

SITUACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA Y RECOMENDACIONES

Dr. José Pellerano
Dr. Leandro Félix-Matos

GRUPO ESTRATÉGICO EMPRESARIAL, GEE.
Diciembre 2018

SITUACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA Y RECOMENDACIONES

Dr. José Pellerano
Dr. Leandro Félix-Matos

GRUPO ESTRATÉGICO EMPRESARIAL, GEE.
Diciembre 2018



CONTENIDO	Página
Siglas y acrónimos	6
1. Resumen Ejecutivo	7
2. Universalización del Seguro Familiar de Salud	10
2.1 Cobertura poblacional del aseguramiento en salud	10
2.1.1 Régimen Contributivo	11
2.1.2 Régimen Subsidiado	13
2.1.3 Incorporación de las personas que quedan fuera del régimen contributivo y del régimen subsidiado	14
2.2 Cobertura del Plan Básico de Salud y el gasto de bolsillo	15
2.3 Recomendaciones	16
3. Financiamiento	18
3.1 Régimen Subsidiado	18
3.2 Régimen Contributivo	20
3.3 Recomendaciones	25
4. Atención primaria	26

Siglas y acrónimos

AP: Atención Primaria

APS: Atención Primaria de Salud

ARS: Administradoras de Riesgo de Salud

CNS: Comisión Nacional de Seguridad

CNSS: Consejo Nacional de Seguridad Social

DGII: Dirección General de Impuestos Internos

END: Estrategia Nacional de Desarrollo

ENDESA: Encuesta Demográfica y de Salud

ENFT: Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo

FONOMAT: Fondo Nacional para Atenciones por Accidentes de Tránsito

ICV: Índice de Calidad de Vida

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONE: Oficina Nacional de Estadística

PBS: Plan Básico de Salud

PDSS: Plan de Servicios de Salud

PIB: Producto Interno Bruto

RC: Régimen Contributivo

RCS: Régimen Contributivo-Subsidiado

RS: Régimen Subsidiado

SDS: Sistema Dominicano de Salud

SDSS: Sistema Dominicano de Seguridad Social

SENASA: Seguro Nacional de Salud

SFS: Seguro Familiar de Salud

SS: Seguridad Social

SUIBEN: Sistema Único de Beneficiarios

TSS: Tesorería de la Seguridad Social

UNAP: Unidad de Atención Primaria

1. Resumen Ejecutivo

El avance más importante en material social en los últimos quince años en la República Dominicana ha sido la implementación y expansión del Sistema Dominicano de Seguridad Social, tras la promulgación de la ley 87-01. Tanto el Régimen Contributivo como el Régimen Subsidiado han exhibido altas tasas de crecimiento desde sus inicios, llevando la afiliación al Seguro Familiar de Salud a casi 7.5 millones de personas al cierre del año 2017. A pesar de este rápido crecimiento, aproximadamente un 27% de la población dominicana, o RC (alrededor de 2.7 millones de personas), no cuenta con aseguramiento en salud al día de hoy. Uno de los objetivos principales de este informe es hacer énfasis en el cierre de esta brecha como primer paso en la discusión de la ampliación del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) al mismo tiempo de presentar recomendaciones para lograrlo.

Con respecto al cierre de la brecha poblacional en el Régimen Contributivo (RC), es fundamental abordar primero el tema de la evasión. A diciembre de 2017, se estima que cerca de 810,000 personas o un 31% de los elegibles al RC no cotizaba a la Seguridad Social. La cobertura de estos potenciales cotizantes más sus dependientes y adicionales correspondientes cerraría la brecha en cerca de diecisiete puntos porcentuales, quedando la población sin aseguramiento en salud en torno al 10%, o poco más de un millón de dominicanos. Para esto se requiere que el gobierno siga profundizando los esfuerzos en la formalización, sobre todo, en aquellas pequeñas y medianas empresas que todavía operan en la informalidad.

En el Régimen Subsidiado (RS) se necesita seguir priorizando la afiliación de la población más vulnerable, pues todavía queda una parte importante de estos hogares sin cobertura. Lo anterior, sumado a la ampliación del criterio de elegibilidad al RS también aportaría de manera notable al cierre de la brecha en aseguramiento, quedando por atender la población elegible al Régimen Contributivo Subsidiado. La experiencia internacional no muestra resultados favorables con respecto a la implementación de regímenes mixtos. Basados generalmente en mecanismos de afiliación voluntaria, han adolecido del problema de selección adversa. En este sentido, se proponen algunos mecanismos que promuevan la cotización de los trabajadores independientes con capacidad de pago al SDSS, incluyendo estar al día en sus aportes como requisito para el pago de sus servicios por parte del contratante.

Con respecto a la ampliación de la cobertura de servicios, se requiere identificar vías alternativas para aumentar el financiamiento del Seguro Familiar de Salud (SFS) en el RC. En un contexto donde lo que se necesita es reducir la evasión por falta de afiliación, resulta contraproducente elevar la carga sobre empleado y empleador mediante un aumento del porcentaje de cotización al salario. En primer lugar, consideramos que se debe enfrentar de manera más severa y efectiva el tema de la elusión, definida en nuestro caso como el sometimiento de nóminas con salarios por debajo del mínimo cotizable. Durante el mes de abril de 2017, un 36.4% de los salarios reportados a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) fueron inferiores al salario mínimo cotizable vigente en dicha fecha (igual al promedio de las tres escalas del salario mínimo en el sector privado según el capital de la empresa). Este porcentaje no implica que

todos estos salarios fueron reportados por debajo del mínimo permitido en cada caso, sin embargo, llama la atención el nivel de incidencia, sobre todo, cuando la evidencia anecdótica sugiere que es una práctica frecuente.

A la elusión se le suma otra forma de evasión, la afiliación y desafiliación continua de empleados para aprovechar los sesenta días de cobertura del seguro de salud que otorga la ley. Esto es aprovechado por algunas empresas para no aportar a la Seguridad Social por dicho período en el que el empleado y sus dependientes siguen teniendo cobertura.

Por otro lado, y aunque no constituye necesariamente un problema de evasión o elusión, algunas instituciones públicas no cotizan al SDSS o acumulan importantes atrasos en sus aportes. Por ejemplo, a abril de 2018, los cabildos adeudaban a la TSS cerca de doce mil millones de pesos. Así como se han implementado mejoras administrativas importantes en otras áreas del Estado, el gobierno debe también tomar medidas para impedir que esto siga sucediendo.

Además de atacar los problemas anteriores, otra opción para incrementar el financiamiento del SFS en el RC es mediante el aumento del tope del salario cotizable, llevándolo a veinte salarios mínimos, al igual que en el caso de pensiones. Por otro lado, sería recomendable también analizar la pertinencia de un sistema de capitas diferenciadas por grupos etarios en base a una cápita promedio igual a la cápita base; esto debido al efecto que tiene sobre el balance financiero del SFS el costo de atención de los padres dependientes.

Actualmente, la cápita del RC es más de cuatro veces la cápita del RS. Esto tiene implicaciones tanto en términos de cobertura de servicios como en la calidad de estos para la población afiliada al RS. Este último punto ha sido una de las principales críticas de los organismos internacionales al SDSS, pues en principio, todo afiliado debería recibir los mismos servicios, independientemente del financiamiento del régimen al que pertenezca. Este bajo nivel de la cápita se ve reflejado, a su vez, en un bajo nivel de gasto en aseguramiento por parte del gobierno los ingresos del SENASA por concepto de las aportaciones al SFS del RS ascendieron a RD\$ 8,802 millones durante el 2017, un 13% del gasto público en salud . La recomendación más importante en este sentido es que los futuros incrementos en el presupuesto para el sector salud se destinen principalmente a cubrir la brecha existente en aseguramiento y a mayores subsidios a la demanda vía este. Además, es necesario redistribuir el gasto entre la demanda y la oferta de los servicios de salud en aras de promover la eficiencia en el gasto público y de fomentar la calidad del servicio en la red pública, pues los prestadores en dicha red tendrían mayores incentivos para atraer la demanda si un porcentaje mayor de los recursos se canalizan por el lado de la demanda vía el aseguramiento y menos mediante el financiamiento directo de la oferta.

Otro tema fundamental y transversal a los dos regímenes, es el de las enfermedades de alto costo. La incidencia y, por ende, el gasto en las mismas ha venido en aumento en los últimos años. Estas enfermedades representan el peligro más importante, no sólo para la vida del afiliado, sino para la sostenibilidad financiera del sistema, por lo que resulta imprescindible discutir otras fuentes de financiamiento para este grupo.

