



PROTECCIÓN FINANCIERA EN LA SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA





**FUNDACION
PLENITUD**
*Perspectiva Ecológica por un
Mundo Equitativo y Sostenible*

VISIÓN

Trabajar en la construcción de un mundo equitativo y sostenible

MISIÓN

Contribuir a mejorar el desempeño de los sistemas de salud, ambiente y educación a través de la producción de evidencias, la provisión de servicios de asistencia técnica, entrenamiento y difusión de conocimientos que sustenten la toma de decisiones

PLENITUD

Es una organización no gubernamental, independiente, sin fines de lucro, establecida en la República Dominicana, que brinda servicios de asistencia técnica, entrenamiento y fortalecimiento de las capacidades a los países de América Latina y el Caribe, para apoyarlos a cumplir sus metas de desarrollo.

PLENITUD es una institución líder en la producción y análisis de datos con una visión sistémica, que promueve la divulgación del conocimiento para cerrar la brecha entre la investigación y la acción.

Arabia No. 1, Arroyo Hondo
Santo Domingo, República Dominicana
Tel. (809)563-1805
E-mail: info@fundacionplenitud.org

www.fundacionplenitud.org

PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2010

Magdalena Rathe*

Fundación Plenitud – Serie Documentos de Trabajo



*Economista, Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Directora Ejecutiva de la Fundación Plenitud y Coordinadora del Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe, Capítulo República Dominicana. Investigadora principal del proyecto “Protección financiera en salud en ALC”, dirigido por Felicia Knaul, Coordinadora General del Observatorio ALC y de Harvard Global Equity Initiative, el cual fue financiado por el Centro Internacional para el Desarrollo y la Investigación (IDRC) y el Instituto Carso de la Salud. Se agradece de manera especial el apoyo de Carlos Isaías Ramos en el procesamiento de la información estadística y a Ramón Pérez Minaya por sus valiosos comentarios al texto.

Acrónimos

ARL	Administradoras de Riesgos Laborales
ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
DPS	Direcciones Provinciales de Salud
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
IDSS	Instituto Dominicano de Seguridad Social
ONG	Organismo No-Gubernamental
PBS	Plan Básico de Salud
PDSS	Plan de Servicios de Salud
PSS	Proveedores Seguridad Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SFS	Seguro Familiar de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SILSARIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SIUBEN	Sistema de Identificación Unificada de Beneficiarios
TSS	Tesorería de la Seguridad Social

Introducción

La República Dominicana es un país de ingresos medios, con un per cápita en dólares internacionales de U\$8,513 en el año 2008¹, ocupando un territorio de 48,000 km² en la isla Hispaniola, la segunda entre las Antillas Mayores, que comparte con Haití, el país más pobre del hemisferio occidental.

Es una sociedad de grandes contrastes y retos en términos de su desarrollo y expectativas de mejoramiento del nivel de vida de su población. Durante las últimas décadas, el país vivió períodos de elevadas tasas de crecimiento económico, algunas veces las mayores del hemisferio e, incluso, del mundo². Sin embargo, la desigualdad en el ingreso es muy marcada y se ha mantenido similar durante las últimas décadas. En el 2004, las familias de clase media-alta y alta concentraban el 56% del ingreso nacional, mientras que las familias de clase baja recibían sólo el 4% (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 2005) situación que no se cree se haya modificado sustancialmente en los últimos cinco años.

En los últimos años, la RD ha logrado algunas mejoras en los indicadores de educación y salud. Sin embargo, éstos siguen por debajo del nivel que corresponde al ingreso del país. En el caso de salud, prevalecen relativamente altas tasas de mortalidad infantil y materna, a pesar de que un 99% de los partos son atendidos en centros de salud y con personal profesional especializado y de que las madres reciben, en promedio, unas cuatro consultas durante el embarazo (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 2007).

Para hacer más difícil la situación, en el año 2003, la economía dominicana se vio enfrentada a una de las peores crisis financieras de su historia, resultado de un fraude bancario de grandes proporciones que degeneró en sistémico, con sus consecuencias inevitables en términos de inflación y devaluación superior al 100%. Como resultado de ello, se estima que un millón y medio de dominicanos adicionales cayeron en la pobreza y casi setecientos mil de ellos se vieron forzados a reducir su consumo de productos alimenticios básicos por debajo de los niveles mínimos de subsistencia. El poder de compra de los dominicanos se redujo en un tercio debido a un alza de 86% en los precios de la comida y otros productos de consumo (Banco Interamericano del Desarrollo, 2006). No había comenzado a recuperarse el país de esta situación, cuando se presenta en el 2008 la crisis financiera internacional, con sus importantes efectos en lo relativo a los ingresos de divisas y las finanzas públicas (Ortega *et al.*, 2009).

Dentro de este contexto, el presente trabajo se propone estudiar el desempeño del sistema de salud de la República Dominicana, desde la perspectiva de la protección financiera, comparando el sistema antiguo, que aún predomina, con la incipiente reforma, analizando sus potencialidades de proteger a la población, así como sus retos y dificultades. Consta de cuatro secciones: la primera, presenta la situación demográfica y epidemiológica del país, prestando atención a sus implicaciones en términos de protección financiera, para lo cual aporta elementos relativos a la situación de pobreza y empleo; la segunda, describe el sistema de salud antes de la reforma; la tercera, se enfoca en el financiamiento del sistema

¹ Según datos del Banco Central, 2008. En dólares a tasa promedio asciende a US\$4,798.

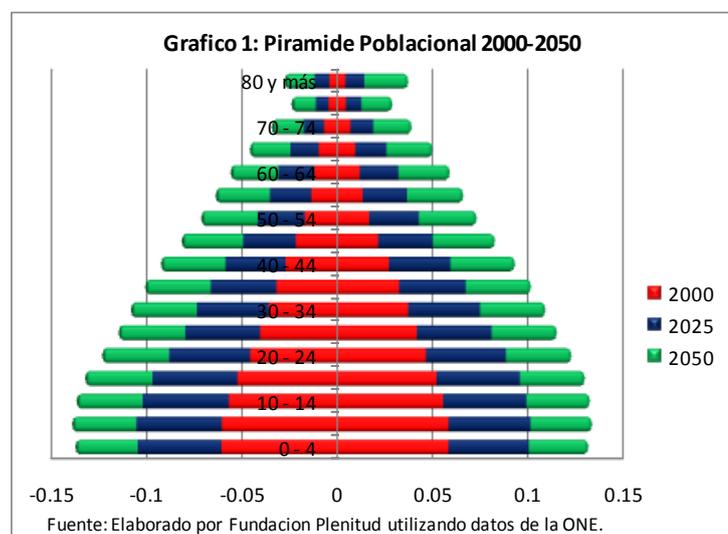
² Datos del Banco Mundial, WDI.

de salud, de acuerdo con la óptica de las cuentas de salud; y la última, analiza los arreglos institucionales existentes después de la reforma, fundamentalmente en términos del sistema de seguridad social en lo concerniente al seguro familiar de salud, enfocándose en el desempeño y en los retos a nivel macro y micro de la reforma de salud.

Situación de salud, pobreza y empleo

Esta sección tiene el propósito de describir la situación demográfica y epidemiológica del país, desde la perspectiva de la protección financiera, es decir, identificar los patrones que puedan significar un mayor riesgo o vulnerabilidad de la población en caso de presentarse un gasto extraordinario o catastrófico de salud. Asimismo, se incluye un diagnóstico de la situación de la pobreza y las características del empleo, dado que éste es el factor principal para recibir la protección del sistema de seguridad social.

La República Dominicana tiene una población de 9.8 millones de habitantes (2009), de los cuales, el 50.1% mujeres y 49.9% hombres (Oficina Nacional de Estadísticas, 2007). La población urbana es de un 64.4% (2007) y se estima que para el 2015 el 71.2% del total de la población vivirá en las ciudades (Comisión Económica para América Latina, 2006). La tasa de crecimiento poblacional anual asciende a 1.4% (2007-2008), habiéndose reducido mucho en los últimos años, como resultado, entre otros factores, del descenso experimentado en las tasas de fertilidad, que prácticamente se redujeron a una tercera parte de la correspondiente a la década de los 50, al pasar de 7.6 hijos por mujer en esa época, a 2.5 en la actualidad. Esto implica que el país ha entrado en un proceso de transición demográfica que, necesariamente implica, a largo plazo, un envejecimiento de la población. Pero a la fecha de hoy, todavía la República Dominicana es un país joven, como puede observarse en la pirámide poblacional adjunta (Oficina Nacional de Estadísticas, 2007).



En efecto, el 51% de la población dominicana, en el 2009, tiene menos de 25 años. Entre éstos, los niños (menores de 15 años), constituyen el 31% y los ancianos (mayores de 65 años), sólo el 6%. Esto resulta en una tasa de dependencia de 60%, es decir, que el 35% de la población solamente está en edad de trabajar, con sus implicaciones relacionadas con la producción de ingresos para el hogar. Dicha tasa ha venido experimentando una reducción importante, como efecto de la disminución en los indicadores de fecundidad, desde 74%, en el 1990, hasta una tasa esperada de 53% en el 2030, relación que se prevé se mantendrá estacionaria por mucho tiempo (Oficina Nacional de Estadísticas, 2007). Pero el patrón de dependencia tiende, indefectiblemente, a modificarse con el paso del tiempo, pero en

sentido inverso, reduciéndose la porción de niños e incrementando la correspondiente a los ancianos, lo que tiene implicaciones en términos de la protección financiera.

En efecto, los hogares con ancianos son los que experimentan los mayores costos por este concepto, no sólo por la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, sino también por el aumento notorio que todos los países verifican en los gastos en salud de las personas al final de su vida. Por el lado de los ingresos, también hay una reducción, dado que no se prevé en las próximas décadas, un aumento de la proporción de personas en edad de trabajar, aunque es de esperar que ese grupo perciba mayores ingresos de los que recibe ahora, dada la situación de desempleo actual existente entre los jóvenes y las bajas remuneraciones que perciben.

