



**Estudio de caso del Plan de  
Servicios de Salud PDSS de la  
República Dominicana**

Oscar Cañón  
Magdalena Rathe  
Ursula Giedion

**Banco  
Interamericano de  
Desarrollo**

División de Protección  
Social y Salud

**NOTA TÉCNICA  
# IDB-TN-683**

**Septiembre 2014**

# **Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana**

Oscar Cañón  
Magdalena Rathe  
Ursula Giedion



**Banco Interamericano de Desarrollo**

2014

**Catalogación en la fuente proporcionada por la  
Biblioteca Felipe Herrera del  
Banco Interamericano de Desarrollo**

Cañon, Oscar.

Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana / Oscar Cañón, Magdalena Rathe, Ursula Giedion.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 683)

Incluye referencias bibliográficas.

1. National health services—Dominican Republic. 2. Health care reform—Dominican Republic. 3. Public health—Dominican Republic. I. Rathe, Magdalena. II. Giedion, Ursula. III. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. IV. Título. V. Serie.

IDB-TN-683

Las opiniones expresadas en esta publicación son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.

Se prohíbe el uso comercial no autorizado de los documentos del Banco, y tal podría castigarse de conformidad con las políticas del Banco y/o las legislaciones aplicables.

Copyright 2014 Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados; este documento puede reproducirse libremente para fines no comerciales.

[scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

[www.iadb.org/Salud](http://www.iadb.org/Salud)

# RESUMEN

*Contexto.* El país cuenta con un sistema de salud basado en el aseguramiento. Luego de 11 años de promulgada la ley de reforma al sistema de salud, dicho sistema cubre al 54% de la población (datos 2013). Actualmente el aseguramiento se divide en dos regímenes: subsidiado y contributivo. Para el primero se cuenta con un único asegurador público llamado SENASA, mientras que en el segundo se tienen múltiples aseguradoras de riesgos de salud denominadas ARS, que pueden ser públicas, privadas o autogestionadas.

Existe un único Plan de Servicios de Salud (PDSS) para ambos regímenes. Este es propuesto por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) y adoptado y modificado por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

*Elementos clave del plan de beneficios dominicano.* Los servicios de la población pobre afiliada al régimen subsidiado son financiados por el Estado, que contribuye en términos per cápita para esta población. El régimen contributivo se nutre de los aportes de los empleados y el empleador. Los fondos son recolectados y distribuidos por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), por encargo del Consejo Nacional de la Seguridad Social, quien toma las decisiones políticas. El mecanismo se lleva a la práctica mediante la contratación de una empresa (Unipago S.A.) que, por delegación de la TSS, recolecta y distribuye todos los fondos de manera centralizada.

Desde el momento del diseño del sistema existe una entidad creada con el objetivo de defender a los usuarios, la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) la cual es autónoma, es financiada con recursos del sistema y tiene la facultad de realizar estudios y proponer mejoras al sistema de salud.

*Resultados.* Luego de muchos retrasos en el inicio de operaciones, los actores lograron acordar y definir un plan de beneficios, el PDSS, con el cual

está funcionando el sistema de salud. El número de personas beneficiarias del PDSS ha venido creciendo desde el arranque del sistema y se sitúa actualmente en un 54% de la población.

Aproximadamente un 58% del gasto público en salud se canaliza hacia la financiación del PDSS. Aún existen deficiencias en el conocimiento que la población tiene de sus derechos en materia de salud, sin embargo, cada vez es mayor la población que tiene un conocimiento general de sus derechos.

*Desafíos.* El PDSS afronta numerosos retos para consolidarse como herramienta de priorización y para proteger a toda la población. De manera general se requiere trazar una estrategia sistémica que provea direccionalidad y coherencia al sistema de priorización en la República Dominicana, del cual el PDSS es uno de los productos. Dentro de este sistema es urgente fortalecer las metodologías y actualizar los costos del plan en ambos regímenes, para asegurar el equilibrio microeconómico del sistema. Las metodologías actuales presentan serias limitaciones, incluyendo su falta de documentación y transparencia. En términos de protección financiera para la población, un reto central lo constituyen las severas limitaciones que significan los copagos y topes máximos de reembolso. Esto resalta más aún la necesidad de mejorar y hacer transparentes las metodologías de costeo, con la finalidad de cubrir a la población y asegurar la sostenibilidad macroeconómica del sistema. En lo que concierne al contenido del PDSS también se requieren importantes esfuerzos, para asegurar que cubra adecuadamente las intervenciones dirigidas a los principales problemas de salud de la población del país, tomando en cuenta la carga de enfermedad. Asimismo, se necesita que garantice la integralidad de la atención en las patologías cubiertas, así como el uso de las tecnologías más adecuadas y costo efectivas.

Códigos JEL: I1, I13, I18, H51

Key words: República Dominicana, Planes de Beneficios en Salud, PDSS, priorización

## CUADRO 1. ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL PBS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Nombre del PBS	Plan Básico de Salud (PBS) (2001-2007), Plan de Servicios de Salud (PDSS) (2007 en adelante) (Ver detalles en sección sobre deliberación).
Año de adopción	En 2001 se aprueba la Ley de seguridad social; en 2003 inicia la operación del régimen subsidiado; en 2007 inicia la operación del régimen contributivo.
Motivación central	Era una necesidad en la nueva arquitectura del sistema de salud basada en el aseguramiento, cuyo objetivo fue garantizar un paquete básico y explícito a toda la población, con la finalidad de reducir el gasto de bolsillo, mejorar la equidad del sistema de salud y alcanzar la cobertura universal.
Población objetivo	Todas las personas afiliadas a la seguridad social, la cual es universal en la República Dominicana.
Cobertura de servicios	Cubre la atención a la enfermedad general (aquella que no es derivada de enfermedad laboral ni de accidente de tránsito —los cuales poseen regímenes separados). Comprende la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias.
Cobertura financiera	En el Régimen Contributivo existen copagos por tipo de servicio, que varían entre el 20% y el 30% del valor de la intervención, mientras que en el régimen subsidiado no existen copagos.
Cobertura población objetivo	54% de la población del país (2013)
Costo anual estimado del PBS per cápita	Para el 2013: en el régimen contributivo el valor de la cápita anual era de US\$416.26 (DOP\$10,031) <sup>1</sup> ; mientras que en el régimen subsidiado el valor de la cápita anual era de US\$100 (DOP\$2,176). Debe tenerse en cuenta que en este régimen los proveedores reciben recursos por vía de oferta (especialmente para los salarios del personal y gran parte de los gastos operativos). En un cálculo muy grueso estos recursos pueden aproximarse a US\$165 (DOP\$3,985) por persona <sup>2</sup> , para un valor per cápita total, en el régimen subsidiado, de US\$265 (DOP\$6,161).
% de los recursos públicos de salud canalizados hacia la financiación del PBS	53% de los recursos públicos se destinan a la financiación del PBS a través de los regímenes contributivo y subsidiado (cálculo a partir de la nota de Política de Salud).
Entrega servicios no priorizados	De manera excepcional los pacientes pueden solicitar tecnologías (principalmente medicamentos) al programa paciente protegido, mediante el cual, sin necesidad de aplicar criterios explícitos y detallados, a algunos pacientes se les financia las tecnologías no incluidas en el PBS o para las cuales han sobrepasado su cobertura.
Innovaciones centrales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de la población pobre afiliada al régimen subsidiado son financiados por el Estado, que contribuye en términos per cápita por esta población. En el régimen contributivo, son aportes de los empleados y el empleador. Los fondos son recolectados y distribuidos por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) por cuenta del Consejo Nacional de la Seguridad Social, quien toma las decisiones políticas. El mecanismo se lleva a la práctica mediante la contratación de una empresa (Unipago S.A.) que por delegación de la TSS recolecta y distribuye todos los fondos de manera centralizada.</li> <li>• La existencia de una entidad, la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), que es autónoma y financiada con recursos del sistema</li> </ul>

1. A menos de que se indique lo contrario todos los valores monetarios se presentan en dólares constantes del 2014 ajustados por paridad adquisitiva.

2. Cálculo de los autores a partir del estudio "Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana. Informe Gasto Público en Salud 2011" Gráfica 15, sumando los recursos de los proveedores de atención ambulatoria y los de hospitales, divididos por la población afiliada al RS más los no afiliados.

**ACRÓNIMOS**

<b>ADARS</b>	Asociación de Administradores de Riesgos de Salud	<b>SIUBEN</b>	Sistema Único de Beneficiario
<b>AFP</b>	Administradoras de Fondos de Pensiones	<b>TSS</b>	Tesorería de la Seguridad Social
<b>ANDECLIP</b>	Asociación Nacional de Clínicas Privadas	<b>VMGC</b>	Viceministerio de Garantía de Calidad
<b>ARS</b>	Aseguradoras de Riesgos de Salud		
<b>ARM</b>	Autoridad Reguladora de Medicamentos		
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo		
<b>CNSS</b>	Consejo Nacional de Seguridad Social		
<b>COMISCA</b>	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana		
<b>CUPS</b>	Códigos Únicos de Procedimientos en Salud		
<b>DCI</b>	Denominación común internacional		
<b>DIDA</b>	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados		
<b>DGDF</b>	Dirección General de Drogas y Farmacias		
<b>DGII</b>	Dirección General de Impuestos Internos		
<b>DOPC</b>	Pesos dominicanos corrientes		
<b>FONAP</b>	Fondo de Atención Primaria		
<b>ENDESA</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud		
<b>IDSS</b>	Instituto Dominicano de Seguros Sociales		
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública		
<b>PBS</b>	Plan Básico de Salud		
<b>PDSS</b>	Plan de Servicios de Salud		
<b>POS</b>	Plan Obligatorio de Salud (Colombia)		
<b>PPP</b>	Paridad de poder adquisitivo (iniciales en inglés)		
<b>RC</b>	Régimen contributivo		
<b>RD</b>	República Dominicana		
<b>RS</b>	Régimen subsidiado		
<b>SIMON</b>	Sistema de Información y Monitoreo Nacional		
<b>SEMMA</b>	Seguro Médico de Maestros		
<b>SENASA</b>	Seguro Nacional de Salud		
<b>SDSS</b>	Sistema Dominicano de Seguridad Social		
<b>SFS</b>	Seguro Familiar de Salud		
<b>SISALRIL</b>	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales		



## INTRODUCCIÓN<sup>3</sup>

---

---

3. Basado en (Giedion, Tristao, Bitrán y Cañón, 2014)

“Ningún país, por rico que sea, está en capacidad de proveer a toda la población de todas las tecnologías o intervenciones que podrían mejorar la salud o prolongar la vida” (Organización Mundial de la Salud, 2010). Existe una brecha cada vez mayor entre las tecnologías disponibles y los recursos para financiarlas, incluso los países de mayores ingresos se ven ante la imposibilidad de financiar el creciente número de tecnologías, que además de multiplicarse, se presentan a precios exponenciales. La pregunta que enfrentan los países ya no es “si deben” racionar si no “cómo hacerlo”.

La estrategia dominante en los países desarrollados y en América Latina es la definición, cada vez más explícita y detallada, de los servicios que prestarán a su población. Para ello, los países definen un conjunto de tecnologías (medicamentos, dispositivos, medios diagnósticos, servicios, etc.) que se consideran importantes y que la sociedad decide garantizar a todos<sup>4</sup>. Este conjunto se denomina Plan de Beneficios. Existen múltiples ventajas que se derivan de adoptar esta estrategia, como por ejemplo, garantizar el derecho a la salud, mejorar la equidad, servir para alinear las metas y la asignación de recursos y, finalmente, lograr una mayor legitimidad en las decisiones sobre lo que se incluye y lo que no se incluye.

En este documento se realiza un estudio de caso del plan de beneficios en la República Dominicana siguiendo la metodología empleada en el libro “Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación Regional” (Giedion, Tristao y Bitrán, 2014), donde se estudiaron los PBS de siete países de la región. El documento se estructura a partir de la misma guía aplicada en estos estudios de caso de los otros países (Giedion, Raciborska y Bitrán, 2010), con algunos ajustes para plasmar mejor las particularidades del PBS en la República Dominicana. Se inicia con una descripción del contexto, en la que se detallan las principales instituciones del sistema de salud y sus funciones. Continúa una exposición del proceso histórico de

cómo se dio la adopción del plan. Luego se describen, desde distintos ámbitos, las características del mismo para pasar a los métodos de priorización y costeo que se aplican para definirlo. A continuación se aborda la manera en que se financia y la relevancia que ha tenido el PBS dentro del sistema de salud. Luego se revisa cómo ha sido la implementación del plan y se finaliza con las lecciones aprendidas y las recomendaciones que emergen del estudio de caso.

En forma paralela a este estudio de caso del PBS en la República Dominicana, con base a las mismas fuentes, los autores han producido el documento titulado “El sistema de priorización explícita en salud de la República Dominicana”, que aborda el problema del racionamiento desde la perspectiva del proceso y las instituciones involucradas en la priorización. Estos trabajos no se habrían podido elaborar sin la colaboración de los expertos de la República Dominicana que concedieron entrevistas y compartieron materiales bibliográficos de su archivo personal, y a quienes los autores les están muy agradecidos.

---

4. A Partir de la definición de (Schreyögg y otros, 2005) si bien existen otras definiciones que pueden ser útiles.



## ① CONTEXTO<sup>5</sup>

---

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) procura proteger a la población dominicana contra los riesgos de la vejez, enfermedad, discapacidad, maternidad y de los riesgos laborales. Para este fin la seguridad social dispone de un Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia; un seguro de Riesgos Laborales, y el Seguro Familiar de Salud (SFS). El Seguro Familiar de Salud fue concebido con tres regímenes: subsidiado, destinado a la población sin capacidad de pago; **contributivo-subsidiado**, destinado a la población con cierta capacidad de pago pero sin vínculo laboral formal; y contributivo, enfocado en los trabajadores del sector formal y sus familias. Cabe notar que para la fecha en que se escribió el presente documento, el régimen **contributivo-subsidiado** no había entrado en funcionamiento.

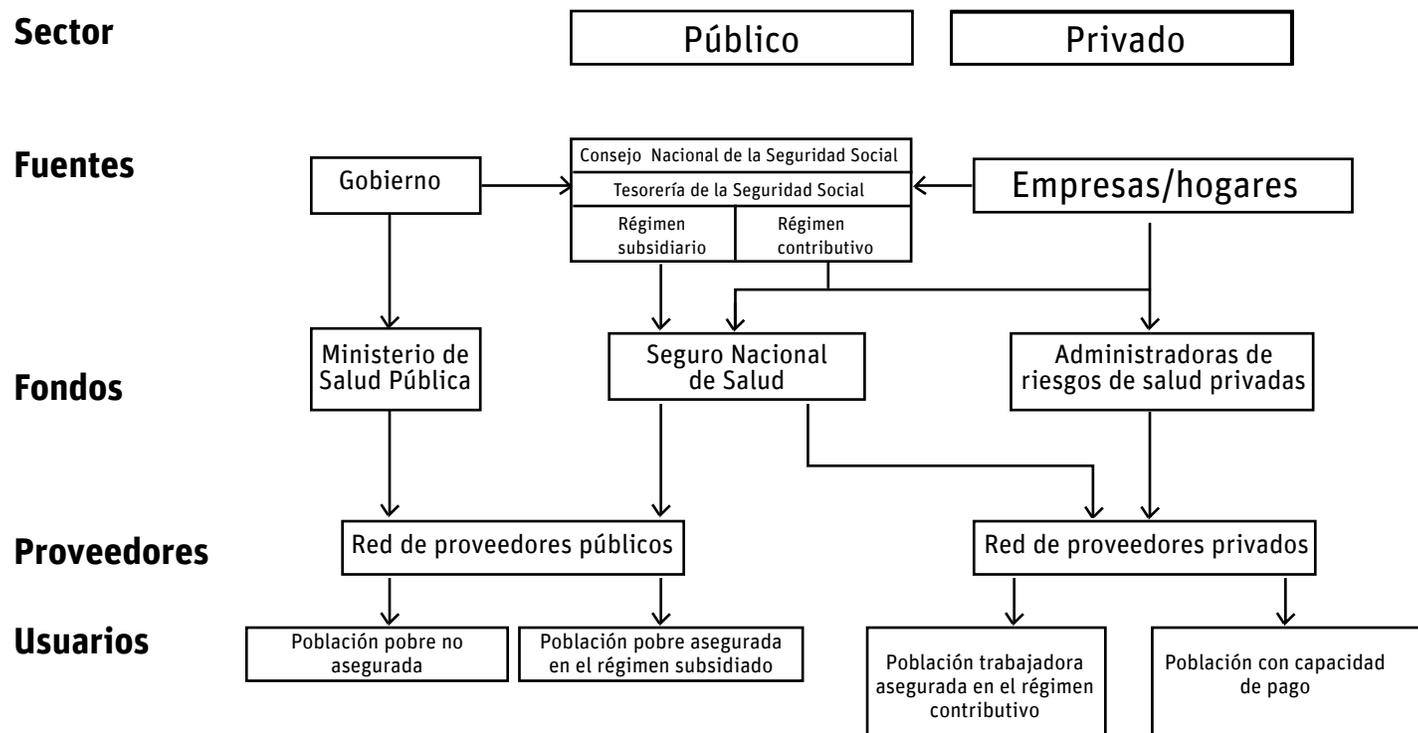
Existe una separación de las funciones de regulación, aseguramiento y prestación de los servicios de salud, y concurren actores públicos y privados en el aseguramiento y en la prestación de tales servicios. Los servicios a los que tienen derecho las personas beneficiarias del Seguro Familiar y su cobertura financiera, se encuentran consignados en el Paquete Básico de Servicios de Salud (PDSS).

El máximo órgano rector del sistema de salud es el Ministerio de Salud Pública (MSP). En lo que concierne al Seguro Familiar de Salud, las funciones regulatorias recaen en el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) que es el encargado de conducir el sistema, definir el PDSS y su costo en concurrencia con la Superintendencia de Salud (SISALRIL). La financiación se realiza a través

de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), que es la encargada del recaudo y la distribución de los recursos, tarea que operativamente realiza la empresa Unipago S.A., de la cual son socias las Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS). La TSS se capitaliza con las cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores y los empleadores del régimen contributivo, y para el régimen subsidiado, con los recursos estatales provenientes de impuestos generales. La TSS gira un valor per cápita a las ARS para que garanticen el PDSS a sus afiliados. En el régimen contributivo existen varias ARS privadas y públicas, en el régimen subsidiado sólo existe un asegurador público: el Seguro Nacional de Salud (SENASA). En la práctica, las ARS del régimen contributivo contratan fundamentalmente los servicios de prestadores privados y el SENASA contrata principalmente los prestadores públicos. No obstante, cuando entre los proveedores públicos no existe la capacidad ni la oferta, el SENASA contrata a proveedores privados (con y sin fines de lucro).

La supervisión del sistema está a cargo de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) quien vigila a las ARS. Existe una entidad dedicada a la defensa de los usuarios llamada Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA) que fue concebida desde el diseño del sistema. La supervisión de los proveedores y la vigilancia de la calidad recaen en el Ministerio de Salud Pública, dentro de su función de rectoría, a través del Viceministerio de Garantía de Calidad (VMGC).

## ILUSTRACIÓN 1. ESQUEMA DEL SISTEMA DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA



Fuente: adaptado del estudio de (Rathe y Moliné, 2011)



## ② MOTIVOS Y PROCESO DE ADOPCIÓN

---

## 2.1 ANTECEDENTES Y MOTIVACIÓN PARA LA ADOPCIÓN DE UN PBS<sup>6</sup>

Hasta el año 2002, la República Dominicana tuvo un sistema de salud segmentado. La población pobre desempleada y los trabajadores informales se atendían en la red hospitalaria de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (que actualmente es el Ministerio de Salud), y la población trabajadora del sector formal se encontraba afiliada al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). Este sistema segmentado presentaba serias deficiencias y problemas de calidad que conducían a una importante insatisfacción con los servicios recibidos, la cual se reflejaba en la utilización masiva de servicios privados, tanto entre los afiliados al IDSS como los más pobres (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia y Oficina Nacional de Planificación, 1996; Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 1995)<sup>7</sup>.

Esta situación llevó a las empresas del sector formal a buscar otras vías para cubrir a sus empleados, lo cual impulsó el crecimiento de las igualas médicas, que alcanzaron una cobertura en la República Dominicana superior a la media de los seguros privados en otros países de la región. Es así como en el año 2001 cubrían al 12% del total de la población mientras que el IDSS cubría al 7.1% (Báez Amorós, Peguero y Robles Cid, 2001). De esta manera existía una doble cotización por parte de las empresas y los trabajadores, que estaban obligados a cotizar a un IDSS que no respondía a sus necesidades y preferían contratar, además, a las igualas médicas (Díaz Santana, 2004). Sin embargo estas igualas no se encontraban reguladas y con frecuencia los usuarios se encontraban desprotegidos ante las decisiones de éstas, como por ejemplo, el cese de cobertura después de cumplida una edad determinada o de adquirida una

condición crónica (La Forgia, Levine, Díaz y Rathe, 2004).

Durante varias décadas existió el propósito de reformar el sistema de salud desde diferentes sectores. Sin embargo había fuerzas contradictorias que presionaban en una y otra dirección, obstaculizando la posibilidad de llegar a un consenso. Por un lado, existían grupos que sólo aceptaban una reforma dentro del sistema de monopolio público, en el cual no tenían cabida ni el sector privado proveedor de servicios, ni las igualas médicas. Por el otro lado, estos últimos grupos tenían ya un importante espacio ganado, tanto en las áreas de provisión como de aseguramiento, por lo que tampoco aceptaban una reforma que no los incluyera.

En este contexto, en el año 1991 se creó la Comisión Nacional de Salud (CNS) que inició la realización de trabajos de investigación a fin de diseñar un sistema de salud que tuviera la capacidad de proteger adecuadamente con servicios básicos de calidad a toda la población, con miras a alcanzar la cobertura universal y reducir la inequidad y el gasto de bolsillo de los hogares.

Dentro de las propuestas realizadas por esta comisión se incluía —como elemento clave— la creación de un paquete básico explícito de servicios de salud (PBS). La formulación de este PBS fue iniciada por la CNS y posteriormente fue continuado por otras comisiones. Estos trabajos fueron enriquecidos con la participación de consultores internacionales que apoyaban la definición de los servicios que debían ser financiados por el estado dominicano. Inicialmente se planteó muy en línea con el concepto de la canasta básica propuesto por el informe de 1993 titulado “Invertir en salud” del Banco Mundial. Por ejemplo, entre 1995 y 1997, Peter Cowley estimó la costo-efectividad de una canasta básica de 15 intervenciones y determinó que ésta tendría un costo de US\$16.5 por persona (Cowley, 1995). Luego otros grupos de consultores también realizaron diversos

6. Esta sección está basada en una serie de entrevistas realizadas en octubre del 2013 a diferentes actores del sistema, a quienes los autores les están enormemente agradecidos. Hay un listado de los mismos en los anexos. En el desarrollo de las entrevistas se obtuvieron materiales bibliográficos públicos e inéditos que fueron una valiosa contribución. Entre los principales materiales en los que se basa esta sección deben citarse (Díaz Santana, 2004) y (Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, 2014).

