



SISALRIL
Superintendencia
de Salud y Riesgos Laborales
Tu protección es nuestra Misión

No. 2 • Diciembre 2019

Boletín Superintendencia de Salud
y Riesgos Laborales **SISALRIL**
Santo Domingo, República Dominicana
www.sisalril.gob.do



BOLETÍN SERIE DE INFORMES TÉCNICOS SISALRIL **No. 2**



Diciembre 2019

**BOLETÍN SERIE DE INFORMES
TÉCNICOS SISALRIL No. 2**

Superintendencia
de Salud y Riesgos Laborales **SISALRIL**



SISALRIL
Superintendencia
de Salud y Riesgos Laborales
Tu protección es nuestra Misión

Equipo Editorial:

Dr. Pedro Luis Castellanos,
Superintendente

Dr. Pedro Ramírez Slaibe,
Coordinador Unidad
de Estudios Especiales

Lic. Veri Candelario,
Directora de Comunicaciones
y Relaciones Públicas

**Colaboradores
en esta Edición:**

Dr. Pedro Ramírez Slaibe
Lic. Madeline Martínez García
Lic. Marie Chantel Montas
Ing. Jorge Abraham Rodríguez

Diseño y Diagramación:

Roberto Lantigua
809.776.3058

© 2019 Superintendencia de Salud
y Riesgos Laborales (SISALRIL)
Todos los derechos reservados.

MISIÓN

Garantizar a la población la protección del aseguramiento en salud y riesgos laborales en condiciones de calidad, equidad y sostenibilidad, actuando en representación del Estado Dominicano en la regulación, supervisión, conciliación y arbitraje, así como en la formulación de propuestas técnicas.

VISIÓN

Ser una institución líder en la garantía del derecho de la población a la protección en salud y riesgos laborales, en el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

VALORES INSTITUCIONALES

- Integridad
- Solidaridad
- Compromiso
- Excelencia
- Equidad
- Transparencia
- Trabajo en Equipo



Dr. Pedro Luís Castellanos
Superintendente

Los sistemas de protección social financiera del derecho a la salud constituyen una de las políticas sociales más relevantes de la mayoría de los países. Su misión es reducir las desigualdades sociales en el acceso a los servicios y oportunidades de prevención, protección y restauración de la salud de la población. Su vocación de universalidad nace del derecho humano a la salud, reconocido además en casi todos los países como un derecho constitucional. El desarrollo de estos sistemas, sin embargo, está vinculado a los procesos y dinámicas sociales, económicas, culturales y políticas de cada país.

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) es un órgano, predominantemente técnico, supervisor y regulador, que forma parte del Sistema Dominicano de Seguridad Social, creado mediante la Ley 87-01 y sus modificaciones. Una de sus responsabilidades es elevar al Consejo Nacional de Seguridad Social y a los órganos correspondientes del estado, propuestas que contribuyan al mejor desarrollo del sistema de aseguramiento en salud. Para cumplir esta atribución, la SISALRIL realiza frecuentemente estudios técnicos en profundidad sobre tendencias, problemas u oportunidades de mejora del sistema.

La Serie de Informes Técnicos SISALRIL está destinada a la divulgación de aquellos estudios e informes técnicos realizados por dependencias de la SISALRIL, que sirven de apoyo a los procesos de decisión y para la formulación de propuestas, que a juicio de los editores puedan resultar de interés para personas interesadas y estudiosos sobre la protección social del derecho a la salud y el desarrollo del sistema de aseguramiento en salud de la República Dominicana. No constituyen necesariamente posiciones ni decisiones oficiales ni instrumentos regulatorios o normativos emitidos por esta Superintendencia.

Este segundo número de la serie, contiene varios estudios realizados por la Unidad de Estudios Especiales de la SISALRIL, en coordinación con varias otras dependencias, en los últimos tres años. Dichos estudios incluyen un esfuerzo por caracterizar la población que aún permanece fuera del Seguro Familiar de Salud, un estudio de tendencias en el aseguramiento complementario y voluntario, otro del impacto sobre la afiliación cuando los afiliados alcanzan los 18 y 21 años de edad, la utilización de los servicios en el Seguro Familiar de Salud y sobre el perfil de la población no afiliada en la República Dominicana.

Esperamos que los lectores interesados encuentren en estos informes de estudios un estímulo para continuar profundizando en el conocimiento sobre el sistema, sus fortalezas y oportunidades de mejora.

CONTENIDO

I COBERTURA DE AFILIACION AL SEGURO FAMILIAR DE SALUD Y PERFIL DE LA POBLACIÓN NO AFILIADA EN REPUBLICA DOMINICANA, 2018	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIALES Y METODO	8
3. RESULTADOS	9
4. DISCUSIÓN	10
5. CONCLUSIÓN	20
6. AGRADECIMIENTOS	21
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
II ¿QUÉ OCURRE CUANDO UN AFILIADO ALCANZA LA MAYORÍA DE EDAD EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD?, 2014-2019	22
1. INTRODUCCIÓN	24
2. MATERIALES Y METODOS	25
3. RESULTADOS	27
4. DISCUSIÓN	32
5. AGRADECIMIENTOS	32
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
III UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	33
1. INTRODUCCIÓN	36
2. MATERIALES Y MÉTODO	37
3. RESULTADOS	39
3.1 Estructura poblacional	
3.2 Comportamiento de utilización y consumo de servicios	
4. DISCUSIÓN	48
5. AGRADECIMIENTOS	50
6. REFERENCIAS	50
7. BIBLIOGRAFÍA	50
IV LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL (SDSS) Y EL MERCADO DE SEGUROS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA, 2014-2019	51
1. INTRODUCCIÓN	54
2. MATERIALES Y MÉTODOS	55
3. RESULTADOS	56
3.1 Evolución del número de afiliados a los Planes Alternativos de Salud (PAS)	
3.2 Evolución de los afiliados a PAS según tipo de ARS	
3.3 Evolución según tipo de PAS	
3.4. El mercado de Seguros Privados pre-pagados de salud	
4. DISCUSIÓN	63
5. AGRADECIMIENTOS	64
6. REFERENCIAS	65

COBERTURA DE AFILIACION AL SEGURO FAMILIAR DE SALUD Y PERFIL DE LA POBLACIÓN NO AFILIADA EN REPÚBLICA DOMINICANA, 2018

Martínez, M.; Rodríguez, J.; Montás, M. y Ramírez, P.¹

Citar esta publicación:

Martínez, M., Rodríguez, J., Montas, M. y Ramírez, P. (2019). "Cobertura de Afiliación al Seguro Familiar de Salud y Perfil de la Población no Afiliada en la República Dominicana, 2018". Serie de Informes Técnicos SISALRIL, No.2. República Dominicana, 2019.

Resumen:

El siguiente estudio tiene como objetivo caracterizar la población dominicana, con potencialidad para su afiliación al Seguro Familiar de Salud (SFS). A partir del análisis de los datos y los cruces de información de distintas fuentes sobre la población no afiliada al SFS en la República Dominicana se identifican y caracterizan 2,850,347 dominicanos no afiliados al SFS. Todo lo cual permitió, a su vez, la identificación de 489,874 núcleos familiares posibles de ser afiliados al SFS. Un 32 % de la población no afiliada al SFS se encuentra concentrada en menores de 20 años de edad. Un 49 % de los no afiliados fueron identificados como alguna vez afiliado en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Un 46% de los no afiliados han sido identificados en el SIUBEN, en los registros de la DGII o del Banco Agrícola, mientras que el 54% restante lo está en el Ministerio de Educación e Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIFI).

Palabras clave:

Sistema dominicano de seguridad social (SDSS), seguro familiar de salud (SFS), población no afiliada, cobertura universal.

FAMILY HEALTH INSURANCE AFFILIATION COVERAGE AND PROFILE OF THE UNAFFILIATED POPULATION IN THE DOMINICAN REPUBLIC, 2018

Martínez, M.; Rodríguez, J.; Montás, M. Ramírez, P.²

Cite this publication:

Martínez, M., Rodríguez, J., Montas, M. y Ramírez, P. (2019). "Family Health Insurance Affiliation Coverage and Profile Of The Unaffiliated Population In The Dominican Republic, 2018". Technical Reports Series, SISALRIL, No.2. Dominican Republic, 2019.

Executive Summary

The following research study aims to characterize the Dominican population, with potential for affiliation to Family Health Insurance (SFS). Based on the analysis of data and cross-checking of information from different sources on the population not affiliated with SFS in the Dominican Republic, 2,850,347 Dominicans not affiliated with SFS are identified and characterized. All of which, in turn, allowed for the identification of 489,874 household that could be affiliated with FSS. Thirty-two percent of the population not affiliated with FSS is concentrated in children under 20 years of age. 49% of the non-affiliates were identified as ever being affiliated with the Dominican Social Security System (SDSS). 46% of the non-affiliates have been identified in the SIUBEN, in the records of the DGII or the Banco Agrícola, while the remaining 54% are identified in the Ministry of Education and the National Institute for Integrated Early Childhood Care (INAIFI).

Key words:

Dominican social security system (SDSS), family health insurance (SFS), unaffiliated population, universal coverage.

¹Realizado para la Unidad de Estudios Especiales de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), República Dominicana.

²Produced by the Special Studies Unit of the Superintendence of Health and Labor Risks (SISALRIL), Dominican Republic.



1. INTRODUCCIÓN

Desde la promulgación de la Ley 87-01 en mayo del año 2001, el estado y la sociedad dominicanos han realizado importantes esfuerzos, particularmente intensificados en el último decenio, para alcanzar la afiliación universal al Seguro Familiar de Salud, como una política social de alta prioridad. Pese a estos esfuerzos, un segmento de la población, cada vez menor, aun no alcanza los beneficios de protección social en salud que ofrece este Sistema.

Con el tiempo, han ocurrido importantes cambios económicos, demográficos y sociales, con una importante disminución de la pobreza y la pobreza extrema, urbanización de la población, crecimiento del empleo formal, desarrollo de emprendimientos de pequeñas y medianas empresas, incremento del nivel educativo y otras, que van transformando considerablemente la composición social dominicana.

Algunos factores tradicionalmente considerados como principales explicaciones de la no afiliación, tales como la participación en el mercado laboral informal, no disponer de documentación de identidad, bajo nivel educativo, ruralidad, entre otros,

parecerían ir reduciendo su potencia explicativa sobre la no afiliación.

Aun cuando persiste una elevada proporción de informalidad laboral, hay indicios de que la mayoría de los trabajadores independientes informales, sobre todo de ingresos bajos, estarían afiliados, junto a sus respectivos núcleos familiares, en el Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado, y de que la población dominicana sin registro civil de identidad se habría reducido considerablemente. Así mismo, es conocido que muchos de los emprendedores de pequeñas y medianas empresas y aun trabajadores independientes de ingresos medios y altos, han manifestado su interés de incorporarse al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo.

