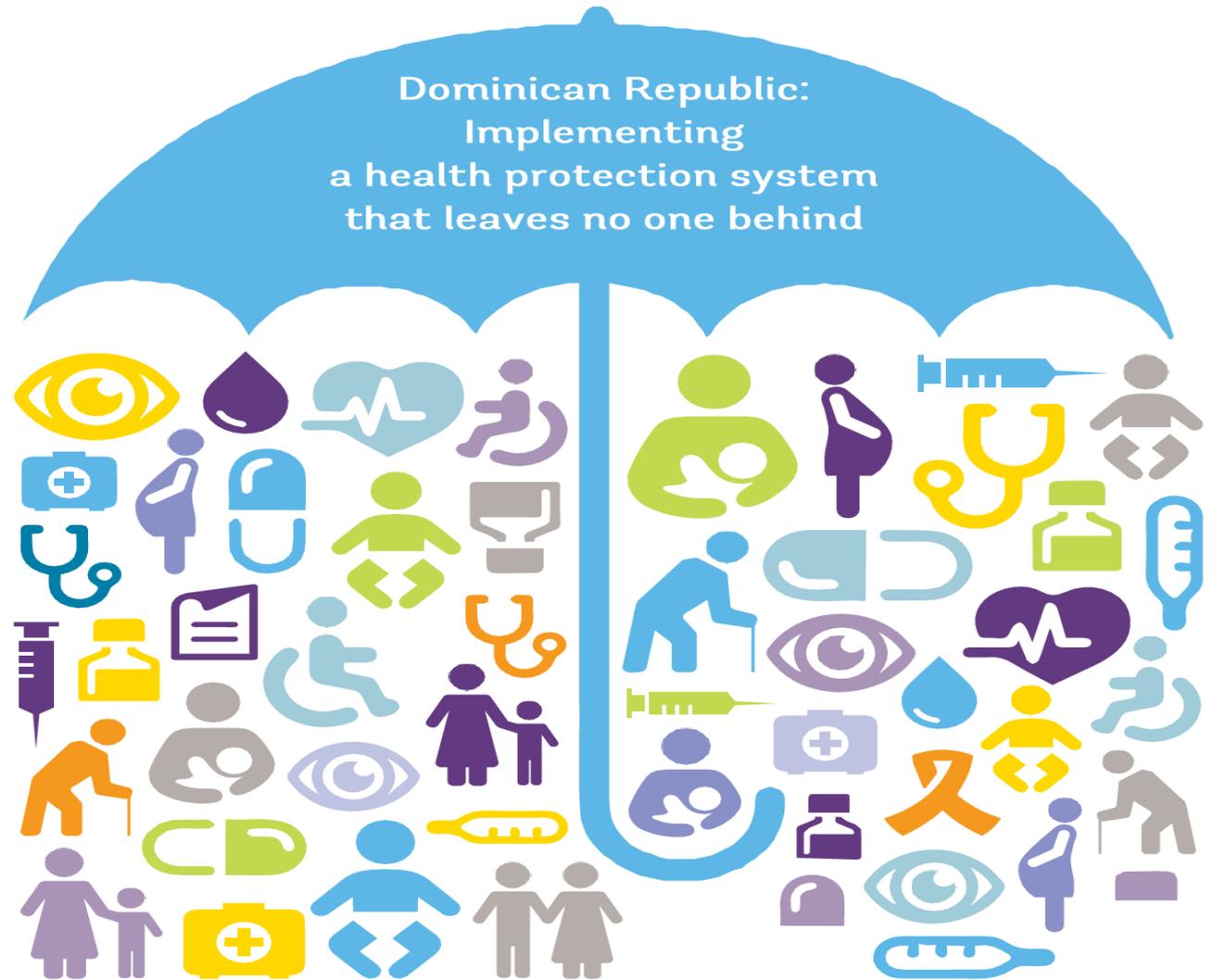


# República Dominicana: Implementando un sistema de protección social en salud que no deje a nadie atrás

Magdalena Rathe  
Conferencia en la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM)  
Maestría de Gerencia en Salud  
Santiago, Abril de 2018

Rathe, M. 2018. *República Dominicana: Implementando un sistema de protección social en salud que no deje a nadie atrás*. Serie de Estudios sobre la Cobertura Universal en Salud, No. 30. Banco Mundial, Washington, DC.

El trabajo parte de una explicación del Seguro Familiar de Salud como estrategia de cobertura universal en la República Dominicana, enfocándose en el sistema de protección para los pobres: el régimen subsidiado del sistema de seguridad social.



Please cite this paper as:

Rathe, M. 2018. "Dominican Republic: Implementing a health protection system that leaves no one behind". Universal Health Coverage Study Series No. 30, World Bank Group, Washington DC.



# UNICO: Demand Side Strategies for Universal Health Coverage (UHC)



**MARÍA EUGENIA BONILLA-CHACIN**  
LEAD ECONOMIST  
HEALTH, NUTRITION AND POPULATION  
GLOBAL PRACTICE, WORLD BANK  
WASHINGTON D.C. USA



**MAGDALENA RATHE**  
CO-FOUNDER AND EXECUTIVE DIRECTOR  
PLENITUD FOUNDATION (FUNDACIÓN PLENITUD)  
SANTO DOMINGO, DOMINICAN REPUBLIC

**ABSTRACT:** This article aims to enable a better understanding of the design and implementation of demand-side programs developed in middle-income countries documented by the World Bank through UNICO, with a focus on the progress achieved in identifying beneficiary populations and separating financing from provision.