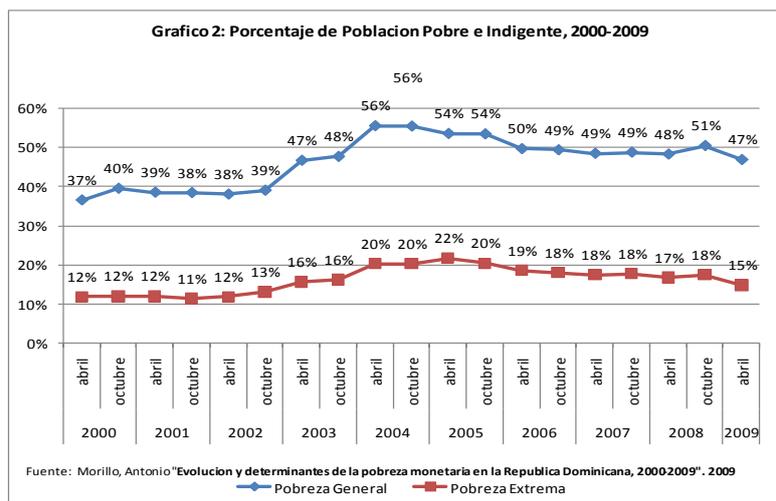
En lo que concierne a la inmigración, los principales extranjeros en el país son los de origen haitiano, estimándose esta población entre unas 600 mil a un millón de personas, la mayoría de los cuales se encuentran en situación de ilegalidad. Esta población ha traído consigo el aumento de la prevalencia de ciertas enfermedades infecciosas, incluyendo el SIDA, la tuberculosis y la malaria. De hecho, Haití es el país con mayor prevalencia de SIDA en todo el hemisferio, comparable con los niveles de algunos países africanos.

Se trata de una población extremadamente pobre y sin educación, que trabaja principalmente en la agricultura y la construcción, consume atención a la salud, dado que los servicios públicos poseen un carácter abierto y no está permitido negar la atención a ninguna persona, independientemente de su situación legal. De acuerdo a estimaciones realizadas por la SESPAS, las atenciones a la población haitiana en el país representan alrededor del 7% del gasto total en atención a las personas que realiza esta institución (Programa para las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009).

En lo que concierne a la situación de salud, el país ha experimentado cambios significativos relacionados con la mejora progresiva de las condiciones de vida, las modificaciones del modelo económico y social y los cambios demográficos. En 1950 la población tenía una Esperanza de Vida al Nacer de 46 años y 149 de cada mil nacidos vivos morían antes de cumplir su primer año. En la actualidad, la Esperanza de Vida al Nacer se estima en promedio, en 72 años, ascendiendo a 75.2 años en las mujeres y 68.9, en los hombres (2007), la mortalidad infantil asciende a 31 por mil (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, 2008).

Si se analizan las condiciones de salud en base al peso que tienen las enfermedades infecciosas, las no transmisibles y los accidentes, ya sea en base a la proporción de muertes en cada grupo, como en base a los días perdidos de vida productiva, tanto por muerte como por discapacidad, se observa un patrón similar, como es de esperar en un país de ingreso medio, donde el proceso de transición epidemiológica está iniciando y donde pesan fuertemente tanto las enfermedades transmisibles como las no transmisibles: entre el 35-38% las primeras, entre 52-58% las segundas y entre 8-11% los terceros. El análisis de la información por grupos de enfermedad, muestra que, desde el punto de vista de la mortalidad por causas, las enfermedades cardiovasculares se encuentran en el primer lugar, seguidas de las enfermedades infecciosas. En orden de importancia, a éstas le siguen los neoplasmas malignos, las condiciones perinatales y los accidentes no intencionales.

También resalta el impacto que tiene la asfixia y trauma del nacimiento, probablemente responsables de la relativamente alta mortalidad infantil, a pesar de que el 99% de los nacimientos se realizan en centros de salud y con personal profesional. Esto deja mucho que desear de la calidad de los servicios de salud en el sistema público



dominicano. Este tema ha sido mencionado frecuentemente en numerosos informes técnicos y la salud materno-infantil constituye la primera prioridad de las políticas públicas en los planes y el discurso nacional, pero los resultados no se ven en la práctica.

Las características reseñadas sobre la situación de salud están vinculadas, obviamente, a la pobreza. Aunque hay divergencias entre los investigadores dominicanos sobre la medición de la misma, una estimación puntual realizada en el año 2004, asciende al 35.3% de la población dominicana (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 2005). Por otro lado, se estima que unas 300 mil personas vivían en el país con un ingreso inferior a un dólar por día, equivalente a un 2.8% de la población; asimismo, más de un millón y medio de personas, viven por debajo de dos dólares al día (16%) (Morillo, 2009).

Las estimaciones oficiales realizadas con posterioridad a dicha encuesta y con otras fuentes, indican que probablemente el nivel de pobreza monetaria sea superior en el país (Morillo, 2009). En efecto, puede verse en el gráfico que el porcentaje de población en condiciones de pobreza monetaria para el período 2000-2009, que se eleva al 56% en el 2004³. Ese fue el año en que se sintió más el impacto de la crisis económica sufrida por el país, que dista mucho de recuperar los niveles que existían a principios de la década del 2000.

En adición a esto, la concentración del ingreso es muy notoria en el país. En efecto, las desigualdades en el ingreso, medidas por el índice de Gini, superan el 0.50 en casi todos los años entre el 2000 y el 2008, aunque se ha venido reduciendo en el período, al pasar de 0.55 en el 2000 a 0.50, en el 2009 (Morillo, 2009). Asimismo, los ingresos del quintil más rico de la población superan en 16 veces los del más pobre (Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo, 2007).

Estos altos niveles de pobreza hacen más difícil la protección financiera en salud en base al régimen contributivo de la seguridad social y enfatizan la necesidad de que el Estado otorgue una alta prioridad al régimen subsidiado, tal como muestran también los patrones y perspectivas del empleo que se describen más adelante.

Las posibilidades de superar la pobreza están vinculadas íntimamente con las de obtener un empleo remunerado que permita una vida digna, el cual a su vez, depende del crecimiento

³ Esta estimación se basa en la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT) que realiza el Banco Central dos veces al año, ajustada para compatibilizar con la ENCOVI.

de la economía y de su potencial redistributivo. A pesar del crecimiento experimentado por el país durante largos períodos y a que las condiciones de vida de la población han mejorado, incluyendo la elevación de la esperanza de vida, prevalecen grandes diferencias en la sociedad, al extremo que se ha señalado que la RD es el país que menos aprovechó el crecimiento económico en los últimos 50 años (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2005).

Como se vio antes, la consecuencia de esto ha sido la gran cantidad de dominicanos que vive en la pobreza y en la indigencia, independientemente del método que se escoja para medirla, el cual siempre resultará en una aproximación a una realidad que es, esencialmente, compleja. Una parte de la población pobre está empleada, ya sea de manera formal o informal, pero su nivel de ingresos es tan bajo que no les permite satisfacer sus necesidades básicas. El sector informal es muy importante en la República Dominicana, ya que da trabajo a la mitad de los dominicanos que se encuentran en el mercado laboral. Este porcentaje ha sido bastante estable entre el 2004 y el 2008, representando en promedio el 56% de la mano de obra (Banco Central de la República Dominicana, 2004-2008).

La crisis económica de los años 2003-2004 resultó en la elevación de la tasa de desocupación y un aumento de la participación del sector informal. Aunque la economía empezó a recuperarse en el año 2006, una vez más, los indicadores económicos del año 2009 están presentando ya los efectos de la crisis económica mundial, afectando las principales fuentes de divisas y de empleo, que son el turismo y las zonas francas de exportación⁴.

Cuadro 1: Ocupación según modalidad de inserción laboral, 2007

Modalidad de inserción laboral	Total Ocupados 2007	
	Cantidad (en miles)	%
Total	3,548	100.0
Asalariado. Total	1,709	48.2
Sector público	407	11.5
Sector privado	1,302	36.7
Independiente. Total	1,538	43.3
Empleador	142	4.0
Cuenta propia	1,396	39.3
Ayudante no remunerado	107	3.0
Servicio doméstico	194	5.5

FUENTE: UAAES / SEEPyD, "Análisis del Desempeño Económico y Social de la República Dominicana Enero-Junio 2007", 2008

La composición del empleo, su evolución y las tendencias esperadas para el futuro, imponen restricciones al financiamiento del modelo de seguridad social en salud del país. Tal como se describe más adelante, dicho financiamiento se basa principalmente en las cotizaciones de los asalariados, que ascienden al 48% de los ocupados. Hay una gran cantidad de personas con subempleo, empleos informales o con contratos temporales, que están actualmente fuera del seguro familiar de salud y que tampoco tienen otro tipo de coberturas, por lo que se encuentran desprotegidas ante la eventualidad de shocks financieros relacionados con su salud.

Organización institucional

El sistema de salud antes de la reforma

⁴ Las remesas de dominicanos en el exterior constituyen la segunda fuente de ingresos de divisas, después del turismo, pero no producen empleo. Son un indicador importante para nuestros fines, porque constituyen alrededor de un 6-7% del ingreso de los hogares y se ha señalado de manera anecdótica que se utilizan en gran medida para financiar problemas de salud.

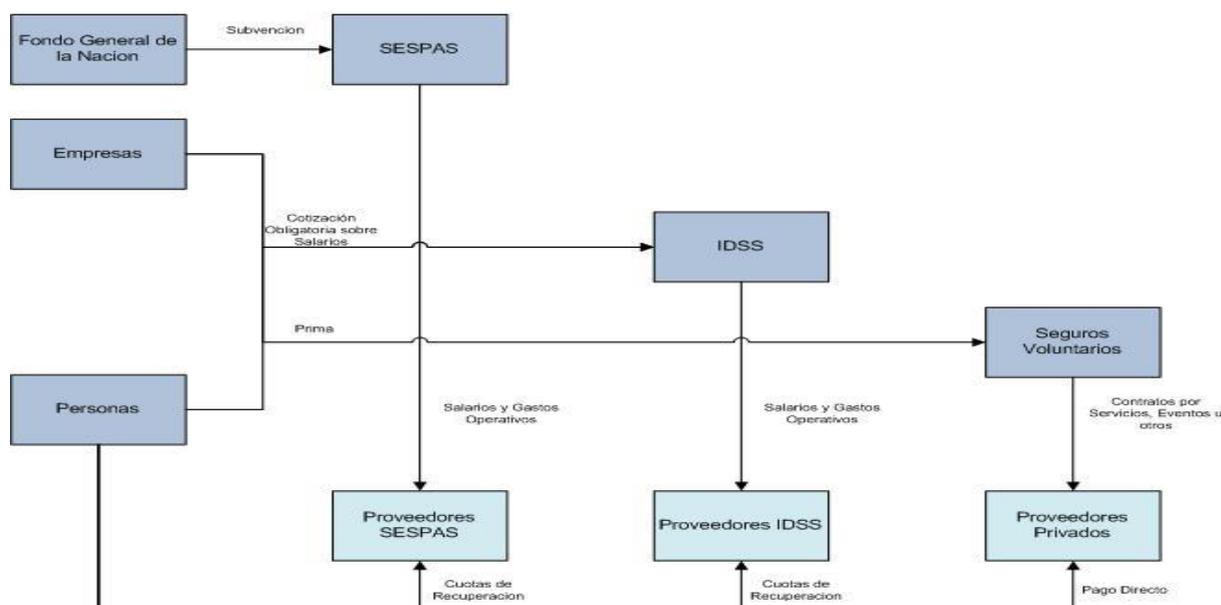
Las características del sistema dominicano de salud antes de la reforma, eran las típicas de la mayoría de los países latinoamericanos antes de la década de los noventa, que es cuando comenzaron las reformas de salud en la región. Se trataba de un sistema abierto y gratuito, con un ministerio de salud – la SESPAS cuyo mandato legal era proteger a toda la población. Al lado de este surgió el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), para dar protección mediante el aseguramiento al trabajador exclusivamente, sin la familia, en una red de proveedores de su propiedad. El IDSS se financiaba mediante cotizaciones obligatorias y centralizaba varios seguros, incluyendo el de salud, las pensiones y los accidentes de trabajo. Los militares, por su parte, tenían también su propio sistema, financiado por el Estado. Para los estratos superiores de ingreso, existía un sector privado proveedor de servicios, generalmente de calidad muy superior.