La problemática de lograr la afiliación universal de la población a sistemas de aseguramiento social basados en la gestión de riesgos de salud, ha sido abordada desde diversas perspectivas³.

Considerando que la población no afiliada restante constituye alrededor del 20% del total, es posible que se requiera superar barreras de afiliación, e iniciativas más específicamente estos sectores, a fin de lograr su incorporación.

Conocer mejor quienes son y cuáles son las características de la ciudadanía que permanecen fuera del Seguro Familiar de Salud ayudará, junto con otros estudios e informaciones, a comprender mejor cuales son los procesos y factores que dificultan su afiliación y sustentar posibles decisiones acerca del marco legal, reglamentario y normativo, así como iniciativas e intervenciones, a fin de favorecer logra la meta de afiliación universal.

Este informe constituye un primer aporte de una línea de estudio, desarrollada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, dirigida a producir más conocimiento sobre la población no afiliada, las brechas de afiliación, y las posibles barreras para su incorporación.

El presente trabajo, correspondiente a la situación a fines del año 2018, es producto de un estudio de tipo descriptivo en el que únicamente empleamos técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y a partir de la cual se

seleccionó y organizó la información más relevante, enfatizando sobre las características sociodemográficas de los no afiliados y lo atinente a su capacidad contributiva como aporte a las iniciativas para la afiliación de nuevos segmentos poblacionales y las estrategias para viabilizar sus futuras incorporaciones.

2. MATERIALES Y METODO

Partiendo de la realidad del sistema actual y sus normas se realizó un análisis de base de datos existentes relativo a la población de la República Dominicana y lo relacionado con su afiliación al Seguro Familiar de Salud. De igual modo, se revisaron estudios similares realizados en el ámbito nacional e internacional, las estadísticas de país y del comportamiento de la afiliación en el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sobre las proyecciones poblacionales realizadas por los organismos nacionales competentes.

Dentro de las bases consultadas para la construcción de los análisis iniciales sobre brechas de afiliación existente para alcanzar la cobertura universal se pueden destacar: la proyección de poblacional y resultados de la encuesta ENHOGAR 2016, ambas datas de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), base de datos SISALRIL (que incluye afiliados al Seguro Familiar de Salud, Planes de Pensionados y Planes Alternativos de Salud), y el Índice de Pobreza Multidimensional del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN).

³Holzmann y Jorgensen S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la protección social, 2000.

Las revisiones hicieron énfasis en la identificación de no afiliados a través de informaciones disponibles en instituciones claves como: Ministerio de la Presidencia, Sistema Único de Beneficiario (SIUBEN), Dirección General de Impuestos Internos (DGII) y Banco Agrícola Dominicano. Para cada uno, de estos actores, no enfocamos en su sector de ocupación. La estrategia utilizada fue basada en los resultados preliminares de la primera etapa, donde identificamos la población potencial a ser cubierta.

3. RESULTADOS

Analizando la estructura de los no afiliados identificados, según grandes grupos de edad, para fines del año 2018 la mayor concentración está dentro de los menores de 19 años con 918,343 ciudadanos, los cuales no tienen vocación contributiva en el sistema. En el rango de 20 a 59 años se agrupan 1,394,025 ciudadanos, los cuales se encuentran en edad productiva y con vocación contributiva. Mientras que en el rango de 60 años y más unos 537,979 ciudadanos están aún pendientes de afiliarse, los cuales en su mayoría serán dependientes o pensionados.

Cuadro 1

Población afiliada vs no afiliada identificada. Diciembre 2018.

Edades	Afiliados RC	Afiliados RS	No. afiliados
0-19	1,448,044(%)	726,671(%)	918,343(%)
20-59	2,340,279(%)	2,194,513(%)	1,394,025(%)
60 y más	341,686(%)	665,460(%)	537,979(%)
Subtotal	4,130,009(100)	3,586,644(100)	2,850,347(100)
Totales	7,716,653		2,850,347

Fuente: SISALRIL 10-2018.

Observando la dinámica de los no afiliados desde una perspectiva histórica en lo referente a la afiliación en el Seguro Familiar de Salud, se destaca que un 49% de los que hoy no están afiliados al mismo, alguna vez si lo estuvo, con una mayor proporción en aquellos entre los años 20 y 44 años, representando el 66%, para un valor absoluto de 573,573 ciudadanos.

Cuadro 2

. Población no afiliada identificada que alguna vez estuvo en el SDSS

Grupos de Edades	No. Afiliado	Nunca Afiliado	Alguna Vez Afiliado	%
0-19	918,343	371,864	546,493	60%
20-44	872,707	299,163	573,573	66%
45-64	657,575	445,376	212,205	32%
65 o más	401,722	330,777	70,950	18%
Totales	2,850,347	1,447,180	1,403,221	49%

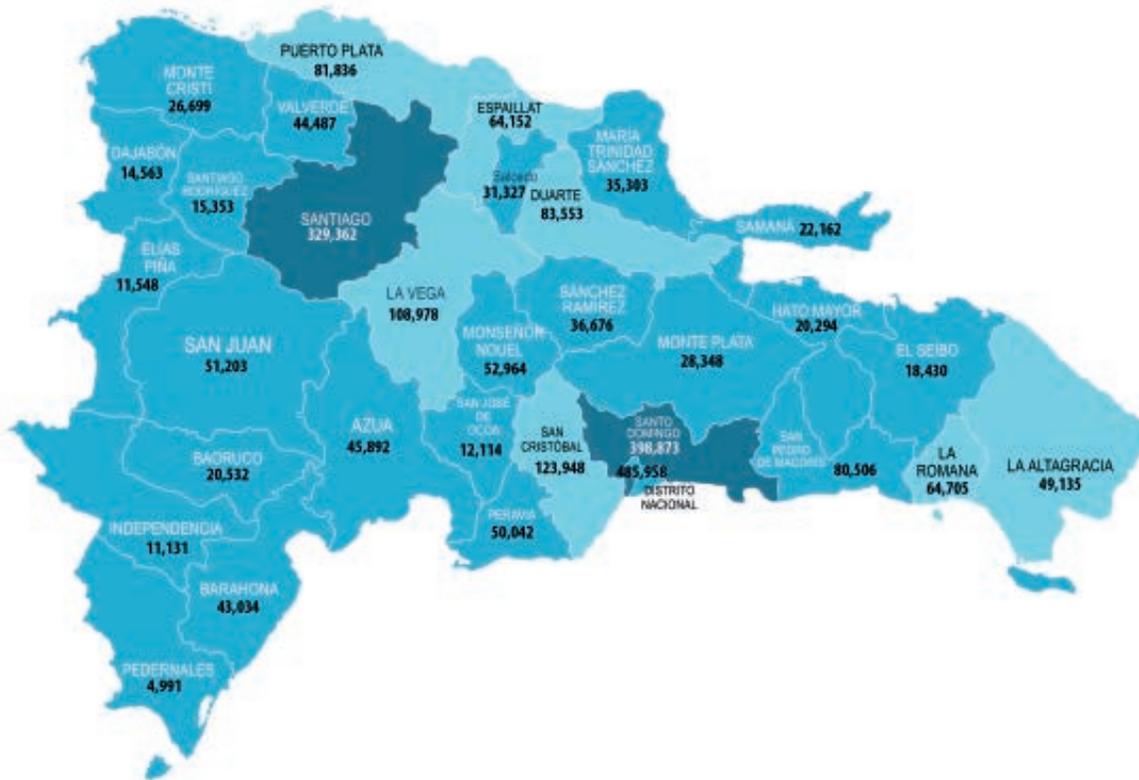
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos ONE/SUIR

El 80% de la población no afiliada se concentra en trece provincias⁴, siendo las de mayor concentración: Santo

Domingo, el Distrito Nacional y Santiago, las que acogen alrededor del 46% de los no afiliados.

Gráfica 1

Concentración de población no afiliada según Provincias



Fuente: No afiliados por concentración ONE, 2018.

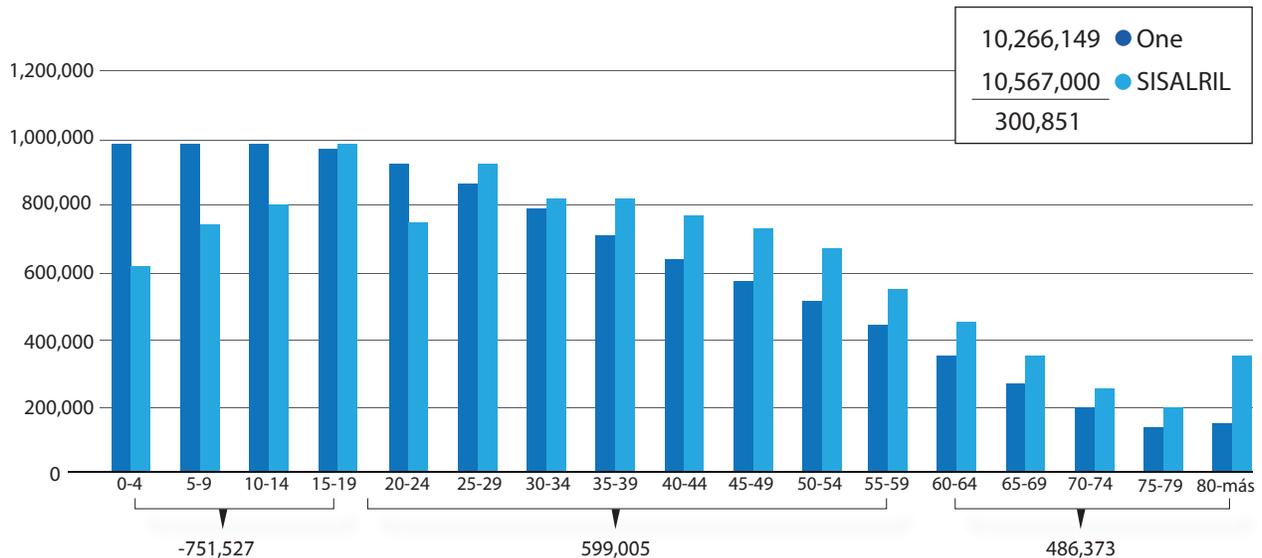
De acuerdo con los cruces realizados a las bases de datos disponibles de la Oficina Nacional de Estadísticas y el Padrón de Ciudadanos se evidencia una diferencia en las cifras estimadas de los datos censales con aquellas que sirven de referencia del padrón que, si bien son del orden de un 3%, vale la pena mencionar la importancia de su peso demográfico,

toda vez que su distribución por edades presenta una diferencia significativa en el rango de 0-19 años, donde tenemos 751,527 ciudadanos menos frente a las proyecciones censales de la ONE a 2018 y excesos en el padrón del orden de 566,005 ciudadanos más en el rango de 20-59 años, y de 486,373 ciudadanos más en aquellos de 60 años y más.