La propuesta en este sentido consiste en la creación de un fondo específico para estas enfermedades, financiado por impuestos generales, y apoyado por un cargo a la cápita de las ARS en el caso del RC.

Más allá de la ampliación de la cobertura de servicios y su financiamiento, otro de los temas principales para el progreso del SDSS es la Atención Primaria (AP). A pesar del reconocimiento de su importancia por los diferentes agentes del sistema, el estado de la AP es incipiente en el RS y en el RC todavía no inicia. Más allá de la insuficiencia de recursos, temas culturales, como la costumbre de acudir directamente al especialista, fomentada precisamente, por la inexistencia de un primer nivel de atención efectivo, dificultan su implementación. Otro factor es el formato de pago por servicios que promueve un sistema de salud basado en el número de servicios y no en sus resultados. También han surgido discrepancias sobre los participantes en la provisión de los servicios en este nivel y con ello el tema de la integración vertical y sus desafíos. El objetivo principal del documento en esta parte es resaltar la necesidad de priorizar la implementación y fortalecimiento de la Atención Primaria.

Por último, un tema transversal a muchos de los puntos anteriores es el del fortalecimiento de la capacidad de supervisión y sanción de la TSS. Urge dotar de capacidad jurídica a la TSS para que esta pueda ejecutar su rol auditor y de sanción de manera efectiva y reducir a un mínimo los problemas de evasión y elusión y las demás prácticas fraudulentas en general. Hemos visto en los últimos años cómo la Dirección General de Impuestos Internos (DGII) ha podido incrementar la recaudación, principalmente, mediante vías administrativas, esto es, mediante mejoras en sus procesos internos y una mayor rigurosidad en la aplicación de sus normas para con los contribuyentes. La ampliación y sostenibilidad del SDSS depende de que la TSS cuente también con el apoyo necesario para mejorar cada día sus procesos administrativos y fiscalizar de manera rigurosa a quien atente contra los intereses del sistema.

2. Universalización del Seguro Familiar de Salud

2.1 Cobertura poblacional del aseguramiento en salud

El primer principio rector del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) es el de universalidad: el SDSS deberá proteger a todos los dominicanos y a los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica.^{1 2}, En lo que respecta al aseguramiento en salud, el principio de universalización ocurre en tres ejes: número de personas cubiertas, número y tipo de beneficios cubiertos, y gastos de bolsillo. Mientras que el primer eje se refiere a la cobertura poblacional, el segundo se refiere a los servicios cubiertos por el Plan Básico de Salud y el tercero, a los pagos en que tiene que incurrir el asegurado para costear servicios y gastos no incluidos en su plan o para cubrir parte del costo de los servicios cubiertos (co-pagos). En esta primera sección abordamos la evolución y situación actual de la cobertura poblacional del seguro de salud, así como también los desafíos para su ampliación.

En sus inicios, el SDSS concibió la creación de tres regímenes de financiamiento: el Régimen Contributivo, el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo-Subsidiado. Como podemos ver en la tabla 1 a continuación, la población objetivo del RC la conforman los trabajadores asalariados y los empleadores públicos y privados. Por otro lado, la población objetivo del RS la constituyen los trabajadores por cuenta propia, con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional. Por último, los profesionales y técnicos que trabajan de forma independiente debían afiliarse al RCS. Los tres regímenes contemplan la cobertura del núcleo familiar del titular afiliado (ver tabla 1).³

Tabla 1. Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, y Régimen Contributivo-Subsidiado

	Población Objetivo	Prestaciones	Prestadoras de Servicios de Salud
Régimen Contributivo	Trabajadores asalariados y empleadores públicos y privados.	a) Plan Básico de Salud	Red privada y red pública
		b) Servicios de estancias infantiles	
		c) Subsidios por enfermedad	
		d) Subsidios por maternidad	
Régimen Subsidiado	Trabajadores por cuenta propia, con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional.	a) Plan Básico de Salud	Red pública y en caso necesario red privada
		b) Servicios de estancias infantiles	
Régimen Contributivo - Subsidiado	Profesionales y técnicos que trabajan de forma independiente con ingresos superiores al mínimo.	a) Plan Básico de Salud	Red privada y red pública
		b) Servicios de estancias infantiles	

Fuente: Ley 87-01

1 Artículo 3. Principios Rectores de la Seguridad Social. Ley 87-01.

2 La OMS redefine el concepto de cobertura universal como el objetivo que busca asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Informe de la Salud en el Mundo (2010).

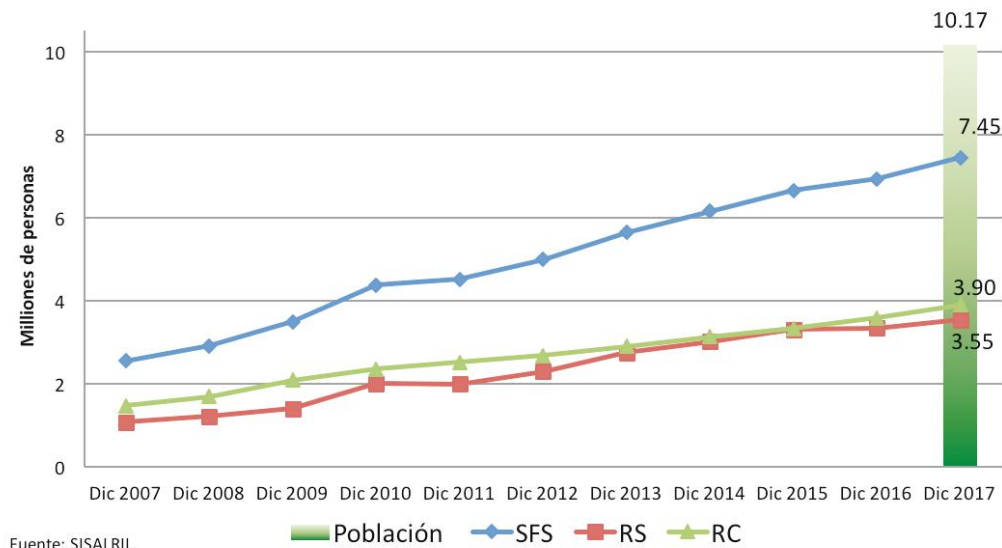
3 Para más detalles ver artículos 123 al 126 de la Ley 87-01.

Luego de la promulgación de la Ley 87-01 en mayo del 2001, el primer régimen en iniciar fue el RS, en noviembre del 2002, con la afiliación de aproximadamente 45,000 personas. Cinco años más tarde, en septiembre del 2007, inicia el RC con la afiliación inmediata de 1, 208,042 personas; para entonces, el RS superaba ya el millón de dominicanos. A partir de ese año, el RC y el RS han experimentado un crecimiento anual promedio de afiliación de 10.3% y 13.2%, respectivamente. Como se puede observar en la gráfica 1, la cobertura del SFS alcanzó casi 7.5 millones de personas a diciembre de 2017: 3, 902,592 en el RC y 3, 546,688 en el RS.⁴ A pesar del rápido incremento de ambos regímenes durante la última década, cerca de un 26.7% de la población del país, es decir, aproximadamente 2.7 millones de personas, todavía no cuenta con aseguramiento en salud.⁵ Parte de esta brecha debió ser cerrada mediante la implementación del RCS.

2.1.1 Régimen Contributivo

Un paso previo a la discusión de alternativas para la inclusión de la población objetivo del RCS debe ser la reducción de la evasión al RC. La evasión en este caso se refiere a los trabajadores con un vínculo patronal que recibiendo un salario de manera regular por parte de un empleador no cotizan a la SS. El objetivo principal de esta sección es formarnos una idea de la magnitud de la brecha de afiliación al RC.

Evolución de la Afiliación al Seguro Familiar de Salud



El primer paso consiste en estimar el tamaño de nuestro universo o población objetivo: todos aquellos elegibles a ser cotizantes al RC. Resulta apropiado tomar como referencia para este grupo a todos los ocupados que contestan ser empleados en la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo del Banco Central.⁶ De esta forma, el total calculado de elegibles al RC para el último trimestre del 2017

4 Fuente: Cuadro afiliación diciembre 2017, SISALRIL.

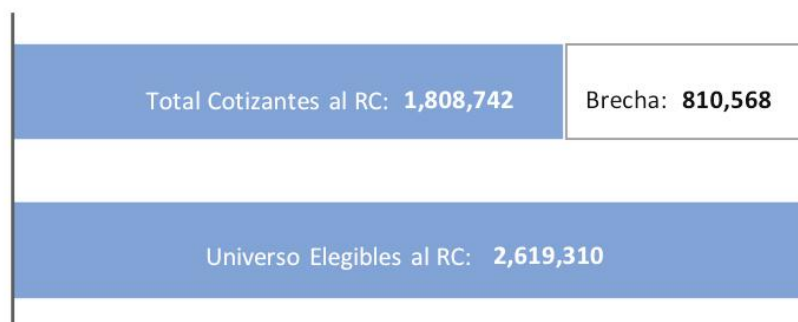
5 En base a la estimación de la población para el año 2017 de la ONE: 10, 169,172.