7. ENDESA 1996.

diseños y costeos de planes de beneficios<sup>8</sup> (López Villa, 2002) (Rathe, 1999). Entre 1997 y 2001 se realizaron varios proyectos piloto, uno de los cuales fue el Fondo de Atención Primaria (FONAP) que se financió con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y fue ejecutado por la Universidad George Washington en el sur del país. En este proyecto se puso a prueba el paquete básico de primer nivel (incluyendo sólo la atención al parto entre los servicios de segundo nivel). Para prestar estos servicios se contrataron unos centros de atención primaria tanto públicos como privados, los cuales recibían un pago per cápita que incluía la atención del parto. Se esperaba que el gobierno diera continuidad al proyecto, pero no fue así y se abandonó la concepción de un paquete muy básico y limitado.

La adopción de un PBS a gran escala no pudo concretarse hasta que en 2001, por iniciativa parlamentaria, se aprobó la reforma al sistema de salud. Dentro de la reforma el PBS era una medida necesaria para poder implementar un sistema de aseguramiento con separación de funciones. Aunque fue adoptado normativamente, no pudo comenzar a implementarse sino hasta fines del 2007, dado que los conflictos de poder siguieron obstaculizando la puesta en marcha del sistema, cinco años después de promulgada la reforma.

## 2.2 OBJETIVOS

La reforma de salud (Ley 87/01) propone lograr la universalidad y equidad en el financiamiento. En efecto, el objetivo del Seguro Familiar de Salud, tal como expresa la ley es “la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema” (Ley 87/01).

El mecanismo que propone el SFS para lograr la racionalización del costo de las prestaciones y otros objetivos es la definición de un paquete explícito de prestaciones, denominado Plan Básico de Salud (PBS), para cubrir los siguientes riesgos: “la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias”. Luego claramente indica los eventos que no cubre, que son “los tratamientos derivados de los accidentes de tránsito, ni los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales”, los cuales tienen cobertura en otras legislaciones.

La adopción de un paquete explícito fue el resultado de la decisión de adoptar un sistema de salud con separación de funciones, donde la rectoría y el financiamiento eran de carácter público pero con participación de agentes públicos y privados en la provisión y el aseguramiento, adoptando las normas y principios de la competencia regulada. Esta separación de funciones requería explicitar las prestaciones a ser cubiertas, lo cual era ya conocido y aceptado en amplios estratos del país por la cobertura que habían alcanzado las iguales médicas. Todos los estudios que se realizaron en el período previo a la aprobación de la ley habían incluido la definición y el costeo inicial de dicho paquete.

## 2.3 PROCESO DE DELIBERACIÓN Y NEGOCIACIÓN DE 2002 A 2007

Tal como se indicó previamente, la Ley 87/01 fue promulgada el 9 de mayo del 2001, pero el SFS tardó en comenzar sus operaciones; el régimen subsidiado comenzó a operar en el año 2003 y el contributivo sólo en septiembre del 2007.

8. Como los consultores internacionales Ricardo Bitrán (Chile), Nelcy Paredes y Álvaro López (Colombia)

Uno de los temas claves que impidieron la puesta en marcha del sistema fueron las confrontaciones entre diferentes sectores con respecto al contenido, el costo y la forma de implementación del PBS. En esta sección resumimos el proceso deliberativo sobre el PBS en ese período, procurando identificar los factores que obstaculizaron la puesta en marcha de dicho régimen.

La implementación del régimen subsidiado comenzó de manera muy lenta a partir del año 2003 y sólo en algunas regiones pobres y deprimidas del país, prácticamente como un ensayo, identificando a la población pobre de dichas zonas y realizando el proceso de afiliación. Al mismo tiempo, se fortalecía la red pública y se creaban las condiciones para que dichos proveedores pudieran facturar y recibir pagos por parte del SENASA. En efecto, entre el año 2003 y el 2007, la cobertura del régimen subsidiado alcanzó sólo a unas 400,000 personas o menos del 8% de la población objetivo.

El régimen contributivo confrontó muchas dificultades y desacuerdos entre los diversos actores, hasta que finalmente el gobierno puso fin a las discusiones con un decreto que dispuso la puesta en marcha del sistema en septiembre del 2007. Al mismo tiempo, asignó mayores fondos en el presupuesto del 2008 para el régimen subsidiado, con lo cual se expandió fuertemente también la cobertura en este régimen. En tal sentido, puede considerarse el año 2008 como el verdadero primer año de implementación del sistema de seguridad social en salud en la República Dominicana. Hasta la fecha (2014) aún no se ha iniciado el régimen contributivo-subsidiado.

Las dificultades para la implementación del régimen contributivo se basaban en la definición del PBS, su contenido y costeo, y la consiguiente definición de las

cápitales que recibirían las ARS para prestar servicios bajo el PBS. Tal como se señaló previamente, en la fase de diseño de la reforma se realizaron las primeras propuestas en este sentido. Luego de aprobada la ley, se realizaron varios estudios con consultores internacionales especializados en el diseño técnico. Dichos estudios se examinaban con los actores que participarían en el sistema. Las ARS privadas consideraban que el contenido de ese plan era demasiado difuso y poco explícito, y, a la vez, no estaban conformes con el monto per cápita que consideraban muy bajo<sup>9</sup>. Estas discusiones duraron casi cinco años, hasta que se inició, en el año 2006, un proceso de concertación, mediado por la iglesia católica e instituciones académicas, con el propósito de poner en funcionamiento el régimen contributivo (RC). Este proceso llevó a la formulación de un nuevo plan de beneficios, el Plan de Servicios de Salud (PDSS), que fue adoptado en el 2006 por el CNSS.

Sin embargo, después de ser concertado y adoptado este primer PBS, nuevamente se obstaculizó la puesta en marcha del RC por considerar que la cápita era insuficiente para poder garantizar el PDSS (ver más adelante en métodos de priorización y costeo). Por tal motivo, se promulgó la Ley 188 de 2007 que contiene un párrafo transitorio para facultar a la SISALRIL, por un año, para definir el plan de beneficios y su cápita. Esta decisión se basó en el hecho de que la SISALRIL puede tomar decisiones sin consultar a una gran cantidad de actores, dado que no tiene representantes de diversos sectores, mientras que el CNSS, que es la entidad responsable de tales normativas, requiere de un gran esfuerzo de concertación. Gracias a lo anterior, la SISALRIL adoptó el PDSS negociado en 2006, estableció el valor de la cápita y el RC entró en funcionamiento en septiembre de 2007.

9. Entrevista a Arismendi Díaz realizada por Magdalena Rathe y Oscar Cañón, República Dominicana (2013)

Es preciso señalar que —a fin de lograr la aceptación del contenido y costo del PBS por parte de las ARS— la estrategia adoptada fue introducir unos copagos importantes, entre el 10% y el 30% para los servicios (excepto promoción y prevención y emergencias) de manera que los usuarios asumirían la brecha entre los costos estimados por la SISALRIL y los que estimaban las ARS (ver detalle de cómo fue implementado este copago en la sección cobertura financiera). La propuesta se planteó como una medida temporal, mientras que durante el primer año de implementación se recopiló información sobre frecuencias de usos y tarifas. Sin embargo, hasta la fecha estos importantes copagos se han mantenido. A esto se adicionaron techos de cobertura, establecidos como montos monetarios máximos que serían cubiertos, para servicios como: la habitación durante la hospitalización, los medicamentos y los tratamientos de alto costo. Se observa que, como resultado de la ausencia de un consenso sobre el valor real del plan se decidió recortar el PBS en términos de su cobertura financiera. También se dejó en libertad a las ARS para ofrecer planes complementarios que cubrirían esos vacíos de cobertura. Todas estas medidas limitaban fuertemente la protección financiera que el PBS tenía la intención de proveer a la población. Si bien al inicio del sistema éstas pudieran justificarse por la falta de información sobre frecuencias de uso, todavía a esta fecha tampoco se han hecho públicas las informaciones sobre frecuencias de uso ni sobre tarifas.

El modelo de atención también fue fruto de un intenso debate durante las negociaciones. Por un lado, la ley consagraba la existencia de una puerta de entrada al sistema, es decir que los pacientes acudieran en una primera instancia a un médico general o un médico especializado en medicina familiar, y éste se encargara de seleccionar el nivel de complejidad apropiado para el manejo del paciente.

Las ARS estaban de acuerdo con este modelo, pero hubo una fuerte oposición a esta propuesta, sobre todo por parte del Colegio Médico<sup>10</sup>, el cual sostenía que el paciente pudiese consultar directamente a los médicos especialistas. Al final, esta última posición prevaleció como medida temporal, para viabilizar la puesta en marcha del sistema. Dicha medida se convirtió en algo permanente mediante un texto de la ley bastante ambiguo. Este modelo impone al sistema dominicano una dinámica y unos costos llamativamente elevados, en comparación con otros sistemas de la región, donde el paciente debe consultar primero al médico general antes de recurrir al especialista.

Se observa entonces cómo las partes históricamente más poderosas —el sector privado y el colegio médico— aceptaron el régimen subsidiado, pero en el régimen contributivo impusieron una fuerte negociación que moldeó los contenidos del plan de beneficios, limitando su cobertura, sobre todo la financiera.

---

10. Antes denominado Asociación Médica Dominicana



### ③ PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL PBS VIGENTE

---

En esta sección se describen las principales características del plan de beneficios vigente en la República Dominicana. El capítulo inicia con una descripción del marco legal y de la cobertura poblacional, médica y financiera del plan. Luego describe la nomenclatura empleada en el plan, el uso de guías de práctica clínica en su formulación y su costo estimado. La sección termina con una presentación de las garantías que se ofrecen a los usuarios cubiertos por el PBS y con una descripción de los mecanismos que existen para acceder a los servicios excluidos del plan.

### 3.1 MARCO LEGAL

La Ley 87/01 establece que el SFS cubre las estancias infantiles (guarderías) y el PDSS. Este último contiene los servicios que debe brindar el SDSS a toda la población independientemente de su condición económica, o el régimen financiero al que pertenezca. La ley establece que debe comprender los siguientes servicios: promoción de la salud, atención primaria, atención especializada y tratamientos complejos, exámenes diagnósticos, atención odontológica, fisioterapia y rehabilitación, y prestaciones complementarias (aparatos y prótesis). Se estipula además que estas prestaciones serán prestadas según un listado elaborado por el CNSS. A diferencia de otros países como México, y al igual que otros países como Uruguay y Chile, la República Dominicana planteó un plan de beneficios integral y universal que debía ser el mismo para toda la población. Sin embargo este objetivo no se corresponde con los recursos asignados para prestar los servicios del PDSS, pues el RS recibe considerablemente menos recursos que el régimen contributivo, teniendo en cuenta no sólo las cápitas sino también los recursos de oferta adicionales que recibe el RS.

El reglamento del Plan Básico de Salud está dado en la Resolución Número 48-13 del 10 de octubre de 2002. En esta resolución se define que el PBS es el conjunto de servicios y reconocimientos económicos a los que tienen derechos las personas

afiliadas a cualquiera de los tres regímenes de la seguridad social. Además se establece que la forma de prestar los servicios estará normalizada y regulada, mediante manuales de procedimientos y guías de atención integral. Posteriormente, como parte de las negociaciones para el arranque del sistema, el PBS fue reemplazado por el Plan de Servicios de Salud (PDSS), el cual disminuyó la cobertura financiera y delimitó de manera taxativa la cobertura de servicios de salud (Consejo Nacional de Seguridad Social, 2013) .

### 3.2 POBLACIÓN OBJETIVO DEL PBS

El PDSS en la República Dominicana tiene la vocación de proteger a toda la población bajo sus tres regímenes: subsidiado (RS), contributivo-subsidiado y contributivo (RC). En la ley de seguridad social 87/01 se establece que el sistema prestará el PBS a todos los grupos sociales, y está dirigido a la protección de la familia, de forma que se incluye el cotizante y su pareja así como los hijos menores de 18 años. En caso de que los hijos se encuentren estudiando son cubiertos hasta los 21 años o de manera permanente en caso de tener una discapacidad que les impida trabajar. La evolución de la cobertura se presenta en la subsección Cobertura Poblacional del PDSS (Secretaría de Estado de Trabajo; Consejo Nacional de Seguridad Social, 2001).

### 3.3 COBERTURA MÉDICA DEL PBS

La ley de seguridad social Ley 87/01 define los 7 conjuntos de servicios que debe cubrir el PBS, según el paquete que defina el CNSS:

1. Promoción de la salud y medicina preventiva
2. Atención primaria de salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio,

atención materno-infantil y prestación farmacéutica ambulatoria.

3. Atención especializada y tratamientos complejos incluyendo atención de emergencia, asistencia ambulatoria por médicos especialistas, hospitalización, medicamentos y asistencia quirúrgica.
4. Exámenes de diagnóstico tanto biomédicos como radiológicos
5. Atención odontológica pediátrica y preventiva
6. Fisioterapia y rehabilitación
7. Prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis médicas y asistencia técnica a discapacitados.

Aparte de estos conjuntos, el PBS está organizado en 12 grupos según el tipo de atención, para dar respuesta a lo establecido en la ley. Dentro de cada uno de estos grupos hay subgrupos; por ejemplo, en el grupo Rehabilitación existen tres subgrupos: Consultas Rehabilitación, Terapias Rehabilitación y Aparatos y Prótesis. Los grupos definidos en el PBS son:

1. Prevención y Promoción
2. Atención Ambulatoria
3. Servicios Odontológicos
4. Emergencia
5. Hospitalización
6. Partos
7. Cirugía
8. Apoyo Diagnóstico (Dx) en Internamiento y Ambulatorio
9. Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad
10. Rehabilitación
11. Hemoterapia
12. Medicamentos Ambulatorios

Dentro de cada uno de estos grupos se establecen las consultas, los procedimientos, las imágenes, demás ayudas diagnósticas, y medicamentos a ser cubiertos. Por ejemplo, dentro del grupo de Rehabilitación y subgrupo Consulta se cubren: 1) consulta de primera vez por fisioterapia 2) consulta

de primera vez por terapia ocupacional 3) consulta de primera vez por terapia respiratoria, y 4) consulta rehabilitación. La desagregación de los servicios se basó en los Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUPS), elaborados en Colombia en el contexto de su propio plan obligatorio de salud (POS). De los casi 7,000 procedimientos descritos por los CUPS en dicho país, en la versión de la República Dominicana (versión 3 del año 2011) el PDSS sólo cubre 1,444 procedimientos. Por ejemplo en la subcategoría biopsia de cerebro, sólo está incluido el procedimiento mediante aguja y no se encuentra incluido el procedimiento mediante biopsia abierta. También existen categorías para las cuales no se encuentra incluido ninguno de sus procedimientos como, por ejemplo, la biopsia de cráneo. Comparado con la cobertura de procedimientos del POS colombiano, la del PDSS es considerablemente inferior ya que en ese país de los 7,000 procedimientos existentes se cubren alrededor de 5,874<sup>11</sup>. Por otro lado, comparado, por ejemplo, con Honduras o Argentina, el PDSS dominicano pareciera tener una cobertura más bien amplia con respecto a los demás países de la región.

### 3.4 NOMENCLATURA DEL PBS

El PDSS es básicamente un listado que se organiza de manera jerárquica primero en los grupos y luego en los subgrupos de servicios o procedimientos en salud, un procedimiento es, por ejemplo, “Asistencia del parto espontáneo gemelar o múltiple”. Dentro de cada subgrupo se especifican los procedimientos, materiales, pruebas diagnósticas y medicamentos que son cubiertos. Estos se encuentran numerados con el código numérico del Sistema de Información y Monitoreo Nacional (SIMON) que es un número asignado discrecionalmente sin que tenga un significado o esté asociado a un código estándar internacional.

Para el caso de los procedimientos, además del código SIMON, se incluye en el PDSS el código CUPS que fue elaborado en Colombia para la

11. Esta cifra corresponde hasta antes de la última actualización del POS, en el 2014, pues con esa actualización se pasó de cubrir subgrupos a cubrir grupos.

clasificación de procedimientos en su PBS (POS). Este código fue elaborado a partir del apartado de procedimientos del sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 9, y tiene la ventaja de permitir comparaciones con el sistema de salud colombiano. Por ejemplo la última propuesta de actualización del PDSS realizada por la SISALRIL pudo emplear fácilmente las frecuencias de uso y costo de Colombia gracias a que se comparte el mismo código.

Para el caso de los medicamentos no se emplea ningún código (además del SIMON) que facilite su manejo, las estadísticas dentro del sistema y las comparaciones internacionales. Por ejemplo podría emplearse el código ATC<sup>12</sup> para medicamentos que es definido por la OMS y empleado por varios países.

### 3.5 COBERTURA FINANCIERA

La cobertura financiera ofrecida por el PDSS se encuentra circunscrita por dos políticas; los copagos y los topes anuales de reembolso. Los segundos son una herramienta muy sui generis a la luz de otras experiencias de América Latina (véase Giedion, Tristao, Bitrán, 2014) pues ningún otro país ha establecido este mecanismo que, aunque es usual en los esquemas privados de seguros, rara vez se usa en el contexto de esquemas de aseguramiento público. No existen preexistencias más allá de las limitaciones de cobertura del PDSS.

Los copagos son el valor que debe ser asumido por el usuario para poder recibir un servicio y se expresan como un porcentaje del valor de los servicios. Estos sólo existen en el régimen contributivo y son establecidos por tipo de atención (Superintendencia de Salud y Riesgos laborales, 2007a) (Presidencia de la República Dominicana, 2013). Algunos servicios son exentos del copago y existe además un monto máximo para pagar. Los servicios que se encuentran exentos son los servicios de promoción y prevención, las emergencias y el parto. El monto máximo establecido en la normatividad a pagar por copagos

es de dos salarios mínimos mensuales cotizables por evento (Superintendencia de Salud y Riesgos laborales, 2008), sin embargo como se expone en la sección 8, sobre lecciones y recomendaciones, los prestadores suelen exigir copagos por encima de los valores permitidos. El detalle de los copagos puede verse en el anexo 14.2 en el que también se presentan los valores máximos de cobertura por tipo de servicios para ambos regímenes.

Los topes de reembolso son el valor máximo que una ARS paga por tipo de servicio. Cuando se supera dicho monto el usuario debe asumir el valor de los servicios. En la tabla 1 se presentan los copagos y topes máximos de cobertura y su evolución (véase anexo 2 para mayor detalle) además de unos valores de referencia para la comparación.

12. El código ATC Anatomical Therapeutic Chemical Classification System es un sistema de clasificación de medicamentos elaborado por la OMS con el fin de organizar los medicamentos para investigación de nuevos fármacos. Sin embargo es usado ampliamente en otras aplicaciones como la codificación de medicamentos en planes de beneficios.

**TABLA 1. COBERTURAS FINANCIERAS Y SU EVOLUCIÓN**

Servicio	Cobertura financiera	Valores de referencia, primer trimestre 2014
Cuota moderadora consulta general (RC)	Cuota moderadora \$4 (DOP\$100)	Salario Mínimo diario* \$7 (\$173 DOP)
Copago máximo por evento (RC)	2 salarios mínimos cotizables \$686 (\$ 17,290)	
Topes máximos de cobertura de medicamentos ambulatorios por afiliado y año (RS y RC)	Techo de cobertura \$121 (DOP\$3,000)	Costo anual medicamentos: Diabetes \$245 (\$6,180 DOP) Hipertensión \$183 (\$4,620 DOP)
Topes máximos de cobertura, alto costo por afiliado año (RS y RC)	Techos de cobertura 2007 \$6,859 (DOP\$150,000) 2008 \$22,046 (DOP\$500,000) 2008-2014 \$49,667 (DOP\$1,000,000) más \$3,570 (DOP\$90,000) para medicamentos coadyuvantes de terapia oncológica	Costo anual hemodiálisis \$37,128 (\$936,000 DOP)

Fuente: (Superintendencia de Salud y Riesgos laborales, 2007c, 2008) \*El salario mínimo más bajo para trabajadores en empresas con patrimonio inferior a 2,000,000 de pesos dominicanos (“Aumentan 14% al salario mínimo de empleados de hoteles y restaurantes”, 2013). Estimación costo diabetes a partir de un tratamiento con el genérico de metformina más económico a una dosis de 850 mg diarios, tratamiento hipertensión con el enalapril genérico más económico a una dosis de 10 mg diarios, precios de [www.farmacia.com.do](http://www.farmacia.com.do) 03/03/2014. Costo diálisis tomado del estudio de (Alonso Rijo, 2014)

Las cuotas moderadoras y los copagos no se ajustan a la capacidad adquisitiva de las familias, por lo que en los niveles más bajos de ingreso podrían constituirse como barreras de acceso. En cuanto a los techos de reembolso fijados para los servicios incluidos en el PDSS, cabe notar que son bajos para pacientes que requieren medicamentos ambulatorios costosos o que los requieran de manera regular (pacientes con enfermedades crónicas). El techo de US\$ 121 es insuficiente, por ejemplo, para cubrir el costo estimado de los medicamentos que requiere un paciente con hipertensión (con el genérico más económico). Esto es muy preocupante pues los pacientes crónicos que no reciben tratamiento pueden agravarse en su estado de salud y además generar costos excesivos al sistema.

Cabe notar también que esos techos no han sido ajustados desde los inicios, lo cual implica una pérdida de valor real de por lo menos un 13%. De manera similar, los topes máximos para enfermedades de alto costo (US\$ 49,667) resultan muy estrechos. Por ejemplo, se estima que el costo anual para la hemodiálisis es de US\$ 37,128 lo que deja poco margen para poder acceder a otros tratamientos que requieren los pacientes con enfermedad renal crónica en este estudio.

Por último, pareciera que la normativa sobre los copagos no se está aplicando adecuadamente en la práctica. Un estudio realizado en el 2010 por la DIDA encontró que a algunos afiliados se les estaba cobrando para poder acceder a servicios que son exentos de copagos. Es así que el 13% de los afiliados habían tenido que pagar copagos en atención de emergencias y el 88% para la atención del parto. Un 30% de los afiliados reporta haber pagado copagos por encima de lo establecido, principalmente para los servicios de partos, consulta y medicamentos (Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social, 2010). Estos cobros por encima de lo establecido se pueden constituir en barreras al acceso que al ser extralegales son difíciles de monitorear y ajustar. A pesar de que el régimen subsidiado se encuentra exento de cuotas moderadoras y que las cuotas moderadoras y los

copagos que pueden cobrarse están regulados, existen frecuentes denuncias de que los prestadores no acatan la normatividad al respecto (“DIDA denuncia centros de salud pública están cobrando copagos a los afiliados”, 13AD).

Los techos y copagos constituyen obstáculos al acceso a los servicios y reducen la protección financiera que el SFS busca proveer a la población del país. Como muestran los anteriores párrafos, la cobertura financiera ofrecida por el PDSS tiene serias limitaciones. Además los topes de cobertura imponen una limitación atípica frente a los demás planes de beneficios universales en la región.

## 3.6 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Para muchos países ha sido útil establecer guías de práctica clínica para la prestación de sus servicios, ya que éstas permiten estipular las mejores prácticas y disminuir la variabilidad injustificada en la atención. Las Guías de Práctica Clínica ayudan a los países a identificar qué tecnologías deberían ser incluidas en el plan de beneficios; además resultan útiles para realizar un costeo teórico del plan. Sin embargo siempre es un reto articular la política de guías con la del plan de beneficios.

En el caso del PDSS se menciona que en su elaboración fueron consultadas las normas nacionales para salud reproductiva social, atención pre-natal, planificación familiar, prevención y promoción del cáncer de cérvix, prevención y promoción del cáncer de mama, atención integral de los adolescentes y atención del menor de 5 años. Las mencionadas normas parecen ser anteriores a la creación del sistema de seguridad social en salud. En las entrevistas, los actores mencionaron que, si bien existen varias guías de práctica clínica, hay limitaciones en su implementación, no se conocen, son de difícil consulta y en general no se emplean.