⁴Colores más oscuros del mapa.

Gráfica 2

Población General: ONE vs SISALRIL



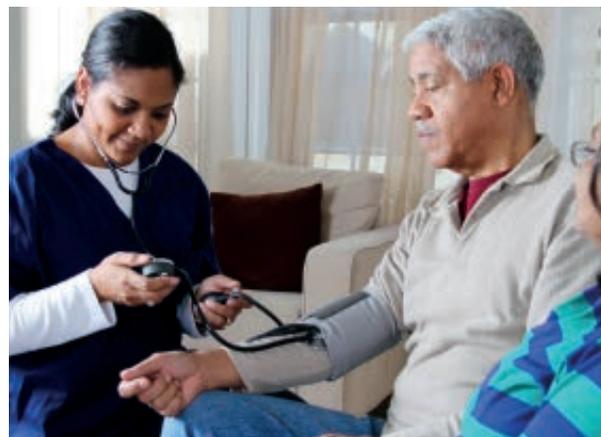
Fuente: SISALRIL/ONE cruce bases de datos, octubre-2018.

El desafío de revalorar la utilización de los datos censales y los registros de afiliación propios del sistema que reflejan, por un lado, el dinamismo del mercado de trabajo y la movilidad social de la población más pobre, por el otro los componentes que determinan el crecimiento de la población en cada segmento, tal es el caso de las defunciones, los nacimientos y los saldos migratorios.

La observación de las pirámides que surgen de una u otra base llama la atención dado el comportamiento de las poblaciones de referencia en los rangos analizados, por lo que una conciliación censal desde la ONE podría arrojar estimaciones armonizadas y actualizadas de mortalidad, fecundidad y migración,

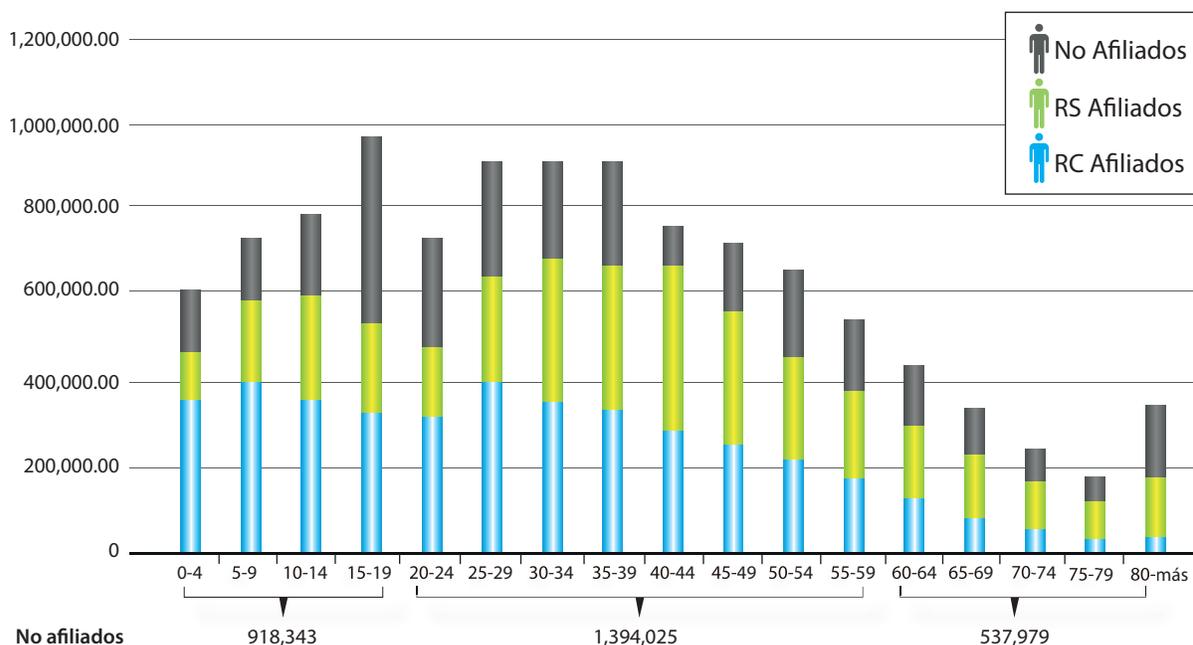
calculando indirectamente las omisiones censales y la población base del periodo.

La alta cobertura de afiliación alcanzada en los dos regímenes de financiamiento vigentes (73%) permite mejor caracterizar a 2,850,347 de personas que actualmente no están afiliadas al SFS.



Gráfica 3

Población afiliada vs no afiliada identificada según edades



Fuente: Elaboración propia SISALRIL-10/2018.

Al momento de analizar la población no afiliada al SFS y su vinculación con el contexto del mercado laboral, debemos tener claro el significado de los términos: Población en Edad de Trabajar (PET) y la Población Económicamente Activa (PEA). El comportamiento de estas variables justifica la implementación de ciertas medidas de política y explican patrones de comportamiento en el crecimiento de la nación.

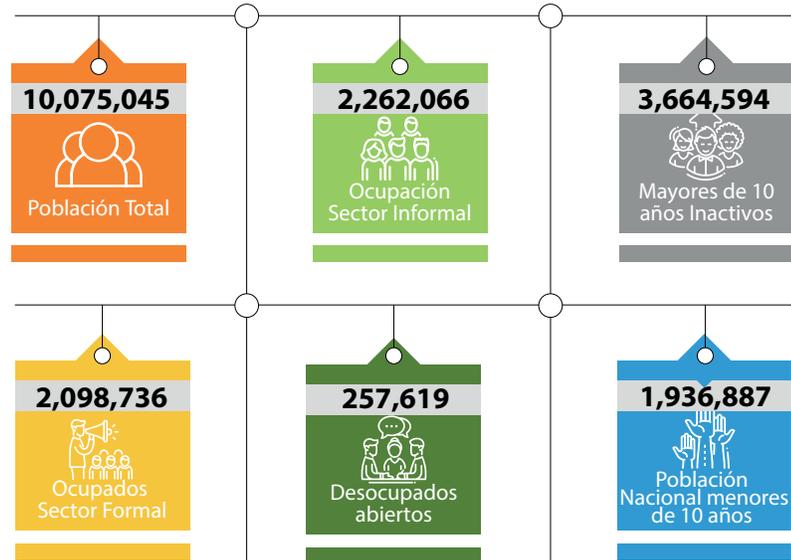
El primer concepto hace alusión al conjunto de individuos que posee al menos la edad mínima de laborar. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la edad mínima debe ser fijada por cada país conforme a condiciones propias de cada nación como la edad de escolaridad obligatoria. El convenio

No.138 de la OIT sostiene que la edad límite no deberá ser menor a 15 años ó 14 para algunos países en desarrollo, a excepción de los trabajos ligeros que permiten el acceso de personas entre 12 y 15 años. Para el caso de la República Dominicana, la edad mínima para laborar es de 15 años.

En este sentido, para los fines de la ENFT 2016, se consideran Desocupados Abiertos (PDA) a la porción de la población de 10 años y más que declaró no tener trabajo, que están disponibles para trabajar de inmediato y que en las últimas cuatro semanas han realizado diligencias para buscar un trabajo. Esta población y la población ocupada (PO) constituyen lo que se denomina población económicamente activa abierta (PEAA).

Gráfica 4

Participación de la población general en el mercado de trabajo



Fuente: Encuesta de Trabajo BC, 2016.

El gráfico precedente ha sido elaborado con informaciones del Banco Central sobre el mercado de trabajo, excepto el dato de la población total, como resultado de proyección de la ONE. Se deriva del mismo que de los 10 millones de habitantes en 2016, los que se encuentran realmente aportando al proceso de producción y en la generación de ingresos son 4.4 millones, lo que constituye un 43.3% de la población.

A su vez, la población dependiente, formada por los desempleados, los menores y los que están en edad de trabajar, pero inactivos, asciende a unos 5.9 millones, con una relación de dependencia de 2.34; es decir, por cada dominicano generando ingresos, como promedio hay otros 1.34 que dependen de él. Con la particularidad de que este promedio no puede ser considerado como característico de todos los hogares, toda vez que la dependencia puede ser mayor y porque habrá parejas de cónyuges en que ambos trabajan.

El análisis de la data nos trae la realidad de la composición por edad del mercado con edad para trabajar a partir de los 10

años y que impacta en las cifras de mayores de 10 años inactivos. Ocurre que un tercio de estos son niños o adolescentes no han cumplido los 24 años, lo que hace pensar que son fundamentalmente estudiantes. El 66% es mayor de los 20 años, pero es razonable pensar que muchos todavía siguen siendo estudiantes y quedan bajo la tutela de los padres.

En los 4.4 millones referidos más arriba sólo están los ocupados, sin contar otros 257,619 que están desempleados, es decir, que buscan trabajo o están a la espera de trabajo.

Las Encuestas de Fuerza de Trabajo levantadas en abril y octubre de 2016, detallan

que, del total de la población económicamente activa ampliada o fuerza laboral, el 40.9% está constituido por mujeres y el 59.1% por hombres. De igual modo, apunta a una tasa global de participación de un 58.2%, esto es, de cada 100 dominicanos en edad para trabajar 58.2 participan en el mercado de trabajo. La tasa de ocupación a nivel nacional está en 50.5%, siendo la tasa masculina del 63.6% y la femenina del 37.5%.

Los datos suministrados por la Dirección General de Impuestos Internos (DGII) sobre los ingresos anuales reportados bajo cualquier condición formal de declaración de impuestos en 2016 y relacionados con la población de no afiliados, nos traen 76,129 ciudadanos de 15 años y más con capacidad de aporte contributivo al sistema si consideramos ingresos iguales o superiores a los RD\$11,826.00 como el monto del Salario Mínimo Nacional establecido actualmente para calcular el límite superior del salario cotizante del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud, del Seguro de Riesgos Laborales y del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia, calculado en base al promedio de las tres clasificaciones de los salarios mínimos del sector privado no sectorizado establecidos por el Comité Nacional de Salarios del Ministerio de Trabajo. De igual modo, se observa una mayor concentración en el rango de los 20 a 59 años (83%), población con vocación contributiva o de aportes voluntarios al Sistema, toda vez que los ingresos reportados por estos en 2016 fueron iguales o superiores al salario cotizante del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud.