Dada la inoperancia del sistema y de la baja calidad de los servicios de la SESPAS, las empresas y las principales instituciones públicas comenzaron a contratar seguros voluntarios (planes de pre-pago con proveedores privados de mayor calidad) como parte del paquete de compensaciones a sus empleados, los cuales muchas veces incluían también a las familias. En el 1996 estos sistemas cubrían al 12% de la población y en el 2007, al 18.3%. El IDSS cubría al 6% en el 1996 y al 1.2% en el 2007. El resto de la población se atendía en los servicios públicos de la SESPAS o, si no podía solucionar allí sus problemas, se dirigía al sector privado proveedor, pagando dinero de su bolsillo (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 1996 y 2007).

Es preciso señalar que los no asegurados, dada su falta de confianza en los servicios públicos, utilizaban, en gran medida, los proveedores privados pagando con dinero de su bolsillo. En efecto, 25% de los más pobres en el año 1996, utilizaron los servicios ambulatorios privados y un 30% de los que se hospitalizaron, sin contar con aseguramiento. Esta proporción varió muy poco en la encuesta levantada en el 2007, antes del inicio de la reforma (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 1996 y 2007). El sistema de organización del sistema de salud descrito, resultó en elevados gastos de bolsillo de los hogares, grandes inequidades y ausencia de protección financiera, al extremo que podía caracterizarse con la expresión “sálvese quien pueda” (La Forgia *et al.*, 2004).

El siguiente diagrama muestra, de manera esquemática, la organización del sistema y los flujos financieros, previo a la reforma del nuevo milenio.

Diagrama 1: Flujos Financieros del Sistema de Salud Previo a la Reforma



Fuente: Rathe, Magdalena, Ramón Pérez Minaya, Lesly Franco, Dania Guzmán. *Medicamentos y Propiedad Intelectual- Evaluación del Impacto de los Nuevos Estándares de Derechos de Propiedad Intelectual en el Precio de los Medicamentos: el caso de la República Dominicana*. Fundación Plenitud/ICTSD/OPS/PNUD/SESPAS. Santo Domingo, 2009.

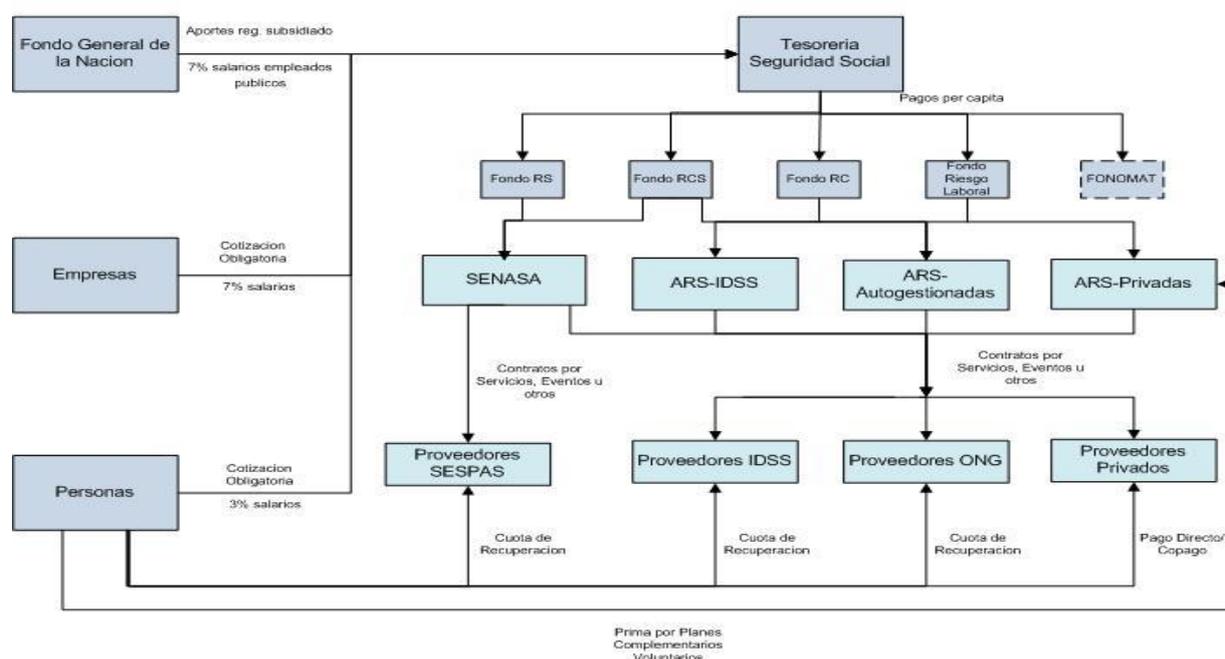
El sistema de salud después de la reforma

En la década de los noventa, mientras se afianzaban las reformas en muchos países, en la República Dominicana se discutían los lineamientos de lo que sería finalmente la propuesta para mejorar la cobertura, la equidad, la solidaridad y la calidad del sistema de salud.

A partir del año 2001, se crea un nuevo marco legal del sistema de salud, integrado por un conjunto amplio de leyes, reglamentos, normas y disposiciones administrativas provenientes de distintas instancias e instituciones estatales. Las dos herramientas jurídicas fundamentales son: la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (Ley 87-01). Mediante ambas normativas se establece un sistema complejo de instituciones de naturaleza pública, privada y sin fines de lucro especializadas en funciones específicas. Las dos leyes definen un sistema con funciones separadas de rectoría, financiamiento, articulación y provisión de servicios, tal como se resume más abajo (Congreso Nacional de la República Dominicana, 2001_{a,b}). La Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) se encuentra actualmente en un proceso de fraccionamiento que la dejará con las funciones de rectoría del sistema, las cuales serán ejercidas de manera desconcentrada a través de oficinas provinciales. La SESPAS comparte la rectoría del sistema de atención con el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), que administra el Seguro Familiar de Salud. Aunque el marco legal entró en vigencia en el año 2001, su implementación se aceleró en el año 2007, al entrar en operación el régimen contributivo.

A continuación se presenta un diagrama de las relaciones financieras entre los distintos componentes del sistema de salud, de acuerdo a la reforma que está en proceso de implementación:

Diagrama 2: Flujos Financieros del Sistema de Salud Después de la Reforma



Fuente: Rathe, Magdalena, Ramón Pérez Minaya, Lesly Franco, Dania Guzmán. *Medicamentos y Propiedad Intelectual- Evaluación del Impacto de los Nuevos Estándares de Derechos de Propiedad Intelectual en el Precio de los Medicamentos: el caso de la República Dominicana*. Fundación Plenitud/ICTSD/OPS/PNUD/SESPAS. Santo Domingo, 2009.

En cuanto a las responsabilidades institucionales del sistema de salud, una vez que entró en funcionamiento el proceso de separación de funciones consignado en la reforma, pueden resumirse de la siguiente manera (Rathe *et al.*, 2009):

Función de rectoría

La rectoría del sistema de salud corresponde a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). La SESPAS tiene a su cargo la conducción estratégica, la vigilancia, evaluación, seguimiento, análisis, regulación y fiscalización. La SESPAS está presidida por un Consejo Nacional de Salud (CNS), que tiene a su cargo la coordinación sectorial. A fin de cumplir con el mandato de la ley que obliga la separación de funciones, la SESPAS se encuentra en un proceso de desconcentración y, para ejercer la rectoría al nivel sub-nacional, existen las Direcciones Provinciales de Salud (DPS), las cuales tienen muchas debilidades institucionales, mayores que las existentes en el nivel central.

En lo que concierne a la extensión de la cobertura de aseguramiento en salud, cuya universalización exige la ley, la función de rectoría es ejercida por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), que es la entidad que administra el Seguro Familiar de Salud y decide la forma de financiamiento, el contenido del paquete de servicios obligatorio a ser entregado a los ciudadanos, así como los mecanismos de operación del sistema.

La regulación y supervisión de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y de las de Riesgos Laborales (ARL) la realiza la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), que es una entidad pública autónoma.

Función de financiamiento

Según la Ley 87/01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, el financiamiento del mismo es de carácter público y obligatorio. El CNSS está a cargo de definir el monto de las cotizaciones y la forma de recaudarlas. La Tesorería de la Seguridad Social (TSS), por delegación del CNSS, recauda las cotizaciones en base a las nóminas salariales de las empresas, fijadas en un 10% del salario (con un tope equivalente a 10 salarios mínimos). Mediante una entidad asociada sin fines de lucro, da seguimiento a las recaudaciones. La TSS, a cuenta del CNSS, entrega a las ARS el per-cápita de su población afiliada.

El sistema tiene tres regímenes – contributivo, contributivo subsidiado y subsidiado. El primero se financia con contribuciones a base de nóminas, el segundo (no implementado, todavía) en base a aportes variables de cotizantes por ramas productivas u oficios y del gobierno y el tercero, con aportes realizados totalmente por el gobierno. En la actualidad, una tercera parte de la población dominicana se encuentra afiliada a este sistema. Según la ley, en el 2011 debería alcanzarse la cobertura universal⁵.