En la actualidad existen algunas guías de atención

en la República Dominicana pero, al parecer, no pudo comprobarse que esté en funcionamiento una política clara de desarrollo de tales normas y mucho menos de su uso para el ajuste del PDSS. Se ha observado tal situación a pesar de que, desde 2002, la reglamentación del PBS establecía que en un máximo de un año se adoptarían guías de atención integral, las cuales serían definidas por el Ministerio de Salud con el apoyo de la SISALRIL, el CNSS, el Colegio Médico Dominicano, las ARS, la Asociación Nacional de Clínicas Privadas y las organizaciones científicas. Esto contribuiría a estandarizar la prestación de servicios y asegurar su calidad. Estas guías se adoptarían de manera gradual dándole prioridad a las enfermedades de más alto costo, las más prevalentes y las que tuvieran las intervenciones de mayor costo-efectividad (Superintendencia de Salud y Riesgos laborales & Consejo Nacional de Seguridad Social, 2002).

En el diseño del PDSS es conveniente considerar de manera explícita cómo este se articulará con las Guías de Práctica Clínica, en la formulación y en la prestación del plan. Definir esta articulación implica, por ejemplo, decidir si toda tecnología incluida en una guía debe ser incorporada al PDSS. O si, por el contrario, antes de incluirse una tecnología en una guía, dicha tecnología ya debe estar en el PDSS. Algunos países también han establecido que ciertas tecnologías solo se financian si se emplean según lo establecido en la guías.

### 3.7 CÁPITA ASIGNADA PARA LA PRESTACIÓN DEL PBS (POSTERIORMENTE PDSS)

Los regímenes subsidiado y contributivo tienen cápitas diferenciales con un valor más alto en el régimen contributivo. Sin embargo debe tenerse en cuenta que, para la atención del PDSS en el régimen subsidiado, las instituciones prestadoras de servicios

de salud de carácter público continúan recibiendo una considerable cantidad de recursos de subsidio a la oferta, para el pago su personal, infraestructura, suministros y equipamiento por lo que los dos valores no son directamente comparables.

En el Gráfico 1 se observa la evolución de las cápitas de ambos regímenes. Actualmente la cápita anual del régimen contributivo es de US\$416 (DOP\$10,031)<sup>13</sup>. Desde el año 2007, cuando se puso en marcha el régimen contributivo, se ha ajustado 6 veces y los valores reales se han mantenido más o menos constantes a lo largo del período, con excepción de un aumento significativo durante el primer año. El valor de la cápita del régimen subsidiado se ajustó levemente sólo recientemente (diciembre de 2013), sin embargo, a pesar de este ajuste ha tenido una disminución drástica en su valor real: En el 2002 la cápita anual era de US \$307 (DOP\$2,176)<sup>14</sup> (dólares constantes) mientras que para el año 2013 este valor había bajado a US\$100 (DOP\$2,414)<sup>15</sup>. El valor per cápita de los recursos de oferta que complementa la anterior cápita se puede estimar en aproximadamente US\$165 (DOP\$3,985)<sup>16</sup>, para un valor per cápita total, en el régimen subsidiado de US\$265 (DOP\$6,161) o cerca de la mitad del valor que opera en el régimen contributivo. Se observa dicho valor a pesar de que el plan de beneficios que tiene que prestarse es el mismo en ambos regímenes.

En el gráfico se observa cómo ha habido una pérdida de capacidad adquisitiva para la financiación del PBS/PDSS especialmente en el régimen subsidiado. Esta situación no ajusta a las ampliaciones del plan, el envejecimiento de la población y el aumento en los costos de la tecnología y demanda de servicios. Cuando el costo de prestar el plan es superior a la cápita asignada, el 'ajuste' suele ocurrir en el agente con menor capacidad de negociación, es decir, los pacientes.

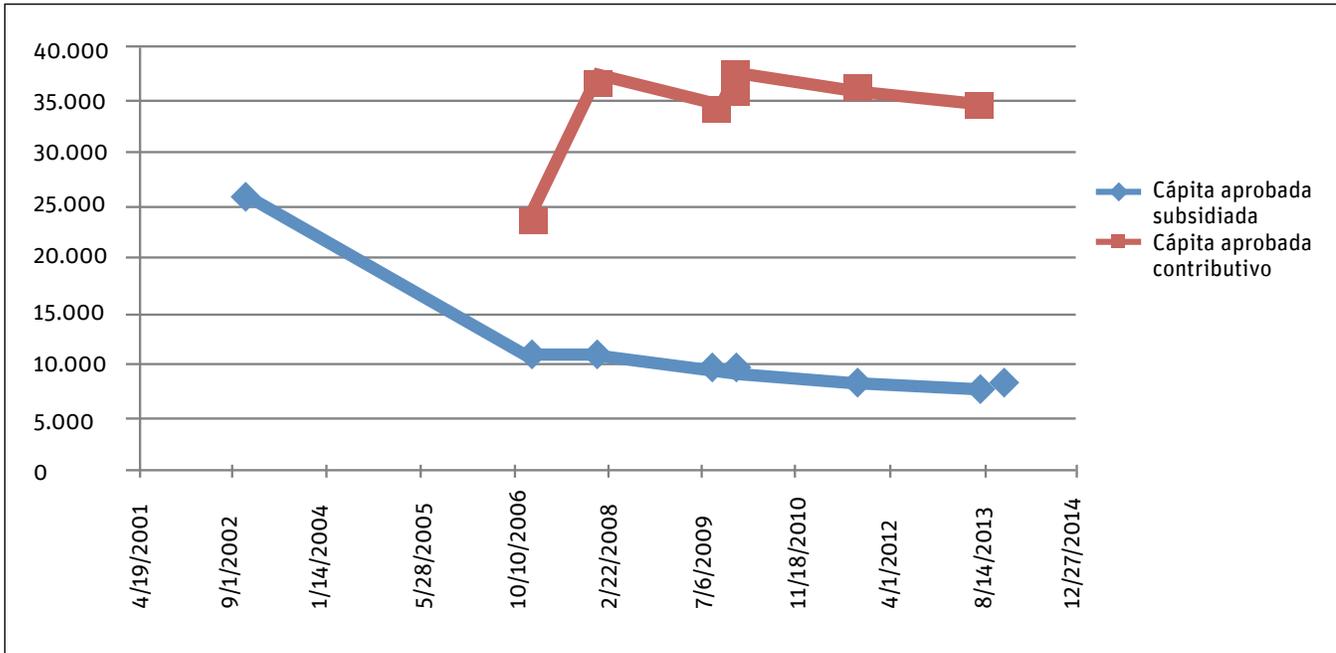
13. En pesos dominicanos corrientes la cápita anual actual del RC es de DOP \$10,031

14. A menos que se indique lo contrario los valores monetarios se presentan en dólares constantes del 2014 por paridad adquisitiva.

15. En pesos dominicanos corrientes la cápita anual actual del RS es de DOP \$2,414

16. Cálculo de los autores a partir del estudio "Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana. Informe Gasto Público en Salud 2011" Gráfica 15, sumando los recursos de los proveedores de atención ambulatoria y los de hospitales, divididos por la población afiliada al RS más los no afiliados.

## GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DE LA CÁPITA DE 2002 A 2013 EN DÓLARES CONSTANTES DE 2014 POR PARIDAD ADQUISITIVA.



Fuente: elaboración de los autores a partir de resoluciones 051-06 de 2002, 151-08 de 2007, 219-02, 227-01, y 227-02 de 2009, 279-02 de 2011 y 321-01 de 2013 (Consejo Nacional de Seguridad Social, 2013).

### 3.8 POSIBILIDAD DE ACCEDER A SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PDSS

El sistema de seguridad social en salud fue creado con la intención de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población. En cuanto a las enfermedades de alto costo, tal como hemos visto, establece techos de cobertura en términos monetarios, los cuales muchas veces no son suficientes para las personas que padecen de estas enfermedades. Ello ha generado una demanda de medicamentos y tecnologías, tanto para estas personas como para las no aseguradas. En lugar de responder a dicha demanda con una solución integral dentro del sistema, han surgido iniciativas no coordinadas que no toman en cuenta las prioridades nacionales. Independientemente de las buenas intenciones con que fueron creadas, tienen el riesgo de convertirse en

instrumentos de carácter clientelista.

Las principales iniciativas de este tipo son el programa de paciente protegido del Ministerio de Salud Pública, destinado a cubrir el acceso a tecnologías de alto costo para pacientes no asegurados y ciertos planes de medicamentos que son parte del Programa de Medicamentos Esenciales/Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL). El PROMESE/CAL se encarga de la negociación, compra y distribución de los medicamentos esenciales empleados por el sector público. Es importante tener en cuenta que dentro del listado dominicano de medicamentos esenciales se encuentran varios de alto costo. Ambos programas — los planes de medicamentos y el de paciente protegido — llegan a ser una cantidad importante de recursos \$79 millones de USD PPP (Paciente protegido \$76.5 millones + planes del PROMESE/CAL \$2.5 millones).

El programa de paciente protegido representa un

gasto muy importante, comparable al de todos los demás medicamentos que se compran en el sector público. Esto incluye a los pacientes no asegurados, los asegurados que no tienen cobertura de dichas tecnologías (es decir que, a pesar de tener una enfermedad cubierta, su medicamento no figura en la sección de medicamentos del PDSS) y los asegurados que llegaron al límite de su techo de cobertura (véase sección sobre cobertura financiera). Este programa maneja su propio catálogo que contiene 92 tecnologías de alto costo<sup>17</sup>.

No se identificó un proceso escrito para decidir a qué pacientes cubriría el programa. Tampoco se encontró el catálogo con las 92 tecnologías por lo que no es posible determinar qué proporción ya se encuentra en el PDSS. Si bien existen algunos criterios, como la condición socioeconómica y la urgencia, así como los requisitos que deben cumplirse (una carta de solicitud, una cotización del medicamento y una carta de la DIDA (Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social, n.d.-a), las solicitudes son analizadas y a los pacientes cuyas solicitudes les son aprobadas se les hace entrega directa del medicamento.

El programa de paciente protegido atiende anualmente a unos 9,000 pacientes de alto costo y su gasto es de \$76.5 millones (Dólares de 2014 por PPP)(DOP\$1,900 millones) (Ministerio de Salud pública, 2013). Esta es una cifra considerable, pues equivale al 93% del gasto total en los demás medicamentos del sector público<sup>18</sup>.

Además de ese programa se manejan 9 ventanillas del PROMESE CAL para padecimientos diferentes (por ejemplo, cuidados intensivos neonatales, apoyo a tratamiento de cáncer, glaucoma) por un costo total de \$2.5 millones (DOP \$62 millones). Estos planes o programas del PROMESE/CAL se presentan en el Anexo 3. Programas sociales.

Otra forma de acceder a los servicios excluidos es mediante seguros complementarios. Existe un

importante mercado de seguros complementarios que ofrecen coberturas adicionales al PDSS. Para 2010 los seguros voluntarios representaron el 9.2% del gasto nacional de salud, lo que es cuatro veces el gasto nacional en el régimen subsidiado y equivalente a un 42% del gasto en el régimen contributivo (Tristao, Rathe y Giedion, 2012).

En la República Dominicana no se ha recurrido a procesos judiciales para acceder a las tecnologías excluidas del plan. Pareciese que el programa de paciente protegido actúa como una válvula de escape a las presiones por financiación de tecnologías no incluidas y de alto costo. Dicho programa también canaliza una cantidad importante de recursos sin criterios claros y para la atención de condiciones que no son necesariamente las prioridades en salud.

17. Catorce de estas son compradas a través del sistema de compras conjuntas del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA). Las tecnologías suministradas son, por ejemplo: kits de hemodiálisis y albúmina humana para la insuficiencia renal, Aclasta® para la osteoporosis, Atempra® para la artritis reumatoide, Alimta® para cáncer de Pulmón, Votober® para Mieloma Múltiple, Efemera® para cáncer de Mama, Myfortic® en trasplantes. El costo de cada tratamiento oscila entre los \$4,027 (DOP\$100,000) y los \$201,363 (DOP\$5,000,000).

18. Específicamente de las compras públicas de medicamentos que se realiza a través de PROMESE/CAL quien es la entidad que compra de manera centralizado los medicamentos de los hospitales y farmacias públicas y que, además, abastece directamente de medicamentos algunos programas específicos, con medicamentos que no necesariamente se encuentran en el PDSS. Calculado a partir del valor de las compras mediante licitación de PROMESE/CAL para 2013, de US\$82 millones (PROMESE CAL, 2013).

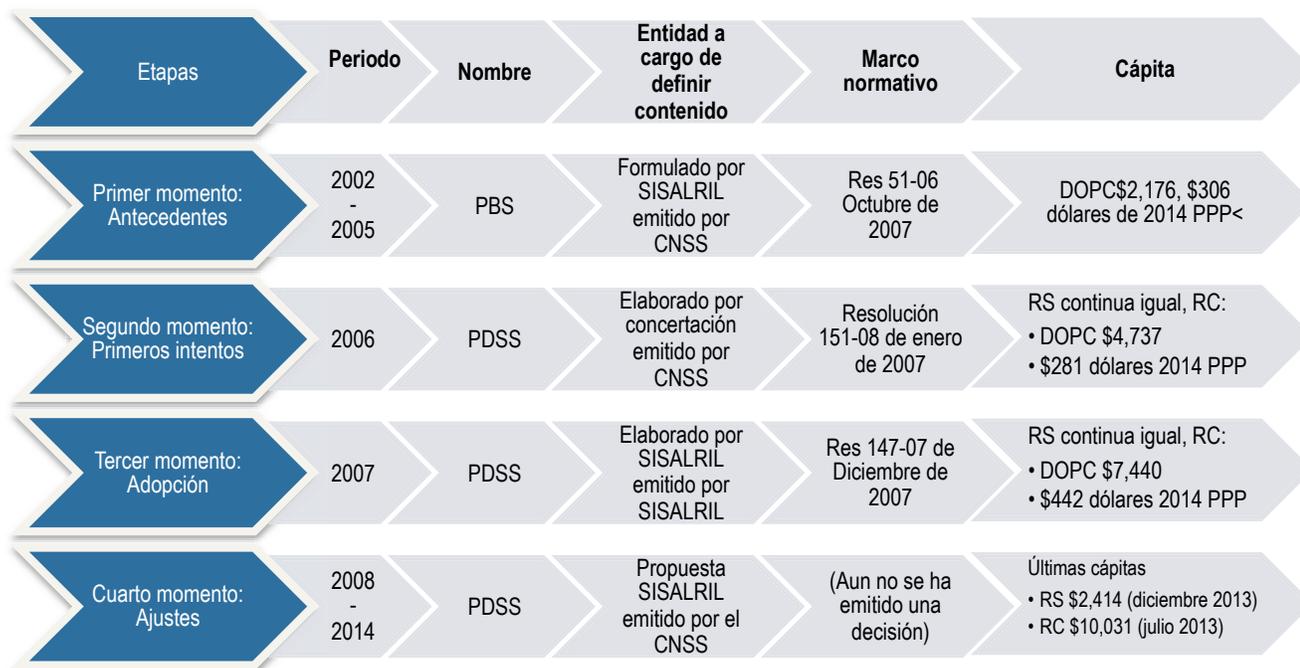


## ④ MÉTODOS DE PRIORIZACIÓN Y COSTEO

---

Esta sección describe la metodología empleada para la selección de las tecnologías incluidas en el plan de beneficios, y para su costeo, desde que se aprobó el Seguro Familiar de Salud y comenzó a operar parcialmente la reforma en el año 2002. Tal como se explicó previamente, el PBS se formuló y costeó en esa fecha, atravesando un largo proceso de deliberaciones hasta que entró formalmente en operación en el año 2007. Esta sección concluye con un análisis de la legitimidad que ha tenido el plan. En el gráfico 2 se presentan los cuatro momentos que afectaron a ambos regímenes, aunque principalmente al contributivo, desde la formulación del PBS, pasando por su implementación plena y los ajustes posteriores.

## GRÁFICO 2. LOS CUATROS MOMENTOS DE DISEÑO Y AJUSTE DEL PBS



Fuente: elaboración de los autores. Notas: DOPC: pesos dominicanos corrientes

## 4.1 MÉTODOS DE PRIORIZACIÓN

En esta sección se describen los métodos empleados para la priorización en cada uno de los momentos arriba descritos.

En lo que concierne a los métodos de priorización, puede decirse que previo al arranque de la reforma de salud se tuvieron tres momentos, en lo que concierne al régimen contributivo. El primero entre el año 2002 y el 2005 donde, a pesar de las limitaciones, se realizó un importante trabajo técnico para hacer una propuesta de un PBS. Sin embargo el plan de beneficios que resultó de este trabajo, denominado PBS, no fue aceptado por las ARS quienes lo consideraron poco explícito, demasiado vago (en sus propias palabras refiriéndose a que no se definían de manera específica los servicios cubiertos) para definir los servicios a ser provistos en el contexto del seguro familiar de salud. Esto llevó a que, en el 2006, se definiera un nuevo PBS mediante un proceso de concertación que llevó a configurar un paquete que se llamó PDSS. A pesar de este proceso de concertación, este PDSS inicial tampoco fue aceptado. Luego de la modificación de la ley 87/01 que permitió

temporalmente a la SISALRIL definir el paquete, esta propuso en el 2007 uno nuevo, con el que finalmente se inició el sistema en septiembre de ese año. Con posterioridad a esa fecha y después del arranque del sistema, se inició un cuarto momento correspondiente a los ajustes realizados al contenido y al costo del PBS a partir del 2008.

**Primer momento:** el PBS (2002-2005). Una vez creado el sistema de seguridad social en salud e instaurada la SISALRIL, pero antes de que empezara a implementarse el PBS, se conformó un equipo que realizaría la primera recomendación de PBS al CNSS para su aprobación. El trabajo se realizó en dos etapas: 1) discusión metodológica a partir de la revisión de estudios nacionales y referentes internacionales, y 2) reuniones con actores relevantes del sector para discutir con ellos acciones y recopilar información (Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, 2014).

El método para la priorización se encuentra descrito en el documento “La Definición del Plan Básico de Salud para la República Dominicana. Aspectos Metodológicos, Contenidos y Valor”. De ahí se desprende que se establecieron unos criterios de conformación del PBS que son descritos en el Cuadro 2.

### CUADRO 2. CRITERIOS PARA LA CONFORMACIÓN DEL PBS

- “El contenido del PBS debe ajustarse a las condiciones de viabilidad y sostenibilidad técnica, política y económica del país.
- Se debe buscar complementariedad e integralidad en los contenidos, propendiendo por el consenso entre todos los actores involucrados. En su formulación se deben considerar las principales causas de enfermar y morir en el país y los grupos de población más vulnerables o afectados por ellas.
- Los servicios incluidos deben ser altamente rentables y deben estar disponibles para todos los afiliados. En algunos casos y buscando la protección financiera de los usuarios, se podrían incluir tratamientos que no son rentables pero que su no inclusión podría poner en peligro la estabilidad financiera de las familias.
- En su valoración se pueden establecer tarifas medias de mercado, costos promedio en las condiciones actuales, o costos marginales en condiciones de producción eficiente.
- La cantidad de servicios incluidos debe corresponder a la disponibilidad de recursos financieros en el sistema y debe ser igual para todos los afiliados en los distintos regímenes.
- Los criterios utilizados para su conformación dependerán de la disponibilidad de información, el tiempo disponible y la voluntad para hacerlo” (Morales L 2002 en Álvaro López 2002).

En este método se establecen 5 pasos para la construcción del PBS: 1) Establecer el catálogo de actividades, intervenciones o procedimientos, 2) Estimar la cobertura o demanda esperada, 3) determinar tarifas (precios unitarios) y los costos totales a partir de las tarifas y de demanda esperada (frecuencias de uso esperadas), 4) estimar los recursos disponibles, y 5) comparar los recursos necesarios con los disponibles y, de ser necesario, ajustar los contenidos y valores del PBS. En la metodología se establecen unos criterios para hacer el ajuste de los contenidos a los recursos disponibles, los cuales se presentan en el cuadro 3. Los cuales, como se verá más adelante, no fueron aplicados en los subsiguientes ajustes del plan.

Los criterios para definir el contenido del PBS descritos anteriormente, aunque muy válidos en términos de intención, fueron muy difíciles de aplicar en la práctica debido a la escasez de información relevante.

En la metodología la definición del contenido del plan se organiza en **tres grandes categorías** de servicios: 1) Servicios de Promoción y Prevención orientados a los individuos y las familias; 2) Atención integral de la enfermedad general, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación; y 3) Atenciones de alto costo y de máximo nivel de complejidad.

Para establecer los servicios de la **primera categoría**

se partió del trabajo de Cowley en 1997 donde se habían identificado 14 intervenciones altamente costo efectivas y con gran impacto en la morbilidad (Cowley 1997 en López Villa, 2002), la cual estaba basada en los estudios de prioridades en control de enfermedades del Banco Mundial (1993). Es preciso señalar que este estudio tenía también sus limitaciones, por la falta de información y por basarse en frecuencias de uso y costos de otros países. A las intervenciones seleccionadas por Cowley se suma la prevención de la fiebre reumática por la alta carga de enfermedad que generaba esta patología en el país, así como la prevención de la diabetes por su alta incidencia en la población dominicana. En los anexos se presenta la tabla de relación de fuentes del estudio.

Para los servicios de la **segunda categoría**, Atención integral de la enfermedad general, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación, no es claro cómo se escogieron los servicios pero pareciese que la selección se realizó con base en los servicios que tenían mayores frecuencias de uso. Según se indica en el estudio de referencia, las frecuencias de uso esperadas se estimaron a partir de las observadas en el Seguro de Maestros (SEMMA) para el cual se contaba con información de 17 años de funcionamiento. No obstante, no se puede constatar la calidad de dichos datos. La mayoría de los costos también se basaron en las tarifas pagadas por el SEMMA. Los costos que no fueron tomados del SEMMA, como así también los de

### CUADRO 3. CRITERIOS PARA AJUSTAR LOS CONTENIDOS DEL PBS A LOS RECURSOS DISPONIBLES

- “Determinar para cada una de las actividades su eficacia para promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar y curar la enfermedad, al igual que rehabilitar sus secuelas.
- Determinar para cada una de las actividades, la prioridad que tenga dentro de las políticas sanitarias del país.
- Ponderar los criterios que se han utilizado para priorizar los contenidos del PBS, esto es, determinar cuál de ellos es el más importante y así sucesivamente.
- Ajustar los contenidos del paquete de acuerdo a los criterios de priorización aplicados, al valor estimado del per cápita por afiliado que será reconocido por el Sistema a cada ARS/SNS”.

Fuente: Tomado del estudio de (López Villa, 2002)

odontología, se tomaron de los precios del mercado. Este seguro tenía una amplia cobertura, aunque no cubría procedimientos de muy alta complejidad como cirugías cardíacas, trasplantes o problemas congénitos.