6 Los elegibles al RC se estiman a partir de los encuestados clasificados como ocupados y dentro de las siguientes categorías ocupacionales: empleado del Estado, empleado privado y patrono o socio activo.

era de 2, 619,310. Sin embargo, a diciembre del pasado año, el RC contaba con un total de 1, 808,742 cotizantes, para una diferencia de 810,568 con respecto al universo de elegibles estimado.⁷ Esto implica que todavía cerca de un 31% de los elegibles al RC no cotizaba a la Seguridad Social.

De la brecha de actual de cotizantes, 810,568, se estima que 742,755 serían cotizantes titulares. Si tenemos en cuenta que el promedio de dependientes directos y adicionales por titular cotizante es de aproximadamente 1.2, la brecha estimada de titulares pudiera adicionar al SFS alrededor de 891,305 nuevos afiliados, entre dependientes y adicionales.⁸ Esta última cifra sumada a los 810,568 elegibles que todavía no cotizan a la SS implica que eliminar la evasión en el RC aumentaría la afiliación a cerca de 1, 701,873 personas, reduciendo el porcentaje de la población sin aseguramiento en salud de un 26.7% a un 10%.

Figura 2
Brecha Afiliación al Régimen Contributivo
(a diciembre 2017)



Fuente: ENCFT y cálculo autor.

Adicionalmente, el ejercicio anterior nos permite estimar que de la brecha de elegibles que hoy día no cotizan al RC, aproximadamente un 79.8% pertenece al sector privado y el 20.2% restante al sector público. Es decir, que de los 810,569 empleados que no aportan al SDSS a pesar de su relación laboral con un empleador, cerca de 646,000 están empleados en empresas privadas y alrededor de 164,000 están empleados en el sector público. La tabla 2 a continuación resume las estimaciones anteriores.

Tabla 2

Estimaciones Universalización del SFS - Régimen Contributivo	
A diciembre 2017	
Número estimado de elegibles (1)	2, 619,310
Total cotizantes (2)	1, 808,742
Brecha total de afiliación cotizantes (3) = (1) - (2)	810,568
Brecha de afiliación titulares (4)	742,755
Brecha de afiliación dependientes y adicionales (5) = (4) x 1.2	891,305

⁷ Fuente: Afiliados Cotizantes Notificados en Cobertura. Informe mensual UNIPAGO, diciembre 2017.

⁸ Para calcular los dependientes y adicionales que pudieran adicionar los elegibles a ser titulares se le restó a la brecha de elegibles el porcentaje de dependientes directos cotizantes en la actualidad, que a diciembre 2017 ascendía al 8.4% del total de afiliados cotizantes.

Incremento en la afiliación sin evasión (6) = (3) + (5)	1, 701,873
Estimación elegibles sin cotizar Sector Privado (7) = (3) X 0.8	646,457
Estimación elegibles sin cotizar Sector Público (8) = (3) x 0.2	164,111
Porcentaje de la población sin aseguramiento en salud	26.7%
Porcentaje anterior sin evasión al RC	10.0%

Fuente: Cálculo en base a los datos de las ENCFT 2017, SISALRIL y UNIPAGO.

Uno de los principales desafíos para reducir la evasión en el RC es la formalización de muchas de las empresas, especialmente las de menor tamaño, que siguen operando en la informalidad. Por lo tanto, se requiere profundizar los esfuerzos que realiza el gobierno para incorporar estas empresas al sector formal de la economía. Sin embargo, también existe una parte de la brecha conformada por aquellas personas que, trabajando en el sector formal, son clasificados como informales, precisamente por no contar con un contrato de trabajo y, por ende, no estar afiliados al SDSS. Al último trimestre del año 2017, un 11.3% de los empleados en el sector formal correspondían a asalariados informales. También se necesita dotar a la TSS de la capacidad punitiva y de inspección con la que todavía no cuenta para fiscalizar de manera efectiva. La DGII viene haciendo esfuerzos para formalizar las empresas que operan en la informalidad y se recomienda la colaboración bilateral de estas instituciones gubernamentales.

2.1.2 Régimen Subsidiado

El RS contempla el Índice de Calidad de Vida (ICV) calculado por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) como su instrumento de focalización.^{9 10} En la base de datos del SIUBEN, el ICV divide los hogares en cuatro grandes grupos en orden descendente según su nivel de pobreza: ICV 1, ICV 2, ICV 3 e ICV 4. Según el reglamento del RS, se debe priorizar a la población más pobre y vulnerable, aunque no define la elegibilidad de los hogares en base a la clasificación anterior. En la actualidad y dentro del marco de la reforma a la ley de SS, se define la elegibilidad al RS para incluir a los hogares clasificados como ICV 1 e ICV 2.

La tabla 3, a continuación, presenta la condición de aseguramiento de los jefes de hogar en la base del SIUBEN por nivel de ICV a octubre 2017, fecha del último cruce entre las bases de datos de esta última institución y el SENASA. Observamos que para dicha fecha un 21.1% y un 13 % de los jefes de hogar clasificados como ICV 1 e ICV 2, respectivamente, no contaban con aseguramiento en salud; un 15.1% no especificó si contaba o no con dicha cobertura para dichos niveles de ICV. Por otro lado, un 56.1% de los clasificados como ICV 3 y un 31.4% de los clasificados como ICV 4 figuraban como afiliados en el RS. Lo anterior implica, en la práctica, que el SENASA ha contemplado también la inclusión de los hogares en estos dos últimos grupos al RS.

⁹ Ver Artículo 8 del Reglamento del RS.

¹⁰ El SIUBEN fue creado en el 2004 para servir como puerta de entrada al programa de Transferencias Monetarias Condicionadas Solidaridad, hoy día, Progresando con Solidaridad (PROSOLI). Cada cuatro años la institución levanta información a nivel censal de los hogares a partir del mapa de pobreza y determina la elegibilidad de las familias a las diferentes transferencias a través del ICV, indicador de pobreza estructural calculado a partir de las variables recogidas en la ficha de hogar.

Tabla 3

Categoría ICV	Jefes de Hogar SIUBEN según Condición de Aseguramiento en Salud a Octubre 2017									
	Con SENASA Subsidiado	%	Otro Seguro	%	Sin Seguro	%	No Especifica	%	Jefes de Hogar	%
ICV1	195,054	65.9%	17,831	6.0%	62,602	21.1%	20,510	6.9%	295,997	100%
ICV2	699,323	68.0%	110,892	10.8%	133,593	13.0%	84,102	8.2%	1,027,910	100%
ICV3	538,545	56.1%	164,093	17.1%	146,755	15.3%	110,812	11.5%	960,205	100%
ICV4	74,728	31.4%	61,137	25.7%	42,333	17.8%	59,574	25.1%	237,772	100%
Total	1,507,650	59.8%	353,953	14.0%	385,283	15.3%	274,998	10.9%	2,521,884	100%

Fuente: Base de datos SIUBEN certificada a junio 2017 y BD de beneficiarios de SENASA subsidiado a octubre 2017.

La tabla anterior sugiere que hoy en día todavía queda espacio para ampliar el RS incluso dentro de los hogares más vulnerables. La inclusión de los jefes de hogar ICV1 e ICV2 que declaran no tener aseguramiento, 196,195, y la de sus dependientes, calculados en base al promedio de dependientes por titular del RS, incrementaría la cobertura en casi 287 mil personas.¹¹ Si, además, consideramos los jefes de hogar y sus dependientes ICV3 que no tienen seguro, se adicionarían cerca de 215,000 personas, cerrando la brecha en poco más de medio millón de individuos. Así, la brecha total de aseguramiento sería de alrededor 426,000 dominicanos o 4.2% de la población, luego de considerar la eliminación de la evasión al RC calculada anteriormente. Para esto es imprescindible seguir trabajando en la dotación de identificación en la población más carenciada, pues un 48.2%, un 11.4% y un 2.8% de los jefes de hogar en los grupos ICV1, ICV2 e ICV3, respectivamente, que reportaron no tener cobertura de seguro de salud no contaban con cédula de identidad, según el último cruce de la base del SIUBEN y del SENASA.¹²

Una de las propuestas para ampliar la cobertura del RS es definir formalmente la elegibilidad al SENASA para los hogares hasta ICV 3, inclusive. Otra recomendación sería establecer con carácter obligatorio el cruce de información entre las bases del SIUBEN y del SENASA con una periodicidad mensual o bimensual como mínimo, para mantenerlas actualizadas. De manera similar, la base de la DGII puede ser un complemento importante para el SENASA, en la tarea de identificar personas en el RS con capacidad de pago o cuya situación laboral haya cambiado recientemente. Esta homologación continua de la información resultará en una mejor y mayor cobertura de la población elegible y en un uso más eficiente de los recursos en el RS.