The article concludes that these programs increased insurance coverage and often also the utilization of key health services. However, their design and implementation faced challenges. The split between financing and provision remained incomplete, since in most cases a large share of the funds financing public providers remain supply-side subsidies and not the funds provided by these demand-side programs. Other challenges remain such as weaknesses in the design of benefit packages and provider payment mechanisms, in the autonomy of providers, in the quality of care, and in ensuring the long-term financial sustainability of these programs.

# La iniciativa UNICO del Banco Mundial

- ▶ Objetivo: aprender cómo los países están implementando UHC
- ▶ Descriptivo; investigadores aprendiendo de los políticos; no prescriptivo
- ▶ Centrarse en los países que han adoptado un enfoque "ascendente" para implementar la cobertura universal de salud después de 2000
- ▶ Enfóquese en los "programas de reforma de la CSU": investiga el cambio de políticas en lugar de la "reserva de políticas" o la anatomía de los sistemas de salud.
- ▶ Primera fase: 26 programas en 24 países; Segunda fase: 19 países.
- ▶ Recopilación sistemática de datos: cuestionario común: 9 módulos, 300 preguntas
- ▶ Informes publicados: [www.worldbank.org/universalhealthcoverage](http://www.worldbank.org/universalhealthcoverage)

# SISTEMAS DE SALUD ESTUDIADOS EN LA SEGUNDA FASE DE UNICO



# Estrategia de Cobertura Universal

Una de las metas fundamentales del ODS 3 se relaciona con el logro de la cobertura universal en salud (o Salud Universal, según la estrategia de OPS), expresada de la siguiente manera:



“Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

# El concepto de salud universal (o cobertura universal en salud)

- ▶ Reconoce la salud como un derecho de la población, al proponer la cobertura de salud para todos, sin distinción de ningún tipo.
- ▶ La cobertura universal puede extenderse para que incluya la rectoría del sistema, los servicios de salud colectivos y comunitarios - incluyendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la preparación para eventos fortuitos, así como los servicios individuales de salud.
- ▶ Establece la necesidad de priorizar los servicios que son esenciales, lo que implica aplicar los mejores conocimientos sobre los resultados de salud, la utilización de los servicios, la carga de enfermedad y otras técnicas, para tomar decisiones sobre qué incluir en el paquete de prestaciones.

# El concepto de salud universal (o cobertura universal en salud)

- ▶ Promueve la equidad, al buscar la protección financiera de las personas frente a los costos inesperados que puede significar el riesgo de enfermarse, lo que expresa la importancia de prestar atención a la forma en que se financian los servicios de salud.
- ▶ Enfatiza la calidad - tanto en los servicios mismos de salud como en los medicamentos y las vacunas.
- ▶ Manifiesta que esa calidad es para todos, lo que llama la atención a las diferencias entre los servicios prestados en las redes pública y privada, o los que son financiados por uno u otro régimen de financiamiento.

# Objetivos del estudio UNICO RD

- ▶ Describir la organización y funcionamiento del sistema de salud después de la reforma del 2001.
- ▶ Enfocar su atención en el Régimen Subsidiado del Seguro Familiar de Salud (SFS), que fue diseñado para proteger a la población más pobre y que actualmente ha logrado afiliar a casi la totalidad de la misma, según las definiciones oficiales de pobreza.
- ▶ Indentificar los principales problemas en su alcance y operación, así como los retos del Régimen Subsidiado para lograr la protección efectiva de su población objetivo, a la vez que contribuye a mejorar los resultados globales de salud del país.

# Contenido del estudio

- ▶ Introducción
- ▶ Organización y financiamiento del sistema de salud
- ▶ Provisión de servicios públicos y prioridades
- ▶ Características operacionales del Régimen Subsidiado: aspectos institucionales, interacciones con el resto del sistema de salud, identificación de la población y afiliación de los beneficiarios, manejo de los recursos, el paquete del RS, el manejo de la información en el RS
- ▶ Calidad en el sistema dominicano de salud
- ▶ Agenda pendiente

# Tema central

- ▶ La reforma de salud ha sido exitosa en la afiliación de la población y organización de la función de financiamiento.
- ▶ Se ha quedado atrás en fortalecer la función de producción. No ha sido posible reestructurar la provisión pública para que opere con calidad y eficiencia, debido a:
  - ▶ Serios problemas de gobernanza (mecanismos inoperantes para obligar al cumplimiento)
  - ▶ Infraestructura y equipamiento obsoletos o dañados
  - ▶ Distribución ineficiente de los recursos humanos
  - ▶ Baja formación de los recursos humanos
- ▶ Esto constituye el gran reto del sistema dominicano de salud: prestación de servicios con calidad a toda su población.