Nacional establecido actualmente para calcular el límite superior del salario cotizante del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud, del Seguro de Riesgos Laborales y del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia, calculado en base al promedio de las tres clasificaciones de los salarios mínimos del sector privado no sectorizado establecidos por el Comité Nacional de Salarios del Ministerio de Trabajo. De igual modo, se observa una mayor concentración en el rango de los 20 a 59 años (83%), población con vocación contributiva o de aportes voluntarios al Sistema, toda vez que los ingresos reportados por estos en 2016 fueron iguales o superiores al salario cotizante del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud.

Cuadro 3

Población no afiliada que cruza con ingresos en Base de Datos DGII

Rangos de Edades	Ingresos	Agrupados
De 15 a 19 Años	9	9
De 20 a 24 Años	4,630	63,111
De 25 a 29 Años	11,802	
De 30 a 34 Años	9,524	
De 35 a 39 Años	9,113	
De 40 a 44 Años	7,859	
De 45 a 49 Años	7,494	
De 50 a 54 Años	7,009	
De 55 a 59 Años	5,680	
De 60 a 64 Años	4,708	
De 65 a 69 Años	3,701	
De 70 a 74 Años	2,282	13,009
De 75 a 79 Años	1,149	
80 a Más Años	1,169	
Totales General	76,129	76,129

Fuente: Elaboración UNEE, a partir de los cruces BD de DGII.

⁵Resolución CNSS No. 371-04, d/f 03 de septiembre de 2015 (no encontré donde está ubicado el llamado a esta nota).

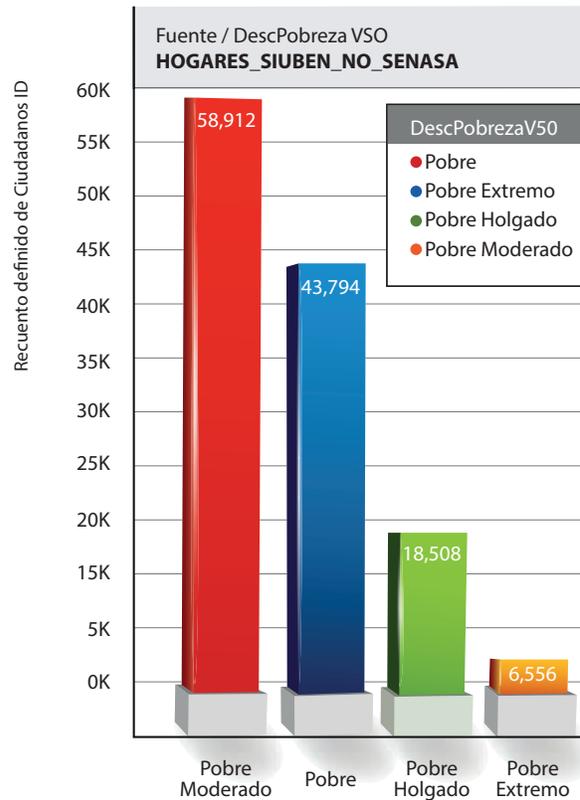
El salario promedio registrado de las empresas por sector económico a diciembre 2016 es de RD\$17,754.00 para el sector privado; RD\$22,502.00 para el sector público y de RD\$25,520.00 para el público centralizado. De acuerdo a la composición por edad de los afiliados al SDSS, al mes de diciembre 2016 la mayor cantidad se concentró en el rango de 20 y 54 años de edad, los cuales representan 85.6%. Por otro lado aunque la participación de los hombres es mayor que las mujeres en todos los rangos de edad, entre las edades de 20 a 59 años el índice de masculinidad en promedio fue de 1.28; en los grupos de 60 y más de 1.81.

En otro orden, cabe señalar que 130,736 ciudadanos no afiliados a ninguno de los regímenes vigentes aparecen identificados por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) en diferentes categorías de pobres al corte de octubre de 2018. De éstos, el 98% están dentro de las categorías de pobre, pobre extremo, pobre holgado y pobre moderado. Siendo la población de pobres moderados del 45% y las de pobres un 33%, que en conjunto representan el 78% del total de la población de no afiliados identificados por el SIUBEN es estas dos categorías. Cabe resaltar que, en atención a la Norma vigente en materia de afiliación al Régimen Subsidiado, los segmentos de población categorizados en pobre extremo y moderado (50%) de los ciudadanos no afiliados a ninguno de los regímenes vigentes aparecen identificados por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN)

cumplen con criterios para la apropiación de financiamiento a través del Régimen Subsidiado.

Gráfica 5

Niveles de pobreza de población no afiliada según SIUBEN*



Fuente: Elaboración UNEE a partir de los datos del SUIR/SIUR*Clasificada por Índice de Calidad de Vida (ICV).

Al analizar el comportamiento de la población no afiliada al Seguro Familiar de Salud, que representa unos 2.8 millones de personas, se evidencia que el 49% de éstas alguna vez estuvo afiliada al Sistema y se dispersó per cápita por ellas, siendo

*CNSS. Boletín Estadístico, diciembre 2016.

el número de personas mayor en el grupo de 20-44 años de edad con un 41% y el de menores de 19 años de edad con alrededor del 39%. La población dentro del rango de los 20 a 64 años representó el 56% del total de no afiliados actualmente, pero con afiliación alguna vez al Sistema.

La población no afiliada vinculada alguna vez con el SFS presentó un rango de 48-60 dispersiones, correspondientes a un periodo de 4 a 5 años. El 81% de los cotizantes estuvieron relacionados con el sector comercio al por mayor y menor, servicios profesionales, zona franca, construcción y manufactura.

Gráfica 6

Promedio de dispersión de no afiliados en el SFS, dispersiones de no afiliados por régimen de financiamiento



Fuente: : Elaboración UNEE a partir de los datos del SUIR.

Si consideramos que el 56% de la población identificada como no afiliada alguna vez ha estado vinculada con el SFS con al menos un periodo de cotización en cualquiera de los regímenes de financiamiento vigentes y que en algún momento fueron afiliados por vía de alguno de los sectores de producción

reportados en el SUIR podemos afirmar que existe la oportunidad de que un grueso de población puede ser reinsertada a estos sectores y convertirse en cotizantes al seguro e incluir a su núcleo familiar

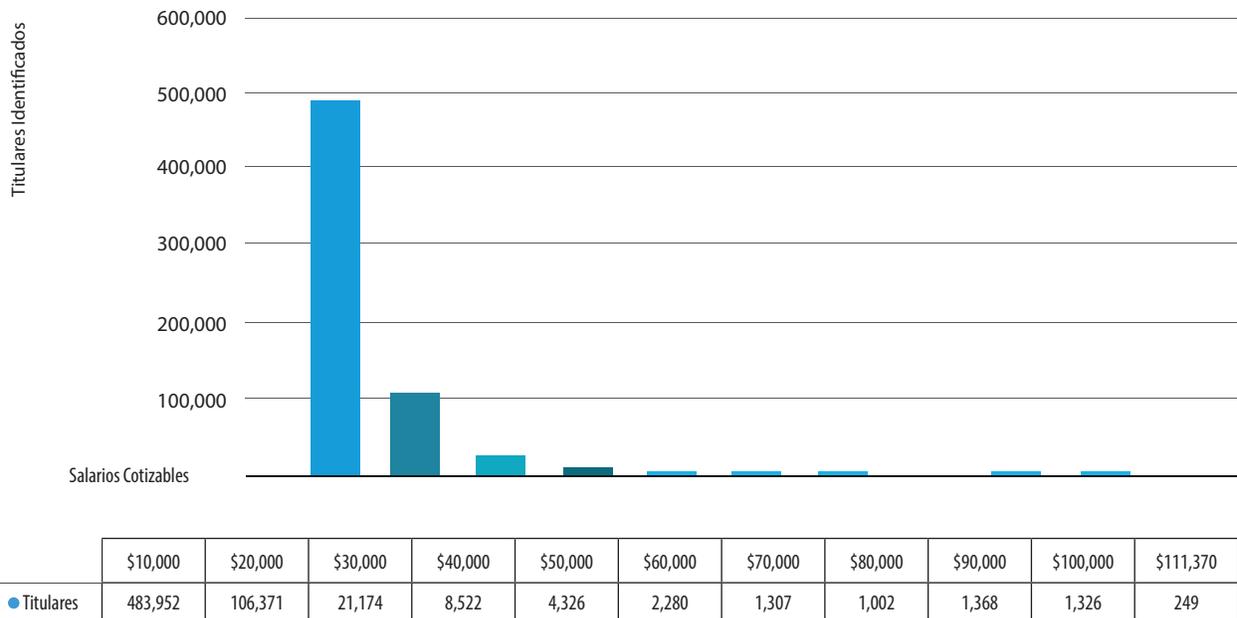
De igual modo, el análisis de estos resultados nos revela que el 94% de los

titulares identificados como no afiliados, que alguna vez cotizaron en el SFS, lo hicieron sobre la base de un salario inferior

a los RD\$20,000.00. De estos, el 77% cotizó con salarios inferiores a los RD\$10,000.00 mensuales.

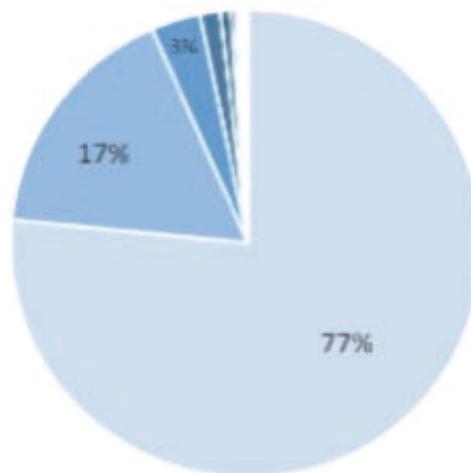
Gráfica 7

Salarios cotizables de titulares identificados que estuvieron en el SFS



Fuente: UNEE a partir de los datos del SUIR y DGII. Por sectores de producción reportados en el SFS.

Salarios cotizables de titulares identificados que estuvieron en el SFS



Fuente: UNEE a partir de los datos del SUIR y DGII. Por sectores de producción reportados en el SFS.