2.1.3 Incorporación de las personas que quedan fuera del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado

Uno de los grandes temas pendientes del SDSS es la implementación del RCS y la afiliación de su población objetivo: los profesionales y técnicos que trabajan de forma independiente con ingresos superiores al mínimo.

11 Para abril de este año el promedio de dependientes por titular en el RS era de 0.46.

12 Ver tabla A1 en el anexo.

Para estimar el número de trabajadores que debió acoger el RCS se calcula a partir de la ENCFT el total de personas ocupadas que contestan ser trabajador por cuenta propia, con ingresos mensuales superiores al salario mínimo cotizante de RD\$ 11,826. Según la estimación solicitada al Banco Central, el promedio mensual de trabajadores por cuenta propia que devengaron más del salario mínimo cotizante fue de 870,198 personas durante el 2017. Esto quiere decir que del promedio total mensual de 1,694,594 trabajadores por cuenta propia (profesionales y no profesionales) estimados, el 51.3% hubiese sido elegible al RCS.¹³

En lo que respecta a su implementación, experiencias internacionales no muestran evidencia a favor de regímenes mixtos. En general, han sido creados mediante mecanismos de afiliación voluntaria que han perjudicado la sostenibilidad financiera del sistema, pues adolecen del problema de selección adversa: al ser voluntaria la afiliación, tienden a incorporarse en mayor proporción precisamente aquellos más propensos a requerir servicios de salud. En segundo lugar, la administración y el recaudo han resultado muy costosos, debido a la informalidad laboral de gran parte de la población objetivo. Además, desde el punto de vista del afiliado, resulta costoso asumir el 100% de su cotización y de la de sus dependientes, haciendo poco factible la afiliación espontánea bajo este tipo de esquema.

La discusión anterior sugiere que eliminar la evasión en la afiliación al RC sumado a una mayor cobertura de los grupos vulnerables y a la ampliación formal de la elegibilidad en el RS reduciría considerablemente la brecha actual de aseguramiento en salud, quedando por incluir la fracción correspondiente a los profesionales y técnicos independientes y trabajadores por cuenta propia con capacidad de pago.

Con respecto a este último grupo, una alternativa para su inclusión es exigirle estar al día en sus aportes al SFS mediante una cotización en base al salario promedio, como condición para el pago por parte del contratante; la propuesta no incluye un aporte obligatorio al seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia. Pudiera ser útil también la condicionalidad de la afiliación para obtener documentos públicos, como la certificación de antecedentes penales, por ejemplo. De hecho, este mecanismo ya ha sido implementado para el pago de las multas de tránsito. Por otro lado, la base de la DGII permitiría identificar una parte importante de aquellos elegibles que reportan sus obligaciones fiscales como personas físicas y que actualmente no están inscritos en el SDSS.

2.2 Cobertura del Plan Básico de Salud y el gasto de bolsillo

El segundo y tercer eje de la universalización del seguro de salud lo constituyen el número y tipo de beneficios cubiertos y el gasto o pago de bolsillo. Con respecto al segundo eje, en principio, la Ley 87-01 concebía la existencia de un solo Plan Básico de Salud, cuyas coberturas fuesen otorgadas por igual a los afiliados al RC y al RS. Sin embargo, y tras varias actualizaciones desde que inició el RC, la brecha en términos de cobertura del PBS entre el RC y el RS se ha ido ampliando. De hecho, una de las principales críticas por parte de los organismos internacionales al SDSS es precisamente esta diferencia de cobertura, pues desde un punto de vista de política pública, los afiliados al SFS deberían disfrutar de un plan con los mismos servicios, independientemente de la forma de financiamiento.

13 Fuente: cálculo del Banco Central a partir de la ENCFT 2017.

La cápita mensual del RS es de solo RD\$ 216.4, mientras que la cápita del RC es de RD\$ 1, 013.62, más de cuatro veces el primer monto. Ambas cápitras muestran un desfase con respecto a la inflación acumulada desde el inicio de cada uno de los regímenes. Sin embargo, la cápita del RS es la que más ha visto erosionar su valor, pues, aunque presenta un incremento de un 19.3% con respecto a su valor inicial, la inflación acumulada desde que inició el RS en octubre 2002 a diciembre 2017 es de 130%. Esta es una de las razones que explican la diferencia de cobertura del PBS entre los dos regímenes.

Lo anterior sumado a un contexto de costos de servicios de salud en aumento, hace imprescindible destinar mayores recursos al RS para incrementar su cobertura en términos de población, calidad y número de servicios.

Por último, el gasto de bolsillo está estrechamente relacionado con los dos ejes anteriores. Es natural esperar que a medida que se cierre la brecha de aseguramiento en salud y se amplíe el número de servicios cubiertos por el PBS el gasto de bolsillo de los hogares se reduzca.

Lora y Vio (2016) analizan la evolución del gasto de bolsillo de los hogares dominicanos a partir de la ENDESA 2007 y 2013.^{14 15} Este período resulta muy pertinente pues entre septiembre del 2007 — mes en que inicia el RC— y agosto 2013 la afiliación al SFS pasó de 2.2 a 5.3 millones de personas aproximadamente, lo que implicó un incremento de la población con cobertura en salud de un 23.5% a un 53.8%. Según estimaciones de los autores, el gasto total anual de bolsillo de los hogares pasó de US\$ 872 millones en el año 2007 a US\$ 766 millones en el año 2013, para una reducción de 12.2%. En términos per cápita, el gasto anual de bolsillo disminuyó un 17.9%, al pasar de US\$ 95 a US\$ 78. En la misma línea, la Organización Mundial de la Salud estima que el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en República Dominicana pasó de un 41% en el 2007 a 25% en el 2013.¹⁶

Establecer una relación causal entre la disminución en el gasto de bolsillo de los hogares y el incremento de la cobertura del SFS excede el alcance de este informe, sin embargo, este fue sin duda el cambio más trascendental en el SDSS durante el período comprendido entre septiembre 2007 y agosto 2013. De este último mes a la fecha, la afiliación al SFS incrementó un 41.5%, sobrepasando, en diciembre del pasado año, los 7.4 millones de dominicanos. Por ende, estimaciones futuras y modelos predictivos del gasto de bolsillo de los hogares, probablemente, reflejen también una disminución con respecto al año 2013.

2.3 Recomendaciones:

- Como primer paso y en coherencia con la Estrategia Nacional de Desarrollo, se debe priorizar la extensión de la cobertura poblacional del SFS.
- Para aumentar la cobertura de aseguramiento en salud resulta fundamental reducir la evasión en la afiliación al RC.
- Por su lado, para reducir la evasión se necesita dotar a la TSS de la capacidad auditora

14 La recolección de información de la ENDESA 2007 termina antes de septiembre de dicho año, mes en que inicia el RC.

15 Actualmente, la ENDESA es la única fuente que permite estimar el gasto de bolsillo por parte de los hogares dominicanos.

16 OMS: Global Health Expenditure Database, National Health Accounts Indicators.

necesaria para poder ejercer su función de fiscalización de manera efectiva.

- El Estado debe también velar por la afiliación de todo empleado público, incluyendo los de instituciones descentralizadas.
- Se debe mejorar la focalización de los grupos más vulnerables y considerar la ampliación de la elegibilidad para cerrar la brecha de cobertura en el RS.
- Establecer el cruce de bases de datos del SIUBEN y del SENASA con una periodicidad máxima de dos meses para mantener actualizado el estatus de afiliación de la población objetivo del RS.
- Establecer cruces con una periodicidad definida entre la base del SENASA y la DGII para identificar personas con capacidad de pago que pudieran estar afiliados actualmente al RS o cuyo estatus laboral haya cambiado recientemente.
- La evidencia internacional no muestra resultados favorables sobre la implementación de regímenes de financiamiento mixtos, pues adolecen del problema de selección adversa.
- Crear mecanismos de afiliación obligatorios para los profesionales y técnicos independientes. Por ejemplo, exigir como condición de pago por parte de los contratantes la afiliación a la SS y estar al día en sus aportes.
- La base de la DGII es la principal fuente de información para identificar a los profesionales y técnicos que trabajan de forma independiente con capacidad de pago suficiente para contribuir a la SS.