Una de las justificaciones para utilizar estos datos, además de ser la única fuente disponible en ese tiempo, fue que la población del SEMMA tuviera una distribución demográfica comparable a la población general (porque adicionalmente al cotizante cubría también a su familia). Además el SEMMA resultaba muy interesante porque funcionaba con base en un valor per cápita que recibía por cada afiliado y, a su vez, realizaba contratos de capitación con sus proveedores. En aquel momento, el SEMMA gozaba de una alta satisfacción por parte de los usuarios y aceptación por parte de los diferentes sectores sociales, entre ellos los médicos. Adicional a los servicios del SEMMA se incluyeron otros servicios que habían sido identificados a partir de otras fuentes de información como el estudio de Cowley, el estudio de Clara Gámiz y las frecuencias de uso del IDSS del 2001. Los servicios incluidos a partir de estas fuentes fueron servicios como salud bucal, servicios de rehabilitación y medicamentos ambulatorios (López Villa, 2002).

Para los servicios de atenciones de **alto costo y de máximo nivel de complejidad** tampoco es clara la fuente que fue empleada, pero en general se observa que se incluyeron los servicios de alto costo que, para la época, eran más frecuentemente mencionados y abordados en las discusiones académicas y políticas. Por ejemplo, coinciden con los procedimientos del alto costo incluidos en el sistema de salud colombiano en el año 1995 (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1995). Aparentemente, debido a la falta de información adecuada, se optó provisionalmente por utilizar la experiencia de otros países.

Con las fuentes de información mencionadas el equipo técnico propuso varios escenarios y versiones del trabajo, hasta que se logró un acuerdo alrededor de la versión 1.4, que fue adoptada mediante acuerdo del CNSS y rigió, legalmente, para el régimen subsidiado que ya estaba en funcionamiento.

**Segundo momento: propuesta de PDSS.** Con el PBS la reforma no había podido implementarse en el régimen contributivo pues, a juicio de las ARS, el PBS era demasiado difuso, no quedaba claro qué estaba incluido y qué excluido, y por lo tanto el riesgo financiero era inadmisibles para las ARS. Por ejemplo, en el PBS aparecen todas las actividades quirúrgicas englobadas en cirugía general, sin discriminarse los distintos costos y frecuencias de los muy diversos tipos de cirugías. Así que se hacía necesario definir nuevamente el plan de beneficios, de una manera más taxativa, para que el régimen contributivo pudiese arrancar. No obstante, no se hicieron los estudios que pudieran sustentar una nueva propuesta, sino que se realizó un proceso de concertación y en octubre de 2007 se formuló un nuevo plan de beneficios que se llamó Plan de Servicios de Salud (PDSS). Este proceso no contó con una metodología predefinida y tampoco fue documentado. Sin embargo, luego de que fuese adoptado por el CNSS, algunos actores manifestaron que la cápita del mismo no bastaba para cubrir el costo del plan, por lo que tampoco fue aceptado.

**Tercer momento: PDSS aceptado.** Ante esta difícil situación se resolvió darle facultades extraordinarias a la SISALRIL para definir por una única vez el plan de beneficios, lo cual fue expedido en diciembre de 2007. En comparación al PDSS anterior, en este plan se incluyeron todos los servicios odontológicos contemplados en el PBS. Se aumentó la cobertura financiera en hospitalización y en la atención del alto costo. Se aumentó el número de condiciones de alto costo cubiertas, se incluyó: hemodiálisis, diálisis peritoneal, gran quemado y politraumatismo. Además se definieron tarifas mínimas para los honorarios profesionales. La metodología para la elaboración de este PDSS tampoco se encontró documentada, aspecto que se evidencia a todo lo largo de la revisión del proceso.

**Cuarto momento ajustes al PDSS.** Luego de que arrancó el sistema se han realizado cuatro ajustes al PDSS. Tres de ellos fueron realizados por la misma SISALRIL, a pesar de que las facultades transitorias para la definición del PDSS habían perimido, ya que sólo estaban vigentes por un año. El último de los ajustes realizados, que define el plan vigente, fue

realizado por el CNSS en diciembre de 2009 (Pérez Espinosa, Ramírez Slaibe y Martínez Martiñón, 2010). Desde ese ajuste a la fecha no se han realizado actualizaciones al plan a pesar de que la ley establece que los ajustes deben realizarse cada 12 meses. Es importante señalar que la metodología usada para hacer los ajustes de cobertura y costo no se encuentra publicada ni ha sido posible para los autores tener acceso a la misma. En las normas se menciona que

las inclusiones se hacen de acuerdo a la gradualidad definida en el acuerdo para destrabar el inicio del RC. En la Tabla 2 se presentan los ajustes al PDSS realizados hasta la fecha. Donde se observa que al igual que otros países como México o Colombia, los ajustes del plan no han obedecido al logro progresivo de metas sino más bien a situaciones coyunturales, donde el principal objetivo ha sido lograr la aceptación del plan por parte de los actores.

**TABLA 2. AJUSTES AL PDSS REALIZADOS HASTA LA FECHA**

Norma	Ajuste cobertura	Ajuste cápita
Enero 2008, Resolución 149-08 de la SISALRIL	Se modifica el periodo de carencia para gozar de la cobertura de alto costo. Aumento cobertura hospitalización *Antes 80% hasta \$71 ( DOP \$1,800) *Ahora 100% hasta \$48 (DOP \$1,200) y 90% del exceso hasta \$71 (DOP \$1,800) Reducción copago en odontología *Antes 50% *Ahora 20%	Sin ajuste
Julio 2008 Resolución 155-08 de la SISALRIL	Inclusión 62 procedimientos para el tratamiento cardiopatías congénitas Inclusión 28 procedimientos para el tratamiento cardiopatías adquiridas.	Sin ajuste
Diciembre 2009 Resolución 227-02 del CNSS	Aumento cobertura alto costo a \$49,667 (DOP\$1,000,000) Introducción de una cobertura por \$3,570 (DOP\$90,000) para medicamentos oncológicos coadyuvantes. Inclusión 327 medicamentos. Reducción copago quirúrgico del 15% al 10% Reducción copago hemoterapia en un 10% Eliminación copago en atención del nacimiento del recién nacido y atención del parto normal	RC incremento en \$15 (DOP \$360) anuales. RS sin ajuste
Propuesta Julio 2013	Inclusión de 3,708 servicios, medicamentos y procedimientos, incluido Gama-Knife, técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, medicamentos oncológicos, y medicamentos para el tratamiento del SIDA: *2,669 procedimiento quirúrgicos *329 pruebas de laboratorio *447 servicios de apoyo diagnóstico *73 servicios de radioterapia *4 procedimientos de trasplante * Consulta domiciliaria general y especializada	RC incremento en \$202 (DOP \$5,016)

Fuente: Elaboración de los autores

A finales del 2013 hubo una controversia que incluso llegó a los medios de comunicación porque se consideró inapropiada una propuesta de ajuste del PDSS realizada por la SISALRIL (Cabrerá, 2013) (Bolívar Díaz, 2013). Para afrontar esta situación, el CNSS está realizando acciones para fortalecerse técnicamente en la definición de planes de beneficio, por ejemplo, ha realizado un convenio con la OPS (Pantaleón, 2014b) (“Acuerdo de cooperación técnica entre el CNSS y la OPS/OMS”, 2013). Además el MSP ha anunciado que está contando con el CNSS para la actualización del PDSS de acuerdo al perfil epidemiológico del país, con la revisión del cuadro básico de medicamentos y la definición de 500 protocolos de atención (Pantaleón, 2014a).

Se observa cómo la definición del PBS ha sido un proceso difícil, que inició con un ejercicio técnico, que fue desechado para intentar un ejercicio de concertación política, y que esto tampoco bastó para que se aceptara el PDSS. Por eso se requirieron facultades extraordinarias para que, desde un espacio no político, la SISALRIL estableciera el PDSS. Esta decisión permitió formular un PDSS que aceptaron las ARS y permitió poner en funcionamiento el sistema, pero al no ser concertado ni documentado tuvo un costo en legitimidad.

Aún no se dispone de una metodología pública y aceptada para la actualización del PDSS, lo que puede explicar la falta de actualización del PDSS y la no aceptación de la última propuesta de la SISALRIL. Es necesario establecer de manera concertada entre las instituciones del sistema una metodología que permita actualizar de manera periódica y legítima el PDSS.

## 4.2 COSTEO DEL PBS

Los momentos de priorización descritos en la sección anterior, estuvieron acompañados de sus respectivos costeos, de manera que se realizaron tres ejercicios de costeo distintos: uno para la implementación del PBS en el año 2003 y otros dos para el PDSS en los años 2006 y 2007. El costeo del PBS en el 2003 es el que mejor documentado se encuentra y estuvo basado en los estudios previos realizados por varios consultores. Los costeos del 2006 y 2007 no se

encontraron documentados, aunque se levantaron algunos rasgos generales en las entrevistas (el tema de financiamiento se trata en la siguiente sección).

El **primer costeo** para la entrada en funcionamiento del PBS en el régimen subsidiado fue elaborado por un equipo de la SISALRIL entre 2002 y 2003, con el apoyo de un equipo de consultores colombianos donde participaron Álvaro López y Nelsy Paredes. Los métodos empleados se encuentran descritos en el Instructivo del PBS (Defilló M, 2004). En este instructivo se incluye además un ejercicio para ilustrar la forma en que se ha elaborado el costeo y se incluye la nota técnica elaborada con frecuencias de uso y costo para cada uno de los subgrupos (la descripción de qué es un subgrupo se presenta más adelante en la subsección cobertura médica).

El método para el cálculo del costo del PBS se basó en un conjunto de variables e indicadores socioeconómicos en el cual se estiman dos tipos de costos: el costo per cápita del PBS por servicios, el cual se obtiene de multiplicar la frecuencia de uso de cada uno de los servicios por su correspondiente tarifa de referencia; y el costo per cápita total resulta de sumar los costos de cada uno de los servicios incluidos en el plan. El costo total del PBS por todos los afiliados es el resultado de multiplicar el número de afiliados por el costo per cápita.

La frecuencia de uso se define como el número de veces que una persona demandará los beneficios contenidos en el plan. Este indicador se calcula como la relación entre la demanda de los servicios registrada en un periodo de tiempo y la población total de ese mismo periodo. Estos fueron obtenidos principalmente del Seguro Médico para Maestros (SEMMA) (se presenta en el Anexo 6), dado que gracias a ser una entidad pública el equipo pudo lograr su colaboración. Cuando el SEMMA no contaba con información se emplearon datos internacionales.

Debe tenerse en cuenta que esta aproximación tiene muchas limitaciones, pues no reconoce que existen varios ángulos de la demanda que deben ser tenidos en cuenta: necesidad médica, necesidad percibida, necesidad expresada y estimación de la

utilización de los servicios. También debe tenerse en cuenta que, además de hacerse la estimación actual de estos ángulos de la demanda, debe estimarse su comportamiento en el tiempo para predecir su estado futuro. Por ejemplo puede haber una situación con una tendencia creciente por un aumento progresivo de la demanda, esto sucede cuando la población empieza a reconocer la necesidad de un servicio que no conocía antes, como la atención de partos por parte del personal de salud (Bitrán, 2012).

La tarifa de referencia se estimó como los precios de mercado, también tomados principalmente del SEMMA. Cada uno de los servicios fue indexado para mantener sus valores actualizados en términos reales para el cálculo del costo del plan. Se emplearon varios índices para este fin, como: tasa de cambio, índice de precios al consumidor, índice de precios al consumidor específico de servicios de salud, e índice de precios al consumidor específico de medicamentos. Cada servicio es indexado mediante el indicador que lo impacte de manera más directa. La estimación del costo del plan a partir de tarifas o precios tiene limitaciones y puede introducir distorsiones, pues el precio no siempre refleja el costo de las prestaciones; por ejemplo, el precio puede no reflejar adecuadamente costos ocultos como la depreciación (Bitrán, 2012).

Se realizaron varias versiones del costeo, que correspondían a actualizaciones y ajustes del mismo. El PBS Versión 1.4, con un costo anual de DOP \$2,176 de 2002 equivalente a \$306 dólares de 2014 PPP, fue adoptado sin modificaciones por el CNSS en el año 2002 (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 2014), pero solo aplicó para el régimen subsidiado que era el único en funcionamiento.

El **segundo costeo**. En el 2006 —en la fase preparatoria para la entrada en funcionamiento del régimen contributivo— las ARS manifestaron su diferencia con el costo calculado del PBS en los temas de nivel de desagregación de los servicios, las frecuencias de uso y en los costos unitarios. Por estas divergencias se abandonó el trabajo de definición

del plan y costeo realizado hasta el momento, y se realizó un nuevo proceso de concertación con múltiples sesiones de trabajo técnico y negociación, donde se discutían las frecuencias de uso y los precios unitarios a usar, a partir de diferentes fuentes nacionales e internacionales que aportaban cada uno de los actores.<sup>21</sup> Como resultado de este proceso, en diciembre de 2006, se definió un nuevo plan de beneficios con un nuevo nombre el Plan de Servicios de Salud (PDSS), el cual fue nuevamente costeado. El valor per cápita anual de este para el RC se fijó en DOP \$4,737 (2006) (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 2007) equivalente a \$281 dólares de 2014 PPP. Nótese que, si bien en términos nominales constituía un aumento frente al valor del costeo anterior, en términos reales, esto implicó una disminución. El RS continuó con los DOP\$2,176 que para ese momento habían perdido valor real y equivalían a \$129 dólares de 2014 PPP. En la resolución del CNSS se aclara que la cápita del RS se complementarían con los aportes del estado a la red pública (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 2007).

El **tercer costeo**. Sin embargo, luego de este acuerdo surgieron dudas sobre la suficiencia de la cápita para prestar los servicios, tal como lo expresa la Ley 188-07 en sus considerandos: “Que en fecha 19 de diciembre del 2006, los diferentes sectores que intervienen en el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) pactaron un nuevo PDSS al cual se le asignó una cápita mensual, que al pasar de los meses y en ocasión de haber sido revisada por las partes, han surgido desacuerdos entre las partes en cuanto a la suficiencia financiera de esa cápita” (Congreso Nacional de la República Dominicana, 2007) por lo que esta ley le dio facultades especiales a la SISALRIL para que, durante un año, emita el PDSS y su costo. De tal forma que la SISALRIL definió nuevamente el PDSS, ampliando algunas coberturas y adoptando unas tarifas profesionales mínimas. Sobre este proceso de costeo no se encontraron documentados más detalles. El costo del PDSS v2 se fijó en DOP \$7,440 equivalente a \$442 dólares de 2014 PPP, y fue el valor asignado para la cápita

21. (Cañón, 2014)

en el RC mientras que el RS siguió operando con el costo inicial (Superintendencia de Salud y Riesgos laborales, 2007b).

#### **Cuarto momento: el costeo de los ajustes al PDSS.**

No se conocen los documentos técnicos de los tres ajustes realizados al plan de beneficios presentados en la tabla 2, por lo que no es posible afirmar nada con respecto al método de costeo empleado para los ajustes. Llama la atención que los dos primeros ajustes que implicaron ampliaciones del PDSS estuvieron acompañados por ajustes en el valor de la cápita. Y que en el último ajuste que afectaba a ambos regímenes solo se ajustó la cápita del RC. En la última propuesta de la SISALRIL sí se presentaba el método de costeo basado en un ajuste al costo observado en Colombia para los servicios que se proponía incluir.

Al igual que la definición de la canasta, el primer costeo de la misma, a pesar de sus limitaciones, fue un proceso técnico. Sin embargo no fue aceptado por los actores y se requirió una reformulación de la estructura de PBS (que pasó a llamarse a PDSS) y su costo. Este segundo costeo se realizó como un proceso de concertación política, sin una metodología *ex ante* ni con un procedimiento documentado. Este proceso de concertación tampoco logró que las ARS aceptaran el resultado y fue necesario dar a la SISALRIL facultades para definir el PDSS y su costo, y así se logró el inicio del sistema. La ausencia de una metodología explícita, públicamente conocida y aceptada por las partes seguramente está relacionada con la falta de actualización del plan.

En general los trabajos de costeo no se hicieron dentro de la institucionalidad dominicana sino con consultores externos, un fenómeno observado en muchos países, si bien para la última propuesta de ajuste el cálculo fue local con datos foráneos (véase caso Perú en libro planes de beneficios (Giedion, Tristao y Bitrán, 2014)). Pero más importante aún es el hecho de que en el país no se ha producido ni analizado la información básica que permitiría realizar este trabajo con datos de utilización y costos locales. La información existe en el sistema, pero no se produce de forma sistemática, no se publica ni se utiliza para sustentar la toma de decisiones.

## 4.3 LEGITIMIDAD

La legitimidad del plan de beneficios puede analizarse en los mismos cuatro momentos que se vieron arriba para la priorización y el costeo.

**Primer momento.** Desde la discusión para la formulación de la Ley hasta la adopción del PBS v1.4. Durante la discusión de la Ley existió un amplio debate social mediante la figura de las vistas públicas. Bajo esta figura se difunden los textos de los proyectos de Ley que están en discusión y se realizan exposiciones de los mismos en todo el país, para recibir la retroalimentación de la población. Durante estas vistas hubo una amplia participación social en todas las regiones del país. Un 12% de la ciudadanía ya se encontraba familiarizada con el concepto de paquete por la amplia penetración del aseguramiento privado (Báez Amorós y otros, 2001), por lo que para esta fue fácil aceptar un paquete que cubriera un poco más que los seguros del mercado privado. Además resultaba atractiva la idea de poder escoger el seguro, pues antes lo hacía el empleador, y de contar con una más amplia red de prestadores. Pero el factor más atrayente fue que con el Seguro Familiar de Salud se eliminaban las exclusiones y preexistencias.

**Segundo momento.** A pesar de que se buscó definir y costear el PBS de manera técnica, el PBS V1.4 adoptado por el CNSS en 2002 no fue aceptado por las ARS. Estas no estuvieron de acuerdo con las frecuencias de uso, las tarifas estimadas y el nivel de detalle del PBS. Por lo que para poder iniciar el funcionamiento del régimen contributivo se intentó realizar un trabajo de concertación que condujo a un nuevo plan de beneficios, el PDSS, adoptado por el CNSS. Sin embargo para algunas partes este acuerdo no fue satisfactorio y no se logró que arrancara el régimen contributivo.

**Tercer momento.** Ante la imposibilidad de iniciar el funcionamiento del régimen contributivo se promulgó la Ley 188/07 que le dio facultades extraordinarias a la SISALRIL para poder definir durante un año el PDSS y su costo. La SISALRIL definió así un nuevo PDSS y su cápita. Este nuevo PDSS fue aceptado por las ARS y por el Colegio Médico, y pudo ponerse

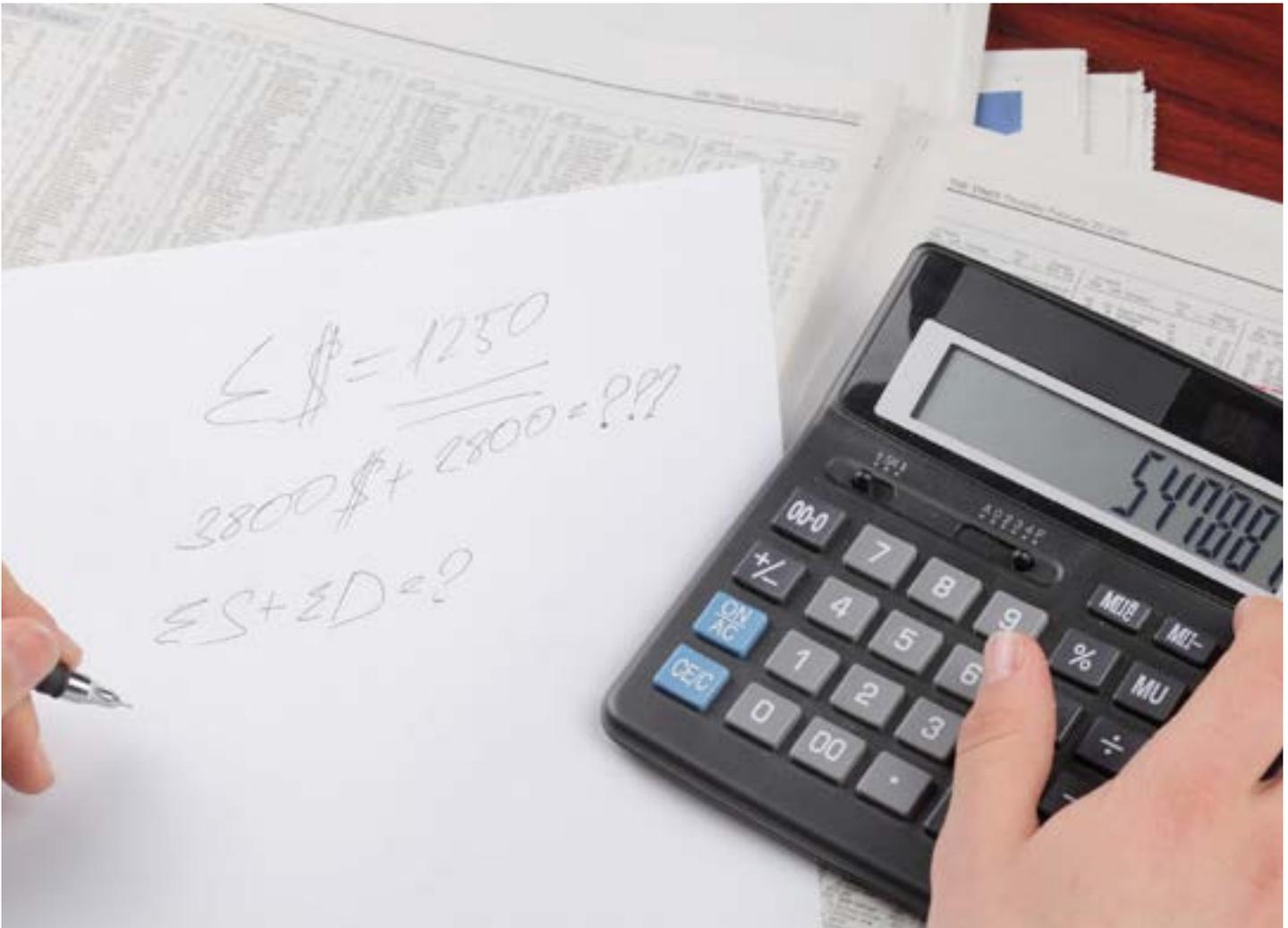
en marcha el régimen contributivo. Sin embargo las anteriores directivas de la SISALRIL y otros sectores del gobierno interpretaron que las ARS estaban modificando la ley a su acomodo. Uno de los entrevistados del gobierno afirmó que: “se violó la ley para acomodar ese plan básico de salud a las ARS privadas”<sup>22</sup>. A pesar de esto la mayoría de la población (68%) consideran que el SDSS es bueno o muy bueno (Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social, 2010).

**Cuarto momento: legitimidad de los ajustes.** Al parecer, sobre los tres primeros ajustes realizados al PDSS, no se tuvo una mayor discusión, a pesar de que en dos de ellos se realizaban ampliaciones del plan sin ajustar la cápita. Sin embargo, la última propuesta de ajuste tuvo serios problemas de legitimidad, la controversia se ha centrado en el importante incremento de la cápita que propuso la SISALRIL con el ajuste (Bolívar Díaz, 2013). Esta situación evidencia la importancia de acordar, previamente, un método de priorización y costeo.

