (a) de poblaciones no contributivas, igualándose el cápita de estos al de los niños (as) dependientes del Régimen Contributivo.
4. Las Estancias Infantiles deben ser las mismas para los tres Regímenes. No deben separarse los niños (as) ya que estos no saben de diferencias ni de Regímenes. Tiene que llegar a la administración es la separación del financiamiento donde cada sector pague a la administradora por cada niño (a) un cápita igual para todos, donde los servicios sean iguales y solo se diferencia la fuente de financiamiento.

6.4 ROLES INSTITUCIONALES QUE DESEMPEÑAN LAS DIFERENTES INSTANCIAS GUBERNAMENTALES Y LA SOCIEDAD CIVIL QUE INCIDEN EN LAS ESTANCIAS INFANTILES

Las instituciones que son responsables de Estancias Infantiles (EI) deben asumir sus roles.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1. El CNSS debe apoyar al desarrollo de las Estancias Infantiles (EI) atendiendo en su Agenda Estratégica, las propuestas y los comentarios de los debates que se han hecho en la Mesa de trabajo de Estancias Infantiles (EI).
2. El CNSS debe apoyar el inicio al proyecto de Desarrollo y Extensión de cobertura de las Estancias Infantiles (EI) (Proyecto 12). Con este proyecto se construirán, y mejoraran las Estancias Infantiles (EI) necesarias para garantizar incrementar la cobertura de los servicios atendiendo a la gradualidad de la Ley 87-01.
3. El CNSS debe garantizar la protección a la primera infancia, propiciando que los diferentes sectores se comprometan con el aumento del financiamiento a fin de garantizar incrementar la calidad del servicio.
4. El CNSS debe garantizar el fortalecimiento de CONDEI.
5. El CONDEI debe afianzar su rol, posicionándose en el SDSS, cuestionándose que no forme parte del SDSS.
6. La AEISS debe incrementar la calidad del servicio, para lo cual se van a tomar en cuenta muchas de las observaciones que se realizaron en la Mesa de trabajo.
7. Instituciones que están subrogando los servicios de Estancias Infantiles (EI) como CONANI, deben permitir que se desarrollen los procedimientos administrativos y de supervisión igual que a las demás instituciones que subrogan servicios.
8. Se cuestiona el rol de CONANI como prestador de servicios de primera infancia, debido a que su rol debe ser solo ente rector de la protección de los niños (as).

6.5. REVISIÓN DE LA LEY 87-01

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1. La Ley de Seguridad Social debe ser modificada en lo que respecta al Art 140, para que el financiamiento de estancias sea elevado a 1%, que daría la posibilidad de trabajar con un per cápita decente, para poder cubrir a un número considerable de niños (as) y así generar el impacto esperado.
2. Hay que tomar en cuenta la definición de una cápita diferenciada, pues los niños (as) por debajo de los dos años requieren más personal para su atención y los programas de estimulación, por lo que los costos son más elevados hasta los dos años.
3. La Ley 87-01 en su Art. 136 solo ha normado el literal a sobre los fondos del Seguro Nacional de Salud del SDSS, pero se deben normar los literales b, c, d, que se refieren a otras fuentes de financiamientos para Estancias Infantiles. El CNSS debe garantizar que se creen los mecanismos y los procedimientos para que se tenga acceso a esas fuentes de financiamiento.
4. Que la ley contemple algún mecanismo para que al sector empleador a si tiene un capital suscrito y pagado y una cantidad de niños (as) dependientes de la madres obreras, para garantizar Estancias Infantiles (EI) a esos niños (as).
5. Se propone que una comisión asuma revisar la propuesta de AEISS y si la considera apropiada que pase como propuesta al CNSS para el tema de la sostenibilidad financiera de las Estancias Infantiles (EI).
6. Que se considere la propuesta de que el aumento sea de 1%, y que una comisión enriquezca la argumentación de dicha propuesta con todos los aportes.
7. Que se revisen los procedimientos descritos en las Normativas de CONDEI en lo relativo a los requisitos para abrir una Estancia Infantil (EI).
8. Los procedimientos de CONDEI deben estar orientados a aumentar la calidad del servicio de las prestadoras. El CONDEI debe impulsar procesos de mejora de las prestadoras.
9. Mejorar articulación de las instituciones de Estancias Infantiles a fin de mejorar el servicio

6.6. DERECHO DE NIÑOS Y NIÑAS ARTICULADOS A LA LEY 87-01

PROPUESTAS

1. Que el niño (a) no esté en la Estancias Infantiles (EI) de acuerdo al Régimen sino que tengan derecho a la protección a través del SDSS, por medio de los servicios de Estancias Infantiles (EI).
2. Que el CNSS norme como debe supervisarse el proceso de afiliación del niño (a) de manera que se eliminen los errores que pueda cometer el sistema dejando a algunos niños (as) fuera del Sistema.
3. Que se defina a través de qué tipo de mecanismos se garantiza que los empleadores cumplan con los derechos de los niños (as) cuando el empleado paga puntualmente y sin embargo el niño (a) es sacado del sistema por falta de pago del empleador.
4. Que se revise el Art. 140. de la Ley 87-01.

6.7 IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO A LOS SERVICIOS DE ESTANCIAS INFANTILES (EI)

Integrar algunos servicios que ya existen en las comunidades y que pueden llegar a ser parte del servicio de Estancias Infantiles (EI) subrogadas. Hay que garantizar la calidad del servicio de acuerdo a las normas establecidas por el CONDEI y ratificadas por el CNSS. Nuevas modalidades distintas se pueden contemplar, siempre y cuando se respeten las normativas vigentes.

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIÓN

Que se plantee la posibilidad de nuevas modalidades de Estancias Infantiles y se integren a la Ley.



07



07. MESA DE AFILIACIÓN

ASPECTOS GENERALES

La moderación de la mesa estuvo a cargo de la Ing. Alexandra Morillo, Gerente de Planificación y Desarrollo del CNSS, siendo seleccionada como relatora la Lic. Sahadia Cruz de la TSS, la cual fue reemplazada momentáneamente y con la venia de la mesa, por la Lic. Aranalays Ramírez del CNSS.