3. Financiamiento para la ampliación del Seguro Familiar de Salud

3.1 Régimen Subsidiado

El gasto público en salud en la República Dominicana durante el período 2010-2017 se mantuvo en torno al 1.7% del PIB en promedio.^{17 18}, Como podemos observar en la figura 3, el gasto público en salud el año pasado ascendió a casi RD\$ 68 mil millones, para un crecimiento de 18.1% en términos reales con respecto al año 2016, y de 58.2% con respecto al gasto en el año 2010.¹⁹ A pesar de este importante incremento, en el año 2015 presentábamos el tercer gasto en salud más bajo como porcentaje del PIB en América Latina, superando sólo a Guatemala y Venezuela, y muy por debajo del promedio de la región de 3.4% (ver figura 4).

Figura 3
GASTO EN SALUD
(MILLONES RD\$, A PRECIOS 20017)



Fuente: DIGEPRES.

Los ingresos del SENASA por concepto de las aportaciones al SFS del RS ascendieron a RD\$ 8,802 millones durante el 2017.²⁰ Este monto representó sólo un 13.0% del gasto público en salud. Este bajo nivel de gasto en el SFS del RS se ve reflejado en una cápita que asciende hoy día a RD\$ 216.38 —un 21.3% del valor de la cápita del RC—. Este nivel de la cápita mantiene una presión constante sobre la sostenibilidad financiera del RS y dificulta la discusión sobre la ampliación de los servicios cubiertos.

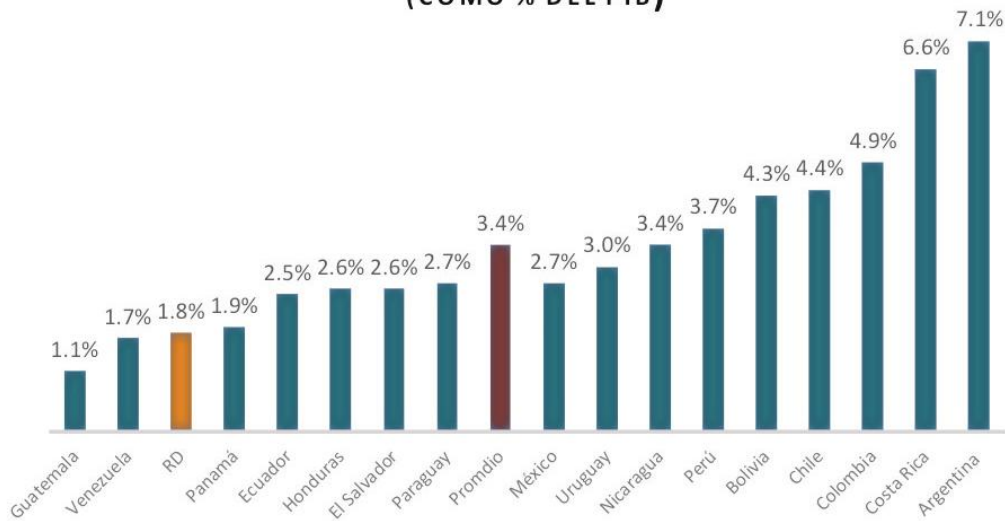
17 Ejecución presupuestaria del Gobierno Central según clasificación funcional. Fuente: DIGEPRES.

18 Ver tabla A2 en el anexo.

19 Las metas propuestas en la END son: un 4% para el 2020, un 4.5% para el 2025 y un 5.0% para el 2030. Ver indicador 2.33 de la END.

20 Estados Financieros del SENASA a diciembre 2017.

Figura 4
GASTO EN SALUD AMÉRICA LATINA 2015
(COMO % DEL PIB)



Fuente: CEPAL.

Precisamente, una de las recomendaciones centrales de este informe, de cara a la ampliación del SDSS, es transformar el financiamiento del gasto en salud de subsidios a la oferta a cada vez mayores subsidios a la demanda, léase, destinar los incrementos futuros en el Presupuesto Nacional principalmente a: cerrar la brecha de cobertura poblacional en el RS, a ajustar su cápita y a la creación de un Fondo Catastrófico o cuenta especial para enfermedades de alto costo (i.e., cáncer y enfermedades raras).

Un cálculo aproximado permite estimar que los recursos necesarios para ampliar el RS de tal forma que pueda cubrir la población actualmente asegurada y al porcentaje que aún no está afiliado al SFS, aumentando al mismo tiempo la cápita del RC hasta alcanzar el nivel de la cápita actual del RC, ascienden a casi RD\$ 37,300 millones —equivalentes a un 45.7% del gasto público en salud para el año 2017—. Si bien el Estado no cuenta en el presente con los recursos adicionales para incrementar el presupuesto de salud en dicho monto, la recomendación es que se adopte un cronograma de aumentos graduales. De hecho, en el caso de que el gobierno se abocara a un proceso para cumplir con la meta de la END de elevar el gasto en salud de aquí al año 2020 a un 4% del PIB, el gasto en el SFS propuesto ascendería a cerca del 22% del gasto público en salud en dicho año.²¹

En principio, este cambio de paradigma busca fomentar la competencia entre los proveedores de salud de la red pública, pues estos tendrían que atraer la demanda para financiar y ampliar sus operaciones. Adicionalmente, y como ha sido el caso de otros países de la región, una vez el valor de la cápita del RS alcance niveles similares al de la cápita en el RC se pudiera ampliar la participación de las ARS en el RS. Estas dos transformaciones al SDSS tendrán implicaciones muy importantes sobre la calidad de la prestación en el RS, dimensión del servicio de salud que ha sido tema central del debate en el proceso de evolución del SDSS.

²¹ Ver detalles del ejercicio en el Anexo.

Por otro lado, las enfermedades de alto costo, como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, entre otras, representan una de las principales amenazas financieras para el paciente, pues los tratamientos requeridos pudieran llevarlo a la quiebra. Estas enfermedades son financiadas por el SFS con base a las prestaciones contenidas en el grupo 9 del PBS: Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad. Actualmente, el techo de cobertura es de un millón de pesos por año por subgrupo del grupo 9, teniendo disponible este monto para cada uno si se presentasen de manera simultánea en un mismo año y renovándose anualmente.²² Sin embargo, el costo anual para el tratamiento de algunas de estas enfermedades sobrepasa el tope de cobertura, lo que implicaría un gasto de bolsillo incosteable para la mayoría de los hogares.

También es un hecho que el gasto del SFS en estas enfermedades ha venido en aumento. Mientras que durante el 2004 el total de recursos autorizados por demanda de servicios en el grupo de alto costo representó el 23.3% (1,161 MM) del total autorizado por el SENASA en el RS, durante el pasado año este porcentaje fue de 35% (RD\$ 2,646 MM).²³ Al gasto anterior habría que agregar los recursos cada vez mayores del programa de Medicamentos de Alto Costo del MSP, destinado a cubrir tecnología de alto costo a personas no afiliadas, personas que hayan agotado su cobertura o cuyo tratamiento no esté incluido en el PDSS. El presupuesto para este programa de MSP para el año 2017 ascendió a casi RD\$ 2,000 millones.²⁴ A juicio de algunos expertos, este último no ha sido aplicado con un enfoque que tome en cuenta necesariamente la racionalidad macroeconómica ni la priorización nacional en salud.²⁵

Por consiguiente, resulta ineludible buscar una solución integral a las enfermedades de alto costo que asegure la protección financiera del afiliado y, al mismo tiempo, no lesionen la sostenibilidad financiera del sistema. Como mencionáramos anteriormente, se propone la creación de una cuenta especial para coberturas catastróficas. Esto, acompañado de la revisión continua de las coberturas del catálogo del PDSS para su actualización e inclusión y los correspondientes ajustes de la cápita que resulten necesarios. La creación de este fondo especial permitiría hacer más eficiente el gasto del Estado en este tipo de enfermedades, al sustituir o reducir su financiamiento a través de programas especiales que han sido creados para estos fines. Una propuesta de solución para lo anteriormente expuesto puede ser aumentar la cápita basado en el presupuesto del Estado.