La discusión de la ley seguridad social que introduce la reforma de salud incluido el PBS gozó de un buen respaldo por parte de la ciudadanía en general. Luego, el diseño y costeo del PBS fue un trabajo técnico sin objeciones. Sin embargo, las condiciones así creadas no resultaron lo suficientemente atractivas para que las igualas y otras empresas se convirtieran en ARS y empezaran a funcionar bajo el modelo de la competencia regulada, con un paquete básico de servicios. Se requirió entonces concertar con las ARS un nuevo plan de beneficios del PDSS, con diferente nivel de detalle, frecuencias de uso y costos unitarios. Pero esto tampoco fue suficiente para que el plan fuera aceptado. Así que mediante una ley se le dio facultades a un organismo no político la SISALRIL para que definiera el plan. Así se logró que las ARS privadas entraran a funcionar. Para algunos esto fue un éxito porque permitió dar inicio al régimen contributivo, No obstante, para otros el gobierno cedió más de lo debido con las ARS.

---

22. Entrevista personal a funcionario realizada por Magdalena Rathe y Oscar Cañón, en noviembre de 2013.



## ⑤ FINANCIAMIENTO Y ARREGLOS INSTITUCIONALES DE ASEGURAMIENTO Y PROVISIÓN

---

En esta sección se expone la forma en que se financia el valor por cada afiliado (per cápita) para que las ARS puedan garantizar la prestación del PDSS.

Primero se exponen las fuentes de recursos, luego la relación entre las fuentes de recursos y el valor total de los valores per cápita y por último la forma en que esos recursos llegan a los prestadores de servicios de salud, es decir, la forma en que las ARS compran la prestación del PBS a los prestadores de servicios de salud.

## 5.1 FINANCIAMIENTO DEL PBS

Uno de los factores diferenciales del Sistema de Salud Dominicano, frente a otros sistemas de salud de la región, es la figura de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) quien tiene la responsabilidad de recaudar y distribuir los recursos del sistema. Según ha sido estipulado en la Ley de seguridad social esta función la realiza mediante un contrato de concesión con la empresa UNIPAGO S.A., que es una sociedad constituida por las ARS y las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). De esta manera la TSS y UNIPAGO S.A. realizan la afiliación, la facturación, el cobro, la distribución y el pago de los recursos del sistema.

La cotización por cada trabajador es de 10% de su salario, de la cual el 7% lo aporta el empleador y 3% el empleado. El monto mínimo sobre el cual se debe cotizar es de un salario mínimo y el monto máximo es de 10 salarios mínimos (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia social, 2001). Además de los recursos de la cotización existen los recursos de los copagos, que en el caso dominicano son una fuente importante de recursos, a pesar de que no se cuenta con estimaciones precisas, los copagos podrían estar financiando alrededor del 30% del sistema. Como se expuso en la sección 5.4, este es el valor de copago para la mayoría de servicios.

El financiamiento del régimen subsidiado proviene del gobierno, a partir de impuestos generales. Estos fondos son depositados en la TSS quien a su vez, los transfiere al SENASA, cuyo valor per cápita es inferior al que reciben las ARS en el régimen

contributivo. Sin embargo, adicional a este recurso de subsidio a la demanda, los prestadores del RS, que en su gran mayoría son prestadores públicos, continúan recibiendo importantes recursos de oferta o presupuesto histórico. Este presupuesto histórico está principalmente dirigido a recursos humanos, insumos y suministros (Consejo Nacional de Seguridad Social, 2003). Si bien no se cuenta con cálculos oficiales a partir de una estimación gruesa se puede calcular que el valor total per cápita del RS sería de US\$265 (DOP\$6,161)<sup>23</sup>.

## 5.2 EQUILIBRIO FINANCIERO MACROECONÓMICO DEL SISTEMA DE SALUD

Hasta ahora el sistema ha logrado mantener su equilibrio macroeconómico y los recursos recaudados han aumentado año a año en correspondencia con el incremento en la afiliación, con cierto nivel de excedentes en los recursos en el RS, según se desprende de los datos del informe estadístico de la TSS (ver tabla) (Tesorería de la Seguridad Social, 2013).

El equilibrio macroeconómico en el régimen contributivo depende principalmente del número de beneficiarios por afiliado cotizante y el monto promedio del salario sobre el cual se cotiza. Para el régimen contributivo no se encontró información del balance financiero para todo el período de implementación del mismo. Sin embargo, se cuenta con información de satisfacción de las ARS con los giros de los recursos. Ello representa la salud financiera del sistema, pues el retraso de dichos giros es uno de los primeros síntomas de problemas de equilibrio financiero. En efecto, 19 de 21 instituciones consultadas sobre el particular, opinaron que los fondos se transfieren a tiempo (Tesorería de la Seguridad Social, 2013).

A pesar de que el sistema de salud ha mantenido su equilibrio macrofinanciero, ha existido una constante preocupación porque la evasión y elusión pueden amenazar la sostenibilidad del sistema (Asociación

Dominicana de Administradoras de Riesgos en Salud, 2014). Esto se ha manifestado desde el año 2007 cuando se pone en funcionamiento el régimen contributivo (Hoy digital, 2006), recientemente (Noviembre de 2013) el gerente del CNSS lo expresó en los siguientes términos: “La elusión y la evasión en la seguridad social es alta, porque evade el sector privado y evaden los ayuntamientos, y se hace muy difícil identificar a los que eluden en la seguridad social”... “Si la elusión no se combate, es imposible sostener la seguridad social”(El caribe, 2013).

## 5.3 COMPRA DE SERVICIOS DEL PLAN

Los mecanismos de compra de servicios dependen del régimen del sistema. En el RS existe una situación de tipo monopsonio, pues el SENASA es el único comprador de servicios de salud. Esta compra de servicios se realiza mediante capitación y en ocasiones se paga por evento. En algunas regiones, primero con el apoyo del BM y luego del BID, se ha introducido para el RS un sistema de pago por resultados, particularmente a las Unidades de Atención Primaria, que reciben dos pagos; uno fijo, per cápita, y otro variable, que depende del nivel de cumplimiento de unas metas predefinidas.

La integración vertical entre las ARS y los proveedores está prohibida explícitamente en la ley de seguridad social, exceptuando el caso del SEMMA

y del IDSS. No obstante, existe una resolución confusa, que permite tales vínculos a las prestadoras que estaban vinculadas a ARS existentes antes del 2007 (Superintendencia de Salud y Riesgos laborales, 2007d). Como la ley permite que los usuarios accedan directamente a algunos servicios, las ARS tienen que pagar esos servicios mediante el mecanismo de pago por evento. Algunas ARS, como las ARS SEMMA, basan la compra de sus servicios en mecanismos de capitación, y compran por evento cuando sus afiliados reciben servicios en la red privada.

La relevancia del PBS en el sistema de salud puede

### CUADRO 4. BALANCE ACUMULADO DEL RS HASTA EL PRIMER TRIMESTRE DE 2013

Concepto	Histórico pagado (DOP)	(USD)
Aportes recibidos del estado dominicano	\$ 22,215,953,837	\$894,695,169
Efectivo percibido por rendimiento en inversiones	\$ 164,826,700	\$6,638,007
Total ingresos	\$ 22,380,780,537	\$901,333,176
Pagos al seguro nacional de salud (SENASA)	\$ 21,828,623,949	\$879,096,371
Recursos disponibles	\$ 552,156,589	\$22,236,805

Fuente: (Tesorería de la Seguridad Social, 2013)



## ⑥ RELEVANCIA DEL PBS EN EL SISTEMA DE SALUD

---

observarse en su participación en el presupuesto, el porcentaje de servicios que son prestados en el desarrollo del PBS y el porcentaje de la población que es beneficiaria del plan. A continuación se tratan cada uno de esos temas.

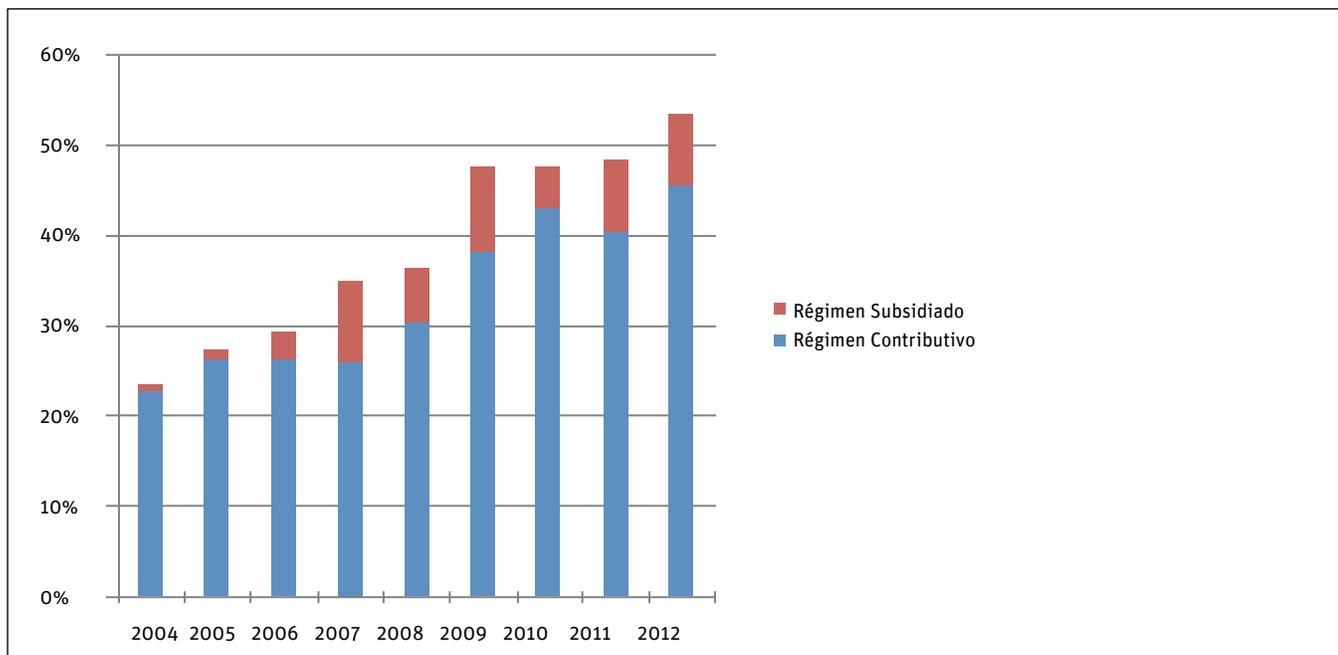
## 6.1 PARTICIPACIÓN EN EL PRESUPUESTO Y NÚMERO DE SERVICIOS PRESTADOS

A partir de la información de las cuentas nacionales de salud es posible estimar la participación del PBS en el direccionamiento del gasto público, dado que es factible observar el gasto público y el gasto en los dos regímenes (Rathe y Guzmán, 2012). Al realizar la estimación de

esta manera se encuentra que la participación del PBS en el gasto público para el 2012 es del 58%. En el gráfico 3 se observa la evolución de la participación en el presupuesto donde se ve cómo, año a año, el PBS es el mayor direccionador del gasto público.

A pesar de que es posible afirmar que el gasto público direccionado por el PBS ha aumentado, no se dispone de información acerca de la proporción de los servicios prestados que corresponde al PBS. En la tabla 3 se presenta el monto pagado por los servicios prestados en el régimen contributivo y el número de servicios prestados entre septiembre de 2007 y agosto de 2010. Se desconoce la información de servicios totales para poder estimar qué proporción se presta dentro del PDSS.

**GRÁFICO 3. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO DESTINADO A CADA RÉGIMEN**



Fuente: cálculo propio a partir de (Rathe y Guzmán, 2012); participación en la provisión

**TABLA 3. NÚMERO DE SERVICIOS Y MONTO PAGADO A LOS PRESTADORES EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE SEPTIEMBRE DE 2007 A AGOSTO DE 2010**

Servicio por grupo	Monto (USD 2014 PPP)*	Servicios	Monto Persona Año (USD 2014 PPP)	Servicios persona año	Costo por servicio (USD 2014 PPP)
Grupo 5: Hospitalización	\$391,365,908.04	6,742,949	72.8	1.24	58.73
Grupo 8: Apoyo Diagnóstico (Dx) en Internamiento y Ambulatorio	\$301,849,241.60	31,728,767	56.2	5.83	9.63
Grupo 7: Cirugía	\$244,277,405.90	2,060,912	45.5	0.38	119.93
Grupo 2: Atención Ambulatoria	\$140,315,334.92	11,686,308	26.1	2.15	12.15
Grupo 4: Emergencia	\$138,071,864.30	11,021,476	25.7	2.03	12.68
Grupo 6: Partos	\$122,743,013.56		22.8		
Grupo 12: Medicamentos Ambulatorios	\$99,456,645.72		18.5		
Grupo 1: Prevención y Promoción	\$84,555,177.50	7,009,018	15.7	1.29	12.21
Grupo 9: Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad	\$66,588,689.09		12.4		
Grupo 10: Rehabilitación:	\$7,177,957.90		1.3		
Grupo 3: Servicios Odontológicos	\$6,591,494.38		1.2		
Grupo 11: Hemoterapia	\$137,780.19		0.0		
Total	\$1,603,130,513.10	72,278,850	298.3	13.29	22.44

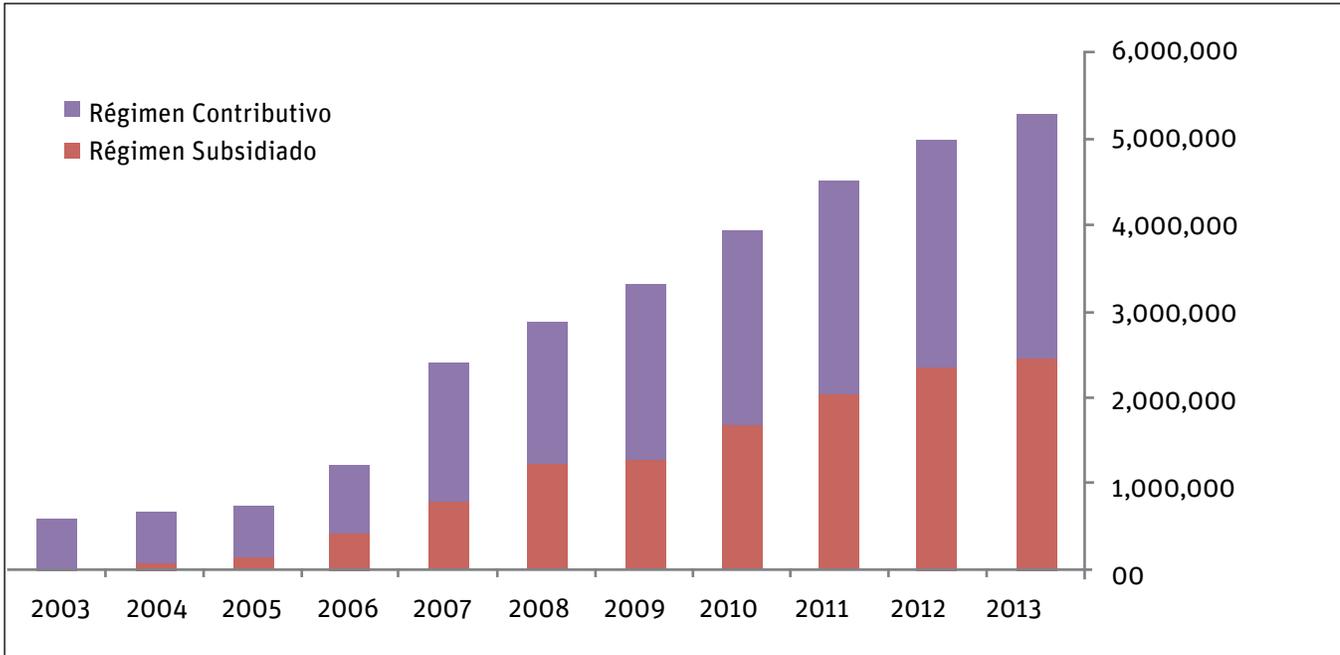
Nota: estimación a partir de los montos para septiembre 2007 a diciembre 2010 y el monto total entre septiembre de 2007 y agosto de 2010. Fuentes: Cálculos propios a partir de (Superintendencia de Salud y Riesgos laborales, 2010), (Superintendencia de Salud y Riesgos laborales, 2011) y (Superintendencia de Salud y Riesgos laborales, n.d.-b)

## 6.2 COBERTURA POBLACIONAL DEL PBS

Para diciembre 2013 la cobertura poblacional del PBS se estima en 55% a partir de las proyecciones poblacionales realizadas por la Oficina Nacional de Estadística (Oficina Nacional de Estadística (ONE),

2010b) y del reporte de afiliación al SFS de la SISAL-RIL (Superintendencia de Salud y Riesgos laborales, n.d.-b). La evolución de la población afiliada a los RS y RC, que es la población que tiene acceso al PDSS se presenta en el Gráfico 4. Donde se observa cómo el RC tiene afiliados solo desde el 2008 y cómo ha ido aumentando gradualmente la cobertura.

## GRÁFICO 4. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA A LOS RS Y RC



Fuente: Cálculos propios a partir de (Superintendencia de Salud y Riesgos laborales, n.d.-b), (Oficina Nacional de Estadística (ONE), 2010a) y (Prats, 2013). Nota: la afiliación al RC anterior al 2007 se refiere al RC público.



## ⑦ IMPLEMENTACIÓN

---

En esta sección se describen los aspectos clave para que en la implementación de un PBS se logre que los beneficios explícitos se conviertan en una realidad. Dichos beneficios son: el equilibrio financiero microeconómico, (es decir el balance entre los recursos asignados para la prestación del PDSS y el costo del mismo); el conocimiento de la población de sus derechos consignados en el PBS; los recursos humanos, de infraestructura y demás disponibles para las prestación del PDSS; la capacidad de las instituciones del sistema para hacer monitoreo y seguimiento al plan y los obstáculos o problemas que se han tenido en la implementación.

## 7.1 EQUILIBRIO FINANCIERO MICROECONÓMICO ENTRE LA ASIGNACIÓN FINANCIERA PREVISTA PARA LA PRESTACIÓN DEL PAQUETE Y EL COSTO REAL OBSERVADO EN SU PRESTACIÓN

Las ARS del RC y la ARS del RS, SENASA, manifiestan periódicamente pérdidas ocasionadas por la falta de actualización de la cápita. Se entrevisté que el equilibrio financiero microeconómico no está garantizado mediante procedimientos y metodologías técnicas; sino que las ARS requieren presionar constantemente para conseguir ajustes de la cápita que les permita tener beneficios positivos. Este tipo de pujas afecta la legitimidad del sistema, pues en ausencia de un mecanismo técnico robusto y reconocido por las partes, es difícil construir una opinión pública acerca de si la asignación de recursos de la seguridad social a las ARS vía pago per cápita es eficiente y se dirige a financiar la salud, o si, en cambio, cubre gastos injustificados<sup>24</sup>.

En el Régimen Subsidiado se ha ido acumulando un desequilibrio histórico, donde además de otros factores, la falta de ajuste en términos reales del valor

de la cápita ha jugado un rol importante, la cual desde el inicio del régimen subsidiado en el 2002 no se había ajustado. Según ha concluido la SISALRIL: “diversas estimaciones apuntan a que la cápita vigente de DOP\$181.34 es insuficiente para amparar el Gasto en Salud incurrido por el SENASA y cubrir el costo administrativo”. Esta situación se refleja en el balance anual del SENASA que se presenta en la Tabla 1. A pesar de las tensiones financieras, el SENASA ha decidido ir más allá de la cobertura del PDSS, en intervenciones de alta complejidad, como, por ejemplo, en el tratamiento del cáncer o de las nuevas técnicas para la corrección de cataratas (Dirección de Comunicaciones y relaciones públicas, 2013).

Recientemente (diciembre de 2013) la cápita fue levemente ajustada, sin que alcanzara en términos reales a la cápita de 2002, actualmente corresponde al 57% del valor de la cápita de 2002<sup>25</sup>. Este ajuste fue motivado por las tensiones derivadas de una reducción unilateral de las tarifas que el SENASA reconocía a los prestadores de alta complejidad, por sus limitaciones financieras (Redacción, 2013).

**TABLA 4. CRECIMIENTO DE INGRESOS Y EGRESOS DEL SENASA, 2002 A 2012 (EN MILLONES)**

Año	Total ingresos SENASA	Total egresos SENASA por pagos a prestadores	Balance pagos anual
2002	\$3	\$-	\$3
2003	\$1	\$3	-\$2
2004	\$5	\$5	\$0
2005	\$28	\$9	\$19
2006	\$34	\$37	-\$3
2007	\$75	\$72	\$2
2008	\$98	\$113	-\$15
2009	\$137	\$117	\$20
2010	\$158	\$145	\$13
2011	\$142	\$181	-\$9
2012*	\$47	\$47	\$-

Notas: \*el 2012 corresponde a una proyección. Valores en dólares constantes del 2014 ajustados por paridad adquisitiva. Fuente: (Tristao y otros, 2012)

24. Para una discusión al respecto puede verse <http://hoy.com.do/carteles-de-la-salud-amenazan-de-nuevo/>

25. Estimado a partir del valor de la cápita en dólares constantes por paridad adquisitiva.

Para las 25 ARS del régimen contributivo en el último reporte disponible de septiembre de 2012 a septiembre de 2013, se observa en total un beneficio neto positivo de US\$1.5 millones. Sin embargo 10 de las 25 ARS, el 40%, presentaron un balance negativo. En el Gráfico 5 se muestran los estados financieros para dicho periodo. Al respecto de la situación financiera de las ARS, el presidente de Asociación de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS) ha manifestado que las pérdidas presentadas por las ARS se deben a la falta de actualización de la cápita (Redacción Diario Dom, 2013). El ajuste de la cápita del RC en junio de 2013 mejoró la situación financiera de las ARS, si bien algunas continuaron presentando beneficios netos negativos.

Un factor a tener en consideración en el análisis financiero de las ARS se vincula con el tamaño de algunas de ellas, lo que posiblemente dificulte la rentabilidad por razones de distribución de riesgos. No se han hecho estudios que permitan realizar dicho análisis. Otro factor importante que requiere de investigación adicional es el de los planes complementarios —su contenido y costo— y cómo este se vincula con la rentabilidad de las ARS.

De cualquier modo, está claro que la falta de un procedimiento estandarizado y regular para el ajuste de la cápita de ambos regímenes ha llevado a que periódicamente los actores manifiesten problemas financieros. Si bien estas manifestaciones pueden hacer parte de una estrategia de presión, se hace necesario un mecanismo técnico legítimo que garantice los recursos suficientes para la prestación del PDSS. Por lo que es urgente un nuevo costeo del PDSS tanto para el RC como para el RS. En el caso del RS es importante que este costeo parta de cuantificar los recursos que ya está recibiendo la red pública por parte del estado.

## 7.2 CONOCIMIENTO DE LOS BENEFICIOS Y MECANISMOS PARA EXIGIR LOS DERECHOS

El porcentaje de personas que conocen los beneficios del SFS ha crecido en el tiempo, según los resultados

de una encuesta realizada por Gallup en el 2009 comparados con los obtenidos en 2007. El número de personas que conoce que tiene derecho a cobertura en salud a pesar de no tener trabajo pasó de 69% a 76%. Asimismo el número de personas que consideran que el SENASA cubre, además de consultas, las hospitalizaciones y cirugías paso de 63% a 79% (“Encuesta revela afiliados subsidiados conocen sus derechos”, 2009). Las cifras disponibles no permiten asegurar que los dominicanos conocen el alcance de su derecho a la salud consignado en el PDSS. Se puede afirmar que tienen una idea general del alcance de su derecho pero se requiere de estudios para conocer el verdadero conocimiento de la población acerca de sus beneficios. De hecho, anecdóticamente se puede decir que prevalece en muchas personas la idea de que el “seguro público” es SENASA y que las ARS son seguros privados.