La implementación total del sistema de seguridad social, requiere de la transformación del sistema de provisión pública, tradicionalmente financiado vía la oferta, a uno nuevo vía la demanda. Ese proceso se inició hace unos años, pero todavía la mayor parte del financiamiento público sigue entregándose vía presupuesto a los proveedores de la SESPAS.

El gasto de bolsillo de las familias dominicanas para cubrir gastos de salud, tanto de personas no aseguradas, como para los co-pagos que existen en los servicios públicos y privados, sigue siendo muy elevado; una alta proporción de estos gastos va también a la compra de medicamentos.

Función de articulación (administración de riesgo, compra)

Dentro del régimen contributivo, las personas empleadas en el sector privado, escogen la Administradora de Riesgos de Salud de su preferencia y pueden cambiarla al cabo de un año. Las ARS públicas y privadas ofertan el Plan de Servicios de Salud de la Seguridad Social (PDSS), que es una versión reducida del PBS que ordena la ley⁶. El empleado escoge libremente su ARS y el empleador envía las cotizaciones a la TSS, la cual paga mensualmente el per-cápita a las ARS. El sistema cubre al empleado y sus dependientes.

El régimen subsidiado (para personas sin capacidad o con escasa capacidad de pago) se encuentra en proceso de implementación en algunas zonas del país. Las personas pobres son

⁵ La ley menciona el principio de la gradualidad, según el cual establece un período de transición de diez años desde su aprobación, para alcanzar la universalidad, el cual se cumpliría en el 2011.

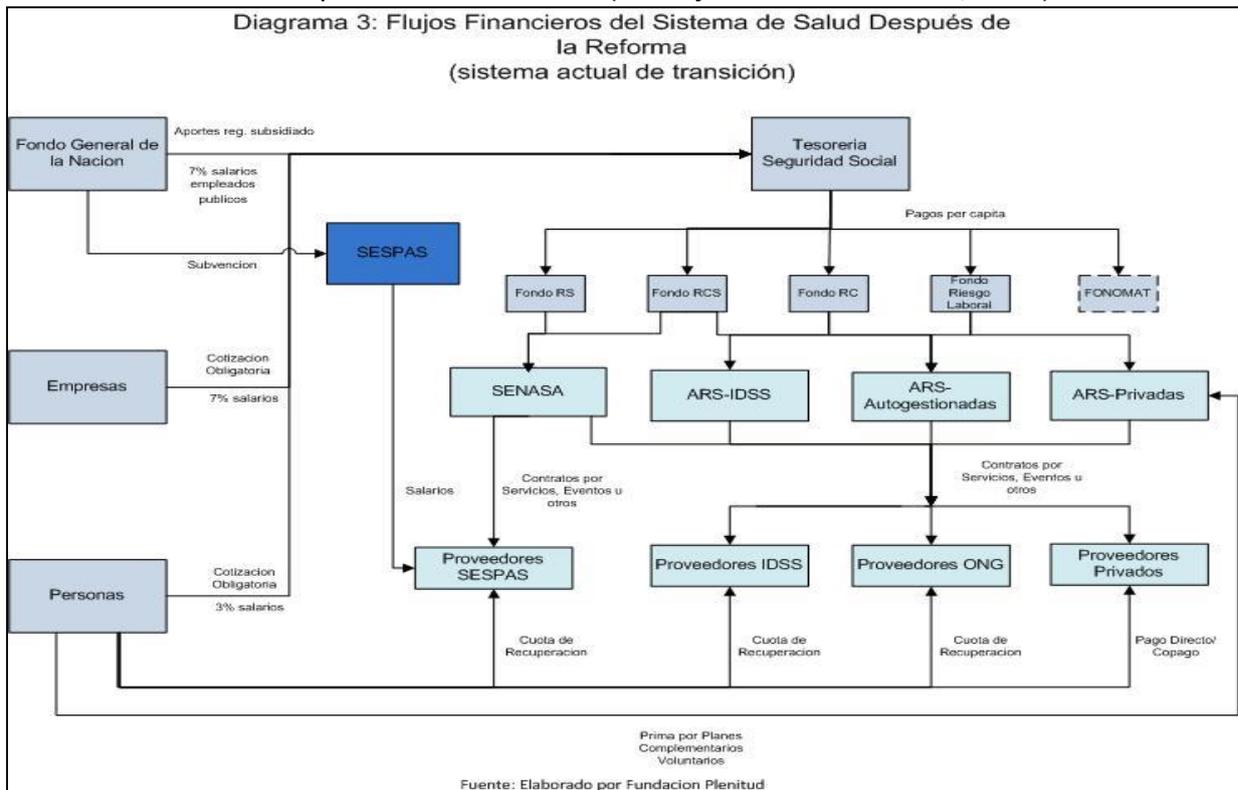
⁶ Más adelante se trata con mayor detenimiento el tema del Plan de Beneficios. Basta señalar aquí que es explícito y muy completo. A fin de viabilizar la implementación del sistema antes de su entrada en operación, el gobierno llegó a un acuerdo con las ARS, mediante una negociación política, para reducir su contenido y explicitar claramente las intervenciones cubiertas. A este paquete negociado se denomina PDSS.

identificadas mediante un sistema de identificación de beneficiarios y posteriormente se afilian al SENASA. Esta entidad inició la cobertura del régimen subsidiado en el 2002 lentamente y en los últimos dos años la ha extendido sustancialmente. Los afiliados de este régimen deben utilizar los servicios públicos, obligatoriamente. La TSS entrega al SENASA un per-cápita por los afiliados subsidiados que es inferior al contributivo, ya que los proveedores público aún reciben recursos del Presupuesto Nacional.

Las ARS contratan a los proveedores con distintos mecanismos de pago. Existen tarifas de referencia por intervenciones y procedimientos los cuales son establecidos por el CNSS.

Función de provisión:

La provisión es realizada por un amplio número de proveedores tanto públicos como privados, así como por algunas ONG. La red pública de la SESPAS continúa recibiendo financiamiento vía la oferta, con fondos de impuestos generales. Está en proceso un plan de desconcentración de la institución, para descentralizar y dar autonomía a las regiones de salud, a fin de que se conformen redes de provisión de servicios, pero hasta ahora, no se han tomado las decisiones de transferencia de autoridad y recursos. Además, una propuesta que cuenta con gran apoyo oficial busca integrar todos los establecimientos de la SESPAS y del IDSS en redes únicas de provisión de servicios (Consejo Nacional de Salud, 2002).



El diagrama muestra los flujos financieros del sistema de salud tal como es hoy en día, es decir, cuando todavía no se ha producido la reestructuración de la SESPAS, que permitirá que todos los recursos para la atención a las personas del régimen subsidiado, se canalicen a través del SENASA. Tal como se ha indicado previamente, la intención es que esto suceda a

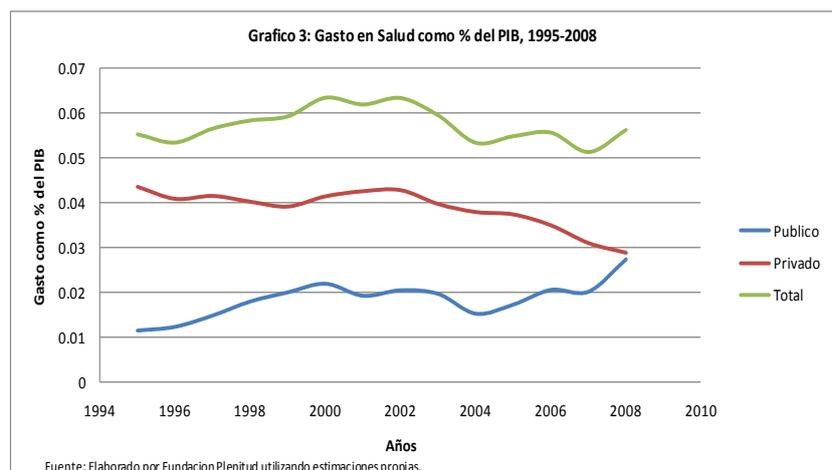
través de la creación de redes regionales públicas de provisión de servicios, administradas de manera autónoma.

Financiamiento y gasto en salud

El gasto nacional en salud en el año 2008, ascendió a alrededor de US\$4,700 millones de dólares internacionales⁷, lo cual representa un 5.5% del PIB. Esta proporción es similar a la que había al final de la década de los noventa, pero inferior al período 2000-2003, cuando rondaba el 6.2%. Por su parte, la proporción del gasto público con relación al PIB es sumamente baja, alrededor de un 2% en promedio en el período 2002-2008, incluyendo los fondos de la seguridad social.

A nivel nacional, el gasto per-cápita ha ido en aumento en los últimos años, pasando de US\$358 en el 2002 a US\$492 en dólares internacionales en el 2008. Una elevada proporción del mismo sigue siendo el gasto de hogares, pero como se observa en el gráfico adjunto, el gasto per cápita de los agentes financieros públicos está creciendo en los últimos años. Dicho gráfico muestra el gasto nacional en salud y el total de los agentes financieros públicos y privados, mostrando por separado el componente principal de cada uno. En el caso del gasto público, el principal agente sigue siendo la SESPAS y en el privado, son los hogares.

La mayor parte del gasto en salud es aportada por agentes financieros privados, básicamente por los hogares, que financian alrededor del 40% del total. La SESPAS aporta alrededor del 20% del gasto nacional en salud. Esta entidad provee la mayor parte de los servicios públicos y administra una amplia red de de hospitales y centros de salud de distintos niveles de atención, siendo la principal entidad pública que compra y distribuye recursos (bienes y servicios de salud) en el sector público (alrededor del 47% del gasto de todos los agentes financieros públicos).