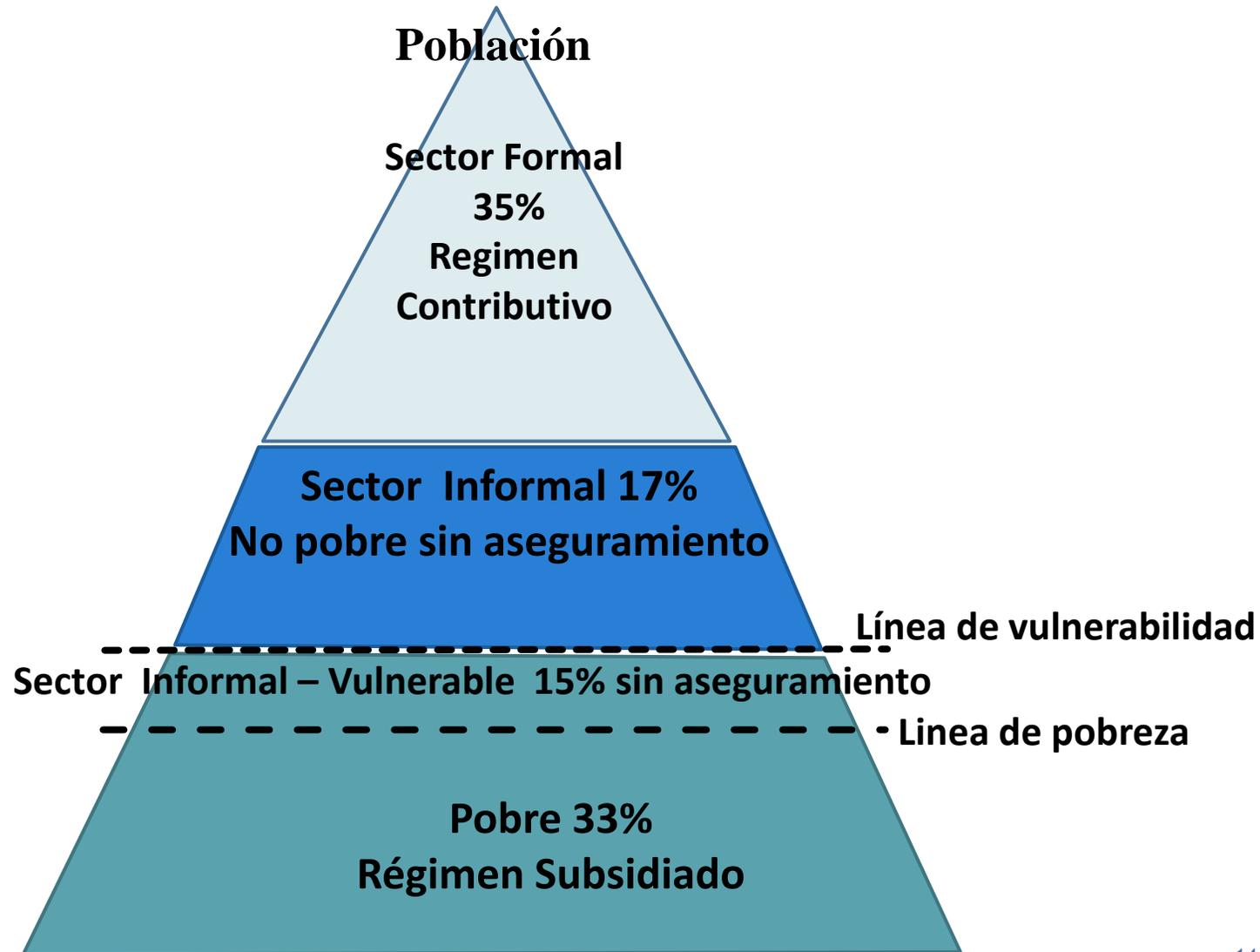
# Logros de la reforma de salud

- ▶ Afiliación de la población: un 6% al seguro social en 2001 y un 70% al SFS en 2016
- ▶ Afiliación casi universal de la población pobre del país
- ▶ Creación de un conjunto de instituciones públicas con buen nivel institucional
- ▶ Institucionalización de los mecanismos de recaudación y distribución de fondos entre los actores
- ▶ Definición de un paquete de servicios completo
- ▶ Separación de las funciones de provisión y financiamiento

# Retos pendientes

- ▶ La reestructuración de la red pública para proveer servicios de salud con eficiencia y calidad a la población de menores ingresos, afiliada al régimen subsidiado
- ▶ Fortalecimiento del primer nivel como puerta de entrada y de la estrategia de atención primaria
- ▶ Implementación del sistema de referencia y contra-referencia
- ▶ La calidad deficiente de los servicios de salud que no contribuye a mejorar los indicadores de salud de la población (RD ubicada en los últimos lugares de ALC en indicadores básicos)
- ▶ Garantizar que las prestaciones incluidas en el PBS sean entregadas efectivamente a las personas que las necesiten, asegurando la cobertura efectiva de intervenciones clave.
- ▶ Extender la afiliación en salud a 3 millones de personas fuera del sistema