3.2 Régimen Contributivo

En cuanto al RC se refiere, la forma más directa de ampliar su financiamiento sería con un incremento al porcentaje de cotización del salario. Sin embargo, por los efectos negativos que una carga adicional sobre empleado y empleador pudiera tener en el empleo formal, esta medida no sería recomendable, sobre todo en un contexto donde lo que se necesita es reducir la evasión en la afiliación a la SS. Entendemos que existen alternativas y recomendaciones para ampliar el financiamiento del RC que no requieren mayores

22 Ver resolución 375-02 del CNSS.

23 Fuente: Estadísticas Demanda de Servicios de Salud, SENASA.

24 Para el año 2016 el presupuesto de este programa fue de alrededor RD\$ 1,500 millones y para el 2017 de casi RD\$ 2,000 millones: <https://www.listindiario.com/la-republica/2017/03/06/456587/programa-alto-costo-cubre-tratamiento-a-unos-15000-pacientes>.

25 Cañón et al. (2014), página 25.

impuestos al trabajo y que redundarán en ganancias de eficiencia para este régimen y para el SDSS en general.

En primer lugar, se deberían abordar los temas de evasión y elusión al RC. Como estimáramos en la primera sección, a diciembre del 2017 cerca de un 31% (810,568 empleados) de los elegibles al RC no cotizaba a la SS. La inclusión de estos elegibles y sus familiares es un paso fundamental para la universalización del sistema. No obstante, su incorporación tendrá un impacto en el balance financiero del SFS que dependerá de la diferencia entre el recaudo adicional generado y la dispersión necesaria para cubrir dichas cápitales.

Si tomamos como referencia el salario promedio de los cotizantes a abril del 2017 de RD\$ 20,504 y lo incrementamos un 3% a RD\$ 21,119 —efecto aproximado sobre el salario promedio cotizable del incremento en el salario mínimo aprobado el pasado año—, el recaudo potencial adicional que implica el cierre de la brecha de afiliación al RC es similar al monto adicional disperso, por lo que tendría un efecto neutro sobre el balance del SFS.^{26 27}, Este es un punto a tener presente, pues si consideramos que la mayor parte de los elegibles que actualmente no cotizan al RC pudiera corresponder a personas con salarios por debajo del promedio, el efecto neto sobre el balance del SFS sería negativo.

Por su parte, la elusión al RC se refiere al sub-registro del salario cotizable. Según evidencia anecdótica, una práctica común en el país consiste en reportar a la TSS un salario inferior al devengado efectivamente por el empleado para, precisamente, reducir el aporte a la SS. Esto va en detrimento del balance financiero del sistema, pero también del empleado en términos de una menor cotización a su plan de pensiones, y, por consiguiente, de una menor tasa de reemplazo al momento de su retiro.²⁸

La figura 5, a continuación, muestra la distribución del salario cotizable para el mes de abril del 2017.²⁹ El promedio del salario cotizable fue de RD\$ 20,504, sin embargo, la mediana fue de RD\$ 12,873, es decir, el 50% de los empleados cotizaron por debajo del salario mínimo correspondiente a la tercera escala, vigente desde junio 2015 hasta mayo 2017.

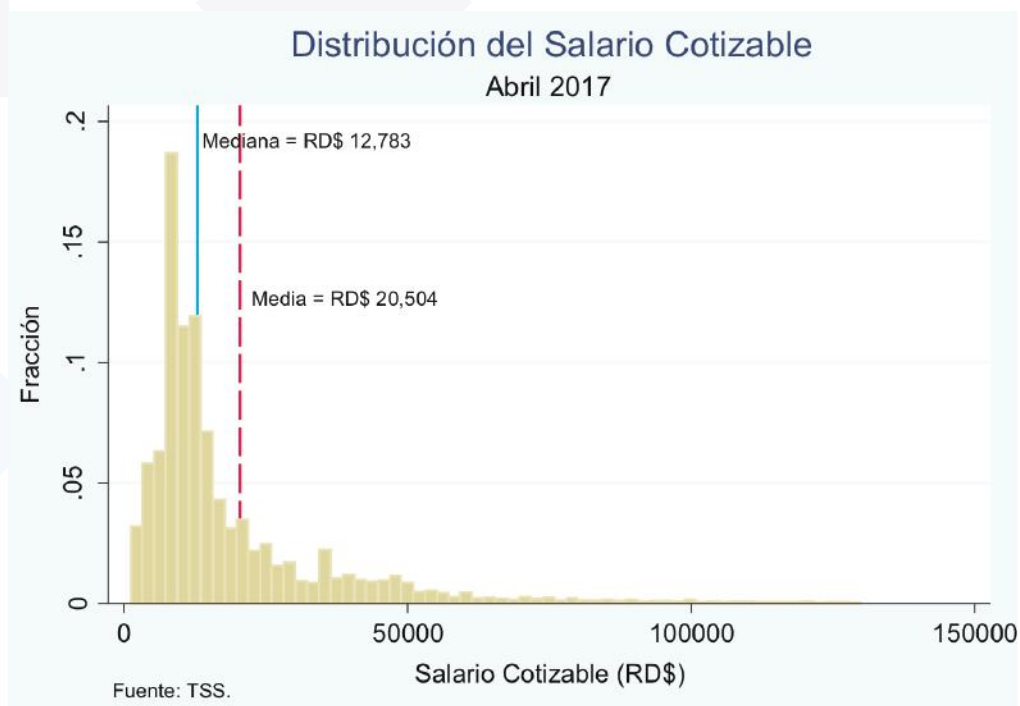
26 Fuente: TSS.

27 El aumento al salario mínimo acordado en mayo 2017 fue de un 20%, y se realizó en dos partes: un primer aumento de 13% a partir del mes de mayo y un segundo aumento de 7% a partir de noviembre.

28 La tasa de reemplazo se define como la proporción con respecto al último sueldo, recibida como pensión.

29 Obviando las observaciones con salarios iguales a cero.

Figura 5



Aunque la elusión pudiera presentarse en cualquier punto de la distribución de salarios, llama la atención el porcentaje de personas que cotizaron por debajo del salario mínimo cotizable vigente en ese momento. Según la ley 87-01, el salario mínimo cotizable corresponde al promedio de las tres escalas de salario mínimo del sector privado no sectorizado establecidos por el CNS. A partir de junio del 2015 y hasta mayo del pasado año, este promedio equivalía a RD\$ 9,854.7. Tras el aumento aprobado el año pasado, el salario mínimo cotizable ascendió a RD\$ 11,826.

Para hacer frente a la situación anterior, la Resolución 380-02 del CNSS estableció que un empleador no podía someter una nómina a la TSS con más de un 10% de la misma por debajo del mínimo cotizable y en ningún caso la cotización debe ser menor a una proporción del salario mínimo nacional equivalente a una semana de trabajo.³⁰ Sin embargo, durante el mes de abril de 2017, un total de 654,625 salarios cotizaron a la SS por debajo del mínimo vigente en ese momento: RD\$ 9,854.7, representando un 36.4% del total de salarios reportados a la TSS durante dicho mes. Además, 45,040 salarios, un 2.5% del total de salarios reportados, estuvieron por debajo de RD\$ 2,350, aproximadamente el equivalente a una semana de trabajo.

El total de salarios o masa salarial calculada para el 36.4% de los empleados que cotizaron por debajo del mínimo en abril 2017 ascendió a RD\$ 4,369 millones. En cambio, si imputáramos el salario mínimo cotizable vigente en dicho mes a todos los que devengaron por debajo de este su masa salarial hubiese ascendido a RD\$ 6,451 millones, para una diferencia de RD\$ 2,082 millones o un incremento del 48%. En base a ese mismo ejercicio, si calculáramos el aporte adicional al SFS utilizando este salario imputado

³⁰ Para el caso del sector agrícola y del sector construcción este tope es de un 30% y en el caso del sector zonas francas de un 25%.

igual al mínimo cotizable, la diferencia de salarios calculada anteriormente se hubiese traducido a su vez en un aporte adicional de casi RD\$ 200 millones mensuales al balance del SFS en ese momento.³¹

A pesar de que la cotización por debajo del mínimo es permitida en los casos de empleados recién contratados, con jornadas diarias y de medio tiempo, y del hecho de que el cálculo anterior no discrimina por sector productivo, la incidencia de estos casos es difícil de conciliar con el porcentaje de salarios reportados por debajo del mínimo.³² El ejercicio anterior pudiera constituir una primera evidencia sobre el sub-reporte de ingresos para una parte importante de los cotizantes al RC.