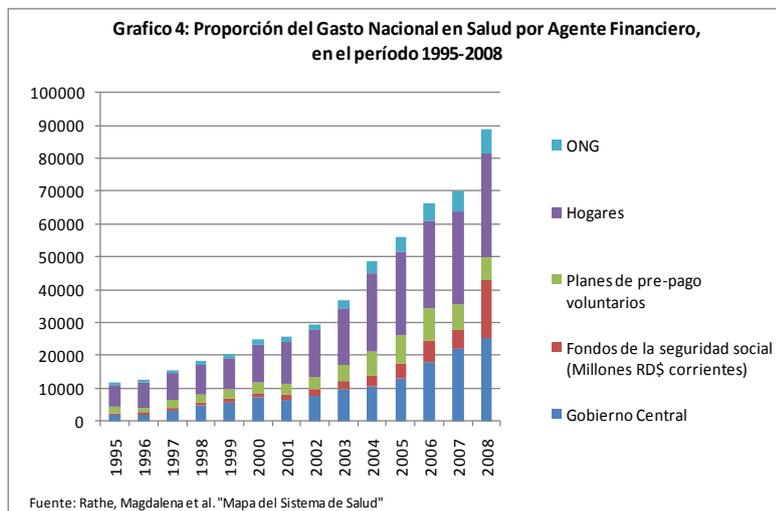


En el año 2008, los recursos del seguro familiar de salud se elevan al 36% del total de los agentes financieros públicos (y el 17% del gasto nacional en salud) (Rathe *et al.*, 2009), lo cual significa un cambio extraordinario en la estructura del financiamiento del sector.

En conjunto, las administradoras de riesgos privadas movilizan la mayor cantidad de fondos, el 65% del total de los recursos de la seguridad social en el año 2008 y el restante 35%, corresponde a las administradoras públicas. Dentro de éstas últimas, corresponde al SENASA

⁷ Unos US\$2,575 millones a la tasa promedio, según estimaciones preliminares de la Fundación Plenitud. Ver “Rathe, Magdalena, *Gasto Nacional en Salud, 1995-2008*”, Santo Domingo, 2009. www.fundacionplenitud.org

– que está a cargo del grueso de los empleados públicos y del régimen subsidiado – el 17% de los fondos de la seguridad social. El SENASA es una de las entidades que enfrentan los mayores retos del proceso de reforma, dado que tiene a su cargo la extensión de la cobertura de toda la población pobre que actualmente se encuentra dentro del sistema abierto financiado vía la oferta, utilizando los servicios de la SESPAS (Rathe *et al.*, 2009).



El gráfico adjunto muestra la proporción del Gasto Nacional en Salud por Agente Financiero, en el período 1995-2008, observándose la elevación sustancial de los fondos de la seguridad social en el último año, lo que constituye un incremento del financiamiento público. Esto resulta, a la vez, en una reducción en la proporción del gasto de bolsillo de los hogares, que pasa desde representar un 57% en el 1995, a

un 48% del total en el 2002 y, finalmente, un 37% en el 2008⁸. También puede notarse una reducción de los planes de pre-pago voluntarios, dado a que una gran parte de las coberturas existentes de planes pre-pagados privados de salud, principalmente de empresas y entidades públicas, pasaron a formar parte del seguro familiar de salud obligatorio. Es decir, eran parte del aseguramiento ya existente, pero en lugar de contabilizarse en el sector privado, pasan ahora, en parte, a contabilizarse como financiamiento público.

La elevada participación del gasto de los hogares dentro del total del gasto nacional en salud fue siempre señalada como el principal indicador de inequidad del financiamiento a la salud en la República Dominicana. Esto fue mostrado en los estudios previos realizados en el país sobre el tema, que constituyeron la base de discusión para sustentar la reforma del sistema de salud en el país.⁹

En efecto, el sistema dominicano de salud, aún hoy, sigue siendo altamente inequitativo, y el gasto de bolsillo de los hogares sigue siendo una parte importante del financiamiento total, dedicado principalmente a la compra de medicamentos. La reforma del sistema de salud tiene como propósito corregir esta situación.

Un aspecto preocupante del proceso de implementación de la reforma, es el estancamiento de los fondos que transfiere el gobierno a la TSS para financiar el régimen subsidiado, lo que se ha traducido en un freno a la extensión de la cobertura del SENASA. En

Cuadro 2: Asignación de los fondos del estado para el régimen subsidiado, 2002-2008 (millones de RD\$)

	Aportes gobiernos TSS*	Efectivo Inversiones	Pagos a SENASA	Resultado del periodo
2002	40	0	0	40
2003	10	0	51	-37
2004	100	4	102	2
2005	604	9	204	409
2006	725	16	817	-76
2007	1566	65	1579	52
2008	2204	13	2557	-340

Fuente: Elaborado por Plenitud en base a datos TSS
*Para el régimen subsidiado

⁸ El gasto de hogares fue estimado en base a la ENDESA 2008

⁹ Entre otros, ver Rathe, Magdalena, *Salud y Equidad: Una República Dominicana*, Macro International / PHRplus, Santo Domingo

efecto, como puede apreciarse en el cuadro que sigue, que presenta los fondos que aportó el gobierno para financiar el régimen subsidiado, los ingresos de la TSS por inversiones realizadas con los mismos y los pagos realizados al SENASA, algunos años presentan déficit y otros excedentes, pero resalta el importante déficit del año 2008. En conjunto, para el período total de implementación del sistema, se ha acumulado un déficit de 50 millones. Si bien no se trata de una cifra importante por ahora, la misma no se justifica, porque la ley expresa que el Estado aportará los fondos de acuerdo a la población beneficiaria adscrita al régimen subsidiado.

Tal como se vio previamente en la sección de pobreza y empleo, el grueso de la población dominicana depende de los recursos fiscales para satisfacer sus necesidades de salud y, probablemente, esto será así por mucho tiempo. En efecto, la mitad de la población dominicana es pobre, un alto porcentaje de ella se encuentra desempleada o inactiva y la mitad de los trabajadores remunerados pertenecen al sector informal. Por lo tanto, asegurar el cambio de prioridades en las decisiones financieras del gobierno se hace indispensable, si se quiere proteger financieramente a la población.

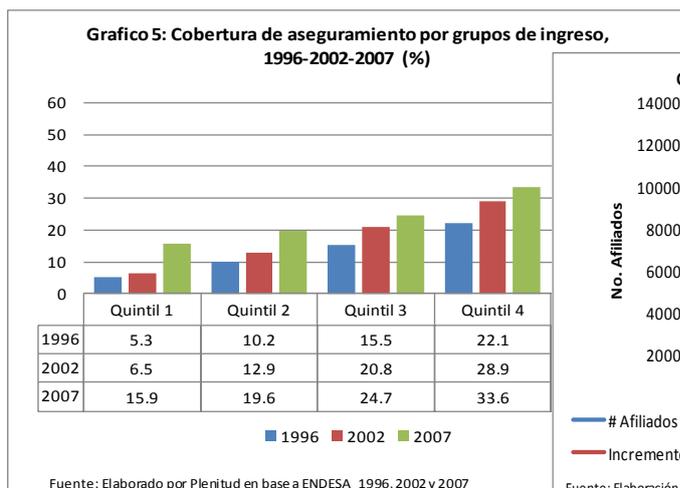
El sistema de salud y la protección financiera

El sistema de seguridad social ha venido a poner cierto orden en un mercado que creció y se privatizó sin control ni regulación, en gran medida por las deficiencias del Estado en brindar servicios de calidad a la población, así como protección financiera. A fin de analizar su desempeño en lo que respecta a la protección financiera, se observará su efecto en la cobertura de aseguramiento, la forma en que se distribuye el riesgo, tanto en sentido general como en cada uno de los regímenes de financiamiento, los mecanismos de recaudación vigentes, el contenido y operación del plan de beneficios del Seguro Familiar de Salud, así como su desempeño en términos de poblaciones no cubiertas, tipo de gasto y evasión.

Cobertura de aseguramiento

Uno de los principales aspectos a considerar cuando se analiza el tema de la protección financiera en salud, es la cobertura de aseguramiento, dado que el seguro o el plan pre-pagado, protege a la familia contra un evento financiero mayor, como puede ser un problema de salud grave. Por supuesto, el grado de protección va a variar dependiendo de la organización institucional del sistema de aseguramiento, de las características del financiamiento del mismo y los servicios incluidos en el paquete, así como de las normas y regulaciones que se apliquen.

En la República Dominicana, antes de



la reforma, la cobertura de aseguramiento era baja y poco equitativa (Rathe, 2000 y 2005). En el año 1996 ascendía, en promedio nacional, al 18% de la población, elevándose al 21% en el 2002 y al 27% en el 2007 (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 1996, 2002 y 2007). Aunque ha ido mejorando en el transcurso del tiempo, la mayor parte de los asegurados se ubica en los quintiles superiores de ingreso. En efecto, puede observarse que casi la mitad de las personas ubicadas en el quintil superior poseen cobertura de aseguramiento, al tiempo que en el primer quintil, este porcentaje asciende al 16%. La más que duplicación de la población asegurada correspondiente a este quintil obedece a la extensión de la cobertura del SENASA, entidad a cargo de la administración del riesgo del régimen subsidiado. Esta entidad cubría al 5.4% de la población asegurada en el 2007, pero enfocada en el grupo más pobre (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 2007).

Como se observa en el gráfico, el número de afiliados del régimen subsidiado, empezó a subir muy lentamente, acelerando sustancialmente su proceso en el año 2007, hasta alcanzar 1.2 millones de personas en el 2009. Los años 2006 y 2007 fueron los que presentaron un esfuerzo mayor de extensión de cobertura, pero el ritmo de afiliación ha descendido en los últimos dos años.

Tanto los afiliados al SENASA como la población no asegurada recurren a los servicios públicos de la red de la SESPAS. En consecuencia, estos establecimientos se financian, por un lado, con sus presupuestos históricos y manteniendo una administración centralizada y, además, reciben un per-cápita del SENASA. No está claro si existe o no un trato diferenciado a los pacientes, según estén o no asegurados. El régimen subsidiado cubre actualmente al 13% de la población nacional.

En el caso del régimen contributivo, a septiembre del 2007, que es cuando entra en operación, alcanza inmediatamente una cobertura de 1.2 millones de personas, a través del reconocimiento de las coberturas de pre-pagos voluntarios ya existentes. A junio del 2008 había alcanzado los 1.6 millones de afiliados, lo que implica un incremento del 38%; finalmente, a junio del 2009, la cobertura se ha elevado a 2.5 millones de afiliados. Esta cifra constituye el 26% de la población, para un total de cobertura de la seguridad social del 38%, al 2009. Aunque todavía está lejos del total a cubrir, este porcentaje es ya sustancialmente superior a la cobertura de aseguramiento existente antes de la reforma.