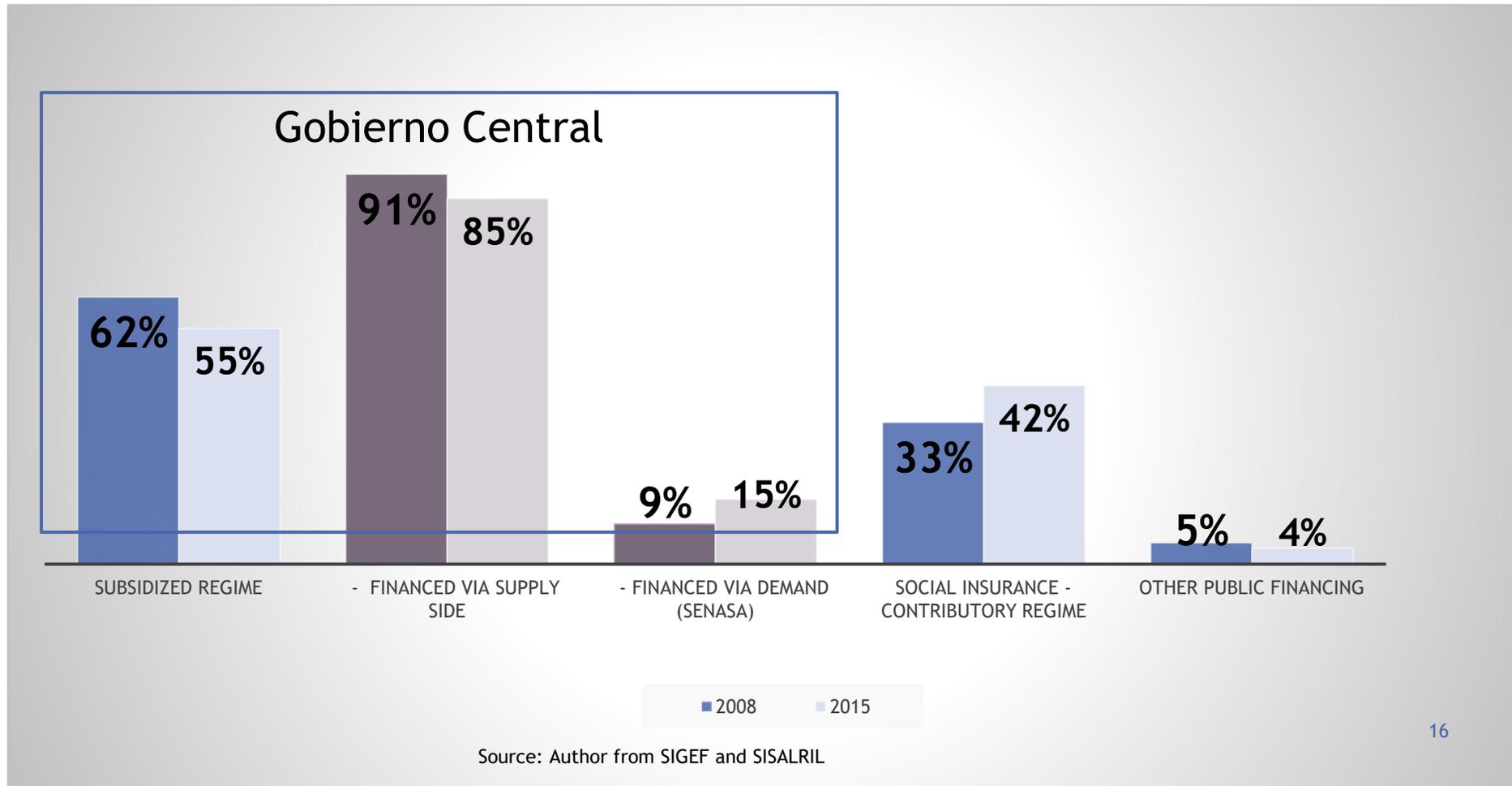
## Población con Aseguramiento y sin Aseguramiento (%), 2015



# Necesidad de afiliar un 30% de la población

- ▶ Un 30% de la población no tiene seguro de salud: entre estos se estima que un 53% tiene cierta capacidad contributiva
- ▶ Se necesitan esfuerzos de la TSS y de la DGII para identificar personas y empresas: promover la formalización de pequeñas empresas y la declaración de profesionales independientes para ser incluidos en el régimen contributivo.
- ▶ Sector informal de bajos ingresos: probablemente necesitarán subsidios estatales
- ▶ Posible ampliación de la definición de pobres en el SIUBEN.
- ▶ Mejorar el proceso de documentación de la población.

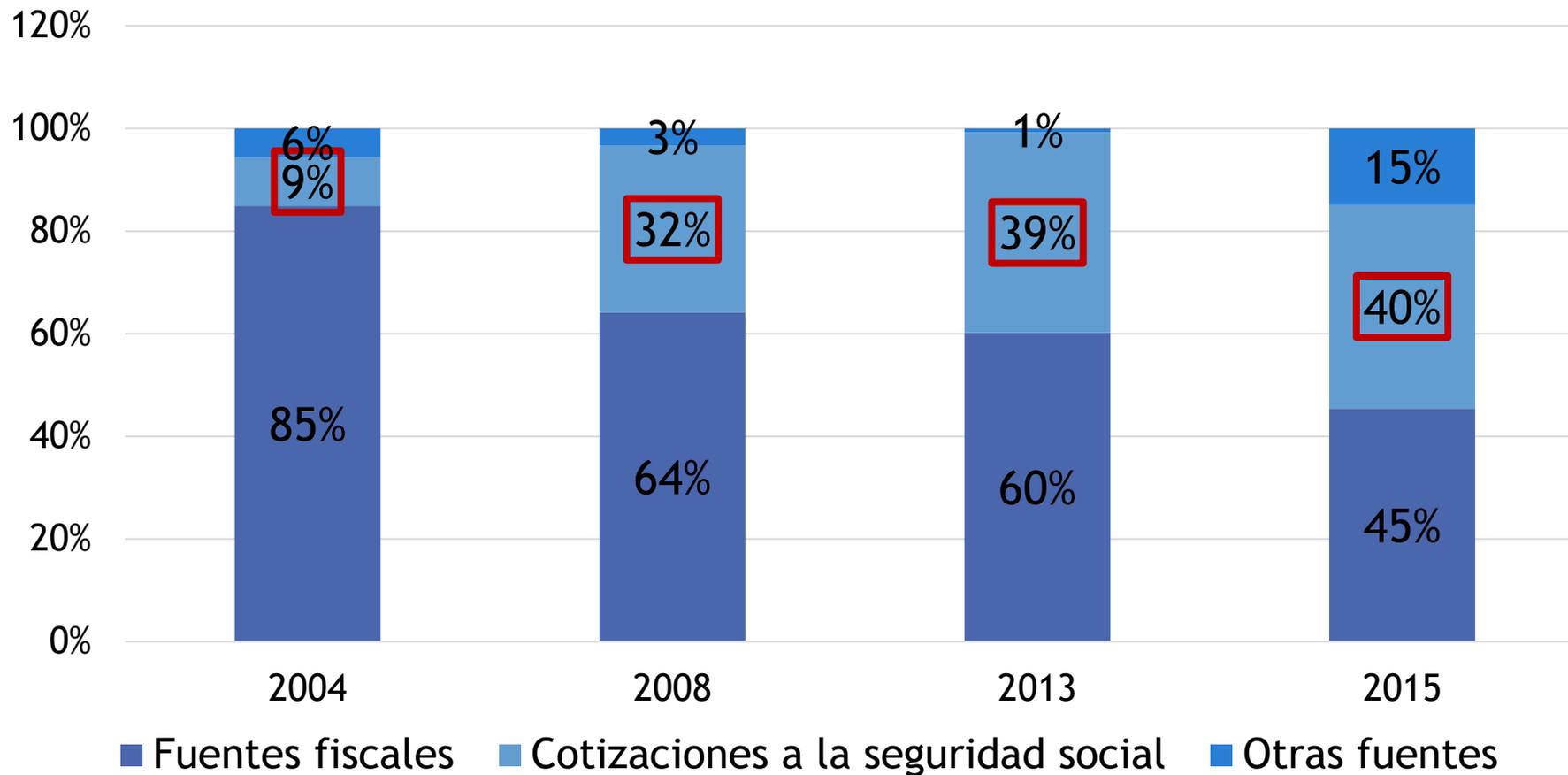
# Evolución de los esquemas de financiamiento como % de los fondos públicos, 2008 y 2015