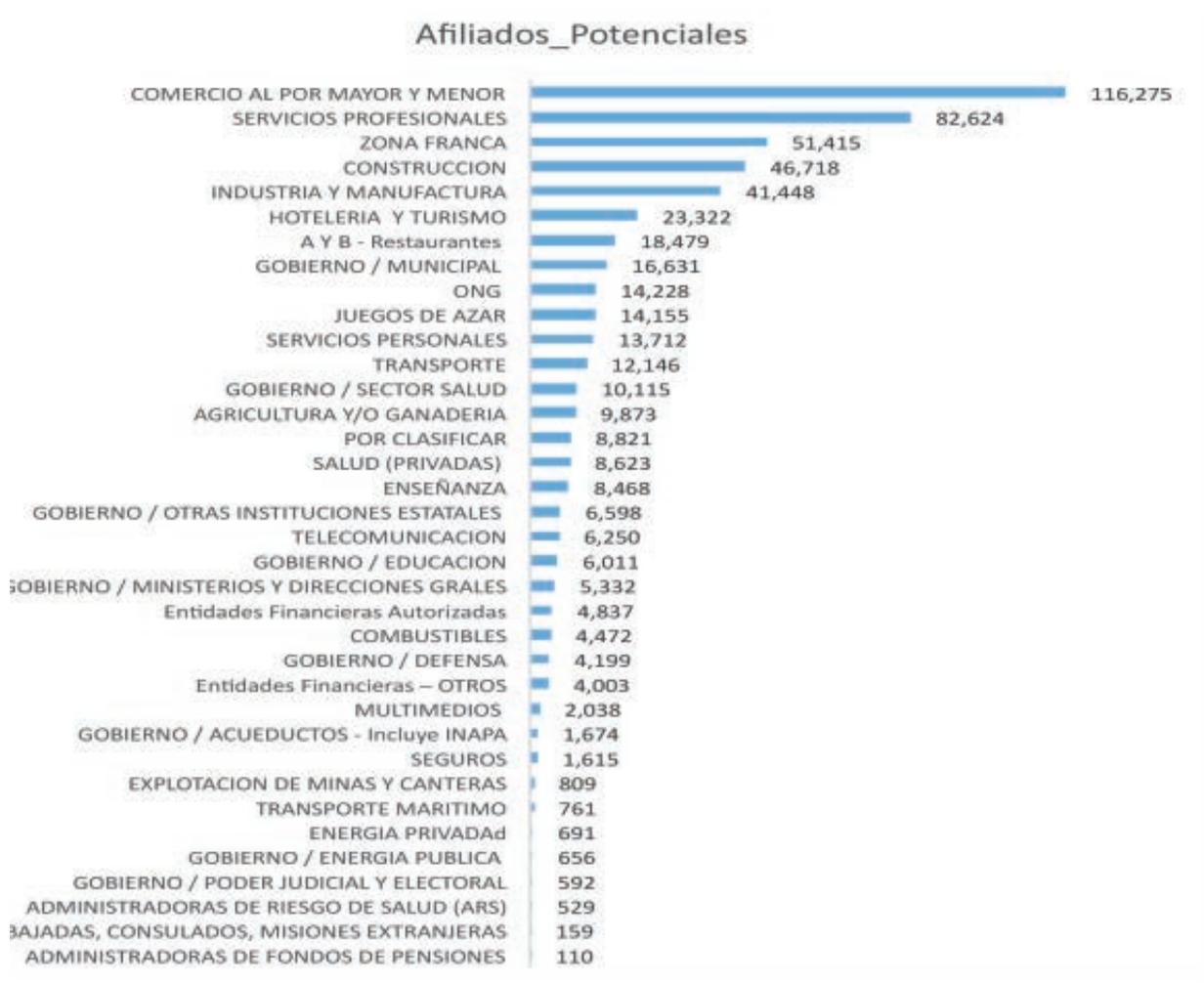
⁷Registra grupo de personas, en cumplimiento a la Resolución CNSS No.367-02, d/f 20 de marzo de 2015 sobre incorporación por parte del SENASA en el SFS del RS a los niños, niñas y adolescentes, dominicanos y residentes legales, que viven bajo custodia institucional u orfanatos de carácter público y/o que operan sin fines de lucro, siempre que sean afiliados al SDSS en condición de dependientes de un titular.

Considerando lo anterior, y regresando al criterio de identificación de potenciales afiliados, y fruto del cruce de base de datos de ciudadano de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), carga de afiliados al Seguro Familiar de Salud para el régimen contributivo a través de la base de datos reportada por UNIPAGO, y régimen subsidiado por data reportada por la TSS, para el periodo 2018-10. Se identificaron alrededor de 2,838,581.00 potenciales

afiliados de los cuales el 47% (1,336,002) era del sexo femenino y el restante 53% (1,502,579) masculino. Con relación a la documentación disponible para identificación y captura el 68.1%; esto es, 1,932,582 de ciudadanos poseen cédula de identidad y electoral; 3,061 (0.1%) cédula de extranjero; 653,063 (23.0%) Número de Seguridad Social; 249,845 (8.8%) Número Único de Identificación y 63 titulares por excepción⁷.

Gráfica 8

Sectores productivos de los titulares identificados como alguna vez afiliados en el SFS



Fuente: UNEE a partir de los datos del SUIR y DGII.

Identificamos que, de la población potencial, el 44% restante, nunca ha estado afiliado, mientras el 56% había estado afiliado al menos para un periodo cotizando al SFS en cualquiera de los regímenes de financiamiento existente lo que permitió conocer de los que estuvieron en algún momento afiliados que los sectores económicos incorporados en ese momento fueron por orden de

prioridad y mayor reporte: comercio al por mayor y detalle (tiendas /colmados /supermercados /almacenes), servicios profesionales (publicidad / impresión / consultoría / servicios profesionales en general), industria de zona franca, construcción (construcción, arquitectura, inmobiliarias), industria y manufactura (fábrica de cualquier producto incluyendo alimentos).

4. DISCUSIÓN

Se observa en la tabla anterior, que fruto de los cruces de base de datos con entidades claves, produjo el 17% del total de no afiliados identificados de los cuales se traducen en

Gráfica 9

Esquema de cruces de no afiliados por enlaces y grupos de edades

Edades	No afiliados Identificados*	INAPI	Ministerio de Educación	SIUBEN	DGII*	Banco Agrícola
0-4	918,343	93.021 (10%)	170.651 (16%)		9	
5-9						
10-14						
15-19						
20-24	1,394,025			97.013 (7%)	63,111 (5%)	11,280 (0.8%)
25-29						
30-34						
35-39						
40-44						
45-49						
50-54	2,850,347			30,738 (6%)	13,009 (2%)	11,042 (2%)
55-59						
60-64						
65-69						
70-74						
75-79						
80 y más						
Totales General	2,850,347			489,874 (17%)		

Fuente: Elaboración propia, corte 2018-10.

potenciales para el abordaje de oportunidades de incorporación, basado en datos derivados. Es decir, que basados en una tasa de dependencia directa general del SDSS de 1.2 afiliados, se pudiese estimar que se podrían captar unos $489,874 + 587,849 = 1,077,723$ los cuales representan un 11% de la población proyectada por la ONE para 2018.

realizamos los cruces con la base de datos de las entidades y/o socios claves, el conjunto de datos recibidos a través de las entidades claves fue de 9,957,110 registros de personas identificadas de la base de datos de origen, estas permitieron identificación de 467,552 afiliados potenciales por registro único, esto al periodo de corte de 201810.

La exploración de los datos, permite observar los individuos en diferentes bases donde se incorporó por registro individual y válido, pero para los fines de este documento, solo hablaremos de individuos únicos.

Las entidades claves de consulta de base de datos, aportaron 5,548,151 registros de distribuidos de la siguiente: Banco Agrícola Dominicano (25,858), Dirección General de Impuestos Internos (1,537,236), Ministerio de la Presidencia (213,536) datos correspondientes a Educación y Sistema Único de Beneficiarios (3,769,410). De estos resultados se extraen los afiliados potenciales, visto por Número de Seguridad Social (NSS) únicos.

Este esquema permitirá, realizar análisis más detallados por grupos de edades y sus posibles incorporaciones en el Seguro Familiar de Salud (SFS).

5. CONCLUSIÓN

Esta aproximación, cumple con el cometido de caracterizar la población no afiliada al SFS y su segmentación por sectores de tal suerte que a partir de las mediciones que realizamos, conforme a los datos consultados, nos permiten dimensionar las brechas existentes y valorar el potencial de afiliación existente tanto para el Régimen Subsidiado como para el Contributivo, así como la posibilidad de incorporar a aquella población con capacidad contributiva que no forma parte de la formalidad del mercado de trabajo.

Alcanzar las metas presidenciales para la afiliación de la población al SFS para 2020, fijadas en el 90% de la población general y asumiendo que la afiliación actual al SFS a marzo 2019 es del 76%, el sólo adicionar el 11% al que hicimos referencia cuando analizábamos la población de mayores de 60 años y más por afiliar y las identificadas en las bases de datos del INAIPI, Ministerio de Educación, SIUBEN y DGII con un total de 1,077,723 personas, se alcanzaría al 87% de la población dominicana en uno u otro régimen de financiamiento hoy vigente.

6. AGRADECIMIENTOS

Este estudio no hubiese sido posible si no fuese posible sin el apoyo y la colaboración técnica de entidades claves, las cuales fueron el soporte para actividades de análisis, cruces de información y localización de esta población no afiliada al SFS. Instituciones como: Ministerio de Educación (MINERD), Dirección General de Impuestos Internos (DGII), Sistema Único de Beneficiario (SIUBEN), Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAPI), Banco Agrícola y JPAL.

A estas entidades, desde esa Superintendencia, gracias por el apoyo recibido.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dmytraczenko T., Almelda G. OMS (2017): "Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe".
2. Lizardo, J. OPS / OMS (2018): "Financiamiento de la salud en la República Dominicana: desafíos para la cobertura universal".
3. Holder, R. et al. USAID (2008): "La Gobernanza del Sistema de Salud en el avance hacia la Cobertura Universal de Salud".
4. Ley 1-12 (2012) "Estrategia Nacional de Desarrollo 2030".
5. Vega J, Frenz P. (2015-17) "América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud".

¿QUÉ OCURRE CUANDO UN AFILIADO ALCANZA LA MAYORÍA DE EDAD EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD?, 2014-2019

Martínez, M.; Montás, M.; Rodríguez, J. y Ramírez, P.¹

Citar esta publicación:

Martínez, M., Montás, M. C., Rodríguez, J. y Ramírez, P. (2019). "Qué ocurre cuando un afiliado alcanza la mayoría de edad en el Seguro Familiar de Salud?", República Dominicana 2014-2019." Serie de Informes Técnicos SISALRIL, No. 2. República Dominicana 2019.

Resumen:

El presente informe es parte de una línea de estudio que busca identificar oportunidades de reincorporación al Seguro Familiar de Salud (SFS) de aquellos afiliados que por razones legales o reglamentarias han sido excluidos de los beneficios que dicho seguro les ofrece. Se trata de una aproximación a la dinámica afiliación/desafiliación. Uno de estos procesos ocurre cuando un afiliado dependiente menor de edad, cumple los 18 años. A menos que el Sistema reciba constancia de su condición de estudiante, éste resultará excluido. Así mismo, al alcanzar la mayoría edad, debe recibir la Cédula de Identidad de adulto.