Distribución del riesgo

La proporción de la población cubierta por seguros y, muy especialmente, por el seguro familiar de salud, nos da una indicación de cuántos dominicanos se encuentran protegidos frente al riesgo financiero de enfermar. Esto es así porque la administración de los recursos que financian el sistema se consolida, con el fin de asegurar que el riesgo de pérdida del ingreso que resulta de tener que pagar los gastos de salud, se distribuya entre todos los beneficiarios, en lugar de que la persona afectada deba cubrirlo en el momento del evento. A esto se denomina solidaridad que, en el caso del seguro social, es muy superior a la que podría proveer un sistema pre-pagado privado el cual, aunque administra riesgos también, puede excluir a las personas con más probabilidades de enfermarse, además de la utilización de diversas estrategias para desincentivar el uso de los servicios.

En el caso dominicano, los ingresos del sistema se recaudan en un fondo único, el cual se financia con contribuciones en base a la nómina salarial y a aportes fiscales per-cápita, sin existir vínculo entre las cotizaciones y los pagos por capitación a las ARS. Este esquema tiene gran potencial de ejercitar la solidaridad y de proveer adecuada protección financiera a la población.

El régimen contributivo se financia con las cotizaciones de los perceptores de ingresos que, en la práctica, hasta ahora, se limita a los asalariados del sector formal. Las cotizaciones son retenidas por el empleador, quien mensualmente paga a la Tesorería de la Seguridad Social a través del sistema bancario, informando a qué ARS quiere adscribirse el empleado, el cual tiene derecho a cambiarla una vez por año. La TSS paga una capitación mensual a las ARS, según el número de titulares y sus dependientes, dado que el sistema cubre a los hijos menores de 18 años (y hasta 21, si son estudiantes). En el caso de la principal ARS pública, es decir, el SENASA y en algunas ARS auto-gestionadas, se cubren también a los padres del titular.

Un 60% de los afiliados del régimen contributivo no tenían dependientes (o no los habían afiliado) a junio del 2008 (Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, 2009), lo que da una tasa de 0.69, cifra muy inferior a la que se estima a nivel nacional, ascendente a 2.2. La explicación de esto es que, antes de entrar en operación el sistema, la mayoría de los asegurados eran afiliados a seguros pre-pagados, planes contratados voluntariamente por las empresas, donde el empleado tenía que pagar parte de la prima. Este pago era mayor si se incluía a los dependientes por lo que, en muchos casos, el empleado prefería realizar sólo su aporte. Posiblemente, muchos afiliados del seguro familiar de salud no saben que la inclusión de su familia no tiene costo adicional y las aseguradoras privadas no se esfuerzan por informarlo, por lo cual la ampliación de la cobertura por esta vía continúa siendo un reto, que requiere de mejorar la información a los usuarios.

Tipo de ARS	Cantidad	Beneficiarios	Porcentaje
TOTAL	27	1,627,155	100%
ARS autogestionadas	7	211498	13%
ARS privadas	18	1045164	64%
ARS publicas	2	370493	23%

Fuente: Elaborado por Plenitud según datos TSS

Al 2008, existían 27 entidades de administración de riesgo, de los cuales 18 eran empresas privadas, las cuales concentraban el 64% de los beneficiarios del sistema en su conjunto. Entre las ARS públicas, una es Salud Segura, la cual es resultado de la reestructuración del antiguo

Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), cuya parte de salud se dividió en dos, para crear una ARS y una PSS, esto es, una red de sus propios proveedores. Esto así porque la ley 87/01 prohíbe expresamente los vínculos entre estos dos tipos de empresas. Posee 265 mil afiliados, más del doble que los afiliados contributivos del SENASA, que ascienden a 104 mil. Los afiliados de Salud Segura son los que correspondían al antiguo IDSS, fundamentalmente trabajadores con salarios muy bajos, incluyendo trabajadores temporales, como por ejemplo, los que se dedican a la construcción.

El SENASA protege a la mayor parte de los empleados públicos porque, en principio, la ley los obligaba a formar parte del mismo, violentando uno de los principios del sistema, que es la libre elección. Es preciso aclarar que los empleados públicos afiliados al SENASA son los que no estaban cubiertos previamente por un seguro privado o auto-gestionado, en el período

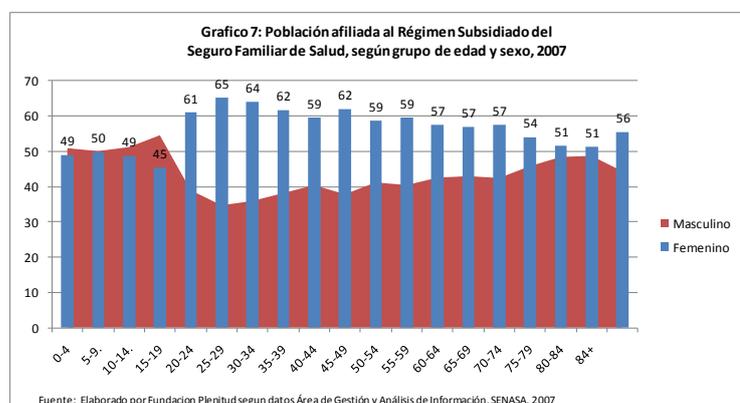
de transición. La SISALRIL emitió una resolución reglamentando esta obligatoriedad por parte de los empleados públicos, pero la misma fue desafiada por la Asociación de Empleados Universitarios, en base a su inconstitucionalidad, lográndose una sentencia a favor de los demandantes, con lo cual actualmente estos poseen libertad de elección (Tribunal Contencioso Tributario y Administrativo, 2007).

Hay, además, un grupo especial de unos 212 mil empleados públicos y sus familiares, que nunca estuvieron obligados a afiliarse al SENASA. Se trata de los afiliados a las ARS auto-gestionadas, las cuales existían como seguros autoadministrados previamente a la aprobación de la ley 87/01, para proteger poblaciones especiales, de mayor poder político (grupos de presión) o económico. El 80% de sus beneficiarios son los maestros, los médicos y las enfermeras empleadas en el sector público en su mayoría; el 12% son los empleados de bancos del estado y el 8% corresponden a las fuerzas armadas y la policía nacional. Como se observa en el cuadro, este grupo representa el 13% de la población cubierta por el régimen contributivo.

En cuanto a las ARS privadas, éstas concentran el grueso de los afiliados al régimen contributivo (64%), con un millón de beneficiarios, entre titulares y dependientes. La mayoría también existían previamente a la aprobación de la ley y se organizaron para proveer aseguramiento dentro del sistema, a la vez que ofertan planes complementarios.

Por otro lado, existe una gran desinformación sobre el sistema por parte de los usuarios. Además del mencionado sobre el derecho de inscripción de los dependientes sin costo adicional, los usuarios creen que la cotización que se les cobra es la prima del seguro y no una cotización obligatoria sobre el salario. Recientemente la SISALRIL aumentó la capitación que reciben las ARS y la prensa local alabó que se hubiera hecho “sin aumentar el pago de los usuarios” y “en base a los excedentes financieros disponibles” (Periódico Hoy, 2009). No aclarar esta situación por parte del gobierno, contribuye al desmedro de los derechos de los usuarios y a la reducción del impacto de la seguridad social en mejorar la equidad y la protección financiera del sistema de financiamiento a la salud.

En lo que concierne a la distribución del riesgo en el régimen subsidiado, es interesante notar que la población afiliada al SENASA en el 2007 era principalmente femenina, notándose en el gráfico un predominio de la relación mujer/hombre a partir de la edad reproductiva, en una proporción superior a la pirámide de población nacional. Esto pudiera ser un indicador de selección adversa, pues las mujeres, sobre todo a esa edad, consumen más servicios de salud que los hombres. También es posible que haya doble afiliación aún no determinada por el sistema de información, pues la mayoría de los empleados son hombres y como se vio previamente, no ha habido un proceso fuerte de



afiliación de los dependientes en ninguno de los dos regímenes. Del mismo modo, la única ARS cuya población se concentra en los grupos de menores ingresos es el SENASA.

La identificación de la población pobre se realiza a través del Sistema de Identificación Unificada de Beneficiarios (SIUBEN), establecido en el Gabinete Social de la Presidencia de la República. Esta entidad tiene la tarea de caracterizar, registrar y dar prioridad a las familias pobres que serán beneficiarias de diferentes programas de subsidios sociales, según su ubicación geográfica identificada a través de un mapa de pobreza.

Mecanismos de recaudación

Como ha sido establecido previamente, el régimen contributivo del sistema de seguridad social en la República Dominicana, se financia con contribuciones sobre los ingresos. La tasa de cotización asciende al 10% de los ingresos, hasta un máximo de diez salarios mínimos, de los cuales el empleado aporta el 30% y el empleador, la diferencia, montos que son retenidos por el empleador y pagados mensualmente a la TSS, a través del sistema bancario. Dadas las características del mercado laboral en el país, se estima que las recaudaciones por este concepto tienen un tope, el cual se debe tomar en cuenta a la hora de hacer proyecciones sobre la sostenibilidad financiera del sistema. Esto es así por el alto porcentaje de informalidad en dicho mercado, con las dificultades que acarrea en términos de identificación de potenciales cotizantes con capacidad de pago y porque el promedio de salarios es relativamente bajo.

En el régimen subsidiado, los aportes por persona afiliada al SENASA, son entregados por el Estado a la TSS. El origen de estos fondos son los impuestos generales de la nación. No existen impuestos especializados a estos fines. En consecuencia, si bien pudiera haber en esta forma de financiamiento un cierto grado de progresividad (aunque no se han realizado los estudios que permitan asegurarlo), hay también una mayor vulnerabilidad a las crisis fiscales.

Plan de beneficios

La Ley de Seguridad Social establece que el Seguro Familiar de Salud (SFS) tiene por finalidad, 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 (Congreso Nacional de la República Dominicana, 2001_a).

El Seguro Familiar de Salud 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. No comprende los tratamientos derivados de los accidentes de trabajo ni las enfermedades profesionales, los cuales están cubiertos por el Seguro de Riesgos Laborales, establecido por la Ley sobre Seguridad Social. En el caso de los accidentes de tránsito, que fueron originalmente excluidos de la ley, pasaron por regulación de la SISALRIL a cargarse al SENASA en el 2009 y a cada aseguradora a partir de enero del 2010.