El principal mecanismo con el que cuentan los dominicanos para exigir sus derechos en materia de seguridad social es la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA). Esta es una institución autónoma que fue concebida desde la formulación del Sistema de Salud. Las personas pueden acudir directamente a esta institución cuando tienen dudas sobre el Seguro Familiar, o cuando han tenido problemas al acceder a los servicios que requieren. La atención a las personas que encuentran vulnerado uno de sus derechos se encuentra estandarizada en un proceso denominado “Servicio de Defensoría Individual” el cual brinda respuesta en un lapso de 5 a 45 días (Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social, n.d.-b). Adicionalmente, dentro de sus funciones se encuentra la de realizar estudios sobre la calidad y oportunidad de los servicios de la seguridad social. La DIDA es una institución distintiva del Sistema de Salud Dominicano que brinda una garantía para el acceso a los servicios definidos en el PDSS. Para el año 2012 la DIDA prestó atención a más 630,000 afiliados a la seguridad social y contó con un presupuesto de US\$4,000,000 (DOP\$100,632,858).

## 7.3 RECURSOS DISPONIBLES PARA PRESTAR LOS SERVICIOS

Si bien no se identificaron estudios específicos sobre la suficiencia de la red de prestadores, se cuenta con la información de los indicadores básicos de salud del 2012 de la República Dominicana (Ministerio de Salud pública y Organización Panamericana de la Salud, 2011) en el apartado de recursos físicos presenta que la población de la República Dominicana cuenta con 362 hospitales (entre públicos y privados), entre los que se incluyen centros de salud del Ministerio de Salud Pública, el IDSS y la Asociación Nacional de Clínicas Privadas (ANDECLIP).

De acuerdo con el reporte Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2013) del 2010, el número de camas, médicos y enfermeros se encontraba por debajo del promedio de la región de Latinoamérica y el Caribe. Mientras el promedio de camas para la región es de 2.3 por cada 1,000 habitantes, la República Dominicana tiene 1,7. El número de médicos por 10,000 habitantes es 15,3 médicos frente al promedio de 17,5 y el número de enfermeros de 3,3 es la cuarta parte del promedio regional de 14,2.

Dentro de la República Dominicana se observan diferencias considerables en recursos humanos y camas hospitalarias disponibles, entre las diferentes provincias. Mientras que el Distrito Nacional para 2010 contaba con 37,1 médicos, 8,3 enfermeros y 29,2 camas hospitalarias por cada 10,000 habitantes, la provincia de Bahoruco cuenta solamente con 7,4 médicos, 3,0 enfermeros y 9,7 camas por cada 10,000 habitantes; o la provincia de La Altagracia que cuenta con 7,4 médicos, 0,8 enfermeros y 14,2 camas por cada 10,000 habitantes (Ministerio de Salud pública y Organización Panamericana de la Salud, 2011).

En ausencia de grandes diferencias demográficas o epidemiológicas, la variabilidad de recursos disponibles para la prestación del PDSS entre las distintas regiones lleva a preguntarse si en todo

el país las personas tienen acceso a los beneficios consagrados en el plan de beneficios.

## 7.4 CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA MONITOREAR Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PBS

Existen varias entidades que recopilan sistemáticamente alguna información sobre el funcionamiento del sistema de salud. Sin embargo, esta información no se emplea para evaluar el desempeño del sistema. Tampoco se han trazado objetivos y metas para el PBS que puedan ser evaluados. El monitoreo realizado en el sistema se centra en el número de afiliados y en la situación financiera de las ARS.

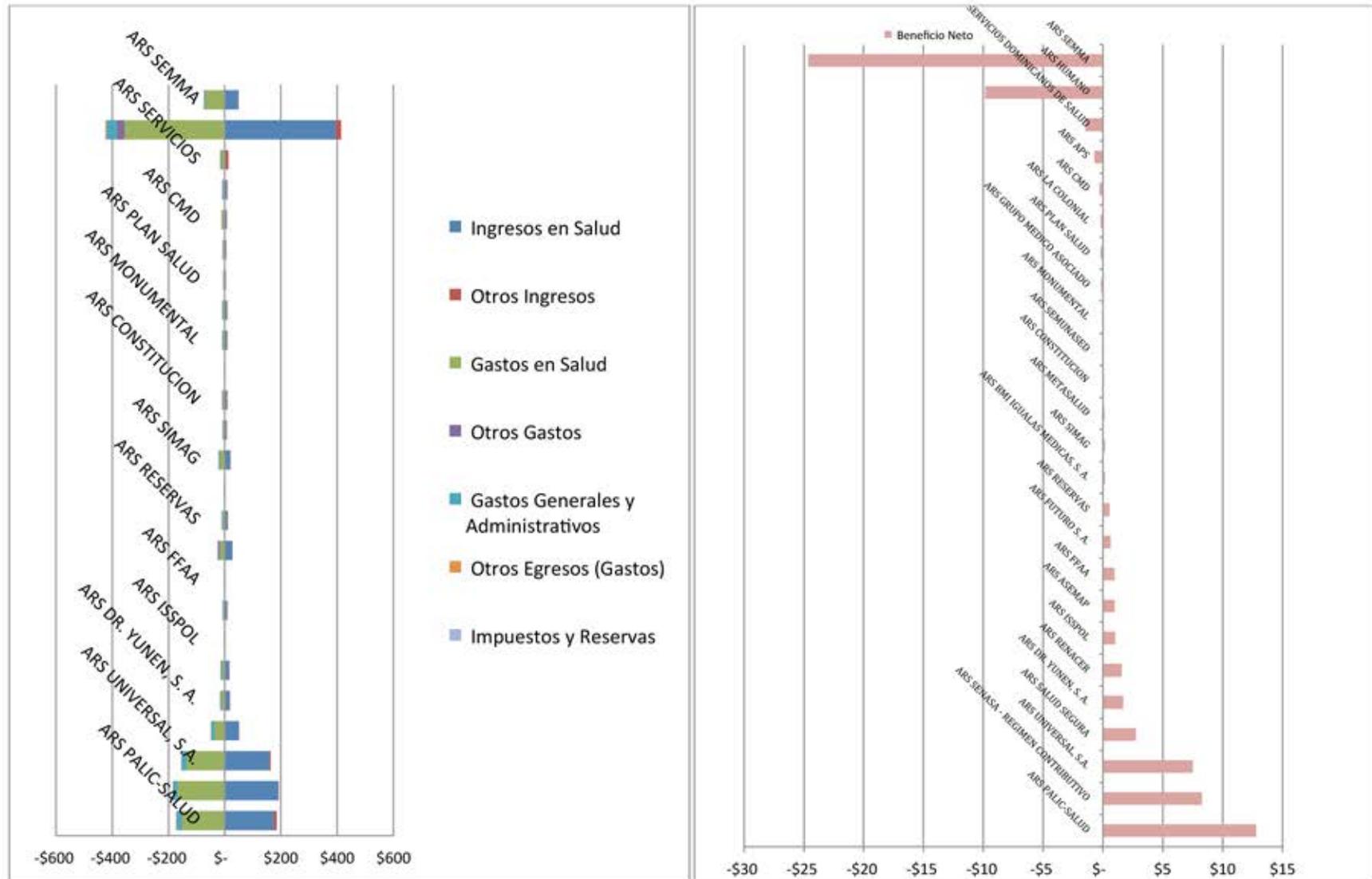
La SISALRIL cuenta con el Sistema de Información y Monitoreo Nacional (SIMON), el cual se alimenta mediante reportes periódicos (esquemas) que las ARS deben enviar a la Superintendencia. Para el monitoreo del PDSS, la SISALRIL ha definido el esquema 35, donde se deben reportar las reclamaciones realizadas, la identificación de la ARS, del prestador, del paciente, así como los datos del episodio, el tipo de servicios prestados y el monto de los mismos. Llama la atención que en este esquema no se han incluido los diagnósticos asociados al episodio, lo cual es fundamental si se quiere utilizar esta información para determinar la utilización de servicios por enfermedad así como para establecer prioridades de salud.

En su atención a los afiliados, la DIDA recopila información y publica algunas estadísticas. Sin embargo estos esfuerzos no llegan a constituirse en un sistema de monitoreo y suelen enfocarse en la gestión de defensa de temas coyunturales. Una limitación de esta información es que se refiere únicamente a los usuarios que decidieron quejarse.

Para la exitosa implementación del PDSS se hace necesario trazar objetivos y metas, monitorear el

cumplimiento de las metas, realizar los ajustes que sean necesarios. Por supuesto que los objetivos y metas deben estar alineados con las prioridades de salud del país, de manera que en el monitoreo del plan se evidencie si contribuye o no al logro de estas prioridades. Para poder avanzar en este sentido es necesario que alguna de las entidades del sistema asuma esta función e integre la información que ya existe en varias instituciones, y desarrolle estrategias para recopilar la información faltante. Además es preciso evaluar de manera específica el nivel de calidad de los servicios que se prestan. Para esto se puede aprovechar la experiencia de los pilotos de pago por desempeño que recopilan información sobre el cumplimiento de metas de atención.

**Gráfico 5.** Estados financieros de las ARS del régimen contributivo de septiembre 2012 a septiembre 2013 (en millones)



Nota: dólares constantes del 2014 por paridad adquisitiva. Fuente: cálculo de los autores a partir de estados financieros



## ⑧ LECCIONES Y RECOMENDACIONES

---

La reforma de salud consagrada en la Ley 87/01 constituye un extraordinario paso de avance en el proceso de racionalizar el sistema dominicano de salud. La creación del Seguro Familiar de Salud es el inicio del camino hacia la universalización de los servicios y hacia la mejoría de la equidad y protección financiera de las familias. No obstante, el sistema posee numerosas limitaciones que afectan estas posibilidades y ponen obstáculos a la consecución de los objetivos que se proponía la reforma. Este trabajo se centra en uno de los aspectos clave de la reforma, que consiste en un estudio de caso sobre el Plan de Beneficios en Salud en la República Dominicana, con la finalidad de contribuir a trazar los siguientes lineamientos para establecer un verdadero sistema de priorización de los beneficios en salud, que es todavía inexistente. En los párrafos que siguen se identifican algunas de las lecciones clave aprendidas en dicho análisis y se esbozan algunas recomendaciones sobre el camino a seguir.

#### **DIRECCIONALIDAD Y COHERENCIA DEL SISTEMA DE PRIORIZACIÓN EN LA REPÚBLICA DOMINICANA**

Al analizar la reforma de salud de la RD es preciso tener en cuenta el contexto al momento de su aprobación: la falta de prioridad pública al sistema de salud, la elevada insatisfacción de la población con los servicios públicos, la utilización de servicios privados incluso por los más pobres, el alto gasto de bolsillo de los hogares, la importante penetración de sistemas pre-pagados privados (las igualas médicas) para sustituir las deficiencias del IDSS y los reclamos de las empresas debido a la doble cotización. Esta situación generaba graves conflictos entre grupos de poder que alargaron por décadas las discusiones sobre la reforma de salud, llegándose a un acuerdo con la ley del 2001, pero dilatando hasta el 2007 la implementación del régimen contributivo. Dichas luchas siguen vigentes al día de hoy, impidiendo el establecimiento de un adecuado sistema de priorización en salud que implique una revisión del contenido y el costo del PBS, basándose en las evidencias adecuadas.

Este contexto nos llama la atención a la lección de que no es posible desconocer las fuerzas que imperan en la sociedad en un momento determinado. A menos que haya una voluntad política muy firme,

estas fuerzas acabarán imponiendo la posición que más convenga a sus intereses. En gran medida, eso es lo que ha acontecido en la República Dominicana, donde el sistema de priorización de beneficios en salud se ha desarrollado de una manera implícita e incluso sin la documentación que sustente la toma de decisiones que se han ido dando en el transcurso de su operación. Ha carecido de una verdadera visión sistémica y de conjunto, que tome en consideración la totalidad del sistema de salud.

En efecto, en lugar de enmarcar el sistema de priorización de manera racional dentro del proceso de implementación de la reforma, no ha habido claridad sobre cómo hacerlo. Muchas veces se tomaron decisiones en reacción a circunstancias y sin los criterios técnicos indispensables. Ello se ha traducido, en la práctica, a que existan hoy en día varios subsistemas, diferentes tipos de cobertura y costos diversos. (Aunque teóricamente hay un solo paquete, en la práctica son diferentes los correspondientes al régimen subsidiado y contributivo, además de los planes complementarios con posibles duplicaciones).

Adicionalmente, diversas fases del sistema de priorización existen de forma paralela y superpuesta, que funcionan a veces sin conexión con el resto, lo que otorga un grado importante de ineficiencia al sistema. Periódicamente surgen nuevas iniciativas que tampoco toman en consideración el sistema en su conjunto, añadiendo grados adicionales de irracionalidad y comprometiendo recursos que, a largo plazo, pueden hacerlas insostenibles. Además del clientelismo que fomenta este tipo de programa, muchas veces funcionan sin una conexión con el seguro familiar de salud, lo que puede implicar duplicaciones, ineficiencias, incremento en el costo y falta de equidad en el financiamiento del cuidado de la salud.

En consecuencia, se propone trazar una estrategia sistémica que provea direccionalidad y coherencia al sistema de priorización en salud de la República Dominicana y que tome en cuenta todos los recursos y fondos que actualmente se destinan a la salud. Sin embargo, tales recursos deben considerarse bajo diferentes etiquetas y con distintas maneras de operación, incluyendo los que se refieren a los accidentes de tránsito y de trabajo. Lo primero que habría que hacer es una cuantificación global de

estos recursos y trazar los lineamientos sobre cómo hacer el uso más racional posible de los mismos. Esto debería estar a cargo de las principales autoridades del sistema nacional de salud, posiblemente bajo el liderazgo del Ministerio de Salud Pública (MSP) o del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS). En definitiva, habrá que decidir cuál será la entidad a cargo de valorar las tecnologías que serán parte del sistema de priorización, ya sea con la creación de una nueva institución o de un departamento adscrito al Viceministerio de Garantía de la Calidad (VMGC), que posea las necesarias capacidades científicas, técnicas e independencia. Esta decisión, lo mismo que la formulación de la estrategia, requerirá la participación de los actores principales y también de nuevos actores que posean la suficiente independencia y capacidad técnica, como centros de investigación, universidades, etc.

Un obstáculo para realizar este proceso y la formulación de la estrategia, es la falta de conciencia entre los actores sobre la necesidad de esta visión sistémica, lo que lleva al punto que sigue.

### **FORTALECER, DOCUMENTAR Y SUSTENTAR LAS DECISIONES SOBRE EL CONTENIDO DEL PBS**

En lo que respecta a los métodos de priorización, el presente estudio documenta cuatro momentos clave en la confección del PBS dominicano: el primero, apenas iniciada la reforma, en el año 2002, antes de su puesta en marcha; el segundo, con la aprobación del PDSS; el tercero, con el paquete que dio inicio al régimen contributivo y el cuarto, los ajustes posteriores. Sólo en el primer momento se aplicaron metodologías de priorización adecuadas según los estándares internacionales, pero con muchas deficiencias en torno a la información básica. Esta información nunca se produjo en la historia del sistema de priorización en la RD, ni antes ni después. Los métodos aplicados posteriormente y hasta ahora se basan en la “no información” previa, dando como buenas y válidas las estimaciones anteriores. Todas se caracterizan por no documentar el proceso o, al menos, por no ofrecer al escrutinio público ni los datos ni las estimaciones. Muchas de ellas se basan en estudios y experiencias de otros países. No es que esto sea intrínsecamente incorrecto, se trata de una

decisión metodológica válida cuando no existe la información en el país. Pero después de siete años de operación del régimen contributivo, existe un acervo de información básica que nunca ha sido utilizado, porque tampoco ha sido procesado de la manera adecuada.

Como resultado de que no se produce ni se analiza la información básica de utilización de servicios y de costos del sistema dominicano de salud, en definitiva, las decisiones se toman sin fundamentos técnicos y por concertación —esto es, en negociaciones entre grupos de poder.

La ausencia de direccionalidad proviene de una falta de visión estratégica por parte de la autoridad sanitaria sobre la importancia de un sistema de priorización sustentado en criterios técnicos y científicos. No existe conciencia sobre el impacto que esto tiene en términos de la eficiencia en la asignación de los recursos en base a las prioridades de salud de la población, en la equidad y protección financiera de la población, en la sostenibilidad del sistema de salud a largo plazo, en las posibilidades de alcanzar la cobertura universal.

Esta falta de conciencia se traduce en que, por un lado, dentro del sistema de seguridad social en salud se establece un paquete explícito y se calculan sus costos, pero además de las deficiencias de este proceso, el paquete no se coordina con otras etapas del sistema de priorización. Es decir, no se coordina con las decisiones sobre los medicamentos a ser pagados por el sistema (ya sea de la seguridad social o en los servicios públicos para pacientes no asegurados, ni en los esquemas creados supuestamente para ofrecer “coberturas no incluidas”, pero que se administran de manera clientelista, etc.), ni tampoco se coordinan con la formulación de las guías de atención y las decisiones sobre uso de tecnologías para el diagnóstico y el tratamiento.

Como se ha señalado previamente, esta situación ha generado, en la historia del PBS, numerosas dificultades y presiones de grupos de poder. En efecto, la deliberación del PBS fue bastante complicada, requirió de varios intentos y años para que se lograra un acuerdo en torno a un plan de beneficios para

que el RC pudiera empezar a funcionar. Una de las grandes limitaciones para la definición del plan fue y es la falta de información pública y confiable, que sirva para que las decisiones no solo sean técnicamente fundadas si no también legítimas. Además de información ha faltado la definición explícita y transparente de métodos de priorización que permitan obtener resultados que sean aceptados por los actores. La tradición del sistema ha sido la de manejar políticamente estos temas, lo que impone una gran tensión sobre las instituciones y, sobre todo, difícilmente conducirá a resultados eficientes.

Es fundamental entender los métodos de selección de tecnologías y costeos desde una perspectiva amplia, que incluya todo el sistema de priorización y donde se articulen las guías de práctica clínica, los protocolos de atención y el cuadro básico de medicamentos. Pudo constatarse que, si bien en el país existen varias guías de práctica clínica, hay limitaciones en su implementación, porque no se conocen, son de difícil consulta y en general no se emplean. En efecto, no pudo comprobarse que esté en funcionamiento una política clara de desarrollo de tales normas y mucho menos de su uso para el ajuste del PDSS.

Es necesario superar definitivamente esta forma de tomar las decisiones en el sistema dominicano de salud y establecer una metodología que permita actualizar de manera periódica y legítima el PDSS. La metodología debe implementarse de común acuerdo entre las instituciones del sistema e identificar las responsabilidades de cada una de dichas entidades.

Este proceso puede servir de marco para que las instituciones del sistema (MSP, CNSS, SISALRIL, DIDA, Comisión de Política Farmacéutica) se articulen de una manera más armoniosa y logren una actualización del PDSS y de la cápita, que sean oportuna, legítima y técnicamente robusta. Para esto deberían identificarse funcionarios que sirvan de líderes y replicadores, con el fin de profundizar con ellos los distintos temas de la priorización. Puede contribuir a este propósito la realización de eventos de discusión y capacitación, así como las visitas e intercambios con las instituciones de más experiencia de otros países de la región.

## **FORTALECER, DOCUMENTAR Y LEGITIMAR LAS METODOLOGÍAS DE COSTEO**

Si bien es cierto que varios de los estudios para estimar el costo del PBS se realizaron utilizando metodologías de costeo reconocidas y aceptadas internacionalmente, en general, la información de base que utilizaron no siempre era completa o actualizada, dadas las grandes deficiencias que tiene el país en materia de producción de estadísticas confiables y de calidad. Los estudios realizados en la fase previa a la implementación del seguro familiar de salud son los que muestran un mejor uso de estas técnicas y una mejor sustentación de la información base utilizada (aunque con sus limitaciones, dada la falta de información básica en el país).

El segundo costeo realizado en la fase preparatoria de la entrada en operación del régimen contributivo, en el 2006, no está documentado. Se sabe, no obstante, que las ARS manifestaron su diferencia con el costo del PBS calculado, en los temas de nivel de desagregación de los servicios, las frecuencias de uso y en los costos unitarios. Por estas divergencias se abandonó el trabajo de definición del plan y costeo realizado hasta el momento, y se realizó un nuevo proceso de concertación con múltiples sesiones de trabajo técnico y negociación, donde se discutían las frecuencias de uso y los precios unitarios a usar, a partir de diferentes fuentes nacionales e internacionales que aportaban cada uno de los actores. Tal como se ha indicado previamente, la solución llegó en el 2007, cuando por decreto presidencial se otorgaron facultades temporales a la SISALRIL para definir el PDSS y su costo por un año a fin de poner en marcha el sistema. Tampoco existe documentación pública sobre cómo se realizó dicho costeo.

Pero no está disponible la sustentación metodológica de cómo se realiza el costeo del PBS ni siquiera después de implementarse el sistema. Esto último no se justifica, porque ya el sistema tiene siete años en operación y debería existir una base de datos completa sobre utilización y costos de los servicios agrupados según la clasificación de enfermedades. Esto debería permitir tomar decisiones de asignación de fondos

y costo del paquete en el régimen contributivo (inclusión o exclusión de intervenciones de acuerdo a las prioridades nacionales, fundamentación de las guías de tratamiento, etc.).

Pero aún si se dispusiera de esta información, no sería suficiente. Debe tenerse en cuenta que esta aproximación no reconoce que existen varios ángulos de la demanda que deben ser tenidos en cuenta: necesidad médica, necesidad percibida, necesidad expresada y estimación de la utilización de los servicios. También debe tenerse en cuenta que, además de hacerse la estimación actual de estos ángulos de la demanda, debe estimarse su comportamiento en el tiempo para predecir su estado futuro. Por ejemplo, puede haber una situación con una tendencia creciente por un aumento progresivo de la demanda. Esto sucede cuando la población empieza a reconocer la necesidad de un servicio que no conocía antes, como la atención de partos por parte del personal de salud <sup>26</sup>.

Del mismo modo, tampoco existe información de calidad para el cálculo de los costos del paquete del régimen subsidiado, dadas las deficiencias del sistema de información gerencial de los servicios públicos, en particular, de los costos de producción de los hospitales por tipo de servicio. Tampoco hay información de calidad sobre la prestación de servicios ni sobre la estructura de sus fuentes de financiamiento.

En definitiva, la lección aprendida fundamental de este proceso es la necesidad de que se produzca y se analice la información básica que permitiría realizar este trabajo de actualización del PBS, con datos de utilización y costos locales. Esta información clave existe, pero no se procesa de manera sistemática ni hay transparencia ni documentación sobre cómo se lleva a cabo en el cálculo del costo de la cápita en el régimen contributivo. La falta de procedimientos estandarizados y regulares para el ajuste de la cápita de ambos regímenes ha llevado a que periódicamente los actores manifiesten problemas financieros. Si bien estas manifestaciones pueden ser parte de una

estrategia de presión, es necesario un mecanismo técnico legítimo que garantice los recursos suficientes para la prestación del PDSS, por lo que es urgente un nuevo costeo del PDSS tanto para el RC como para el RS.

En consecuencia, se propone que, dentro de la estrategia de implementación del sistema de priorización, se incluya la producción de esta información básica. De hecho, el préstamo vigente del Banco Mundial, PARS 2 incluye un componente para sistema de información, lo mismo que el nuevo préstamo del BID. Es conveniente revisar los alcances y avances de estos componentes, para desarrollar dentro de este la producción de esta información básica, así como un sistema de monitoreo del desempeño del PDSS.