# Aumento del financiamiento público

- ▶ Desde el año 2008 al 2015 se observa un incremento en el financiamiento público al sistema de salud (pasó de 1.8% del PIB en 2008 al 2.9% en el 2015)
- ▶ Los fondos destinados a la población pobre pasaron de representar el 62% de los fondos públicos en 2008 al 55% en el 2015.
- ▶ Dentro de éstos, los fondos vía la oferta pasaron de representar el 91% en 2008 (del total de fondos canalizados por el esquema gubernamental) al 85% en el año 2015.
- ▶ Esto significa que el financiamiento vía la demanda (SENASA subsidiado) aumentó su participación del 9% en 2008 al 15% en 2015.
- ▶ En el caso del RC, éste aumentó su participación dentro del total de financiamiento público, del 33% en el 2008 al 42% en el 2015 (tasa de crecimiento real del 11%)

## Fuentes de financiamiento del gasto público en salud 2015 (como % del gasto corriente)

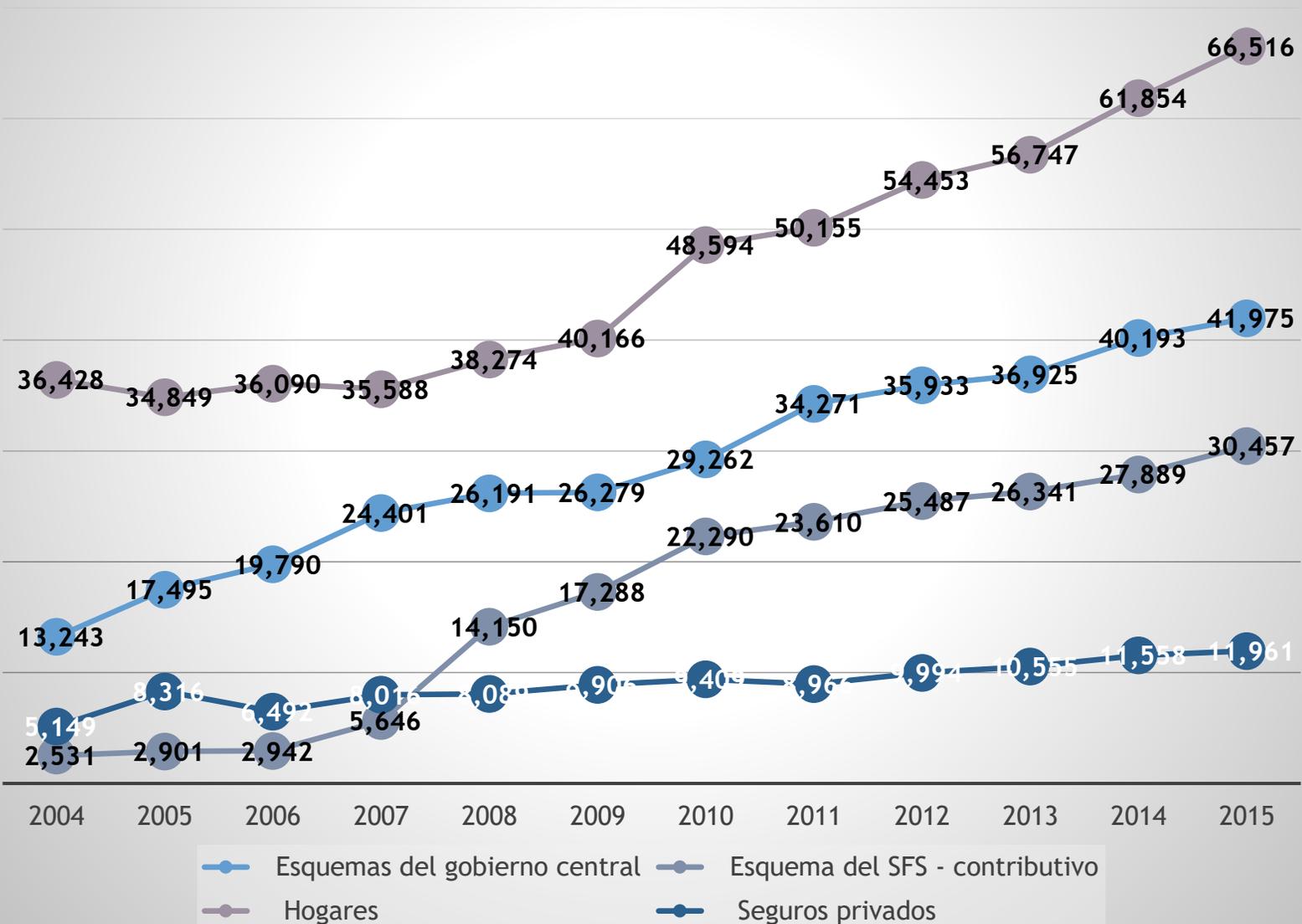


El peso de las contribuciones al SFS han aumentado sustancialmente