Los beneficios del Seguro Familiar de Salud se concretizan a través del Plan Básico de Salud (PBS), conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales, que incluyen: a) la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, b) la atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio, c) la atención especializada, tratamientos complejos, hospitalización y asistencia quirúrgica, d) 100% del medicamento ambulatorio para la población subsidiada y 70% para la contributiva y contributiva subsidiada, e) exámenes de diagnósticos, f) atención odontológica pediátrica y preventiva, g) fisioterapia y rehabilitación y h) prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a personas con discapacidad.

El 19 de diciembre del 2006 se realizó un acuerdo para dar inicio al Seguro Familiar del Salud del régimen contributivo. En el mismo se estableció que la entrada en vigencia del régimen con un Plan de Servicios de Salud (PDSS), inferior al PBS, que debe ser desarrollado gradualmente hasta contemplar todos los servicios contemplados en la Ley 87-01¹⁰.

Aunque el PBS es completo y cubre todo tipo de eventualidad, el PDSS limita las intervenciones a un listado explícito, el cual se va ampliando en función de la utilización y las disponibilidades financieras. Incluye atenciones de alto costo definidas de manera explícita, hasta un límite que hasta el 2009 ascendía a RD\$500,000 por persona por año (unos US\$14,000) y fue duplicado a partir de enero del 2010. En todos los casos, define un co-pago variable, entre el 55 y el 20%, dependiendo del caso. No incluye servicios de enfermería y de largo plazo para pacientes mayores, pero esto todavía no es una prioridad dada la composición etárea de la población dominicana.

El monto acordado para la entrega de medicamentos ambulatorios es de unos RD\$3,000 anuales (≈US\$84) por persona, dentro de una lista o cuadro básico de medicamentos del PDSS, los cuales deben ser recetados con un instrumento denominado “receta única”. Cediendo a presiones del sector privado farmacéutico, el gobierno aceptó que el médico tuviera la potestad de prescribir un medicamento con la marca, en lugar de obligarlo a utilizar la denominación común internacional. La decisión sobre la inclusión de nuevas intervenciones la realiza la SISALRIL¹¹.

En cuanto al régimen subsidiado, el paquete de beneficios es el mismo, pero hay grandes diferencias de calidad, dado que este se recibe exclusivamente en los proveedores públicos, que tienen grandes deficiencias en este aspecto así como largos tiempos de espera para muchas intervenciones.

El costo del paquete para el régimen contributivo en 2009 ascendía RD\$660 por mes, lo que equivale a unos US\$220 por persona por año. El costo del paquete para el régimen subsidiado es de RD\$180 mensuales, equivalente a US\$64 por persona por año. Las grandes diferencias respecto al régimen contributivo se deben a que los proveedores del sistema público todavía perciben el grueso de sus recursos vía presupuestos históricos.

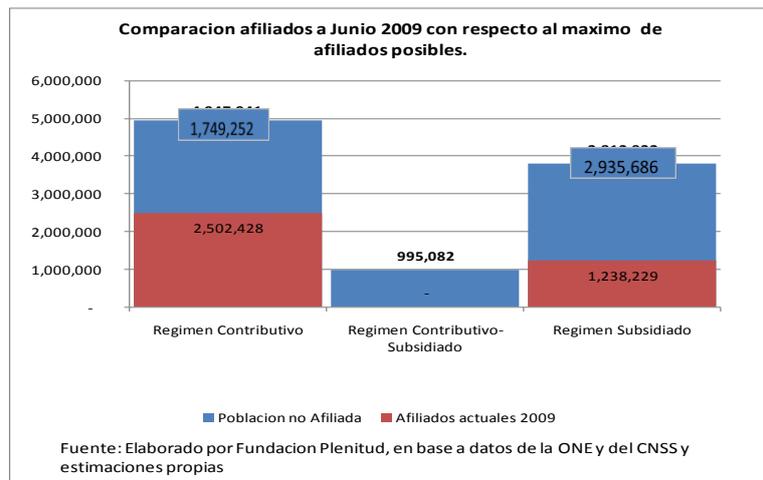
Desempeño

¹⁰ Tesorería de la Seguridad Social.

¹¹ Averiguar el procedimiento de inclusiones de nuevas intervenciones, precios, etc.

Poblaciones no cubiertas

Para continuar con la afiliación se requieren recursos financieros adicionales en un entorno de crisis económica internacional que empieza a tener implicaciones nacionales. Ante este reto de extender la cobertura, actualmente la discusión entre los actores se centra en elevar el per-cápita y aumentar las prestaciones, todo ello sin los estudios de base que permitan asegurar la sostenibilidad financiera.



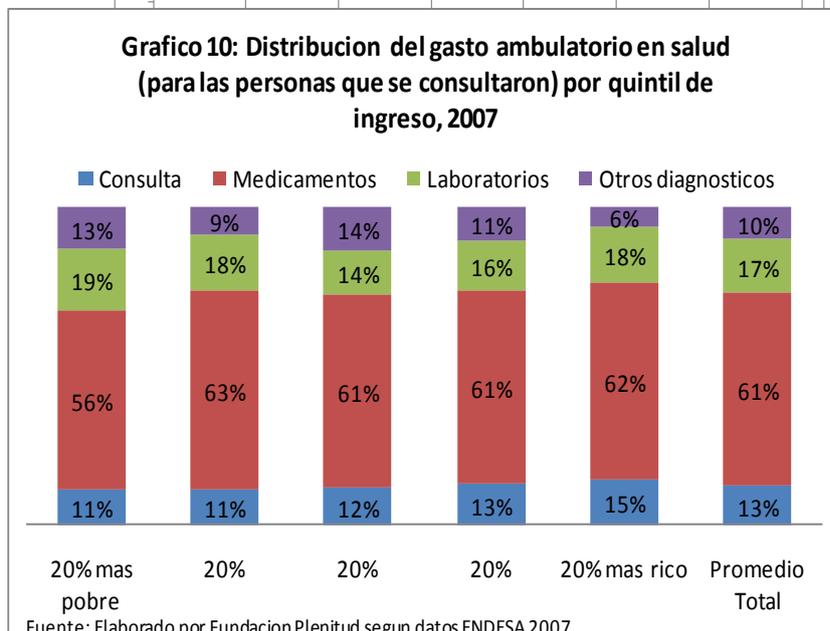
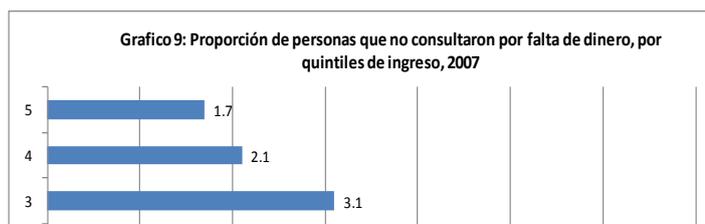
En lo que respecta al régimen subsidiado, la situación es más difícil aún, pues hasta ahora cubre menos de la tercera parte de la población meta. En el año 2009 no ha habido incremento de la cobertura, posiblemente debido a las restricciones presupuestarias por las que atraviesa actualmente el gobierno, dada la caída sustancial de las recaudaciones fiscales. Como se ha indicado antes, el régimen contributivo-subsidiado no ha comenzado a implementarse y, en la presente situación macroeconómica, es difícil que se encuentre entre las prioridades actuales del gobierno y, mientras tanto, el resto de la población resuelve sus problemas de salud en el sistema público abierto y/o acudiendo a los proveedores privados pagando con dinero de su bolsillo.

En adición a esto, es factible que parte de la población experimente barreras para el acceso a los servicios, ya sean éstas financieras o de otro tipo. Esto no se ha medido recientemente, pero las respuestas dadas antes de entrar en operación el sistema, con relación a la morbilidad reciente, la utilización de servicios y las razones para no utilizarlos, puede dar una idea aproximada de esas poblaciones excluidas o que enfrentan barreras de acceso.

En efecto, se estimaba que un 23.4% de la población dominicana manifestaba tener un problema de salud en los quince días previos a la ENDESA 2007, cifra sustancialmente inferior a la expresada en el 2002, cuando era un 28%. Al lado de la morbilidad reciente, un 15% manifiesta tener una enfermedad crónica y un 3% alguna discapacidad, porcentajes similares al 2002 (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 2002 y 2007).

Entre los que tuvieron algún problema de salud, un 40% decidió consultar en el 2007, frente a un 38% en el 2002 y la mayor parte, un 98%, lo hicieron con un médico. Parte de los que no consultaron – aquellos cuyo problema era suficientemente serio pero no pudieron hacerlo debido a barreras de acceso, financieras o de otro tipo – constituyen una aproximación a la demanda insatisfecha de servicios de salud. En el caso dominicano, un 92% de los que no consultaron manifestaron no necesitarlo, ya sea porque el problema no era grave y podían solucionarlo o porque ya tenían un tratamiento. Los que manifiestan no consultar porque no están satisfechos con el servicio – queda lejos, no hay médicos, no proporcionan medicinas y

otros – son el 2.3%. Por su parte, los que confrontan dificultades financieras, ya sea para pagar la consulta o el transporte, son el 3.6% en el 2007. Sumados estos dos grupos, tenemos por lo menos un 6% de la población dominicana – unas 560,000 personas – con barreras de acceso y/o financieras para satisfacer sus necesidades de salud. Esta es una estimación conservadora, porque probablemente otras personas que señalan tener el tratamiento o que no necesitan la consulta, quizás hubieran tomado una decisión diferente en caso de que el servicio fuera gratuito o que estuvieran protegidas por un seguro.



Tipo de gasto

El grueso del gasto de los hogares en salud se destina a la compra de medicamentos, superando el 60% del total de gastos ambulatorio (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 2007), en todos los grupos de ingreso, aunque esta carga es menor en los más pobres. Esto deja evidenciada la necesidad de enfocar las medidas de protección financiera a este renglón del gasto en salud.

Como puede observarse en la gráfica, dentro del total que destinan los hogares al gasto en salud ambulatorio, el grupo más pobre gasta el 56% en medicamentos, un 11% en consultas, un 19% en laboratorio, y un 13% en otros medios de diagnóstico. En todos los grupos de ingreso la proporción es similar.

Los medicamentos en internamiento están cubiertos en su totalidad en ambos regímenes, pero los ambulatorios solamente hasta un límite, establecido para el PDSS en US\$84 por persona por año. Este monto, muy bajo para quienes lo necesitan, prácticamente no ha sido utilizado, por desconocimiento de los usuarios, por las dificultades en la implantación del sistema de la receta única y por el hecho obvio de que no todo el mundo lo necesita. Hace falta realizar estudios sobre la utilización de los servicios, con la finalidad de eliminar ese tope, controlando la utilización por otra vía, de manera tal que pueda funcionar la solidaridad de los sanos con los enfermos.