### **NECESIDAD DE ASEGURAR EL EQUILIBRIO FINANCIERO MICROECONÓMICO**

Como resultado de estas debilidades, las cápitras no han sido ajustadas periódicamente ni siquiera en su valor real. Mucho menos se han hecho los ajustes concernientes a perfil epidemiológico y envejecimiento de la población. La cápita del RS es considerablemente inferior a la del RC, a pesar de que el plan de beneficios es el mismo. Esta diferencia persiste incluso si se tiene en cuenta los recursos de oferta que el estado brinda a la red hospitalaria pública. Estas situaciones pueden estar configurando un desequilibrio microeconómico en el sistema.

El valor de la cápita del régimen subsidiado fue levemente ajustado sólo recientemente (diciembre de 2013). Sin embargo, a pesar de este ajuste, ha tenido una disminución drástica en su valor real. Aun haciendo una cuantificación estimada del valor de los recursos que se asignan vía la oferta, el per cápita del régimen subsidiado es alrededor de la mitad del valor que opera en el régimen contributivo, a pesar de que el plan de beneficios debería ser el mismo en ambos regímenes. Esta situación no ajusta a las ampliaciones del plan, el envejecimiento de la población, el aumento en los costos de la tecnología ni la demanda

26. (Bitrán, 2012)

de servicios. Cuando el costo de prestar el plan es superior a la cápita asignada, el 'ajuste' suele ocurrir en el agente con menor capacidad de negociación, es decir, los pacientes.

Por lo tanto, en el caso del RS es importante que se realice un costeo en base a la cuantificación de los recursos que ya está recibiendo la red pública por parte del estado. Una forma de hacer esto es a través de las cuentas de salud clasificadas por proveedor y por función, tarea que nunca ha sido realizada en el país.

En el caso del RC, el desequilibrio microeconómico puede ser la causa de las frecuentes denuncias de cobros de copagos por parte de los prestadores más allá de lo que se encuentra autorizado por ley ("DIDA denuncia centros de salud cobran copagos a afiliados tienen cobertura ilimitada", 2013). En el caso del RS la entidad responsable de sancionar esto es SENASA o en su defecto la SISALRIL Art 29 (Presidencia de la República Dominicana, 2013). Este cobro de copagos por encima de la ley afecta el acceso a los servicios y el patrimonio de las familias.

Un mecanismo adicional de las ARS para protegerse del desequilibrio financiero (y para los usuarios, de protegerse frente a servicios excluidos) son los planes complementarios. Existe un importante mercado de seguros complementarios que ofrecen coberturas adicionales al PDSS. Para 2010 los seguros voluntarios representaron el 9.2% del gasto nacional de salud lo que es cuatro veces el gasto nacional realizado en el régimen subsidiado y equivalente a un 42% del gasto en el régimen contributivo (Tristao, Rathe y Giedion, 2012). Nunca se han estudiado los límites entre el PDSS y los planes complementarios, ni tampoco el impacto de los mismos en la rentabilidad o no de las ARS. En el diseño original del sistema de salud se preveían dichos planes como instrumentos para cubrir necesidades explícitamente excluidas del PBS. Pero en la práctica actualmente es difícil determinar qué cubre el PDSS para un usuario y qué no cubre.

Esto limita la protección financiera del sistema dominicano de salud, lo cual nos lleva al tema que sigue.

## NECESIDAD DE ADOPTAR UN ENFOQUE DE PROTECCIÓN FINANCIERA

El Seguro Familiar de Salud fue concebido para proteger a las familias dominicanas frente al riesgo de enfermarse, en vista de que dicho riesgo las puede poner en una situación de catástrofe financiera, dado el alto costo que pueden implicar muchos tratamientos médicos. Esto se pretendía que fuera subsanado en base a la solidaridad de los sanos con los enfermos, de los jóvenes con los viejos, de los que tuvieran más ingresos con los más pobres.

Pero en la práctica, el sistema dominicano de salud posee ciertas limitaciones que restringen la protección financiera para la cual fue creado el SFS. En efecto, existen prácticas que la limitan de manera sustancial, a través de los techos de cobertura, los copagos y las cuotas moderadoras. Además, los topes de cobertura imponen una limitación atípica frente a los demás planes de beneficios universales en la región. Las cuotas moderadoras y los copagos que imperan en el sistema dominicano no se ajustan por la capacidad adquisitiva de las familias, por lo que en los niveles más bajos de ingreso podrían constituirse como barreras de acceso. En cuanto a los techos de reembolso fijados para los servicios incluidos en el PDSS, cabe notar que son bajos para pacientes que requieren medicamentos ambulatorios costosos o que los requieran de manera regular (pacientes con enfermedades crónicas). Cabe notar también que esos techos no han sido ajustados desde los inicios, lo cual implica una pérdida de valor real. A lo anterior puede agregarse que muchas veces se cobra a los afiliados copagos en servicios que están exentos. Estos cobros por encima de lo establecido constituyen barreras al acceso que al ser extralegales son difíciles de monitorear y ajustar. A pesar de que el régimen subsidiado se encuentra exento de cuotas moderadoras y que las cuotas moderadoras y los copagos que pueden cobrarse están regulados, existen frecuentes denuncias de que los prestadores no acatan la normatividad.

Como resultado de lo anterior, la cobertura financiera actual resulta insuficiente. En el caso del alto costo, el tope anual apenas alcanza a cubrir el tratamiento de hemodiálisis y el costo de los copagos resulta

prohibitivo para la gran mayoría de los pacientes. En el caso de los medicamentos ambulatorios la situación es peor. El tope anual no permite acceder a tratamientos crónicos bastante comunes y esenciales como el tratamiento para la diabetes o la hipertensión. Es necesario que la cobertura financiera permita al menos asegurar un adecuado acceso a los servicios esenciales. También es necesario repensar los copagos. Una alternativa es fijar un límite anual más que un límite por evento. Los copagos además deben ser fijados de manera técnica y no como una barrera de acceso; por ejemplo, la hemodiálisis no debería tener copago pues no es un servicio que los pacientes vayan a abusar y al contrario si no ‘consumen’ este servicio en cantidades adecuadas su salud puede agravarse seriamente.

La atención de las entidades del sistema (el CNSS, la DIDA, la SISALRIL) está enfocada en las tecnologías de alta complejidad y costo, más que en las intervenciones de mayor costo efectividad y alto impacto en la salud pública. Es bastante evidente que, a pesar de las brechas en cobertura poblacional, las principales discusiones giren en torno a la cobertura de alta complejidad. Si se desea mejorar el desempeño en los indicadores de salud pública, con los recursos económicos actualmente disponibles, es necesaria una política clara y decidida que dirija los recursos a las intervenciones que son costo ahorradoras o muy costo efectivos.

Dada la ausencia de una visión clara y una direccionalidad, existen grupos de pacientes, apoyados por especialistas, que empiezan a abogar por la inclusión de nuevas tecnologías, muchas de ellas costosas. Su injerencia política puede influir en las decisiones sobre el contenido del paquete, aún antes de haber cubierto la totalidad de los servicios esenciales y a pesar de que la población más pobre carece de la protección financiera que necesita. Esto presiona hacia arriba los costos globales del sistema, afectando su equilibrio financiero y atentando contra la sostenibilidad.

Para poder realizar los ajustes necesarios al plan de beneficios que permitan alcanzar los objetivos de política se requiere de un sistema de monitoreo y evaluación. Ya existen flujos de información

estandarizados que pueden ser aprovechados para desarrollar un sistema robusto de monitoreo. Para el desarrollo de este sistema se debe prever la participación y articulación de las entidades del sistema.

## **LA COBERTURA UNIVERSAL Y LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA**

Tal como hemos indicado en las páginas precedentes, a fin de alcanzar la cobertura universal, el primer paso es identificar cuáles son las prioridades de salud. El siguiente es decidir cuáles son las tecnologías disponibles para tratarlas con mayor efectividad y al menor costo y cómo prevenir nuevos casos. Luego habría que desarrollar las guías de tratamiento y protocolos de atención, e identificar costos, tarifas y mecanismos de pago. Ello lleva también a introducir los cambios necesarios en el modelo de atención, lo que incluye la reestructuración de la red pública y reglas de juego adecuadas para la red privada y las entidades de aseguramiento. Al mismo tiempo, hay que establecer un sistema para monitorear que las decisiones de gasto en el sistema de salud cubran efectivamente las prioridades preestablecidas. Si así no fuera, hay que introducir las correcciones adecuadas. Este sistema tiene también que monitorear las fuentes de financiamiento, a fin de garantizar el espacio fiscal para introducir nuevas tecnologías o cubrir tratamientos más complejos, o que los hogares puedan asumir nuevas cargas. En definitiva, el sistema tiene que ser sostenible a largo plazo.

La mejor forma de realizar este monitoreo es a través de un sistema de cuentas de salud, que sólo ha sido implementado de manera muy superficial en la República Dominicana. Dicho sistema permitiría saber si se están cubriendo efectivamente las prioridades y hasta dónde es posible llegar. Con la estructura del PDSS actual y énfasis en las intervenciones de alto costo, será muy fácil que se llegue al tope del gasto posible, sin asegurar la cobertura de las intervenciones de mayor prioridad que afectan al grueso de la población. Otro aspecto fundamental de las cuentas es que permitirían cuantificar y monitorear la racionalidad y pertinencia de los diferentes fondos que existen en el país de manera dispersa: paciente protegido, fondos

especializados de PROMESE, accidentes de tránsito, de trabajo y muchos otros. Si no se da un seguimiento adecuado del gasto y financiamiento nacional a la salud, será imposible lograr la cobertura universal.

Un tema pendiente a decidir es la viabilidad del régimen contributivo-subsidiado, el cual nunca se ha implementado y ha sido cuestionado. Dadas las dificultades de formalizar a la población dominicana, es posible que sea mejor que la población objetivo de bajos ingresos de dicho régimen pase a ser cubierta por el Estado y los grupos superiores sean identificados por la DGII para entrar al régimen contributivo. Esto es parte de los estudios que se requieren a nivel macroeconómico.

La reestructuración de la red pública es otro tema pendiente en la reforma de salud dominicana. Se trata de un tema esencial para el logro de los objetivos que se ha propuesto la misma: la funcionalidad de las redes de proveedores, el fortalecimiento institucional de los proveedores públicos, superar el desconocimiento de sus finanzas y de sus costos, y abordar la ausencia de sistemas de facturación que les permitan acceder al sistema de aseguramiento en salud, es decir, los problemas de gobernanza y gobernabilidad.

En este punto es fundamental contemplar la necesidad de capacitar a los recursos humanos en muchos aspectos, pero particularmente, en lo que atañe a este trabajo, debemos enfatizar la necesidad de formación en el establecimiento de prioridades en salud. La evaluación económica de tecnologías es una capacidad que es necesario desarrollar en el país para poder ejecutar el proceso de priorización. Para esto puede emplearse un programa de formación, por módulos, apoyado por una universidad nacional e instituciones y grupos internacionales. Para ahorrar los costos de esta formación podría hacerse de manera virtual, con contenidos digitales y teleconferencias. Sin embargo la realización de encuentros siempre es conveniente para potenciar un tejido social en torno al tema. La selección de los estudiantes debe permitir que prevelezcan los criterios técnicos sobre otro tipo de criterios. Se requiere realizar una serie de acciones

pedagógicas dirigidas a los grandes grupos de actores interesados para transmitir la importancia de la priorización y el racionamiento dentro del sistema de salud. Estas acciones deben ser específicas por grupo poblacional. A los profesionales de salud se puede llegar mediante los médicos líderes con artículos en las revistas especializadas y presentaciones en los eventos académicos. A la población en general se puede llegar mediante los medios masivos de comunicación, radio, prensa y televisión. Atendiendo a la experiencia de otros países de la región puede ser oportuno involucrar a líderes de la rama judicial en este proceso de pedagogía.

Un punto clave del sistema de salud dominicano, consagrado en la ley de seguridad social es la existencia de una puerta de entrada al sistema, es decir que los pacientes acudan en una primera instancia a un centro de atención primaria al cual se encuentre adscrita toda la población en base a su lugar de residencia. Estos centros estarían atendidos por médicos generales, médicos especializados en medicina familiar y algunas de las especialidades básicas, como pediatría y gineco-obstetricia. Se estima que la mayor parte de los problemas de salud se resolverían en este nivel. En casos necesarios, referirían desde allí al paciente al nivel de complejidad apropiado. Estos centros tendrían a su cargo el seguimiento del paciente a través de todo el sistema de salud y con posterioridad al evento.

Este sistema —que tendría un importante impacto en la salud de la población y en la contención de los costos— no ha podido ser implementado. La razón principal ha sido la falta de una clara voluntad política para ello, quizás para enfrentar grupos de interés que han manifestado oposición. A esto contribuirá la creación de conciencia sobre la visión sistémica del sistema de priorización en salud. Asimismo, la realización de los estudios que permitan determinar el costo de la implementación de este sistema así como la ruta crítica con las decisiones clave para hacerlo. En resumen, la protección financiera de los hogares es uno de los objetivos clave del sistema nacional de aseguramiento en salud. Otro objetivo clave es el logro de la cobertura universal de un conjunto

de prestaciones de igual calidad para todos, que contribuyan a mejorar el estado de salud de la población. El logro de estas metas requiere — como condición ineludible— el establecimiento de un sistema adecuado de priorización, la toma de decisiones en base al mismo y el monitoreo permanente de la asignación de recursos. Sólo un sistema de salud sostenible a largo plazo puede garantizar que se cumplan los objetivos de cobertura universal con equidad.

## BIBLIOGRAFÍA

Acuerdo de cooperación técnica entre el CNSS y la OPS/OMS. (2013). Organización Panamericana de la Salud - República Dominicana. Consultado el 1° de marzo de 2014 en [http://www.paho.org/dor/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1259:acuerdo-de-cooperacion-tecnica-entre-el-cnss-y-la-opsoms&catid=437:dor.01-salud-familiar-y-comunitaria&Itemid=212](http://www.paho.org/dor/index.php?option=com_content&view=article&id=1259:acuerdo-de-cooperacion-tecnica-entre-el-cnss-y-la-opsoms&catid=437:dor.01-salud-familiar-y-comunitaria&Itemid=212)

Alonso Rijo, R. (17 de febrero de 2014). 98% de pobres con males renales mueren en dos años. *El Caribe*, pp. 4–6. Santo Domingo. Consultado en [http://issuu.com/elcaribe/docs/dn\\_20140217?e=1423128/3825453](http://issuu.com/elcaribe/docs/dn_20140217?e=1423128/3825453)

Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos en Salud. (2014). Elusión, evasión e informalidad laboral continúa amenazando sostenibilidad del Sistema. *Noticias*. Consultado en <http://www.adars.org.do/detallenoticia.php?id=79>

Aumentan 14% al salario mínimo de empleados de hoteles y restaurantes. (2013, August 30). *Listin Diario*. Santo Domingo. Consultado en <http://www.listin.com.do/la-republica/2013/8/29/290152/Aumentan-14-al-salario-minimo-de-empleados-de-hoteles-y-restaurantes>

Báez Amorós, C., Peguero, R. y Robles Cid, D. (2001). Estudio de la Exclusión Social en Salud y de los Sistemas de Protección Social en Salud de la República Dominicana. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Bitrán, R. (2012). Costeo de Planes de Beneficio en salud.

Bolívar Díaz, J. (27 de julio de 2013). La seguridad social reta la concertación. *Hoy Digital*. Santo Domingo. Consultado en <http://hoy.com.do/la-seguridad-social-reta-la-concertacion/>

Cabrera, C. N. (28 de julio de 2013). Dida llama la atención sobre indexación per cápita a las ARS. *Hoy Digital*. Santo Domingo. Consultado en <http://hoy.com.do/dida-llama-la-atencion-sobre-indexacion-per-capita-a-las-ars/>

com.do/dida-llama-la-atencion-sobreindexacion-per-capita-a-las-ars/

Cañón, O. (2014). Entrevistas estudio de caso República Dominicana. Santo Domingo.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos. (1995). ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD. Consultado en [http://www.cesdem.com/html/body\\_salud.html](http://www.cesdem.com/html/body_salud.html)

Centro de Estudios Sociales y Demográficos, Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia y Oficina Nacional de Planificación. (1996). Encuesta Demográfica y de Salud 1996. Santo Domingo. Consultado en <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR82/FR82.pdf>

Congreso Nacional de la República Dominicana. (2007). Ley No. 188-07. Consultado el 5 de marzo de 2014 en [http://www.unicef.org/republicadominicana/ley188-07\\_modificacione\\_a\\_Ley\\_87-01\\_Sistema\\_Seguridad\\_Social.pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/ley188-07_modificacione_a_Ley_87-01_Sistema_Seguridad_Social.pdf)

Consejo Nacional de Seguridad Social. (2003). Reglamento del Régimen Subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social (p. Artículo 30). Santo Domingo.

Consejo Nacional de Seguridad Social. (2013). Reporte de Resoluciones por tema. Consultado en [http://www.cnss.gob.do/serve/listfile\\_download.aspx?id=2870&num=1](http://www.cnss.gob.do/serve/listfile_download.aspx?id=2870&num=1)

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (1995). Acuerdo 23. Bogotá D.C. Consultado en [http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/ACUERDO\\_23\\_DE\\_1995.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/ACUERDO_23_DE_1995.pdf)

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (2007). Resoluciones enero 2007 (pp. 1–5). Santo Domingo.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (2014). Resoluciones por tema: hasta sesión 333 - Resolución 051-06. Santo Domingo. Consultado en [file:///C:/Users/JENN/Downloads/RESOL\\_X\\_TEMA](file:///C:/Users/JENN/Downloads/RESOL_X_TEMA)

hasta la Sesión 333 enero 2014.pdf

Cowley, P. (1995). República Dominicana: Canasta de servicios Básicos de Salud.

Defilló M, B. (2004). Instructivo PBS. Definiciones y métodos de cálculo. Santo Domingo: Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

Díaz Santana, A. (2004). Cómo se diseñó y concertó la Ley de Seguridad Social. Los fundamentos de la ley más trascendente después de la Constitución de la República Dominicana (1st ed.). Santo Domingo.

DIDA denuncia centros de salud cobran copagos a afiliados tienen cobertura ilimitada. (24 de octubre de 2013). Últimas Noticias. Consultado en <http://www.ultimasnoticias.com.do/dida-denuncia-centros-de-salud-cobran-copagos-afiliados-tienen-cobertura-ilimitada/#.UrDdglvuLNF>

DIDA denuncia centros de salud pública están cobrando copagos a los afiliados. (24 de octubre de 2013). El Nuevo Diario. Consultado en <http://www.elnuevodiario.com.do/app/article.aspx?id=349402>

Dirección de Comunicaciones y relaciones públicas. (2013). SISALRIL no prohíbe coberturas a SENASA. SISALRIL Noticias. Consultado el 23 de diciembre de 2013 en <http://www.sisalril.gov.do/MostrarNoticias.aspx?Id=977>

Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social. (n.d.-a). Información y entrega de carta de no cobertura de procedimientos médicos. Portal del Estado Dominicano. Consultado en <http://www.gob.do/Servicios/Detalles/271ae396-a0c2-e011-9658-001d092f0b84>

Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social. (n.d.-b). Servicio de Defensoría Individual. Consultado en <http://www.gob.do/Servicios/Detalles/832730bc-9cc2-e011-9658-001d092f0b84>

Dirección de Información y Defensa de los Afiliados

a la Seguridad Social. (2010). Estudio sobre Gastos en Salud y Satisfacción de los Afiliados del Régimen Contributivo dentro del SDSS. Santo Domingo. Consultado en <http://saludfunglode.org/documentos/observatorio/DIDA-Estudio-Gastos-y-Satisfaccion-PDSS-2011.pdf>

El Caribe. (20 de noviembre de 2013). Pérez Modesto dice la elusión amenaza la seguridad social. El Telegrama Digital. Santo Domingo. Consultado en <http://eltelegramadigital.com/2013/11/perez-modesto-dice-la-elusion-amenaza-la-seguridad-social/>

Encuesta revela afiliados subsidiados conocen sus derechos. (2009, October 14). El Nuevo Diario. Consultado en <http://www.elnuevodiario.com.do/app/article.aspx?id=171593>

Giedion, U., Raciborska, D. y Bitrán, R. (2010). Guía metodológica para la elaboración de estudios de caso sobre el diseño, ajuste e implementación de paquetes o planes explícitos de beneficios de salud.

Giedion, U., Tristao, I. y Bitrán, R. (Eds.). (2014). Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional.

Giedion, U., Tristao, I., Bitrán, R. y Cañón, O. (2014). Explicitar lo implícito: Análisis de siete planes de beneficios en salud de América Latina. En U. Giedion, I. Tristao y R. Bitrán (Eds.), Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo.

Hoy digital. (6 de mayo de 2006). Caída en registros e ingresos. Matizan crisis Sistema de Seguridad Social. Hoy Digital. Santo Domingo. Consultado en <http://hoy.com.do/caida-en-registros-e-ingresosmatizan-crisis-sistema-de-seguridad-social/>

La Forgia, G., Levine, R., Díaz, A. y Rathe, M. (2004). Fend for yourself. Systemic failure in the Dominican health system. Health Policy (Amsterdam, Netherlands), 67(2), 173–86. doi:10.1016/S0168-8510(03)00117-9

López Villa, Á. (2002). La definición del Plan Básico de Salud para la República Dominicana. Aspectos metodológicos, contenidos y valor. REDSALUD-USAID.

Ministerio de Salud pública. (2013). Programa Protegido. Consultado el 21 de noviembre de 2013 en <http://www.msp.gob.do/Programa-Protegido>

Ministerio de Salud pública y Organización Panamericana de la Salud. (2011). Indicadores Básicos de Salud. República Dominicana. Santo Domingo. Consultado en <http://www.bvs.org.do/bvs/htdocs//local/File/Indalud2011.pdf>

Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2010a). Población total estimada y proyectada por zona y sexo, según año calendario. Santo Domingo.

Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2010b). Proyecciones de población 1990-2020. Consultado el 21 de noviembre de 2013 en <http://www.one.gob.do/index.php?module=articles&func=view&catid=76>

Organización Mundial de la Salud. (2010). Informe sobre la salud en el mundo. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Consultado en [http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_es.pdf?ua=1)

Organización Panamericana de la Salud. (2013). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos. Consultado en [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=232&Itemid=](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=232&Itemid=)

Pantaleón, D. (14 de enero de 2014a). Revisan el plan de servicios de salud para actualizarlo - listindiario.com. Listin Diario. Santo Domingo. Consultado en <http://www.listin.com.do/la-republica/2014/1/14/306913/print>

Pantaleón, D. (15 de enero de 2014b). Revisan el plan de servicios de salud para actualizarlo. Listin Diario. Santo Domingo. Consultado en <http://www.listin.com.do/la-republica/2014/1/14/306913/Revisan-el-plan-de-servicios-de-salud-para-actualizarlo>

Pérez Espinosa, F., Ramírez Slaibe, P. y Martínez Martiñón, L. (2010, August). Logros y Avances Subsidios • Afiliación • PDSS Tercer aniversario. SISALRIL Informa. Boletín Informativo de La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

Prats, M. (2013). ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN Y DISPOSICIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS Y DEFINICIÓN DEL MECANISMO DE ADSCRIPCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA POBL. Santo Domingo. Consultado en [http://www.salud.gob.do/Documentos/Analisis/ANA\\_SituacionActual\\_20131210.pdf](http://www.salud.gob.do/Documentos/Analisis/ANA_SituacionActual_20131210.pdf)  
Presidencia de la República Dominicana. (2013). Decreto 136-13. Santo Domingo. Consultado en <http://www.consultoria.gov.do/Actos/2013/Decreto136-13.pdf>.