## Gasto de bolsillo sigue elevado

- ▶ Este aumento en el financiamiento público no fue capaz de cambiar la estructura global del financiamiento ni reducir **significativamente** el gasto privado, en particular los gastos de bolsillo.
- ▶ Los gastos en compra de planes complementarios y otros seguros privados aumentaron también (aunque manteniendo una proporción similar en el período).
- ▶ A pesar de la tenencia de seguro, sigue en aumento la presión por la compra de servicios no cubiertos y de medicamentos, manteniendo alto el gasto de bolsillo.
- ▶ Esto implica que el país está lejos de alcanzar una protección financiera efectiva de la población dominicana.

## Evolución del gasto real en salud por esquemas de financiamiento, 2004-2016 (RD\$ de 2010)



**Aunque ha habido un aumento de los fondos públicos y de los afiliados al SFS, la carga de los hogares sigue siendo elevada.**

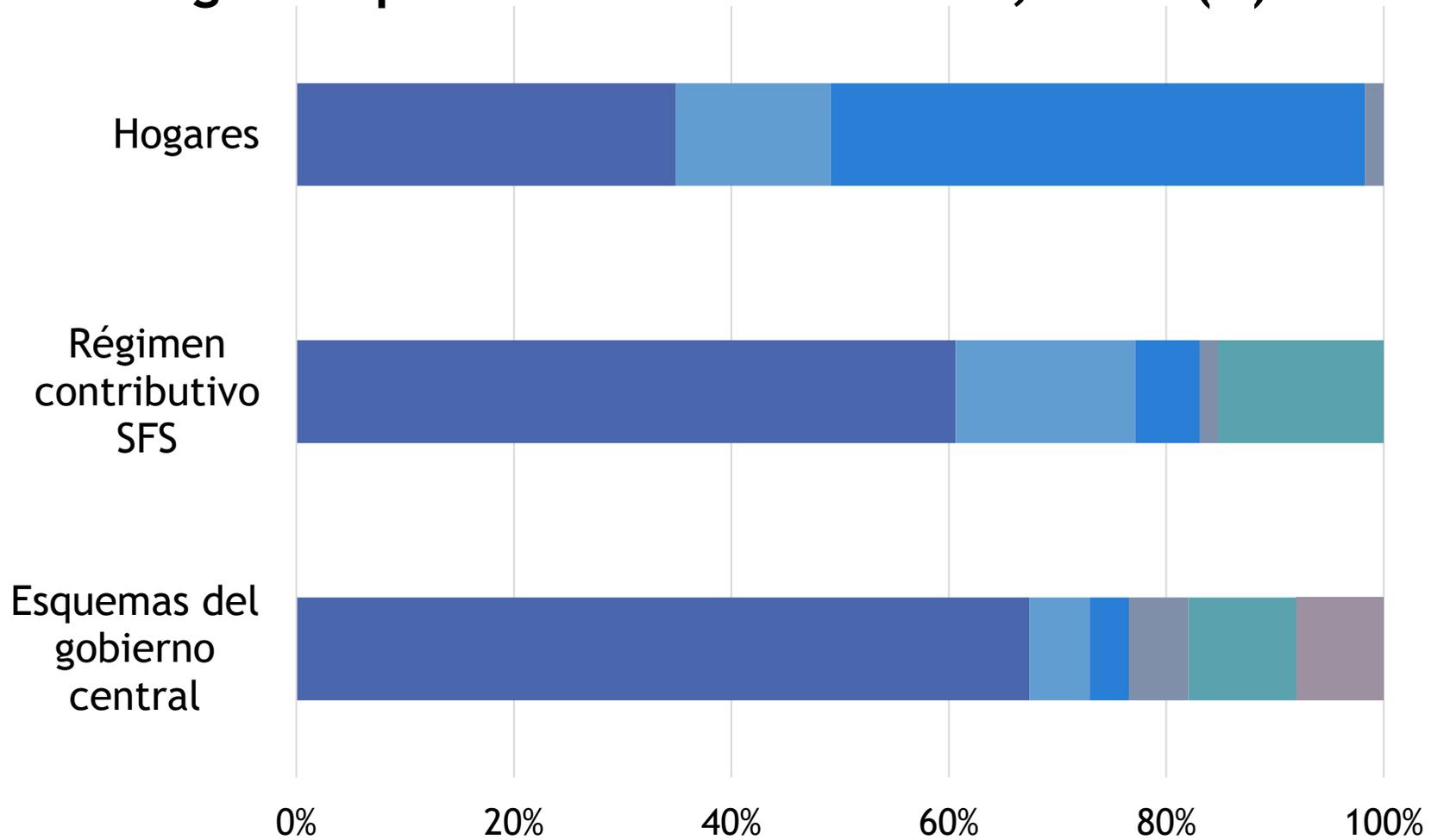
# Grueso de fondos para atención especializada