Dada la cantidad de temas adicionales propuestos, la mesa acordó realizar una votación por escrito para determinar la priorización de los temas, tomando en consideración los planteamientos variados de los presentes, que partían desde un análisis macro hasta temas puntuales de interés de grupos específicos.

Asimismo, se sometió a votación la división de la mesa, dada la gran cantidad de personas participantes, sin embargo esta propuesta no fue acogida, decidiendo continuar el trabajo en una sola mesa bajo el entendido que esto reforzaría el análisis y los resultados de la misma.

PARTICIPANTES

La mesa de afiliación contó con representación de 25 instituciones y en promedio 37 participantes por día, pertenecientes a todos los sectores de la sociedad, lo cual ayudó para que las discusiones fueran ricas en contenido así como en propuestas. Entre las instituciones participantes se contó con ARS Salud Segura, CNTD, SIUBEN, SENASA, Consultass, CODECIS, ANSORDO, FUNOCOJ, ARS ISSPOL, CNUS, FENADI, TSS, SIPEN, ADARS, CONAPE, entre muchas otras instituciones representantes de la sociedad civil.

TRATAMIENTO DE TEMAS

La mesa acordó que los temas se tratarían en el orden de votación, y los que por cuestión de tiempo no pudieran ser tratados, se informen al CNSS para que sean analizados, debido a la importancia que revisten para el desarrollo del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Las propuestas fueron consensuadas por unanimidad excepto en cinco (5) casos en que se aprobaron por mayoría simple, tras someterlas a revisión y a votación.

LIC. MAYRA JIMÉNEZ
EXPOSITORA
MESA AFILIACIÓN



No.	Subtema
1	Propuestas de mecanismos y estrategias para llegar a la universalización
2	Requisito SIUBEN. Armonización de requisitos, estructura y actualización de data en relación al SDSS
3	Análisis del sector informal: Trabajadores independientes (informales) RCS
4	Continuidad de cobertura por cambio de estatus y régimen de financiamiento.
5	Globalizar el NSS con las instituciones educativas para mayores de 18 años
6	Ingreso de adolescentes sin cedula, según lo establecido en el Código de Trabajo
7	Empleados subcontratados
8	Cobertura de los desempleados y personas en estado vulnerable
9	Inclusión de trabajadoras domesticas
10	Afiliación de menores con acta duplicada
11	Inclusión de Trabajadores móviles
12	Afiliación de Discapacitados. Legales e indocumentados. para lograr el 100% de la afiliación RS
13	Pensionados del Seguro Social
14	ARS - Rechazo de personas con edad avanzada. Adultos mayores indocumentados.
15	Afiliación de extranjeros. Residentes no legales
16	Relación de la Evasión y Elusión que impide la universalización: caso trabajadores formales
17	Re afiliación, eliminación del estatus ok sin aporte (UNIPAGO - SIUBEN)
18	Inscripción de ciudadanos con escasos recursos al Régimen Subsidiado
19	Dominicanos en el exterior con familiares en el país
20	Regularización de indocumentados
21	Afiliación de personas que requieren diálisis al Régimen Subsidiado
22	Empleados formales: relación entre Empleador/ Trabajador – RC

6.1 PROPUESTAS DE MECANISMOS Y ESTRATEGIAS PARA LLEGAR A LA UNIVERSALIZACIÓN

6.1.1. AFILIACIÓN DE PROFESIONALES Y TECNICOS CON INGRESOS SUPERIORES AL SALARIO MÍNIMO COTIZABLE

Solicitar al CNSS emita una resolución para insertar a los profesionales y técnicos independientes que ganan ingresos superiores al Salario mínimo cotizante dentro de un sistema de retenciones para que en colaboración con la DGII se apliquen las retenciones de seguridad social pertinentes. Votación a favor (31) / Abstención: 6

6.1.2. REALIZAR LOS ESTUDIOS ACTUARIALES PARA DETERMINAR LOS NIVELES DE APORTES SEGÚN NIVELES DE INGRESO PARA EL RCS

Solicitar al CNSS que haga los estudios actuariales que permitan determinar los niveles de aportes que deben hacer las personas beneficiarias según sus niveles de ingreso para que disponga el inicio del RCS. Votación a favor por voto unánime (38).

6.1.3. INICIO DEL RCS A TRAVÉS DE UN PILOTO TERRITORIAL

Que el inicio del RCS se realice a través de un piloto territorial. Una vez ejecutado el piloto se haga una evaluación que permita la adecuación del Reglamento para garantizar la eficacia del mismo. Votación: A favor por voto Unánime (38).

6.1.4. INICIO DEL RCS A TRAVÉS DE UN PILOTO TERRITORIAL

Atendiendo la necesidad de ampliar la cobertura del RS así como los procesos de categorización de pobreza se propone al CNSS que instruya a:

1. SIUBEN revise y actualice su modelo de categorización de pobreza.

2. Se haga una revisión de la resolución del CNSS que corresponda, en la que se faculte al SENASA el levantamiento de núcleos familiares que son potencialmente afiliables para fines de validación al SIUBEN. Siempre que exista la posibilidad de financiamiento para la afiliación al RS.

Votación: 34 a favor, 1 en contra.

6.1.5. REDUCIR LA SEGMENTACIÓN DEL SDSS

Incluir al SDSS las instituciones gubernamentales que no están cotizando al sistema. Votación: 37 a favor / 1 en contra.

6.1.7. CUMPLIMIENTO LITERALES D) Y E) DEL ART. 167

Exigir al CNSS proceda a implementar el Art.167 literales d y e de la ley 87-01, que establece:

d) Separación de la responsabilidad de regulación, dirección y supervisión de las funciones de administración del riesgo y provisión de los servicios de salud;

e) Implantación de modalidades de asignación de las partidas para el "cuidado de la salud de las personas" de acuerdo a la cobertura real y al logro de metas institucionales definidas en los compromisos de gestión de las unidades de salud.