Hasta hace pocos años, este cambio de documento de identidad conllevaba cambio en el número del mismo; por

tanto, aun cuando se aportara evidencia de su condición de estudiante, podría ser excluido si el afiliado principal no tramita el cambio de numeración. Por otra parte, los afiliados dependientes que permanecen hasta los 21 años, en virtud de su demostrada condición de estudiante, al alcanzar esta edad son excluidos como afiliados al Seguro Familiar de Salud y del núcleo familiar en que se declaró su afiliación, salvo que se evidencie en éste discapacidad severa. Con el propósito de conocer que ha ocurrido con estas personas, desde la perspectiva de su afiliación, se estudió la población entre los 16 y 21 años de edad, en el período de enero 2014 a marzo 2019, a partir de la información contenida en las bases de datos de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

El artículo concluye que de los que retornan al SFS, el 56% lo hace como dependiente, mientras que un 44% asume la titularidad de un núcleo y un 0.1% como dependiente adicional. En promedio, considerando su última dispersión, regresan al SFS, 214 días después, un equivalente a siete (7) meses, con un mínimo fuera del Sistema de 59 días, dos (2) meses calendario, y un máximo de 1,551 días, es decir 51 meses fuera del SFS.

Palabras clave:

Sistema dominicano de seguridad social (SDSS), seguro familiar de salud (SFS), población no afiliada, cobertura universal.

¹Realizado para la Unidad de Estudios Especiales de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), República Dominicana.

WHAT HAPPENS WHEN A MEMBER REACHES THE AGE OF MAJORITY IN FAMILY HEALTH INSURANCE? 2014-2019

Martínez, M.; Montás, M.; Rodríguez, J. y Ramírez, P.²

Martínez, M., Montas, M. C., Rodríguez, J. y Ramírez, P. (2019). "What Happens When A Member Reaches The Age Of Majority In Family Health Insurance? 2014-2019" Technical Reports Series, SISALRIL, No.2. Dominican Republic, 2019.

Executive Summary

This report is part of a line of study that seeks to identify opportunities for reincorporation into Family Health Insurance (SFS) for those members who, for legal or regulatory reasons, have been excluded from the benefits that such insurance offers them. It is an approach to the affiliation/disaffiliation dynamic. One of these processes occurs when a dependent member who is a minor turn 18.

Unless the System receives proof of their student status, they will be excluded. Likewise, when he reaches the age of majority, he must receive an adult's Identity Card. Until a few years ago, this change of identity document entailed a change in the number of the same; therefore,

even if evidence of his student status was provided, he could be excluded if the main member does not process the change of number. On the other hand, dependent members who remain up to 21 years of age, by virtue of their proven student status, upon reaching this age are excluded as members of the Family Health Insurance and of the household in which their affiliation was declared, unless severe disability is evidenced in the latter. With the purpose of knowing what has happened to these people, from the perspective of their affiliation, the population between the ages of 16 and 21 was studied, in the period from January 2014 to March 2019, based on the information contained in the databases of the Superintendence of Health and Labor Risks (SISALRIL).

The article concludes that of those who return to the FSS, 56% do so as a dependent, while 44% assume ownership of a nucleus and 0.1% as an additional dependent. On average, considering their last dispersion, they return to FSS, 214 days later, an equivalent to seven (7) months, with a minimum outside the System of 59 days, two (2) calendar months, and a maximum of 1,551 days, that is, 51 months outside FSS.

Key words:

Dependent, additional, adulthood, household, incorporation.

²Produced by the Special Studies Unit of the Superintendence of Health and Labor Risks (SISALRIL), Dominican Republic.



1. INTRODUCCIÓN

La Constitución de la República Dominicana, proclamada el 26 de enero 2010, en su artículo 60, establece: "Toda persona tiene derecho a la seguridad social. El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y la vejez"

La Ley No.87-01 que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), promulgada el 09 de mayo 2001, en el artículo 5 sobre Beneficiarios del Sistema, establece que "serán beneficiarios del Seguro Familiar de Salud (SFS), el afiliado y su familia que incluye: a. al conyugue o compañero/a de vida debidamente registrado; y b. los hijos e hijastros menores de 18 años o 21 años si fueran estudiantes, o sin límite de edad si son discapacitados, y los padres si son dependientes, mientras no sean ellos mismos afiliados al SDSS".

Por tanto, los hijos afiliados como integrantes del núcleo familiar, salvo que tengan discapacidad, al alcanzar los 18 años de edad, deben demostrar que son estudiantes para permanecer afiliados hasta los 21 años. De lo contrario, son

automáticamente excluidos de dicho núcleo familiar y de su afiliación al Seguro Familiar de Salud.

El Reglamento sobre "Aspectos Generales de Afiliación al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo", promulgado mediante el Decreto No.234-07, de fecha 04 de mayo del 2007 y modificado mediante el Decreto No.324-10 de fecha 16 de junio del 2010, en su artículo 7 establece en el literal e) que los hijos entre los 18 y 21 años de edad, deben ser estudiantes a tiempo completo para ser parte del núcleo familiar. En su literal f) establece que los hijos permanecerán como integrantes del núcleo familiar si tienen discapacidad permanente.

El párrafo II, de este mismo artículo, establece: “En el caso de los hijos entre 18 y 21 años que sean estudiantes, deberán poseer cédula de identidad, ser solteros y demostrar estar inscritos en una institución escolar o universitaria con reconocimiento oficial, y depender económicamente de sus padres. Esta información deberá ser renovada anualmente”.

El artículo 8 de este reglamento establece que “tienen derecho a ser considerados miembros del núcleo familiar aquellos hijos que tengan discapacidad permanente producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables que impidan su capacidad de trabajo. Dicha discapacidad deberá acreditarse mediante certificación expedida por la Comisión Médica Regional correspondiente”.

De igual modo, en este reglamento, en su artículo 10 establece que podrán ser afiliados como “dependientes adicionales”, aquellos familiares dependientes hasta el tercer grado de consanguinidad, siempre y cuando paguen a través de su empleador por cada uno de ellos un aporte adicional equivalente al valor del per cápita correspondiente establecido por el CNSS.

En el artículo 33 de este reglamento se establece la responsabilidad del afiliado titular de notificar que alguno de sus dependientes cumplirá la mayoría de edad, y demostrar su condición de estudiante, con 30 días de anticipación. De no hacerlo, dicho afiliado perderá su condición de afiliado.

El Reglamento del Régimen Subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social, promulgado mediante el Decreto No.549-03, de fecha 6 de junio 2003, establece disposiciones similares a las descritas para el Régimen Contributivo, excepto porque incluye a los padres del afiliado principal como miembros del núcleo familiar y que no establece la posibilidad de dependientes adicionales.

Estas implicaciones de la Ley de Seguridad Social relativas a la pertenencia al núcleo familiar por mayoría de edad, no son exclusivas de la república Dominicana. Otros países como Colombia, Chile y Uruguay establecen estos límites en sus regulaciones. En el caso de Uruguay, las regulaciones contemplan cobertura para hijos que tengan entre 18 y 21 años, pagando una cuota diferencial menor³.

El presente informe tiene por objetivo describir la población con edades entre los 16 a 21 años y su movimiento (entrada y salida) al Seguro Familiar de Salud (SFS) en el periodo de estudio. Esta dinámica de afiliación/desafiliación ha sido poco estudiada hasta ahora, por lo que el informe pretende una aproximación al conocimiento de la misma.

2. MATERIALES Y METODOS

Es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de la información contenida en la base de datos institucional de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. El estudio fue realizado en

³Estipulado en la Ley No. 18211 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (artículo 61).

tres etapas, para su mejor comprensión. La primera, consiste en la extracción de información para las edades entre 16 a 21 años, sobre los afiliados que en algún momento pertenecieron al SFS⁴. Los datos fueron definidos al periodo de corte febrero 2019, considerando el último aporte de dispersión para ambos regímenes de financiamiento.

La segunda etapa, consiste en caracterizar el movimiento mes por mes de la población entre 16 a 21 años de edad, que estuvieron afiliados al SFS. A estos fines, se adiciona un año al rango estudiado con el fin de evidenciar la tendencia que llevaría la salida de estos una vez se haya superado el segundo tope de edad establecido en la regulación vigente. El periodo de estudio comprende las fechas enero 2018-febrero 2019.

Se ha considerado el hecho de que, a pesar de que las salidas se produjeron en mayor número por una baja por mayoría de edad; en algunos casos, las salidas se produjeron por otros motivos establecidos en el artículo 26⁵ sobre movimientos en el núcleo familiar, como: 1. Matrimonio entre afiliados al SDSS en diferentes ARS, 2. Divorcio de los conyugues o separación de los compañeros de vida, 3. Fallecimiento del titular, 4. Pérdida del empleo del titular, 5. Dependientes que cumplen 18 o 21 años de edad y 6. Matrimonio de hijos o dependientes adicionales, entre otros,

que pueden justificar este movimiento en el núcleo familiar.

Finalmente, la tercera etapa, analiza el comportamiento de las salidas y entradas en el periodo diciembre 2014 – marzo 2019, solo para la población en edad de 17 años y 11 meses hasta 18 años inclusive⁶ (UNIPAGO) y las producidas por la aplicación del artículo 124 de la Ley No.87-01⁷.

Además, en esta etapa, se observa la entrada nueva vez al SFS de esta población, su relación con el tipo de afiliado y parentesco, su duración fuera del Sistema y la condición de discapacidad o escolaridad que justifican su permanencia dentro del núcleo. La entrada solo enfatiza aquellos ID ciudadanos que una vez producido el movimiento de salida por mayoría de edad, retorna nueva vez al sistema; y estos con la intención de cuantificar el tiempo para su regreso.

Este estudio presentó como limitante para la información el hecho de que anterior a que la Junta Central Electoral estableciera el Número Único de Identificación (NUI), se dificultaba realizar el rastreo del cambio de registro de número de actas de nacimientos a cédula de identidad y electoral del individuo.

Los resultados fueron agrupados y presentados en tablas y gráficos.

⁴Referenciándose desde su creación en 2007 a enero 2019.

⁵Del Reglamento sobre aspectos generales de afiliación del Seguro Familiar de Salud

⁶Edad tomada por el SFS para caracterizar la población mayoría de edad, esta edad comprende de 17 años y 11 meses hasta 18 años, la base de datos utilizada fue dispersión SFS mes por mes.

⁷Sobre "Conservación temporal del derecho a servicios de salud".

3. RESULTADOS

En la República Dominicana, según proyecciones de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), el segmento poblacional de 16-21 años de edad, que comprende los grupos de edades sujetos a análisis en este estudio, representa el 13% de la población nacional.

En esta población se observa que no existe diferencia significativa con relación al sexo, con un índice de masculinidad de (660,189/651,890), para 2018 (es decir, que hay 101 hombre por cada 100 mujeres en el conjunto de la población). Lo que muestra y confirma, que la diferencia en este segmento de población entre hombres y mujeres es mínima.