Por último, otra forma de evasión al RC es la afiliación y la desafiliación continua de empleados para aprovechar los sesenta días de cobertura del seguro de salud que establece la ley 87-01 después de la terminación del contrato de trabajo. Esto es aprovechado recurrentemente por algunas empresas para no aportar a la Seguridad Social por dicho período en el que el empleado y sus dependientes siguen teniendo cobertura a pesar de que el sistema no recibe ningún aporte a cuenta del titular.

Aunque no constituye parte de la evasión o elusión al sistema, el atraso del aporte correspondiente a la TSS por parte de algunas instituciones públicas, en especial de los cabildos, constituye un serio problema en la actualidad. A abril de este año, la deuda acumulada por los cabildos a la TSS ascendía a RD\$ 12,000 millones, la mayor parte correspondiente a intereses por concepto de recargos. A pesar de que en el año 2009 se aprobó una amnistía, muchas instituciones públicas han vuelto a endeudarse.³³

El primer paso y tal vez el más importante para reducir la evasión y la elusión al RC, es dotar a la TSS de la personalidad jurídica con la que hoy no cuenta para poder fiscalizar de manera efectiva los casos en que se detecten abusos contra el sistema.

Otra alternativa para ampliar el financiamiento al RC consiste en aumentar el tope de cotización. La ley 87-01 estableció como salario máximo cotizable el equivalente a diez salarios mínimos. La propuesta en este sentido es incrementar el salario máximo cotizable a veinte salarios mínimos, al igual que en el caso del plan de pensiones. Utilizando nuevamente la distribución de salarios a abril 2017, último mes de información disponible para este estudio, podemos calcular cuál sería el efecto sobre el balance del SFS de la propuesta anterior.³⁴ Los cálculos indican que haber aumentado a veinte salarios mínimos en dicho mes el salario máximo cotizable hubiese generado un aporte adicional al SFS de casi RD\$ 143 millones mensuales.³⁵

31 En lugar de calcular el aporte del 9.54% en base al salario reportado, calculamos este aporte en base al mínimo cotizable para todos aquellos cuyo salario reportado fue menor a este último.

32 Para un ejercicio exhaustivo se necesita de más información, incluyendo el tipo de ingreso declarado por el empleador (e.g., normal, tiempo parcial) y el sector productivo.

33 <https://www.diariolibre.com/noticias/ciudad/deuda-de-170-cabildos-a-la-tesoreria-de-la-seguridad-social-es-de-rd-12-000-millones-HE9745119>.

34 A todos aquellos empleados cuyo salario vigente a dicho mes oscilaba entre RD\$ 98,550 (10 salarios mínimos) y RD\$ 197,100 (20 salarios mínimos) se les imputó un aporte al SFS equivalente al 9.53% de su salario y para todos aquellos que devengaron por encima de este último monto se calculó el aporte tomando este como el salario de referencia.

35 Un 5.48% de los salarios reportados a la TSS durante el mes de abril del 2017 fueron mayores a RD\$ 98,550, el equivalente a 10 salarios mínimos cotizables.

Por otro lado, el titular cotizante al RC tiene la opción de incluir a sus padres como adicionales, pagando el mismo valor de la cápita por cada adicional. La mayor parte de estos adicionales son personas envejecientes, por ende, su costo de atención es mayor. La siniestralidad de los adicionales de las ARS pertenecientes a la ADARS en mayo de este año fue cercana al 250%. De hecho, el SENASA ha reconocido que la cápita del Plan Especial de Pensionados y Jubilados del Ministerio de Hacienda que hoy día asciende a RD\$ 1,281.36 —un 26.4% superior a la capital actual del RC— no es suficiente para atender a su población objetivo, precisamente por tratarse de una población de edad avanzada en su mayoría.

Una opción para financiar la diferencia en el costo anterior sería con cargo a la Cuenta de Salud del afiliado. Sin embargo, esto incrementaría la presión sobre el balance financiero del RC y sobre los empleados y el sector empleador. Además, el RC se basa en un subsidio cruzado entre su población objetivo que actualmente no incluye los padres del titular, por lo que no debería ser su responsabilidad financiar esta diferencia. La opción que proponemos es establecer un sistema de capitales diferenciadas por grupos etarios en base a una cápita promedio igual a la actual, lo cual no sólo ayudaría a subsanar este punto, sino que generaría incentivos para que las ARS privadas afilien a los padres de los cotizantes titulares.

Al igual que en el RS, uno de los temas más apremiantes para el RC lo representan las enfermedades de alto costo por la vulnerabilidad que representan para la estabilidad financiera, tanto del sistema como del afiliado y sus dependientes. Durante el año 2017, los montos aprobados por la demanda de servicios en el grupo de Alto Costo representaron un 14.3% del monto total aprobado por las ARS pertenecientes a la ADARS a pesar de que la incidencia de los servicios fue de sólo un 2.4% del total.³⁶ Como mencionáramos anteriormente, la propuesta en este caso es costear el grupo de Alto Costo mediante una cuenta especial financiada en parte mediante un cargo a la cápita de las ARS y el resto vía impuestos generales. De esta forma, los recursos liberados por concepto de enfermedades catastróficas podrían ser destinados por las ARS a ampliar el catálogo de prestaciones del PBS.

Con el fin de garantizar la sostenibilidad y calidad del servicio que reciben los afiliados al Sistema de Seguridad Social, en diferentes países de Europa y en Estados Unidos se utilizan políticas de administración del riesgo de la población asegurada. Estos sistemas de Administración de Riesgo funcionan como una balanza de compensación, donde las aseguradoras que poseen menos personas con un alto riesgo de enfermedad que el promedio de las personas afiliadas al sistema, deben pagar una cuota o cargo a un fondo para el cuidado de la salud.

Las aseguradoras que poseen mayor cantidad de afiliados con alto riesgo que la población promedio, reciben por su parte un ajuste adicional del fondo compartido para la administración del riesgo. Esta cuota adicional definida debe compensar las variaciones de costo médico por afiliado que se encuentra dentro de la población catalogada como alto riesgo.

El ajuste de riesgo presenta diferentes ventajas al sistema: previene la insolvencia para cubrir los

36 Fuente: ADARS, Informe de Gestión 2017.

tratamientos adecuados y de calidad que amerita esta población, evita que aumente desmedidamente la cápita nivelada, pues elimina de los cálculos actuariales el impacto de los altos costos de estas coberturas; no es una compensación por la alta siniestralidad de una compañía, que pudiera estar escondiendo ineficiencias que cargan el costo de los planes de salud general, y reduce cualquier incentivo indeseado de anti- selección. Los ajustes de riesgo normalmente están asociados a diferentes factores, tales como: edad, zona de alto riesgo, sexo, días de estancia por hospitalización, consumo de medicamentos específicos, etc.

Además de los factores de riesgo antes mencionados, se pueden establecer capitas adicionales por afiliados de acuerdo a condiciones médicas crónicas que pueda la aseguradora demostrar. Entre ellas, se pueden mencionar diabetes, hipertensión, depresión, VIH, cáncer, trasplantes, etc.

Por último, la cápita del RC ha experimentado también largos períodos de desfase con respecto a la inflación, lo que se traduce en una erosión de su valor de compra. Entre agosto 2015 y julio 2017, la cápita del RC presentaba un desajuste de 14.5%, si tomamos como referencia el promedio de la inflación general y la inflación del gasto en salud en igual período. Durante la última actualización, en octubre del año pasado, por concepto de inflación se ajustó la cápita en RD\$ 60.94 o en un 6.62% del monto vigente hasta ese mes: RD\$ 914,76. Si al porcentaje de actualización que quedó pendiente de 7.8% le sumamos la inflación acumulada hasta mayo de este año de 3.58%, el desajuste de la cápita del RC sobrepasa a la fecha el 11.5%. Proponemos que el ajuste por inflación de las capitas se realice de manera automática cada año en base a la inflación calculada por el Banco Central. De esta forma, las sesiones convocadas por el CNSS para estos fines se concentrarían en la ampliación de la cobertura o la actualización del costo de los servicios.

Un tema que siempre ha generado debate durante estos años es el financiamiento del Fondo Nacional de Atención Médica por Accidentes de Tránsito (FONAMAT). Actualmente, la cápita vigente de RD\$ 18.0 resulta deficitaria, pues el costo por afiliado asciende a RD\$ 24.14 para las ARS pertenecientes a ADARS (el déficit es RD\$ 10 en el caso del SENASA).³⁷ Una opción para financiar este fondo es la posibilidad de incluirlo como parte de la cobertura del Plan Básico, dimensionando correctamente su costo y revisando continuamente su cápita.