Votación: A favor por voto Unánime

6.1.8. NORMAS MÍNIMAS PARA DEFINICIÓN DE LA DEPENDENCIA ECONOMICA. ART. 10 PÁRRAFO I DEL REGLAMENTO SOBRE ASPECTOS GENERALES DE AFILIACIÓN AL SFS DEL RC

Que el CNSS cumpla con el Capítulo 3 Art. 10 párrafo I del Reglamento sobre Aspectos Generales de Afiliación del SFS del RC que establece: "Se entiende que existe dependencia económica

cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para subsistir. El CNSS dictará las normas mínimas para establecer los criterios que definen la dependencia económica". Con el propósito de ampliar la cobertura para la inclusión de Dependientes Adicionales y la eliminación de cualquier resolución que le sea contraria. Votación: A favor por voto Unánime.

6.1.9. REGISTRO EN EL SIUBEN DE PERSONAS CON INGRESOS INESTABLES E INFERIORES AL SALARIO MÍNIMO NACIONAL

Toda aquella persona perteneciente a un núcleo familiar previamente evaluada por el SIUBEN y que perciba ingresos inestables e inferiores al Salario Mínimo Nacional que no esté afiliado a una ARS sea incluido al RS aunque previamente hayan sido registrados en una nomina. Votación: 29 a favor / 8 en contra.

6.1.10. CREACIÓN DE UN MÓDULO DE REGISTRO DE NOVEDADES QUE PERMITA CAMBIAR EL ESTATUS DE UNA PERSONA QUE NO ESTÉ COTIZANDO

Solicitar al CNSS instruir a UNIPAGO crear un módulo de novedades que permita al sistema cambiar el estatus de una persona que no esté cotizando y permitir que la misma pase al RS si cumple con la categorización establecida por SIUBEN. Y que el módulo sea extensivo para el sistema de Pensiones. Votación: 37 a favor / 1 desacuerdo.

6.1.11. META DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Solicitar al Estado Dominicano priorizar el gasto social asignando los recursos necesarios para garantizar la aplicación efectiva de la Seguridad Social, y que por tanto se hagan las asignaciones presupuestarias a los fines de que SENASA pueda cumplir con la meta de afiliación para cubrir a

toda la población que califica para el RS hasta el 2012. Votación: A favor por voto Unánime.

6.1.13. SOLICITUD PARA TOMAR ACCIÓN SOBRE TEMAS PROPUESTOS POR LA MESA

Solicitar al CNSS tomar acción sobre los temas planteados en la mesa y que por cuestión de tiempo no pudieron ser presentados con propuestas puntuales, pues son consideradas de gran prioridad por todos los sectores participantes en la mesa. Votación: A favor por voto Unánime.

1. Continuidad de cobertura por cambio de estatus y régimen de financiamiento.
2. Globalizar el NSS con las instituciones educativas para mayores de 18 años.
3. Ingreso de adolescentes sin cedula, según lo establecido en el Código de Trabajo.
4. Empleados subcontratados.
5. Cobertura de los desempleados y personas en estado vulnerable.
6. Inclusión de trabajadoras domesticas.
7. Afiliación de menores con acta duplicada.
8. Inclusión de Trabajadores móviles.
9. Afiliación de Discapacitados. Legales e indocumentados. para lograr el 100% de la afiliación Régimen Subsidiado.
10. Pensionados del Seguro Social.
11. Rechazo de personas con edad avanzada en las ARS. Adultos mayores indocumentados.
12. Afiliación de extranjeros. Residentes no legales.
13. Relación de la Evasión y Elusión que impide la universalización: caso trabajadores formales.
14. Re afiliación, eliminación del estatus ok sin aporte (UNIPAGO - SIUBEN).
15. Inscripción de ciudadanos con escasos recursos al Régimen Subsidiado.
16. Dominicanos en el exterior con familiares en el país.
17. Regularización de indocumentados.
18. Afiliación de personas que requieren diálisis al Régimen Subsidiado.
19. Empleados formales: relación entre Empleador/ Trabajador - Régimen Contributivo.

6.1.14. CONTINUIDAD DEL FORO

Proponer al CNSS dar continuidad al Foro a través de reuniones mensuales de las mesas de trabajo para propiciar un debate más ampliado, que incluya la participación de los diferentes actores sociales a fin de continuar los trabajos hasta Mayo del 2011, fecha en que se cumple el 10mo aniversario de promulgación de la Ley. Votación: A favor por voto Unánime.



08



08. MESA DE INFORMACIÓN Y DERECHOS DE LA POBLACIÓN

ASPECTOS GENERALES

La mesa fue moderada por el Lic. José Miguel Fernández, Encargado de la Oficina de Acceso a la Información (OAI) del CNSS, siendo seleccionada la señora Diana Gatrereaux como relatora.

PARTICIPANTES

El total de participantes el primer día ascendió a 19, en tanto que el segundo, participaron 17 personas, representantes de ARL Salud Segura, ARS de la Policía Nacional, ARS PALIC, ARS Salud Segura, ARS SENASA, ADARS, CASC, CNTD, DIDA, Foro Ciudadano, La Multitud (Provincia Bahoruco), Pastoral de Turismo, Ministerio de Educación, Proconsumidor y Superintendencia de Pensiones.

TRATAMIENTO DE TEMAS

Se aprobó trabajar los once temas presentados, con la observación de que, el tema No.11 (Sostenibilidad y fortalecimiento de la DIDA) sea el No.1 de la agenda, arribando a recomendaciones sin disensos.