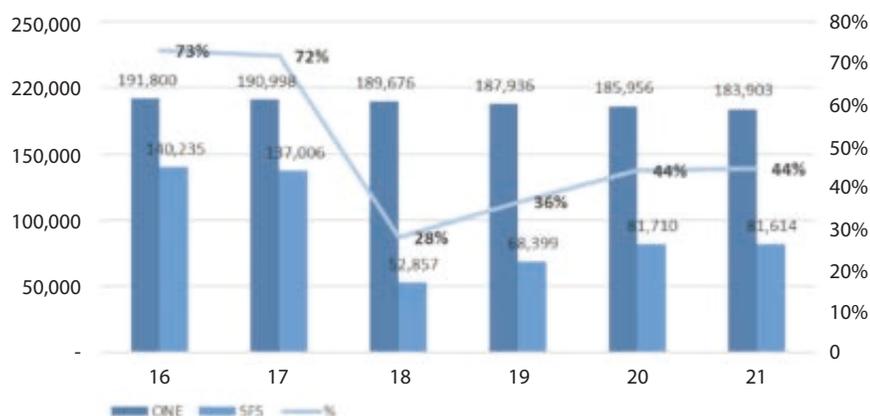
Observados los datos por edad simple de 16-21 años de edad, las provincias que concentran las mayores poblaciones son: Santo Domingo, Santiago, Distrito Nacional, San Cristóbal y La Vega.

Analizado la presencia por mayor número de población joven en la provincia antes mencionadas, se observa que no se corresponden con las provincias con mayores tasas de pobreza monetaria, para este segmento poblacional, donde tienen mayor presencia la región enriquillo que comprende las provincias: Barahona, Bahoruco, Independencia y Pedernales.

Según los datos del Banco Central de la República Dominicana sobre la Población Ocupada, por Sector Formal e Informal, el tramo de edad de 15 años y más, se observa que para el periodo de 2015-2019, considerando el cuarto trimestre para los tres primeros años y el primer trimestre de 2019, un promedio del 17% de la población ocupada entre el rango de edad de 15-24 años se encuentra en el sector formal, mientras un promedio del 16% se encuentra ocupada en el sector informal para igual periodo de años.

Gráfica 1

Porcentaje de la población nacional en referencia a la población asegurada al Seguro Familiar de Salud, corte diciembre 2018.



Fuente: Estimaciones Nacionales. Proyecciones Oficina Nacional de Estadística (ONE), Afiliación al Seguro Familiar de Salud (SFS), SIE - SIMON.

El gráfico 1 analiza la estructura poblacional del grupo de edad de 16 a 21 años. Se observa que, en promedio, el 50% de la proyección nacional, se encuentra afiliada al SFS al corte de

cobertura diciembre 2018. De igual modo, se muestra un menor porcentaje de cobertura de afiliación en la población de dieciocho (18) años, con un aumento mayor para los tres siguientes años.

Cuadro 1

Ratio de la población de 16-21 años alguna vez afiliada al SFS dentro de los no afiliados, 2019

Ciudadano Edad	No Afiliado Identificado	Estuvo en el SFS	Nunca en el SFS	% ENSFS	% NESFS
16	46,986	25,574	21,412	54%	46%
17	51,168	27,388	23,780	54%	46%
18	77,358	38,018	39,340	49%	51%
19	109,544	53,745	55,799	49%	51%
20	33,290	15,733	17,557	47%	53%
21	39,877	22,856	17,021	57%	43%

Fuente: Base de Datos de Ciudadano. No afiliados identificados febrero 2019.

El cuadro 1 presenta las principales concentraciones de no afiliados se encuentran en las edades de 18 y 19 años para unos 186,902 ciudadanos, al corte febrero 2019.

A continuación, se analiza por tipo de régimen y edad, la cantidad de no afiliados identificados que pertenecieron en algún momento al SFS.

Cuadro 2

Comportamiento mensual de salida de afiliados en el grupo de edad de 16-21 años, por última dispersión en Régimen Subsidiado

Ciudadano Edad	201801	201802	201803	201804	201805	201806	201807	201808	201809	201810	201811	201812	201901
16	195	154	218	179	159	170	182	289	208	172	200	287	285
17	183	163	255	166	146	186	197	312	220	203	214	329	312
18	216	197	246	181	186	211	206	362	248	206	1,954	4,720	4,077
19	293	270	350	320	993	4,857	5,444	5,691	6,399	5,277	4,178	69	75
20	37	47	57	65	47	80	77	68	107	83	84	63	84
21	100	98	118	122	121	94	126	127	131	116	112	91	96

Fuente: Período de dispersión RS, febrero 2019.

En el cuadro anterior, se visualizan mayores movimientos correspondientes a salidas de ciudadanos en las edades 18 y 19 años

para los periodos noviembre-diciembre y junio-noviembre, respectivamente.

Mientras, en el régimen contributivo (cuadro 3) se observa una distribución más equitativa en la salida de afiliados

del SFS, en las mismas edades y periodos analizados

Cuadro 3

Comportamiento mensual de salida de afiliados por grupo de edad de 16-21 años, por última dispersión en el Régimen Contributivo

Ciudadano Edad	201801	201802	201803	201804	201805	201806	201807	201808	201809	201810	201811	201812	201901
16	327	337	326	374	376	394	491	522	538	552	635	805	1,854
17	335	357	382	367	377	442	527	534	520	580	597	889	1,925
18	323	386	329	408	395	431	528	538	532	568	642	6,233	5,577
19	477	481	591	652	714	4,183	5,138	5,723	6,695	5,740	6,109	1,054	1,626
20	339	371	390	461	499	624	670	944	827	909	1,127	1,512	2,463
21	562	572	585	713	739	872	923	1,061	1,044	1,117	1,195	3,138	4,153

Fuente: Periodo de dispersión RC febrero 2019.

Recordar que los cuadros 2 y 3, pueden no solo contemplar las salidas de este grupo de edad por motivos asociados con la mayoría de edad, ya que algunas de estas pueden atribuirse a razones diferentes para estos dos casos, los movimientos dentro del núcleo familiar⁸.

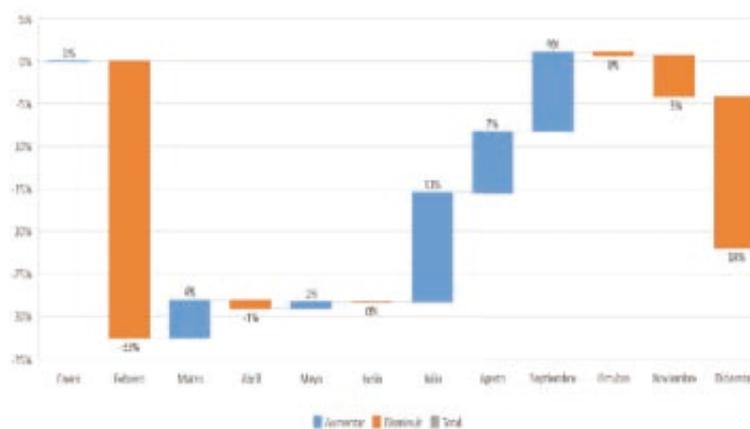
Revisando las estadísticas oficiales y publicadas por la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) sobre los nacimientos ocurridos por año, por sexo y mes de ocurrencia, en el periodo de 2001-2017,

se observa una tasa de crecimiento en relación a los meses anteriores para los meses de julio a septiembre durante los 17 años observados en los nacimientos registrados. Un patrón similar de crecimiento se observa en los meses de mayo-septiembre, en los registros de salidas para las edades analizadas, lo cual pudiese responder inicialmente porque en los meses se observa un crecimiento significativo en relación a los demás para estas edades. Igual, pudiese ser explicado por la finalización de periodo escolar.

Gráfica 2

Por nacimientos ocurridos por año, según sexo y mes de ocurrencia, 2001-2017

Fuente: A partir de datos registros administrativos, Oficinas del Estado Civil de la República Dominicana (ONE).

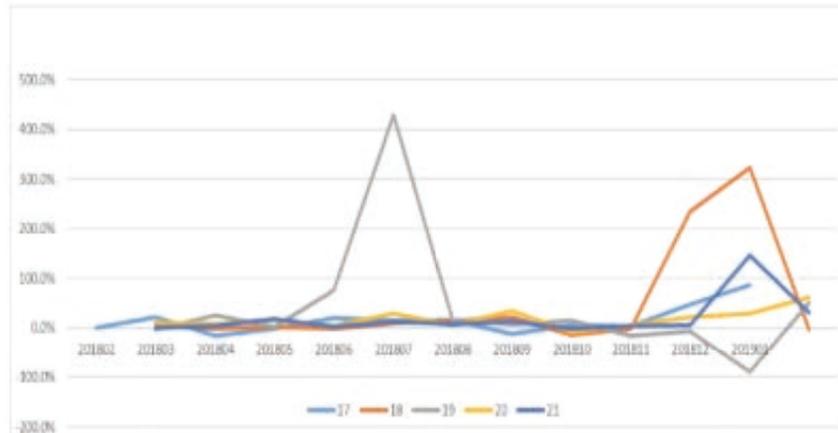


⁸Artículo 26, Movimiento del Núcleo Familiar del Reglamento sobre aspectos generales de afiliación del Seguro Familiar de Salud.

El cuadro anterior, de nacimientos ocurridos por año y el Gráfico 2, reflejan iguales comportamiento en los meses de mayor flujo de salidas del SDSS.

Gráfica 3

Tasa de crecimiento por cantidades de salidas de SFS por edad de ciudadano, periodo enero 2018 – enero 2019



Fuente: SIE-SIMON, por ID Ciudadano edad febrero 2019.

A su vez se puede observar que, en los últimos meses del año estudiado, en la población de 18 años se producen salidas en ambos regímenes. Para diciembre 2018, estas salidas ascienden a unos 10,953 ciudadanos, lo que se traduce a un 15% de los no afiliados con 18 años.

Considerando las informaciones anteriores, se enfatiza en conocer los movi-

mientos de salida en el SFS por mayoría de edad. Para ello, asumimos la edad de salida de 17 años y 11 meses, con tipo de afiliación de dependiente, en el periodo enero 2014 al marzo 2019, dando como resultado que, los porcentajes de salidas para los años 2016, 2017 y 2018, fueron de 25%, 31% y 22%, respectivamente.