3.3 Recomendaciones:

- Transformar el financiamiento del gasto en salud de subsidios a la oferta a cada vez mayores subsidios a la demanda (i.e., aumentar los recursos destinados al aseguramiento).
- Dotar de capacidad jurídica a la TSS para poder ejecutar su rol auditor y de sanción de manera efectiva y reducir a un mínimo los problemas de evasión y elusión y prácticas fraudulentas en general.,
- Creación de un fondo con recursos públicos para financiar una cápita específica para enfermedades de alto costo en el RS y en el RC con el objetivo de hacer más eficiente el gasto público en este tipo de enfermedades y liberar fondos en el RC para ampliar la cobertura de su PBS.
- Revisión continua de las coberturas del catálogo del PDSS para su actualización e inclusión y los

37 Fuente: ADARS, Informe de Gestión 2017.

correspondientes ajustes de la cápita que resulten necesarios.

- Aumentar el salario tope de cotización a veinte salarios mínimos, como en el caso de las pensiones.
- Establecer por ley la indexación automática por inflación de las capitas, evitando así la erosión de su valor en el tiempo.
- Crear programas de administración de riesgo, donde las aseguradoras que poseen menos personas con alto riesgo de enfermedad que el promedio de los afiliados al sistema deban pagar una cuota para un fondo especial. También se sugiere crear cápitas adicionales por afiliado de acuerdo a condiciones médicas crónicas que la aseguradora pueda demostrar.

4. Atención Primaria

Una de las principales críticas al SDSS es la fragmentación de la prestación del servicio médico. Esta desagregación de la oferta es un reflejo de la inexistencia de un modelo de prestación integral y de una red de atención. Un paso imprescindible para resarcir esta situación y evolucionar hacia un sistema de salud costo-eficiente es precisamente la implementación de un Primer Nivel de Atención funcional.

En el año 2001, la Ley General de Salud introduce la AP como eje fundamental del sistema. En el mismo año, la Ley 87-01 establece el Primer Nivel de Atención como puerta de entrada a la red de servicios, con atención profesional básica a la población a su cargo, dotado de adecuada capacidad resolutive y centrado en la prevención, en el fomento de la salud, en acciones de vigilancia y en el seguimiento de pacientes especiales, cubriendo emergencias y la atención domiciliaria. Tras diez años sin avances significativos, en el año 2012 la END enfatiza nuevamente en la implementación del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada al SDSS y en la superación del modelo actual de atención, aumentando la capacidad del primer nivel, reestructurando los servicios por ciclo de vida, orientado a la promoción y prevención por prioridades.³⁸

A pesar de que hoy en día el RS cuenta con alrededor 1,605 UNAP este número es insuficiente para atender a la población objetivo del RS. Esto sumado a las quejas de los usuarios sobre la dotación y la calidad del servicio prestado en las UNAP reflejan la baja priorización del primer nivel de atención en la política de salud. Por su lado, el RC todavía no cuenta con centros de atención del Primer Nivel.

La implementación efectiva de la AP presenta desafíos estructurales que van más allá de la insuficiencia de recursos. En primer lugar, la cultura de acudir directamente al especialista ante cualquier situación de salud, sin importar el grado de severidad del evento o condición, está muy arraigada en la población dominicana. Esta costumbre es el resultado de la ausencia de un primer nivel de atención con capacidad resolutive atractivo a la demanda y de la estructura de incentivos de nuestro sistema de salud. Es preciso recordar en este punto que la Ley 87-01 establece la libre elección de prestador por parte del afiliado, sin embargo, esta libertad se refiere a la red de Prestadores de Servicios de Salud de su ARS dentro del nivel que se encuentre, por ende, no puede interpretarse como un derecho a saltarse un nivel de atención.

38 Ver líneas de acción 2.2.2.6 y 2.2.1.17 de la END.

Otra característica estructural del sistema que obstaculiza el desarrollo del primer nivel de atención es el formato de pago por servicios. En este caso, la retribución del profesional y de los servicios de salud en general está en función del número de atenciones y no de su resultado, lo que en muchos casos genera el problema de la inducción de demanda innecesaria que implica un incremento en el gasto de bolsillo. Por otro lado, esta forma de pago desincentiva la prevención la cual es un elemento fundamental de un sistema de salud integral y una de las funciones principales de la AP. Adicionalmente, el pago por servicio incentiva la especialización, lo que fomenta a su vez la preferencia del paciente sobre el médico especialista en detrimento del médico familiar, cuando es este quien debería referirlo al primero en caso de ser necesario.

Ante este círculo vicioso, Porter y Kaplan (2014) proponen evolucionar hacia un sistema de pagos prospectivos que vincule la retribución y la responsabilidad del proveedor a mejorar el valor del paciente: mejores resultados de salud a un menor costo. Una primera propuesta en este sentido sería incluir pagos condicionales como porcentaje de la cápita a los prestadores del Primer Nivel en base a metas anuales preestablecidas relacionadas a satisfacción del usuario, actividades de promoción y prevención y disminución de morbilidad evitable. Esto sentaría una referencia en el SDS en el diseño e implementación de incentivos para alinear el pago a los prestadores con los resultados sobre la salud de la población.³⁹

Con respecto a la implementación del Primer Nivel en el RC, en la actualidad existen discrepancias sobre quiénes podrían participar en la prestación de servicios en este nivel. Un tema de debate en este punto es el de la integración vertical. Primeramente, podría existir la preocupación de que las redes integradas verticalmente por prestadores generen inducción de la demanda innecesaria de servicios, pues tendrían incentivos a captar pacientes en el primer nivel por el pago de una cápita para referirlos a sus centros de atención en el segundo y tercer nivel con pagos por servicio. En segundo lugar, podría temerse que se concentre demasiado la prestación en unas pocas redes de prestadores integradas. Lo anterior pudiera sugerir la entrada al sector de la prestación de las ARS, y no sólo en la AP, sino también en los demás niveles de atención. Esto bajo la premisa de que el pagador tiene incentivos para realizar una mejor gestión del riesgo técnico y, por ende, lograr una mayor eficiencia del gasto. Actualmente, la ley no permite la integración entre pagador y prestador.⁴⁰

Para el caso de la inducción excesiva de la demanda de servicios dentro de una misma, desde el primer nivel hacia los niveles, experiencias internacionales han introducido el formato de cápitales integrales, evitando así los incentivos que representa “capitar” en el primer nivel y pagar por servicios en el segundo y tercer nivel. Con respecto a las preocupaciones de concentración del mercado, cualquiera sea el modelo de integración vertical (solo prestador o prestador-pagador), pudieran ser mitigadas mediante el establecimiento de límites en la población capitada por cada red; límites a ser establecidos por las autoridades competentes en materia de Defensa de la Competencia.

³⁹ Para el lector interesado en los detalles de un sistema basado en pagos prospectivos ver: Porter, Michael E. y Robert S. Kaplan (2014).

⁴⁰ El riesgo técnico se refiere a la variación en la utilización de recursos para atender los siniestros en el caso de que estos ocurran.

Según la OMS, en igualdad de condiciones, los países con sistema de salud con una sólida orientación a la AP suelen obtener resultados mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen costos de atención más bajos y logran mayor satisfacción del usuario que aquellos sistemas de salud con escasa orientación hacia la AP. Existe en la actualidad un consenso importante entre la mayoría de los actores del sistema sobre la relevancia de la implementación de la AP. Resulta impostergable aprovechar esta coyuntura para dar inicio a este pilar del SDSS en el RC y potenciar su desarrollo en el RS.

Entre los factores claves que se requieren para la implementación exitosa del Primer Nivel de Atención se encuentran:

- Obligatoriedad de la puerta de entrada al sistema de salud
- Asignación gradual de la población
- Libre elección del centro de AP dentro de la red de la ARS
- Un mínimo de permanencia en el centro de AP seleccionado (e.g., 12 meses) salvo excepciones justificadas
- Libertad por parte de la ARS para seleccionar su red de centros de AP, mecanismos de contratación y tarifas
- Capacitación en habilidades gerenciales para los médicos familiares a cargo de los centros de AP y de los médicos generales asignados a las mismas para una adecuada gestión de riesgo
- Campañas de difusión de los beneficios del modelo





Decanato de Investigación Académica de la Universidad Iberoamericana, UNIBE
Av. Francia #129, Gazcue, Santo Domingo, D. N., República Dominicana
Tel.: 809 - 689 - 4111, Ext.: 1197 • www.unibe.edu.do