NEXCY DE LEÓN
EXPOSITORA
MESA INFORMACIÓN



No.	Subtema
1	Sostenibilidad y fortalecimiento de la DIDA
2	Monitoreo a través de índices de gestión en términos de acceso y calidad de los servicios de salud, pensiones, riesgos laborales, subsidios, estancias infantiles, otros
3	Análisis de la Reglamentación para la entrega de los diferentes beneficios y ajustes.
4	Acceso a la información del Sistema Único de Afiliación e Información: Retos y Oportunidades.
5	Educación en Seguridad Social en la Educación Básica, Media y Técnica
6	Vulnerabilidad del afiliado empleado ante la violación de sus derechos por parte del Empleador
7	Derecho a la Información sobre desempeño de las ARS desde el punto de vista de los afiliados.
8	Principio de la Libre elección
9	Principio de integralidad y gradualidad
10	Empoderamiento de la población
11	Cobertura de medicamentos ambulatorios

8.1 SOSTENIBILIDAD Y FORTALECIMIENTO DE LA DIDA

PROPUESTAS

1. Marco legal limita su capacidad para solucionar reclamaciones de los afiliados.
2. DIDA debe ser un ente acusador junto al afiliado.
3. Tener poder sancionador.
4. En la campañas publicitarias, tomar en cuenta los niveles de educación de la población
5. Educar en materia de prevención.
6. Crear un mecanismo de asistencia a los afiliados para resolver las controversias en 1ra. Instancia.

8.2 MONITOREO ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS

PROPUESTAS

1. Fortalecer la interrelación de la DIDA con las entidades del SDSS.
2. Modificar la Ley, a fin de dotar a la DIDA de capacidad para acceder a las informaciones de las PSS, ARS, y AFP, de manera que no tenga limita-

ciones para medir la accesibilidad y la claridad de los servicios a los afiliados.

8.3 ANÁLISIS REGLAMENTACIÓN ENTREGA BENEFICIOS

PROPUESTAS

1. Sancionar las PSS que cobran depósitos a los afiliados.
2. Modificar la disposición de que, si el empleador no firma el formulario de declaración de accidente laboral al trabajador afectado la ARLSS no le acepta la declaración del mismo.
3. Hacer campañas permanentes de prevención.

8.4 SISTEMA ÚNICO DE AFILIACIÓN E INFORMACIÓN

PROPUESTAS

1. La data del SUIR debe ser actualizada en tiempo real.
2. Los afiliados fallecidos de las AFP no son actualizados en la BDSS.
3. Unificar y consolidar la data del SDSS.

8.5 SEGURIDAD SOCIAL, EDUCACIÓN, NIVELES BÁSICA, MEDIA, TÉCNICA Y SUPERIOR

PROPUESTAS

1. Formación para los jueces.
2. Tribunales laborales conozcan los casos sobre seguridad social.

8.6 LIBRE ELECCIÓN

PROPUESTA

Los afiliados de las ARS de autogestión deben tener derecho a cambiar de ARS.

8.7 VULNERABILIDAD DEL AFILIADO EMPLEADO ANTE LA VIOLACIÓN DE SUS DERECHOS POR PARTE DEL EMPLEADOR

PROPUESTA

Los afiliados de las ARS de autogestión deben tener derecho a cambiar de ARS.

8.8 DERECHO A LA INFORMACIÓN SOBRE DESEMPEÑO DE LAS ARS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS AFILIADOS

PROPUESTA

El afiliado debe tener a la mano información actualizada que le permita ejercer su derecho a la libre elección.

8.9 PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD Y GRADUALIDAD

PROPUESTAS

En vista de que han quedado pendientes aspectos importantes de la Ley, el CNSS debe establecer un cronograma para el cumplimiento de todos estos puntos, por ejemplo:

1. Transformación del IDSS, la creación de la red única de salud, el inicio del sistema subsidiado de pensiones, aplicación del plan básico de salud,

atención primaria, reconocimiento de los padres pendientes en el núcleo familiar directo, entre otros.

2. Evaluar la propuesta de incluir el régimen contributivo subsidiado dentro del Régimen Contributivo.

8.10 EMPODERAMIENTO DE LA POBLACIÓN

PROPUESTA

Se cree una cultura de seguridad social y se difundan los beneficios de la Ley 87-01, habrá un mayor empoderamiento de la población con el Sistema de Seguridad Social.

El CNSS debe garantizar que las instancias que tienen un rol de promoción y educación dentro del sistema, cumplan con su responsabilidad.

8.11 COBERTURA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

PROPUESTA

Se recomienda aumentar el monto de la cobertura ambulatoria, y que las recetas tenga una vigencia de un mes.



PRE-FORO





REUNIONES PRE FORO

La Gerencia General del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), con el objetivo de lograr buenos resultados del Primer Foro de la Seguridad Social, realizó una serie de reuniones preliminares con la finalidad de socializar los temas, contenidos y propuestas con los sectores participantes.

Dichos encuentros estuvieron encabezados por el Lic. Julio Sanz, quien en ese momento fungía como Gerente General interino del CNSS. La participación de los sectores involucrados en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), fue un entusiasta y colaboradora.







PALABRAS DE CLAUSURA
DR. MAX PUIG





DR. MAX PUIG

MINISTRO DE TRABAJO Y PRESIDENTE DEL CNSS

PALABRAS DE CLAUSURA

Permítanme expresar mi agradecimiento por la participación notable en el 1er Foro de la Seguridad Social, a 10 años de su inicio, en términos de número, de alta calidad y representatividad de los diversos sectores que participan en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). En todo sentido una alta representación, pues al mismo tiempo los que participaron lo hicieron con mucha responsabilidad, dedicación y entusiasmo.

Se cumplieron los objetivos del Foro, en el sentido de que se quería generar un espacio de discusión con todos los sectores involucrados en la implementación de la reforma planteada por la Ley 87-07 y evaluar el desempeño del Sistema en estos 10 años que están por cumplirse desde la aprobación de la Ley.

Los objetivos específicos que se plantearon al producirse la convocatoria del Foro se han cumplido. Esta ha sido una actividad trascendente, una actividad significativa desde muchos puntos de vista. Se arrancó con buen pie, gracias a la exposición y evaluación del Dr. Carmelo Mesa-Lago, pudimos disfrutar de sus conocimientos y experiencia, gozamos de su sabiduría, tuvimos y recibimos las reflexiones de un hombre sabio, lo que creó las condiciones para que se produjera una evaluación rica y rigurosa de los diferentes elementos del SDSS.