- ▶ La mayor parte de los fondos públicos se asignan a la atención especializada (80% del presupuesto del SNS y cerca del 90% del SENASA).
  - Esto no ha sido una política expresa, sino el resultado de no hacer obligatorio el primer nivel como puerta de entrada y el retraso de la reestructuración de la red pública. A medida que envejece la población aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas, lo cual pondrá presiones importantes a la sostenibilidad financiera del sistema de salud.
- ▶ SENASA quiere revertir esta situación: ha identificado 1.8 millones de personas con diabetes e hipertensión: clubes de salud.

La atención curativa es prioridad en los esquemas públicos mientras los hogares gastan principalmente en medicamentos

**Muy pocos fondos destinados al primer nivel de atención incluyendo la prevención de enfermedades.**

## Estructura del gasto en salud por funciones según esquema de financiamiento, 2015 (%)



FUENTE: Elaborado por PLENITUD en base a CNS-MSP

■ Atención curativa

■ Servicios auxiliares

■ Bienes médicos

# Prioridad a la atención especializada por parte del SENASA, 2014

## Distribución de Pagos de SENASA a Proveedores (por función y tipo de proveedor), 2014

Descripción	Atención Curativa Internamiento	Atención Curativa Ambulatorio	Servicios Auxiliares	Bienes Médicos	TOTAL	%
Total	1,247.1	1,114.9	757.8	138.4	3,258.4	100.0%
General Hospitales Públicos	241.6	-	28.6	-	270.2	8.3%
Especializados Hospitales Públicos	934.0	601.7	256.3	-	1,792.0	55.0%
Especializados Hospitales Privados	71.5	405.6	261.3	-	738.4	22.7%
Atención Ambulatoria Proveedores	-	107.3	33.0	-	140.6	4.3%
Laboratorios	-	-	2.1	-	2.1	0.1%
Centros de imágenes	-	0.2	176.5	-	176.7	5.4%
Farmacias	-	-	-	138.4	138.4	4.2%
	38%	34%	23%	4%	100%	

23

# Falta de recursos para la atención primaria

- ▶ Uno de los problemas principales del sistema dominicano de salud es la falta de desarrollo del primer nivel de atención: infraestructura, equipamiento, recursos humanos, sistemas de gestión, asignación poblacional, calidad, habilitación.
- ▶ Puerta de entrada al sistema de salud: esencial para mejorar los indicadores de salud (lo ordenan las leyes de salud, de seguridad social, la END y el plan plurianual).
- ▶ Los fondos para financiar el primer nivel de atención eran 0.1% en el 2014 y 3% en el presupuesto del 2017 asignado al SNS (posible reclasificación).
- ▶ Tampoco se ha implementado en el régimen contributivo: esto implica una nueva organización de la provisión privada.

# Falta de recursos para ejercer adecuadamente la rectoría y la salud colectiva

- ▶ La rectoría del sistema de salud ha sido descuidada por décadas. Con el nacimiento del Servicio Nacional de Salud y la separación de la función de rectoría de la función de provisión, es posible lograr que el Ministerio de Salud Pública se concentre en lo que es su verdadero papel: guiar de manera estratégica a todo el sistema de salud.
- ▶ En adición a la función rectora, el MSP tiene a su cargo la provisión de los servicios colectivos de salud o salud comunitaria.
- ▶ Pobre asignación de fondos a la salud colectiva, a la estrategia de promoción y prevención y falta de desarrollo del sistema de seguimiento a los pacientes.
- ▶ Los recursos asignados a la salud colectiva representaron el 1.5% del gasto corriente en salud y el 4.5% del presupuesto del MSP en el 2014.

## Un mismo PBS para todos?

- ▶ Un gran logro de la reforma fue la definición de un mismo paquete para toda la población y la eliminación de exclusiones y pre-existencias.
- ▶ Pero en la práctica el PDSS en el régimen contributivo tiene co-pagos a veces elevados, topes de cobertura, falta de integralidad en el cuidado (al basarse en intervenciones y no en diagnósticos de problemas de salud prioritarios), dificultades de separación entre lo que cubre el PDSS y los planes complementarios, cobros de diferencia por las consultas, exceso de prescripciones de estudios y medicamentos por parte de los médicos
  - todo ello impide la reducción de los pagos de bolsillo.

## Paradoja del paquete del régimen subsidiado

- ▶ En el caso del régimen subsidiado, otra paradoja del sistema dominicano de salud: un paquete de prestaciones más completo, sin copagos y supuestamente con más protección, a un costo menor y con menos financiamiento.
- ▶ Por supuesto que no es real: el racionamiento se realiza mediante la reducción de la calidad de la atención: colas, ausencia de capacidad para prestar los servicios, reducidas horas de atención, pobre infraestructura y equipamiento, carencias de medicamentos e insumos.