PROMESE CAL. (n.d.). Bienestar social | PROMESE/CAL. Retrieved November 20, 2013, from <http://promesecal.gob.do/bienestar-social-2/>  
PROMESE CAL. (2013). Promese/cal realiza la mayor licitación pública de productos farmacéuticos de toda la historia de R.D. Santo Domingo. Consultado en <http://promesecal.gob.do/promesecal-realiza-la-mayor-licitacion-publica-de-productos-farmacuticos-de-toda-la-historia-de-r-d-2/>

Rathe, M. (1999). SALUD Y EQUIDAD : Una mirada al financiamiento a la salud en la República Dominicana, 1–30.

Rathe, M. y Guzmán, D. (2012). Estimación del gasto nacional en salud de la República Dominicana, 1995-2011. Santo Domingo. Consultado en [http://fundacionplenitud.org/files/salud/GastoNacionalSaludRD\\_1995-2011.pdf](http://fundacionplenitud.org/files/salud/GastoNacionalSaludRD_1995-2011.pdf)

Rathe, M. y Moliné, A. (2011). [The health system of Dominican Republic]. *Salud Pública de México*, 53 Suppl 2(1), s255–64. Consultado en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877090>

Redacción. (14 de diciembre de 2013). SOS

Seguro Familiar de Salud. Las Principales. Santo Domingo. Consultado en <http://lasprincipales.com/?c=123&a=42873>

Redacción Diario Dom. (30 de julio de 2013). Culpa al CNSS por pérdida de RD\$131 MM en sector ARS Diario Dom Digital. Diario Dom Digital. La Voz de La Nación. Consultado en <http://lavega.diariodom.com/articulos/2013-07-30/67248-culpa-al-cnss-por-perdida-de-rd131-mm-en-sector-ars.php>

Schreyögg, J., Stargardt, T., Velasco-Garrido, M. y Busse, R. (2005). Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries. Evidence from the European Union Health BASKET Project. The European Journal of Health Economics : HEPAC : Health Economics in Prevention and Care, Suppl, 2–10. doi:10.1007/s10198-005-0312-3

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia social. (2001). Ley General de Salud Ley No . 42-01. Santo Domingo.

Secretaría de Estado de Trabajo; Consejo Nacional de Seguridad Social. (2001). Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Trabajo. Consultado en <http://www.sisalril.gov.do/pdf/ley8701.pdf>

SENASA. (2013). SeNaSa se acoge al PDSS3.0 de SISALRIL, sin gradualidad. Consultado en [www.arssenasa.gov.do/index/contenido.asp?id=779](http://www.arssenasa.gov.do/index/contenido.asp?id=779)

Superintendencia de Salud y Riesgos laborales. (n.d.-a). Coberturas del Plan de Servicios de Salud (PDSS). Consultado en [http://www.sisalril.gov.do/pdf/Coberturas\\_Plan\\_Servicios\\_Salud\\_PDSS.pdf](http://www.sisalril.gov.do/pdf/Coberturas_Plan_Servicios_Salud_PDSS.pdf)

Superintendencia de Salud y Riesgos laborales. (n.d.-b). ESTADÍSTICAS DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD 2007-2013. Consultado el 21 de noviembre de 2013 en <http://www.sisalril.gov.do/EstadisticasdelSfs.aspx>

Superintendencia de Salud y Riesgos laborales. (2007a). Guía Actividades y Procedimientos del PDSS. Consultado en <http://www.universal.com.do/>

[Inicio/Files/PDF/Guia\\_PDSS.pdf](#)

Superintendencia de Salud y Riesgos laborales. (2007b). Memoria 2007. Santo Domingo.

Superintendencia de Salud y Riesgos laborales. (2007c). Resolución Administrativa 00147. Consultado en [http://www.sisalril.gov.do/Resoluciones/res\\_adm\\_no\\_00147-2007.pdf](http://www.sisalril.gov.do/Resoluciones/res_adm_no_00147-2007.pdf)

Superintendencia de Salud y Riesgos laborales. (2007d). Resolución Administrativa No. 00124-2007. Santo Domingo. Consultado en [http://www.sisalril.gov.do/Resoluciones/res\\_adm\\_no\\_00124-2007.pdf](http://www.sisalril.gov.do/Resoluciones/res_adm_no_00124-2007.pdf)

Superintendencia de Salud y Riesgos laborales. (2008). Resolución Administrativa 00149. Santo Domingo. Consultado en [http://www.sisalril.gov.do/Resoluciones/res\\_adm\\_no\\_00149-2008.pdf](http://www.sisalril.gov.do/Resoluciones/res_adm_no_00149-2008.pdf)

Superintendencia de Salud y Riesgos laborales. (2010). Memoria de gestión 2010. Santo Domingo.

Superintendencia de Salud y Riesgos laborales. (2011). Evolución y avances SFS//SRL. SISALRIL Informa. Boletín Informativo de La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, Año IV(36).

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. (2014). Propuesta del Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud Versión 1.0. Banco Interamericano de Desarrollo.

Superintendencia de Salud y Riesgos laborales y Consejo Nacional de Seguridad Social. (2002). REGLAMENTO SOBRE EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD Y EL PLAN BÁSICO DE SALUD. Consultado el 21 de noviembre de 2013 en [http://www.tss.gov.do/pdf\\_files/sfs.pdf](http://www.tss.gov.do/pdf_files/sfs.pdf)

Tesorería de la Seguridad Social. (2013). Informe Estadístico (a 31 de marzo de 2013. Consultado en [http://www.tss.gov.do/pdf/inf\\_stats3-2013.pdf](http://www.tss.gov.do/pdf/inf_stats3-2013.pdf)

Tristao, I., Rathe, M. y Giedion, U. (2012). Nota de política sector salud 1 (pp. 2000–2011).



⑨ ANEXO

---

**TABLA 5. COBERTURAS DEL PLAN DE SERVICIOS DE SALUD (PDSS)**

Tipo de servicio		Tope de cobertura	Copago o cuota moderadora
Servicios ambulatorios	Promoción y prevención	N/A	0%
	Consultas ambulatorias		DOP \$100
	Odontología*		20%
	Emergencias		0%
	Vacunas		0%
Hospitalización	Habitación	N/A	10% (Para habitaciones de DOP \$1,200 a 1,740) 100% (Para el excedente de DOP \$1,740)
	Servicios de hospitalización		15%
Servicios de maternidad	Parto normal	Recibimiento del bebé	0%
		Hospitalización/ honorarios anestesiología/ Medicamentos/ Sala de cirugía/ Laboratorios / Medios diagnósticos	0%
		Honorarios gineco-obstetra	N/A
	Cesárea	Recibimiento del bebé	0%
		Hospitalización/ honorarios anestesiología/ Medicamentos/ Sala de cirugía/ Laboratorios /	DOP \$700 20%
		Honorarios gineco-obstetra Medios diagnósticos	DOP \$1,800
Cirugía	Procedimientos quirúrgicos del grupo 7 del PDSS (todos los servicios correspondientes a la hospitalización quirúrgica)*	N/A	10%
Apoyo diagnóstico en ambulatorio	Laboratorios, Rayos X, ecografías, otros medios diagnósticos, biopsias, tomografías, resonancia magnética nuclear*		20%
Alto Costo	Alto costo (18 atenciones descritas en el PDSS)*	DOP \$1,000,000 Afiliado/año	20%
	Medicamentos coadyuvantes en tratamiento oncológico	DOP \$90,000 afiliado/año	30%
Terapias de rehabilitación*			20%
Aparatos y prótesis*			20%
Hemoterapia*			10%
Medicamentos ambulatorios*		DOP \$3,000 afiliado/año	30%

\* Para todos los servicios descritos en el Catálogo de Prestaciones de Servicios de Salud (PDSS)

Fuente: (Superintendencia de Salud y Riesgos laborales, n.d.-a)

La PROMESE CAL creó 9 programas sociales con la intención de permitir el acceso a medicamentos e insumos sanitarios como derecho humano en enfermedades de alto costo. Para acceder a estos programas todos los pacientes son verificados a través del Sistema Único de Beneficiario (SIUBEN) y a través de la Tesorería de la Seguridad Social para garantizar que el paciente no posea recursos financieros. Los programas sociales se presentan en la Tabla 6.

**Tabla 6. Programas sociales**

PROGRAMA	Año de creación	Causa y/u objetivo	Número de pacientes cubiertos	Costo per cápita	COSTO (2012)	Medicamentos/insumos provistos
PAUCIN Programa de Apoyo a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales	2005	Creado por la alta tasa de mortalidad infantil neonatal a causa de infecciones severas y fallo respiratorio.	No reporta	Sin datos	DOP \$24,127,819.07	Agente surfactante 25 mg/ml Cartuchos para gases arteriales Ampicilina vial Imipenem 500 mg Heparina sódica 5,000 UI Fostomicina 1 gr Amp
PAUSAM Programa de Apoyo a las Unidades de Salud Mental	2006	Creado con el fin de cubrir las necesidades de la población con trastornos mentales ambulatorios en específico bipolaridad y esquizofrenia, patologías mentales más frecuentes y con medicamentos de alto costo.	No reporta	Sin datos	DOP \$3,142,530.40	Carbamecepinga Decanoato de Flufenazina Haloperidol Risperidona Carbonato de litio
PESCCA Programa Especial de Soporte Contra el Cáncer	2006	Creado debido a la alta incidencia del cáncer y el elevado costo del tratamiento, con el fin de aliviar la carga económica a las familias de escasos recursos.	3.408	DOP \$2,124.17	DOP \$7,239,168.39	Docetaxel 80 mg Carboplatino 450 mg Dactinomicina 0.5 mg Dacarbacina 200 mg Placlitaxel 100 mg Anastrozol 1 mg
PRODPERA Programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria	2009	El programa busca proveer gratuitamente todas las bolsas de diálisis a pacientes que no pueden someterse a un tratamiento de hemodiálisis.	23	DOP \$470,760	DOP \$10,827,459.84	Eritropoyetina lmy 4000 UI/MI Amp Hierro Sacarosa Amp Calcio Tab Complejo B
PROMEDIA Programa de Medicamentos para la Diabetes	2010	Creado con el fin de suplir los medicamentos e insumos sanitarios de forma gratuita a los pacientes de escasos recursos que padecen diabetes.	191	DOP \$5,970	DOP \$1,140,318.52	Glucómetro Porta lancetas Tirillas Lancetas Jeringuillas insulina Metformina Glibenclamida Insulina NPH Insulina 70/30 Insulina rápida
PROMEGOTAS Programa de Medicamentos contra el Glaucoma	2010	El programa busca suplir de forma gratuita el tratamiento completo a los pacientes de escasos recursos económicos afectados por el glaucoma.	279	DOP \$4,692	DOP \$1,308,987.60	Timolol 0.5% gotas Timolol + Travoprost Gotas Timolol 0.5% + Dorzolamida 2% gotas Timolol 0.5% + Dorzolamida 2% + Brimonidina 2% Gotas Latanoprost 0.005% gotas Brimonidina 2% gotas Acetazolamida 250 mg tab
PROMEPSAL Programa de Medicamentos Perdedores de Sal	2013	Busca suplir medicamentos de forma gratuita a todos los pacientes con hiperplasia adrenal congénita (forma clásica con pérdida de sal).	43	Sin datos	No reporta	Hidrocortisona 100 mg amp Dexametasona 0.5 mg/0.75 tab Fludicortisona 0.1 mg Tab Hidrocortisona 5 mg Tab
PROPACER Programa de Prevención de Patología Cervical	2010	El programa busca suplir de forma gratuita las 3 dosis de las vacunas para la prevención del virus del papiloma humano por ser esta la principal causa del cáncer cérvico-uterino.	567 (niñas)	DOP \$4.288	DOP \$2,431,076.00	Vacuna tetravalente contra VPH (tipo 6, 11, 16 y 18)
PRONEPAR Programa de Nutrición Enteral y Parenteral	2009	Reducir la malnutrición y la estancia intrahospitalaria, proporcionando fórmulas enterales y soluciones parenterales a los pacientes hospitalizados.	23.106	DOP \$3,842	DOP \$11,922,194.92	Proteína polimérica Suplementos proteínicos Lípidos Catéter central Funda de mezcla

Fuente: (PROMESE CAL, n.d.)

**Tabla 7. Factores de conversión utilizados en el estudio**

Source: National Statistical Office Latest actual data: 2011 Harmonized prices: No Frequency of source data: Monthly Base year: 2010. 12/1/2010 Primary domestic currency: Dominican Pesos updated: 09/2013		International Monetary Fund, World Economic Outlook Database, October 2013
		Source: Haver Analytics Latest actual data: 2012 Harmonized prices: No Frequency of source data: Monthly Base year: Base is 1982_1984=100 Primary domestic currency: U.S. dollars Data last updated: 08/2013
Dominican Republic	Dominican Republic	United States
Implied PPP conversion rate	Inflation, average consumer prices	Inflation, average consumer prices
National currency per current international dollar	Index	Index
1995	7,193	152,383
1996	7,307	156,858
1997	7,806	160,525
1998	8,185	163,008
1999	8,351	166,583
2000	8,73	172,192
2001	8,97	177,042
2002	9,318	179,867
2003	12,208	184
2004	18,018	188,908
2005	18,223	195,267
2006	18,634	201,558
2007	19,187	207,344
2008	20,658	215,254
2009	21,105	214,567
2010	21,925	218,085
2011	22,933	224,935
2012	23,717	229,604
2013	24,461	232,8
2014	25,21	236,319

**Tabla 8. Estudios revisados con el equipo técnico de la SISALRIL en el proceso para la formulación del PBS.**

Fuente	Fecha Realización	Aportes	Usos	Observaciones	Autor
<b>I. Promoción y Prevención</b>					
1. Estimación de la Carga de Enfermedad en la República Dominicana.	Enero de 1997	Diez primeras causas según mortalidad ajustada (tasas por 1000) años 1989-1992 Diez primeras causas según AVAD de Mortalidad, discapacidad y totales (x 1000) 1989-1992	Priorización de problemas de salud a ser intervenidos.	Limitaciones: Información de hace 10 años, denominaciones de algunos problemas de salud (áscaris), tablas de riesgo de discapacidad no del país.	Nelcy Paredes -BID
2. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de la República Dominicana	Mayo 2001. Actualización periódica	Tablas de indicadores básicos: Tasas de mortalidad general y por grupos de edad, tasas de morbilidad	Priorización de problemas de salud, actualizado a noviembre del 2001.	Las cifras utilizadas se fundamentan sobre fuentes no siempre verificadas	OPS
3. Estadísticas de Salud.	Diciembre de 2000.	Indicadores básicos salud y servicios (tasas y valores absolutos)	Priorización de problemas de salud a ser intervenidos.	Limitado al sector público, causas de muerte no muy claras. Subregistro sin dimensionar	SESPAS
4. Presupuesto Sectorial	Agosto- noviembre de 2001	Programas prioritarios por provincia.	Priorización de problemas de salud a ser intervenidos. Costos de programas.	Elaboración del presupuesto por dirección provincial (DPS)	DPS,SESPAS, ONAPRES, SECTEPRES
5. Encuesta experimental de demografía y salud (EDES)	1999	Tablas de población, tasas de fecundidad, vacunación, violencia, salud materno-infantil	Priorización de problemas de salud a ser intervenidos	Altamente confiable	CESDEM, USAID Y MACRO INTERNACIONAL DHS
6. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA)	1996	Tablas de población, tasas de fecundidad, vacunación, violencia, salud materno-infantil, Cobertura, utilización de servicios, gasto de bolsillo en salud	Priorización de problemas de salud a ser intervenidos.	Altamente confiable	CESDEM, USAID Y MACRO INTERNACIONAL DHS Y PROFAMILIA
7. Encuesta de satisfacción de Usuarios (ESU-96)	1996	Utilización y frecuencia de usos de servicios	Plan básico	Altamente confiable	Siglo XXI, BID
8. Estudio Canasta Básica de Servicios	1997	Describe programas prioritarios y costos	Definición de programas y sus costos	Necesidad revisar metodología de costos	Peter Cowley, Banco Mundial
9. Acuerdo 117 CNSS Colombia	1998	Para establecer los límites entre el plan general de salud en contraste con el plan básico de salud	Establecer límites entre el plan: Servicios preventivos de carácter general y el Plan Básico de Salud.	Estudiar resolución 4288 / 96 sobre el plan de atención básica	CNSS y Minsalud Colombia
10. Catálogo Prestaciones Superintendencia	2002	Contiene contenidos de los programas de promoción y prevención (normas nacionales) y actividades por nivel	Contenidos del plan básico	Contrastarlo Contra la resolución 5261 del Ministerio de salud de Colombia	Superintendencia SISALRIL

Fuente	Fecha Realización	Aportes	Usos	Observaciones	Autor
11. Propuesta de reglamento 2: Seguro Familiar y Plan Básico	2002	Lineamientos para la organización y operación del SDSSS	Marco regulatorio		Superintendencia SISALRIL
12. Salud Visión de Futuro	1996	Lineamientos preliminares de la reforma	Antecedentes		OCT: Oficina de coordinación técnica
13. Informes Banco Mundial	1993				
14. Determinación del costo de la cartera básica de servicios de salud del fondo de atención primaria (FONAP)	2001	Componentes de atención primaria en planes de prevención general y plan básico	Definición de programas y sus costos	Base para los principales estudios de plan básico	CERSS - BID
15. Costo del plan básico de salud	2000	Marco de referencia para la cobertura de población, costos e indexación	Definición de programas y sus costos	Marco lógico para diferentes estudios	CERSS - BID. Clara Gámiz
16. Estimación de costos del nuevo modelo de atención primaria en la República Dominicana	2000-2001	Marco de referencia para la cobertura de población, costos e indexación	Definición de programas y sus costos	Marco lógico para diferentes estudios	BITRAN Y ASOCIADOS
17. Análisis del valor per cápita del plan básico de salud para la seguridad social	2001	Análisis comparativo de costos plan básico de salud	Definición de programas y sus costos	Aportes originales en tarifas vs costos	Magdalena Rathe
18. Salud y Equidad	1999	Análisis comparativo de frecuencias y costos de servicios de diferentes aseguramientos	Definición de programas y sus costos	Aportes originales en tarifas vs costos	Magdalena Rathe
19. Cuentas Nacionales de Salud	1996	Financiamiento servicios de atención primaria y gastos en salud	determinación comparativa de costos	Indicadores económicos financieros del sector público y privado de salud	Banco Central RD
20. Cuentas Nacionales de Salud	2000	Financiamiento servicios de atención primaria y gastos en salud	determinación comparativa de costos	Indicadores económicos financieros del sector público de salud	Banco Central RD
21. Cuentas Nacionales de Salud	2001	Gasto público provincial en salud	determinación comparativa de costos	Indicadores económicos financieros del sector público de salud	CERSS - Banco Mundial y A Guerrero
22. Informe preliminar de Gasto de SESPAS, IDSS y PROMESE	2001	Gasto público institucional por provincia y regiones	determinación comparativa de costos	Indicadores económicos financieros del sector público de salud	CERSS Banco Mundial- R Blondet
<b>II. Atención por Niveles</b>					
1. Seguro médico de los Maestros: SEMMA	1997-2001	Series de datos de uso de servicios y de cantidad. de afiliados. Tarifas de contratación con el sector privado	Información desagregada en consulta especializada, egresos por especialidad, desagregación ayudas diagnósticas en los centros médicos de Santo Domingo y Santiago		SEMMA
2. Instituto Dominicano de Seguro Social: IDSS		Consultas, egresos y estancias por especialidades, laboratorio por tipo grande laboratorio			Existe doble afiliación ya que se cotiza al IDSS y a igualas médicas. Serie de datos: consultas ambulatorias, egresos, estancias, laboratorio, otros: cirugías. Sólo cubre al afiliado y hasta cierto nivel de ingresos.

Fuente: Tomado de (López Villa, 2002)

**Tabla 9. Población y servicios médicos recibidos por los afiliados al SEMMA, República Dominicana, 1985 -2001**

SERVICIOS MÉDICOS Y POBLACIÓN	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
POBLACIÓN	84489	86489	90658	92270	98645	101180	98416	95272
CONSULTAS	97883	159884	168101	151785	133945	125973	114168	89954
CONSULTAS PRENATALES	6803	14806	14085	12614	12589	10534	8337	5519
EMERGENCIAS	5201	12727	14525	15717	14414	13609	12240	7354
PAC. HOSPITALIZADOS	5051	10101	11042	10451	9595	8882	7325	6037
CIRUGÍAS	1370	2228	1896	1708	1686	1437	1200	913
NACIMIENTOS	1133	2375	2254	2080	1976	1680	1389	769
PARTOS	710	1466	1367	1226	1112	959	819	347
CESÁREAS	423	909	887	854	864	721	570	422
ABORTOS	107	349	323	287	247	213	163	99
ANÁLISIS LABORATORIO	56967	111912	130987	124636	123231	128150	109688	98377
RAYOS X	4540	8049	8968	7345	6957	9391	7500	5686
REFERIMIENTOS	1700	2202	2863	2524	1948	1654	1598	1525
CONSULTAS MENTALES	~	588	1062	1280	1485	1585	1704	1981
DEFUNCIONES	42	60	64	69	90	74	82	53
TBCM (*)	~	0.68	1.17	1.39	1.51	1.57	1.73	2.08

<b>SERVICIOS MÉDICOS Y POBLACIÓN</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
<b>POBLACIÓN</b>	101272	110956	117591	120948	124620	134244	143447	144973	159718
<b>CONSULTAS</b>	145250	175057	178864	204103	279552	280860	297658	313279	317726
<b>CONSULTAS PRENATALES</b>	9336	14747	12423	16684	17617	13454	14202	13152	16890
<b>EMERGENCIAS</b>	15017	13750	15103	19645	28104	35233	43037	48462	49458
<b>PAC. HOSPITALIZADOS</b>	5051	10101	12243	14676	9595	8882	15913	16568	16768
<b>CIRUGÍAS</b>	1318	1718	1631	2711	1896	1793	2061	2488	2501
<b>NACIMIENTOS</b>	1161	1405	1281	1717	1422	1575	1726	1607	1314
<b>PARTOS</b>	574	674	496	664	602	631	629	586	
<b>CESÁREAS</b>	587	731	785	1053	820	944	1097	1021	
<b>ABORTOS</b>	123	174	311	417	398	438	487	429	
<b>ANÁLISIS</b>	159665	188554	204620	225326	310054	316249	321181	344081	392060
<b>LABORATORIO</b>									
<b>RAYOS X</b>	10437	14815	14492	19432	26312	27265	28455	34440	35014
<b>REFERIMIENTOS</b>	3219	7263	5002	6725	7794	7980	8671	8587	7190
<b>CONSULTAS MENTALES</b>	2179	2608	2989	3072	3431	3396	3121	3594	3594
<b>DEFUNCIONES</b>	52	63	126	111	144	146	185	217	
<b>TBCM (*)</b>	2.15	2.35	2.54	2.54	2.75	2.53	2.18	2.48	

Fuente: Departamento de Estadísticas del SEMMA, Departamento de Cómputos del SEMMA, Departamento Contabilidad del SEMMA, Departamento de Supervisión Médica del SEMMA. En el estudio de (López Villa, 2002)