Estos son los rasgos fundamentales de estos dos días de trabajo. El resultado es un producto de alta calidad, lo cual se plasma en una serie de sugerencias y recomendaciones que siembran las bases para la nueva agenda estratégica del Consejo Nacional de Seguridad Social, que nos ayuda a todos a ver con claridad y profundidad la magnitud de los retos que tenemos por delante.

Hemos analizado el camino recorrido pero adquirimos más conciencia de la magnitud de la tarea. Ese es el aspecto más importante de este Foro; el que podemos asumir esta tarea y que esta se asuma con la fuerza que nos da la reflexión de que hay una capacidad acumulada en todos los actores del Sistema, lo que nos brinda la fortaleza para seguir adelante.

Destaco que se ha expresado una necesidad acerca del aumento de la cobertura a fin de que se cumpla el principio de universalidad del Sistema. Este incremento de la cobertura y este interés se ha manifestado en el sentido de ponerle atención a los sectores

más vulnerables de la población de manera que esta cobertura se traduzca en una reducción de los niveles de pobreza e inequidad que caracterizan a la sociedad dominicana.

Sentí el interés y la conciencia de los grupos, de que hay que garantizar la sostenibilidad financiera. Tenemos que saber cómo lograr y cubrir esas necesidades y esos reclamos.

Las exposiciones revelan que hay un gran nivel de empoderamiento de la población, que es necesario ampliar este empoderamiento a fin de que haya más conciencia en la sociedad y que todos sepan lo que el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), sus derechos y deberes.

Se impone la reducción de la dispersión y la fragmentación del Sistema, destacándose este aspecto en las discusiones en las mesas de trabajo, así como en la presentación del Dr. Mesa-Lago. En cuanto al Contributivo Subsidiado, se concluyó que era necesario reducir los regímenes a dos. Asimismo, la necesidad de que haya más supervisión en pensiones y salud, etc. Todos esos reclamos van en la dirección de reducir la fragmentación del Sistema.

En fin, ha quedado explícita la idea de que hay que fortalecer el sentido de política de Estado en lo que se refiere a Seguridad Social, de manera que se consolide el SDSS más allá de los distintos gobiernos. Lo más importante que se ha hecho en este siglo en la República Dominicana es el Sistema Dominicano de Seguridad Social, pero hay que mejorarlo.

El resultado del Foro muestra su pertinencia. Se han valorado y profundizado en los avances y los inconvenientes. Hemos asumido la realidad. Hemos visto las principales dificultades y hemos podido expresar las diferentes propuestas que se han manifestado para superarse.

Hay que acelerar el paso, lo hecho bien hecho. El Foro marca esta necesidad: no hay tiempo que perder para asumir los retos que tenemos por delante. Muchas veces buscamos dificultades, estas hay que señalarlas. Tenemos capacidad más que suficiente para superar los retos. Hagamos todo a nuestro alcance para construir un sistema fuerte, universal, solidario y sostenible.

Muchas gracias.



PARTICIPANTES EN
LAS MESAS DE TRABAJO



PARTICIPANTES

MESA AFILIACIÓN		
No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
1.	Aida A. Baez	Paraklete Center ONG
2.	Albida Martinez	Fundación PROBIEN
3.	Aurelio Henriquez	Colegio de Periodistas (IPPP)
4.	Bernardo Matias	Seguro Nacional de Salud (SENASA)
5.	Bolivar Fabian	Consultass
6.	Cesar Rodriguez	Fundación Opción Comunitaria y Juvenil Inc (FUNOCOJ)
7.	Denia Nuñez	Consejo Nacional de Personas Envejecientes (CONAPE)
8.	Dr. Abel Rojas Nuñez	ARS FF. AA.
9.	Eddis B. Castillo	Asociación de Pacientes Renales
10.	Eduardo Cruz	Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS)
11.	Eduardo Feliz	Seguro Nacional de Salud (SENASA)
12.	Euclides Valverde	Práctica privada
13.	Fabian Mejia	Federación Nacional de Discapacitados Dominicanos (FENADID)
14.	Francisca Jimenez	Confederación Autónoma de Sindicatos Cristianos (CASC)
15.	Franklin Diaz	Superintendencia de Pensiones (SIPEN)
16.	Gabriel Del Rio	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
17.	Johan Ramirez	Tesorería de la Seguridad Social (TSS)
18.	José A. Mateo	ARS Salud Segura
19.	José F. Aguiló Galarza	Sistema Unico de Beneficiarios (SIUBEN)
20.	Jose Rafael Suriel	ARS ISSPOL
21.	Juana Gonzalez	Asociación Nac. Interpretes de la lengua de señas Rep. Dom (ANILESRED)
22.	Juana Monegro	Coordinadora popular de La Ciénega
23.	Kenia Torres	ARS Salud Segura
24.	Magino Corporan	Fundación PROBIEN
25.	Maribel Batista	Centro de Planificación y Acción Ecuménica (CEPAE)
26.	Matias Bosch	Fundación Bosch
27.	Mayra Jimenez	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
28.	Patria Altagracia Perez	Junta Vecinos Gregorio Luperon

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
29.	Patria de Leon	ARS ISSPOL
30.	Rafael Suriel Portalatin	ARS ISSPOL
31.	Ramón Augusto Tavarez	Seguro Nacional de Salud (SENASA)
32.	Sahadia Cruz	Tesorería de la Seguridad Social (TSS)
33.	Santo Sanchez	Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD)
34.	Santos Liduvina	Servicio Jesuita a Refugiados Migrantes (SJRM)
35.	Taty Uribe	Fundación de los derechos del Consumidor (FUNDECOM)
36.	Tommy Guzman	Asociación Nacional de Sordos de la República Dominicana (ANSORDO)
37.	Vicente Guerrero	Consejo Nacional de Personas Envejecientes (CONAPE)
38.	Victoria Naranjo Brea	Promadre
39.	Wanda Reyes	ARS ISSPOL
40.	Yomaris Peralta	ARS FF. AA.