# Se requiere una revisión del PDSS

- ▶ La revisión del paquete de prestaciones, en la historia del sistema, ha sido movida por razones políticas y por intereses económicos, en lugar de estudios técnicos: no existe un sistema bien establecido e institucionalizado para la revisión del paquete.
- ▶ En el 2016 el CNSS contrató un estudio para revisar el PDSS el cual introdujo el concepto de “coberturas garantizadas” para problemas prioritarios de salud, en vez de “cobertura de intervenciones o procedimientos”. La SISALRIL quedó a cargo de finalizarlo y proponer una nueva versión.
- ▶ Si esto se realiza finalmente, sería posible organizar el modelo de atención alrededor de este nuevo PBS, basado en garantizar la atención integral de un conjunto de problemas de salud fundamentales, asegurando priorizar la prevención.

# Diferencias grandes en el financiamiento al RS y al RC

Régimen / Población afiliada	RD\$ al mes
Per cápita Régimen Contributivo - 2018 (RC)	1,014
Per cápita Régimen Subsidiado - 2018 (RS)	220
Per cápita RS incluyendo fondos vía oferta (población afiliada al RS)	770
Per cápita RS incluyendo fondos vía oferta (población afiliada + casi pobres informales)	580

# En resumen

- ▶ Un tema clave para guiar el país hacia la cobertura universal con equidad y sin excesiva carga financiera, es la asignación de más recursos públicos para cubrir una gran parte de las necesidades de salud de la población vía la demanda, así como afiliar a la población que está aún fuera del sistema.
- ▶ Al mismo tiempo, la red pública deberá ser reestructurada y organizada para que pueda ofrecer los servicios incluidos en el nuevo PBS, diseñado en base a las necesidades de salud prioritarias de la población dominicana, garantizándole una atención integral.
- ▶ Adicionalmente, el sistema de pago a los proveedores deberá ser reestructurado/reorientado para promover/incentivar la implementación del modelo de atención y sistema de referencia-contra-referencia
- ▶ Este proceso deberá ser monitoreado muy de cerca, papel que corresponde fundamentalmente a la función de rectoría del sistema de salud.

# Impulso reciente a la reforma

- ▶ Al día de hoy, 21 años desde la concepción de la reforma de salud, 16 años desde el inicio de su implementación, 10 años desde la entrada en vigor del régimen contributivo (verdadero inicio del proceso de afiliación), estamos lejos de la cobertura universal verdadera.
- ▶ Recientemente (desde el año 2016) se han iniciado pasos concretos para encaminarnos en esa dirección, lo cual es muy esperanzador, entre ellos:
  - ▶ Unificación de la red pública y creación del SNS
  - ▶ Separación de la función de provisión de la función de rectoría
  - ▶ Inicio del proceso de reorganización de los recursos humanos (duplicación de nóminas, pensionados)
  - ▶ Nuevas formas de gestionar los recursos humanos (concursos con exigencias de maestrías en gestión para directores de hospitales, transferencias de la decisión de contratación a los centros de salud, auto-gestión de algunos hospitales, obligatoriedad de cumplir con los horarios, etc.)
  - ▶ Pasos para reducir la fragmentación (incorporación de la población militar y policial al sistema general, eliminando sistemas paralelos, eliminación del IDSS)

# Propuesta de revisión de la ley 87-01: algunas ideas en discusión

- ▶ Obligatoriedad de afiliación a un centro de primer nivel tanto en el régimen subsidiado como contributivo
- ▶ Cómo se podría implementar esto en el sector privado?
- ▶ Implementación del Régimen Contributivo Subsidiado
- ▶ Establecer mecanismos de afiliación de los profesionales independientes y del sector informal
- ▶ Promover la formalización de pequeñas empresas
- ▶ Combatir la evasión y la elusión
- ▶ Eliminación del veto tripartito en el CNSS
- ▶ Personería jurídica a la TSS y la DIDA

# Más temas para pensar: seguro obligatorio

- ▶ El país enfrenta un gran reto: la afiliación de 3 millones de personas - una buena parte con capacidad contributiva.
- ▶ Se podría pensar en establecer la obligatoriedad de tener seguro de salud (requerirlo para transacciones bancarias, viajes, etc.). Un seguro voluntario promueve la selección adversa.
- ▶ Podría haber dos opciones de costo por persona con diferentes paquetes (para los independientes con capacidad contributiva).
- ▶ Los “casi pobres” (por encima de la definición actual del SIUBEN) podrían afiliarse al RS.
- ▶ Según el espacio fiscal, el gobierno podría decidir subsidiarlos totalmente o exigirles un co-pago en el punto de entrega de servicios (aunque esto va en contra de la equidad).
- ▶ Hay que hacer los estudios correspondientes.

# Más temas para pensar: remesas familiares

- ▶ Las remesas familiares representan el segundo rubro de ingresos de divisas del país, después del turismo. Ascienden alrededor del 7%. En el 2016 las remesas de dominicanos en el exterior ascendieron a más de 240,000 millones de pesos, canalizados fundamentalmente por el sistema financiero formal.
- ▶ Un 17% de los hogares dominicanos reciben remesas y han expresado que un 42% de ellos las utilizan para gastos en salud. No hay estudios que cuantifiquen estos montos.
- ▶ Hay países que han promovido la internalización de parte de estos fondos para financiar el sistema de seguridad social en salud, mediante la compra de seguros para los familiares de los emigrantes (caso Filipinas).

Muchas gracias