Otros gastos menos importantes proporcionalmente, pero en los cuales es posible mejorar sustancialmente la protección financiera, es asegurar que los más pobres tengan acceso

gratuito a los servicios de salud. En efecto, las encuestas muestran que las personas que se atienden en los servicios públicos deben pagar prácticamente por todos los servicios y, mucho más aún, por los medicamentos, los exámenes de laboratorio y otros medios de diagnóstico. Esto es, justamente, lo que se propone lograr el seguro familiar de salud en el régimen subsidiado.

Evasión

No existe información pública disponible relacionada a la evasión, el pago tardío y las sub-declaraciones de ingresos, así como en general, sobre el desempeño de los mecanismos de recaudo. En dos oportunidades se han concedido amnistías fiscales para las empresas deudoras. La publicación de estas informaciones sería, posiblemente, un mecanismo de presión para que muchas empresas nacionales regularicen su situación, dado que según las estimaciones realizada para fines de este trabajo, hay todavía una población importante que aun no está cubierta por el régimen contributivo.

Hasta ahora, el esfuerzo se ha centrado en cubrir a las poblaciones más fáciles: primero, con el reconocimiento automático de las coberturas de seguros existentes al momento de entrar en operación, el esquema contributivo alcanzó inmediatamente 1.2 millones de personas que ya tenían protección por planes de pre-pago. En los dos años de operación, ha ampliado su cobertura en 1.3 millones más, probablemente, en base a las empresas más organizadas del sector formal. Es decir, la siguiente población meta más fácil de alcanzar. Sin embargo, quedan todavía 1.8 millones de personas, entre trabajadores y dependientes que están en el sector formal y que no reciben los beneficios del Seguro Familiar de Salud. Esto implica que alrededor de 658 mil recipientes de ingresos¹², entre empleados, patronos e independientes, hasta el momento se las han arreglado para evadir el pago de las cotizaciones obligatorias a la seguridad social. Por supuesto, esto compromete la sostenibilidad a largo plazo del sistema de salud. A la vez, es preciso reconocer que muchos de estos contribuyentes son pequeñas empresas para quienes las aportaciones pudieran ser muy onerosas. Se trata de un delicado balance que es necesario contemplar y estudiar con mayor detenimiento.

Conclusiones

La extensión de la cobertura del Seguro Familiar de Salud es el principal reto del sistema de protección financiera en salud en la República Dominicana, que debe pasar desde un 38% a fines del 2009, a la totalidad de la población en el 2011, según manda la ley. Para lograrlo, el país necesita atravesar un doloroso proceso de reestructuración interna de la SESPAS y lograr la verdadera separación de funciones, por lo cual, aunque es un medio, dicha tarea constituye un reto fundamental, íntimamente ligado al anterior. El tercer reto, resultado del buen funcionamiento del sistema, es lograr mejorar la calidad en los servicios a todos los niveles.

Extender la cobertura a la población dominicana que aún no la tiene en los regímenes subsidiado y contributivo subsidiado, implicaría al día de hoy para el gobierno una erogación

¹² Estimados según la población no cubierta del sector formal entre la tasa de dependencia.

adicional de unos 690 millones de dólares, lo que significa alrededor de un 7% del presupuesto nacional para el 2010¹³.

Naturalmente, estos recursos se adicionan a los que hoy gasta la SESPAS en atención a las personas, cifra que en el 2008 ascendía a unos 11 mil millones de pesos (unos 312 millones de dólares). Es de esperarse que, una vez se inicie el proceso de reestructuración, estos fondos pasen al SENASA para financiar la demanda. Pero cuando esto suceda, el costo del PDSS ya no será el que recibe actualmente sino el mismo que corresponde al régimen contributivo. Está claro que se trata de un esfuerzo de gran magnitud, que no sucederá de la noche a la mañana, pero que algún día debe comenzar.

En lo que concierne a la sostenibilidad financiera, es preciso observar con cuidado el balance entre el objetivo de lograr cobertura poblacional con calidad y el costo del paquete de servicios. Existen presiones, por un lado, de aumentar el número y contenido de las intervenciones incluidas en su paquete y, por el otro, de incrementar el valor per cápita del mismo. Si bien se trata de un esfuerzo loable, que aumenta la protección financiera de los beneficiarios, es importante la prudencia en ese sentido, dado que una parte muy grande de la población aún se halla fuera del sistema. Más que mejorar la protección de un grupo ya privilegiado, se requiere un esfuerzo adicional para proteger a todos.

El otro gran reto ya mencionado – que a la vez es un medio para lograr el fin de la implementación de la reforma y está vinculado íntimamente a la extensión de la cobertura y, en general, a las posibilidades de sostenibilidad financiera -- es la profundización del proceso de separación de funciones. Esta constituye un mandato fundamental del marco regulatorio vigente y es parte integral del proceso en marcha de la reforma. La separación entre las funciones de financiamiento y provisión, requiere de la transformación de la SESPAS, que debe quedarse ejerciendo su función clave de rectoría.

Finalmente, otro reto esencial es la mejora en la calidad de los servicios de salud. Aunque se carece de estudios que evidencien los problemas de calidad del sistema de salud nacional, las falencias en este tema son ampliamente reconocidas y se relacionan, por ejemplo, con las altas tasas de mortalidad materno infantil que mantiene el país, a pesar del alto porcentaje de partos institucionales y consultas durante el embarazo. Esto se halla vinculado con la baja calidad de la gestión clínica y administrativa de los proveedores de servicios de salud del sector público, la falta de control y supervisión del personal que está duplicado en varias nóminas y no cumple con los horarios de trabajo, la administración de éstos en base a crisis, dada la captura del sistema por parte de gremios y otros grupos de poder y, en definitiva, con las debilidades institucionales que caracterizan al sistema de salud de la República Dominicana.

La posibilidad de afrontar estos retos depende, en gran parte, de la seriedad de las autoridades en profundizar el proceso de reforma, adoptando las difíciles medidas que implica la reestructuración de los servicios públicos, por un lado y, por el otro, la asignación de los fondos necesarios para extender la cobertura del régimen subsidiado del seguro familiar de salud.

¹³ Calculado en base a un PDSS de 2,174 pesos para el régimen subsidiado y 3,960 pesos para el contributivo-subsidiado, según metodología empleada por el PNUD (2009).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Banco Central de la República Dominicana (Ed.), *Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo*, Santo Domingo, 2004-2008.

Banco Interamericano del Desarrollo-Banco Mundial (Ed.), *Informe sobre la pobreza en la República Dominicana: logrando un crecimiento económico que beneficie a los pobres*, Santo Domingo, 2006.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (Ed.), *Encuestas Demográfica de Salud 2007 (ENDESA)*, Santo Domingo, 2007.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (Ed.), *Encuestas Demográfica de Salud 1996 (ENDESA)*, Santo Domingo, 1996.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (Ed.), *Encuestas Demográfica de Salud 2002 (ENDESA)*, Santo Domingo, 2002.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (Ed.), *Encuestas Nacionales de Niveles de Vida (ENCOVI)*, Santo Domingo, 2005.

Comisión Económica Para América Latina (Ed.), *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2005*. Santiago de Chile, 2006.

Congreso Nacional de la República Dominicana, *Ley de la Seguridad Social No. 87-01*. Santo Domingo. 2001_a.

Congreso Nacional de la República Dominicana, *Ley General de Salud No. 42-01*. Santo Domingo. 2001_b.

Consejo Nacional de Salud, *Propuesta Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones del Sistema Nacional de Salud*, Santo Domingo, 2002.

García, Maritza, *Avances, Obstáculos y Desafíos de la Reforma del Sistema de Protección Social en Salud de la República Dominicana*, Informe Preliminar de Consultoría, Santo Domingo, 2002.

La Forgia, Gerard, Ruth Levine, Magdalena Rathe y Arismendi Díaz, *Fend for yourself*, Health Policy, 2004, vol. 67, issue 2, pages 173-186.

Morillo, Antonio, *Evolución y determinantes de la pobreza monetaria en la República Dominicana, 2000-2009*, Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo, Santo Domingo, 2009.

Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), *Proyecciones Nacionales de Población, 1950-2050*, Santo Domingo, 2007.

Ortega, Gloria y Magdalena Rathe, *Crisis económica financiera global y su impacto sobre los programas y servicios de VIH y SIDA: el caso dominicano*, Informe de Consultoría para ONUSIDA, Ginebra, 2009.

Periódico Hoy, 20 de septiembre de 2009.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Ed.), *Informe de Desarrollo Humano*, Nueva York, 2005.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (Ed.), *Política social: capacidades y derechos*, Santo Domingo, República Dominicana, 2009.

Rathe, Magdalena y Alejandro Moliné, *Mapa de Salud de la República Dominicana*, Observatorio de la Salud de la República Dominicana, Fundación Plenitud/Fundación Mexicana para la Salud/Instituto Carso de la Salud, México, 2009.

Rathe, Magdalena, *Gasto Nacional en Salud, 1995-2008*, Santo Domingo, República Dominicana, 2009.

Rathe, Magdalena, Ramón Pérez Minaya, Lesly Franco Cuzco, Dania Guzmán, *Medicamentos y Propiedad Intelectual*, Fundación Plenitud, ICTSD, PNUD, OPS, SESPAS, Santo Domingo, República Dominicana, 2009.

Rathe, Magdalena, *Salud y Equidad: Una Mirada al Financiamiento a la Salud en la República Dominicana*, Macro International / PHRplus, Santo Domingo, República Dominicana, 2000.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social-Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Indicadores básicos de salud*, Santo Domingo, República Dominicana, 2008.

Seguro Nacional de Salud, *Boletín Informativo SENASA Año 3, No. 2*, Santo Domingo, República Dominicana, Diciembre 2007.

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, *Boletín SISALRIL Año 2, No. 13*, Santo Domingo, República Dominicana, enero 2009.

Tribunal Contencioso Tributario y Administrativo. Sentencia No. 070-2007. Exp. No. 030-07-00394, 200, .Santo Domingo, República Dominicana, 2007.

Unidad Asesora de Análisis Económico y Social / Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo, *Análisis del Desempeño Económico y Social de la República Dominicana, Enero-Junio 2007*, Santo Domingo, República Dominicana, 2008.

World Bank, *GDP Growth Rate*, World Development Indicators, 2009.