MESA ESTANCIAS INFANTILES

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
41.	Agustina de Leon	Centro de Planificación y Acción Ecuménica (CEPAE)
42.	Alberto Santana	Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD)
43.	Amarilis Then P.	Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS)
44.	Angel Luis Alvarez	Consejo Nacional de la Niñez (CONANI)
45.	Angela Maria Londoño	Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS)
46.	Aracely Torres Rosario	Centro de Planificación y Acción Ecuménica (CEPAE)
47.	Asnoldo Pimentel Gonzalez	Distrito Escolar 15-02 de Educación
48.	Carmen Lopez	Full Vida
49.	Clara Marcano	Práctica privada
50.	Diego Cesar Garcia P.	Consejo Nacional de la Niñez (CONANI)
51.	Hilda Genaro	Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS)
52.	Hilda Martinez	Politécnico Nuestra Señora del Carmen (PONSCA)
53.	Jose A. Pellerano	Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI)
54.	Julia Rodriguez	Fundación Camino de Bendición
55.	Julio Alberto Espinal	Coordinadora de Animación Sociocultural (CASCO)

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
56.	Lilliam A. Rodriguez	Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS)
57.	Lisette Nuñez	Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI)
58.	Maria De Jesus	Práctica privada
59.	Mercé Serrat	Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS)
60.	Nurys Negron	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
61.	Oretis Maria Sanchez	Pastoral Materno Infantil
62.	Silvia de Rivera	Fundación Camino de Bendición
63.	Victor Hugo Gutierrez	United Nations Children's Fund (UNICEF)

MESA FINANCIAMIENTO

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
64.	Alison Andrés Aquino	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
65.	Andrés Terrero	Superintendencia de Pensiones (SIPEN)
66.	Ángela Martínez	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
67.	Anselmo Aburto	INCAP/OPS/OMS
68.	Benito Abad	Superintendencia de Pensiones (SIPEN)
69.	Bienvenido Cuevas	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
70.	Elías Pacheco	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
71.	Gertrudis Mercedes	Seguro Nacional de Salud (SENASA)
72.	Henry Sahdalá	Tesorería de la Seguridad Social (TSS)
73.	Hilda Cruz	Seguro Nacional de Salud (SENASA)
74.	José Peña Mercedes	PM Consultores de Seguros
75.	Lidia Encarnación	Seguro Nacional de Salud (SENASA)
76.	María Sandoval	Coordinadora de Animación Sociocultural (CASCO)
77.	Mary Reyes	Ministerio de Salud Pública
78.	Nancy Molina	Tesorería de la Seguridad Social (TSS)
79.	Nelson E. Ramírez	ARS Salud Segura
80.	Radhamés Jiménez	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
81.	Ruth Martínez	Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS)
82.	Silvio Ureña M.	Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD)
83.	Sin nombre registrado	Práctica privada
84.	Sin nombre registrado	Tesorería de la Seguridad Social (TSS)

MESA INFORMACIÓN Y DERECHO AL ACCESO BENEFICIOS

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
85.	Arnaldo A. Castillo	La Multitud
86.	Carlos Ramírez	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
87.	Carlos Rodriguez	Seguro Nacional de Salud (SENASA)
88.	Carlos Tomas Fernandez	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
89.	Diana Gratereaux	Superintendencia de Pensiones (SIPEN)
90.	Emmanuel Belliard	Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS)
91.	Esperidón Villa Paredes	Confederación Autónoma de Sindicatos Cristianos (CASC)
92.	Francis Martinez	ARS ISSPOL
93.	Héctor Medrano	Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD)
94.	Henry A. Núñez	Ministerio de Educación
95.	Jaime Herrera	ARS Palic
96.	Jose Monegro	ARL Salud Segura
97.	Jose Valenzuela	Proconsumidor
98.	Juan Carlos Arguelles Siant	ARL Salud Segura
99.	Mariano Pinales	Práctica privada
100.	Mario Ferreira C.	ARS Salud Segura
101.	Miguel Ferreras	Ministerio de Trabajo
102.	Nexys De León	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
103.	Pedro E. Calzado	Diócesis de San Pedro de Macorís

MESA INSTITUCIONAL & LEGAL

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
104.	Agustín Ortiz	Práctica privada
105.	Ana Luisa Gil	Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS)
106.	Andrés Valentin Herrera	Ministerio de Trabajo
107.	Angela Josefina Perez	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
108.	Angelina B. Riveiro Disla	Asociación Nacional de Jóvenes Empresarios (ANJE)
109.	Anneline Escoto	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
110.	Braulio Santos	Organización Dominicana de Ciegos
111.	Carmen Ventura Flores	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
112.	Damarys del C. Díaz S.	ARS Salud Segura

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
113.	Daniel Nuñez	Dirección General de Jubilados y Pensionados (DGJP)
114.	David Turbi Reyes	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
115.	Diana Perez	Dirección General de Jubilados y Pensionados (DGJP)
116.	Dra. Mercedes García	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
117.	Eladio Agramonte	Federación Nacional de Discapacitados Dominicanos (FENADID)
118.	Federico Gomera	Ministerio de Trabajo
119.	Felix Lara Sobet	Unión Nacional de Abogados y Afines
120.	Francisco Aristy	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
121.	Francisco Dominguez Brito	Práctica privada
122.	Gianna D'Oleo	Práctica privada
123.	Jesús Almanzar	Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)
124.	Jonny W. Herrera	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
125.	José Luis León	Confederación Autónoma de Sindicatos Cristianos (CASC)
126.	José Robert Cruz	Práctica privada
127.	Juan Francisco Guerrero P.	Colegio de Abogados
128.	Juan Francisco Vidal	Tesorería de la Seguridad Social (TSS)
129.	Leonel Sosa	Superintendencia de Pensiones (SIPEN)
130.	Lucy Marty Peña	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
131.	Luis Tomás Solano Mora	Coordinadora Barrial (CORIMBA)
132.	Macme Camarena	Práctica privada
133.	Maribel Oleaga	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
134.	Nélsida Marmolejos	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
135.	Paloma Corporán Martínez	Foro ciudadano
136.	Pedro Ml. Rodríguez C.	Ministerio de Trabajo
137.	Porfirio Hernández	Práctica privada
138.	Ramón A. Perez Balbuena	Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD)
139.	Ruben Carbonell	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
140.	Senovia Peña Peña	ARL Salud Segura
141.	Sobeida Ramírez	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
142.	Victor Suero	Práctica privada
143.	Wilson Batista Mesa	Superintendencia de Pensiones (SIPEN)

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
144.	Ygna Brito Simono	Práctica privada
145.	Ygnacio Hernández	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
146.	Yudith Castillo	Consejo Nacional de Empresas Privadas (CONEP)
147.	Zhaira Guadalamar	Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS)

MESA PENSIONES

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
148.	Adalgisa Castillo	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
149.	Adalgisa Pujols	Cámara de Diputados
150.	Ana Isabel Ulloa	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)
151.	Ana Ortiz de Martinez	Seguros Banreservas
152.	Ana Yilda Reyes	Ministerio de Administración Pública
153.	Angel Daniel Severino	La Multitud
154.	Bienvenida Pérez E.	Consejo Nacional de Personas Envejecientes (CONAPE)
155.	Cesarina Brea	Instituto Nacional de Bien Magisterial (INABIMA)
156.	Dahiana Grullon	Banco Central
157.	Domingo Guillermo	Foro ciudadano
158.	Domingo Mejia	Asociación Dominicana de Profesores (ADP)
159.	Eulalia Jiménez	Instituto Tecnológico de Sto. Dgo. (INTEC)/ Programa Intec de Salud y Seguridad Social (PROISS)
160.	Francisca Socias	Dirección General de Desarrollo Fronterizo (DGDF)
161.	Francisco A. Tavarez	La Multitud
162.	Hermilio Gulvan	La Multitud
163.	Ivan Rondon	Práctica privada
164.	Jaime Appleton H.	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
165.	Jaime Aybar	Consejo Nacional de Empresas Privadas (CONEP)
166.	Juan Carlos Jimenez	Superintendencia de Pensiones (SIPEN)
167.	Juan Luis Corporan	Centro Montalvo
168.	Julio Canelo	Asociación Dominicana de Profesores (ADP)
169.	Kirsis Jaquez	Asociación Dominicana de Administradoras de Fondos de Pensión (ADAFP)
170.	Luis Delgado Soto	Ministerio de Hacienda
171.	Margarita Mororita	Práctica privada
172.	Marta Santiago	Instituto Nacional de Bien Magisterial (INABIMA)

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
173.	Martin Francos	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
174.	Miguel A. Pérez C.	Instituto Nacional de Bien Magisterial (INABIMA)
175.	Miguel Villaman	Cámara Dominicana de Aseguradores y Reaseguradores (CADOAR)
176.	Pablo Tolentino	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
177.	Rafael Aristy Flores	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
178.	Rafael Feliz	Asociación Dominicana de Profesores (ADP)
179.	Rafael Santana	Ministerio de Hacienda
180.	Rafael Suazo	Instituto Nacional de Bien Magisterial (INABIMA)
181.	Raul Mota	Coordinadora Barrial (CORIMBA)
182.	Riccio Hermida	Superintendencia de Pensiones (SIPEN)
183.	Roque Cruz	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
184.	Sergido Castillo	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
185.	Victor Méndez	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)
186.	Yolanda Marcelino	Instituto Nacional de Bien Magisterial (INABIMA)

MESA RIESGOS LABORALES

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
187.	Argentina Abreu	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
188.	Arq. José Simo Fuertes	Colegio Dominicano de Ingenieros, Arquitectos y Agrimensores (CODIA) / ISES
189.	Bilerka Burgos	Dirección General de Desarrollo Fronterizo (DGDF)
190.	Bruno Calderon	Comisión Médica Nacional y Regionales (CMNR)
191.	Celeste Beatriz Zorrilla	Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)
192.	Cesar Antonio Soto	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
193.	Cesar Colón	Fundación Nacional de ayuda a personas con discapacidad (FUNDADIS)
194.	Daysi Montero Doleo	Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD)
195.	Domingo Batista	Colegio de Periodistas (IPPP)
196.	Dr. Jose Saviñón G.	Práctica privada
197.	Dr. Rafael Orlando Arias	Ministerio de Salud Pública
198.	Dra. Adalgisa Oliver	Comisión Médica Nacional y Regionales (CMNR)
199.	Dra. Queeny Fondeur	Presidencia de la República
200.	Dulce Soto	Asociación Dominicana de Salud Ocupacional
201.	Elisaben Matos	ARL Salud Segura

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
202.	Eva García de la Cruz	ARL Salud Segura
203.	Fabio Reyes García	Comisión Médica Nacional y Regionales (CMNR)
204.	Florida Rosi	Alianza Solidaria para la lucha contra el VIH SIDA (ASOLSIDA)
205.	Francisco Conaboa	Canal 35 Sport
206.	Freddy Rosario	Confederación Autónoma de Sindicatos Cristianos (CASC)
207.	Georgina Espinal	Instituto Tecnológico de Sto. Dgo. (INTEC) Sociedad Dominicana de Prevencionistas de Riesgos Laborales (SODOPRELA)
208.	Graciela Gil	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
209.	Hector Rodriguez	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
210.	Ivon Soto	ARL Salud Segura
211.	Jacobo Ramos	Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD)
212.	Jeannette Aguilar	Comisión Médica Nacional y Regionales (CMNR)
213.	Jose Cruz Pichardo	Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS)
214.	Jose Rafael Roa Geronimo	La Multitud
215.	Julio Cesar Ramírez	Asociación Nacional de Profesionales y Técnicos de la Educación (AMPROTED)
216.	Liduvina Santos	Servicio Jesuita a Refugiados Migrantes (SJRM)
217.	Marina Torres	MODEMO
218.	Modesta Polanco	Confederación Autónoma de Sindicatos Cristianos (CASC) / FENATRASAL
219.	Nicoletto Luna	Confederación Autónoma Sindical Clasista (CASD)
220.	Omar Ramos	Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
221.	Pedro Rodriguez	Confederación Patronal de la República Dominicana (COPARDOM)
222.	Ramon A. Mosquea	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
223.	Ramon Antonio	Coordinadora Barrial (CORIMBA)
224.	Ramon Martinez	Organización Internacional del Trabajo (OIT)
225.	Ramón Mosqueta	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
226.	Reynaldo Aponte	La Multitud
227.	Victo Feliz	Fundación ESTE
228.	Violeta Luna	Confederación Autónoma de Sindicatos Cristianos (CASC)
229.	Yomaris Campusano	Sociedad Dominicana de Prevencionistas de Riesgos Laborales (SODOPRELA)
230.	Yuberquis Altagracia Genao	ARL Salud Segura
231.	Zacarias Toledo	Confederación Autónoma de Sindicatos Cristianos (CASC) / FENATRASAL

MESA SALUD

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
232.	Agustin Vargas Saillant	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
233.	Alexis Matos	FUNINDEC
234.	Amarilis Herrera	Colegio Médico Dominicano (CMD)
235.	Ana Antonia Beato	Faro de Luz
236.	Andrés Mejía	Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos Laborales (ADARS)
237.	Angiolina Morales	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
238.	Aquiles Rodríguez	Hospital Dario Contreras
239.	Aurelia Rizee	Práctica privada
240.	Carmen Fernandez	Ministerio de Salud Pública
241.	Delci Sosa	Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)
242.	Dr. Alberto Defillo	ARS SEMMA
243.	Dr. Alberto Fiallo	Presidencia de la República
244.	Dr. Carlos Mejía	Colegio Médico Dominicano (CMD)
245.	Dr. Cristian Francisco	Colegio Médico Dominicano (CMD)
246.	Dr. Jorge Chaim	ARS Salud Segura
247.	Dr. Jose Compres	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
248.	Dr. Jose Matos	Colegio Médico Dominicano (CMD)
249.	Dr. Leonardo Brito	ARS Salud Segura
250.	Dr. Leonardo Monsanto	ARS Salud Segura
251.	Dr. Luis Vásquez	ARL Salud Segura
252.	Dr. Miguel Muñoz	Práctica privada
253.	Dr. Nelson Rodríguez	Ministerio de Salud Pública
254.	Dr. Ramon E. Vasquez	Despacho Primera Dama
255.	Dra. Adelaida Oreste	Centro Integral de Salud y Desarrollo (CISADE)
256.	Dra. Altigracia Libe Medina	Colegio Médico Dominicano (CMD)
257.	Dra. Daphne Arbaje	Seguro Nacional de Salud (SENASA)
258.	Dra. Emma Boddem	ARS Salud Segura
259.	Dra. Jeannette A. Alcantara	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)
260.	Dra. Johanna Crisostomo	Asociación de Médicos de Familia (ASOMEFA)
261.	Dra. Mirian Mejía	ARS UASD

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
262.	Dra. Yesenia Diaz	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
263.	Elva Mercedes	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
264.	Fausto Antonio Perez E.	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
265.	Fernando Alvarez	ARS UASD
266.	Giselle Scalon	Instituto Nacional de Salud (INSALUD)
267.	Gustavo Guilamo	ARL Salud Segura
268.	Ilsa Nina	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
269.	Ing.Wilson Ramirez	ARS Constitución
270.	Jaime Caycedo	Práctica privada
271.	Joany Herrera	ARL Salud Segura
272.	Jose B Perez	Sociedad de Médicos Generales y Atención Primaria (SODOMEGES)
273.	Jose Boanerges Perez G.	Sociedad de Médicos Generales y Atención Primaria (SODOMEGES)
274.	Jose Manuel Paulino	ARS Meta Salud
275.	Jose Manuel Vargas	Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos Laborales (ADARS)
276.	Juan Beriguete	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
277.	Juan Ramon Santana	Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS)
278.	Julio Encarnación	JOMUCA
279.	Laura Peña Izquierdo	Asociación Nacional de Jóvenes Empresarios (ANJE)
280.	Licda. Rosalina Nuñez	Asociación de Personas con Discapacidad Físico Motoras (ONG ASODIFIMO)
281.	Lidia Nina	Ministerio de Salud Pública
282.	Lino Delgado	Fundación DON CIEGOS
283.	Luis Camacho	Asociación Nacional de Profesionales y Técnicos de la Educación (AMPROTED)
284.	Luisa C. Jimenez	Fundación TEC
285.	Marianela Guzman	Asociación Dominicana de Fisioterapia (ADOFI)
286.	Mariela Rinoli	ARS Banco Central
287.	Maritza Martinez	Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) Programa Intec de Salud y Seguridad Social (PROISS)
288.	Mary Mateo Encarnación	Alianza Solidaria para la lucha contra el VIH SIDA (ASOLSIDA)
289.	Mayra Irene Ortiz	Hospital Dario Contreras
290.	Natividad Cadet	Hospital Dario Contreras
291.	Osiris Monegro	FEDOCOMIN

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
292.	Pedro Ramirez Slaibe	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
293.	Placido Rosa D.	Confederación Patronal de la República Dominicana (COPARDOM)
294.	Rafael Delgado	Asociación de Ciegos Cibao
295.	Raysa E. Portorreal R.	Seguro Nacional de Salud (SENASA)
296.	Rodolfo F. Noboa A	Colegio Médico Dominicano (CMD)
297.	Rut Diaz	Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD)
298.	Santa Rodriguez	Práctica privada
299.	Syed Jamal Yunas	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
300.	Teresa Martinez	Fundación UN PASO DE FE
301.	Yrenes Alcantara	Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)
302.	Ysabel Matos	Práctica privada
303.	Zoila Belen M	Foro ciudadano

COLABORACION

304.	Xiomara Pimentel	Protocolo
305.	Xiomara Caminero	Recursos Humanos
306.	Aranaldys Ramírez	Desarrollo Organizacional
307.	Ana Patricia Fernández	Presupuesto
308.	Leonarda García	Administración