Cuadro 4

Comportamiento de entradas nuevas vez de afiliados por año, y tipo de afiliación

Año de Reintegro	Tiempo de Afiliación			Total
	A	D	T	
2015	2	958	336	1,296
2016	8	4,305	4,442	8,755
2017	9	3,279	2,380	5,668
2018	18	6,102	4,144	10,264
2019	2	1,659	1,634	3,295
Totales General	39	16,303	12,936	29,278

Fuente: Tabla de movimientos de población por motivo de salida de mayoría de edad. Nota: A: adicional, D: dependiente, T: titular

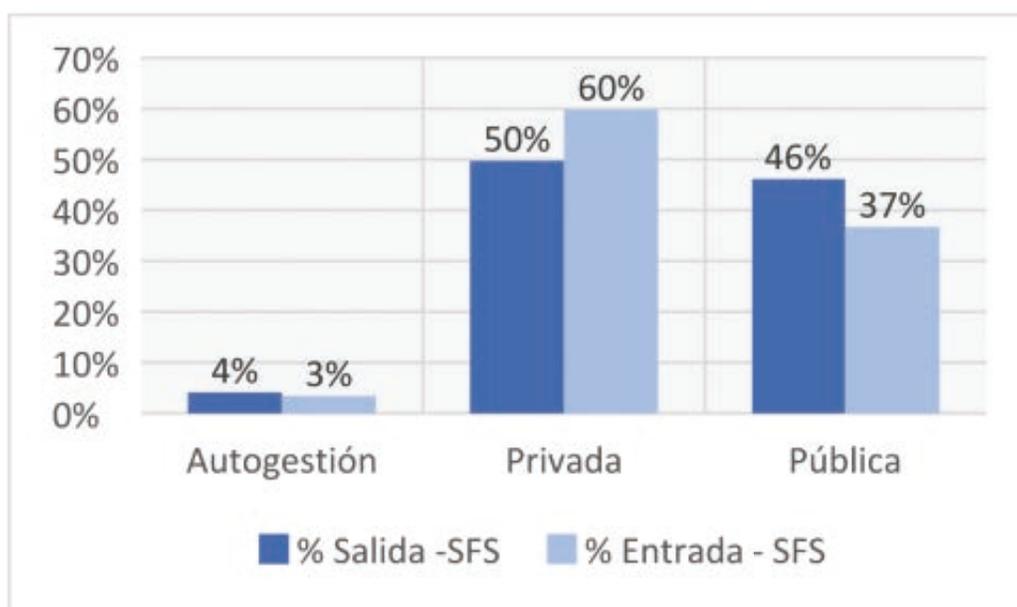
En términos de duración, el promedio de días transcurridos, luego de su última dispersión, de los que retornan nueva vez al SFS, es de 214 días, el equivalente a siete (7) meses. Con un mínimo de días fuera del sistema de 59 días y dos (2) meses; y un máximo de 1,551 días para un total de 51 meses fuera del SFS.

Al momento de retornar al SFS, un 56% de estos retorna por tipo de afiliación de dependiente, mientras un 44% con la titularidad del núcleo, y un 0.1% como dependiente adicional.

El tipo de parentesco más relevante para el afiliado adicional, el parentesco hijo representa el 51% del total de adicionales. Mientras, que para el 56% que retorna como afiliado dependiente, la asociación mayor se centra en el tipo de parentesco hijo e hija con un 39% y 51%, respectivamente.

Gráfica 4

Comportamiento por categoría de ARS de salida y entrada (movimiento) de afiliados reportado en el SFS



Fuente: Tabla de movimientos de población por motivo de salida de mayoría de edad, por tipo de ARS.

Por categoría de ARS se sabe que presentan iguales porcentajes de salidas y entradas. Las ARS Privadas representan 50% de movimientos por mayoría de edad y el 60% de entrada del mismo individuo al paso del tiempo. Le continúa la categoría pública, con 46% de salidas y 37% de entrada de individuos que generaron movimientos por mayoría de edad.

Se observa a su vez, que las salidas de ARS públicas se traducen en entradas

en la ARS privada en mayor proporción. En este segmento población, se observa una reducción 9% de los individuos que salieron una ARS pública y no retornaron a la misma. Posiblemente, traducido al aumento observado en ARS privada de 10%.

Otro aspecto a destacar, es que, analizada la información por individuos únicos, el 65% de este segmento que sale de una ARS sin discriminar por categoría

de tipo, retorna a la misma ARS. Mientras que el restante 35%, cambia de ARS al momento de su retorno.

Finalmente se observa que el 54% de estos individuos reingresa al SFS en este régimen de financiamiento, por escolaridad y el 0.33% por discapacidad.

4. DISCUSIÓN

Estos resultados plantean la necesidad de análisis posteriores respecto de minimizar el impacto que generan los movimientos (entradas y salidas) al SFS de estos segmentos de población.

Estos resultados preliminares orientan sobre la importancia de evaluar posibles acciones que contribuyan a minimizar el efecto negativo sobre la afiliación y cobertura en este segmento de población.

Entre estas, convendría valorar posibilidades de simplificar y/o automatizar la obtención y documentos de soporte, establecer mecanismos de alerta de movimientos del núcleo y realizar propuestas para el pago de capitales diferencias por edad y sexo, fortalecer los canales de información

a los afiliados sobre los procedimientos requeridos para permanencia o exclusión de dependiente, así como explorar algunos incentivos para el mantenimiento de los posibles no afiliados cuando alcanzan la mayoría de edad.

5. AGRADECIMIENTOS

Este estudio no hubiese sido posible sin el apoyo, soporte y la colaboración técnica de la Dirección de Tecnología de Información y Comunicaciones (DTIC), gracias equipo por su compromiso.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.** Ley No.1-12 (2012) "Estrategia Nacional de Desarrollo 2030".
- 2.** Ley No.87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social .
- 3.** Reglamento sobre Aspectos Generales de Afiliación al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo.
- 4.** Manual de Novedades de Afiliación de las Administradoras de Riesgos de Salud.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Rodríguez, J.; Montás, M.; Martínez, M. y Ramírez, P.¹

Citar esta publicación:

Rodríguez, J., Montas, M.; Martínez, M. y Ramírez, P. (2019). "Utilización de los Servicios en el Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, 2018" Serie de Informes Técnicos SISALRIL, No.2. República Dominicana, 2019.

Resumen:

Conocer sobre la utilización de los servicios de salud y su métrica nos aproxima a los posibles escenarios de acceso a la atención de salud en la población afiliada del Seguro Familiar de Salud (SFS). Los logros alcanzados por la República Dominicana en materia de aseguramiento en salud han permitido que cada vez mayor número de personas de distintos niveles socioeconómicos hagan uso de los servicios de salud, produciendo diferentes patrones de utilización que hoy, gracias a la calidad de los registros, pueden ser caracterizados.

El presente estudio describe el comportamiento del uso y consumo de los servicios prestados por los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y pagados por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), servicios estos que forman parte del Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS)², y que han sido observados de acuerdo con el nivel socioeconómico de los núcleos familiares

afiliados al Régimen Contributivo (RC) del Seguro Familiar de Salud (SFS).

Este es un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo en el que se recogen datos y se revisan los registros de la utilización de los servicios de salud en el Seguro Familiar de Salud, con fines de medición y análisis. La población está constituida por los afiliados que realizaron aportes y en los que se registraron servicios prestados y pagados en el Régimen Contributivo en 2018, así como sus dependientes y dependientes adicionales, categorizados por deciles de ingreso y agrupados en sus respectivos núcleos familiares.

El estudio nos muestra diferencias en los patrones de utilización y consumo de servicios entre los deciles de ingresos, tanto en el porcentaje de utilización, volumen de servicios, como en los montos pagados por las ARS. Son los deciles de ingreso 8, 9 y 10 en los que se observa el mayor porcentaje de personas que utilizaron los servicios de salud (46%) y en los que se verifica el mayor consumo (47%) de dichos servicios.

En el decil de menor ingreso, 1 de cada 4 afiliados usa el SFS, y por cada RD\$100 pesos que paga la ARS, el afiliado aporta RD\$14.00. A diferencia del decil de mayor ingreso, en el cual 1 de cada 2 afiliados usa el SFS y por cada RD\$100.00 que pagan las ARS, el afiliado aporta RD\$18.00. Solo 3 deciles (1, 9 y 10), consumen en promedio mensual más de RD\$970.00 y tienen en común que reclaman más de RD\$820 millones en el grupo de alto costo y máximo nivel complejidad del Catálogo de Prestaciones del PDSS.

¹Realizado para la Unidad de Estudios Especiales de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), República Dominicana.

²Reportado como pagado por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).

Con los resultados del estudio, podemos observar que existen importantes diferencias en el uso en los servicios de salud, en la población categorizada por deciles de ingresos pertenecientes al SFS. Estas diferencias llaman a la atención respecto de potenciales desigualdades, barreras en el acceso a la atención y de coberturas en salud.

Palabras clave:

Acceso a los servicios de salud, uso de servicios de salud, consumo de servicios de salud, deciles de ingreso.

USE OF SERVICES IN THE FAMILY HEALTH INSURANCE OF THE CONTRIBUTORY REGIME, 2018

Rodríguez, J.; Montás, M.; Martínez, M. y Ramírez, P.³

Cite this publication:

Rodríguez, J., Montas, M.; Martínez, M. y Ramírez, P. (2019). "Use Of Services In The Family Health Insurance Of The Contributory Regime, 2018" Technical Reports Series, SISALRIL, No. 2. Dominican Republic, 2019.

Executive Summary:

Understanding the use of health services and their metrics brings us closer to the possible scenarios for access to health care in the Family Health Insurance (SFS) member population. The achievements made by the Dominican Republic in the area of health insurance have allowed an increasing number of people from different socioeconomic levels to make use of health services, producing

different patterns of utilization that today, thanks to the quality of records, can be characterized.

The present study describes the behavior of the use and consumption of services provided by Health Service Providers (PSS) and paid by Health Risk Managers (ARs), which are part of the Health Services Plan (PDSS) Benefits Catalog, and which have been observed according to the socioeconomic level of the family units affiliated to the Family Health Insurance (SFS) Contributive Regime (RC).

This is a descriptive study with a quantitative approach in which data are collected and records of the use of health services in the Family Health Insurance are reviewed for measurement and analysis purposes. The population is made up of members who made contributions and in whom services provided and paid for in the Contributive System in 2018 were recorded, as well as their dependents and additional dependents, categorized by income deciles and grouped in their respective household.

The study shows differences in the patterns of use and consumption of services among income deciles, both in the percentage of use, volume of services, and in the amounts paid by the ARs. Income deciles 8, 9 and 10 show the highest percentage of people who used health services (46%) and the highest consumption (47%) of those services.

In the lowest income decile, 1 out of every 4 members uses the FSS, and for

³Produced by the Special Studies Unit of the Superintendence of Health and Labor Risks (SISALRIL), Dominican Republic.

every RD\$100 pesos paid by the ARS, the member contributes RD\$14.00. In contrast, in the highest income decile, 1 out of 2 members uses FSS and for every RD\$100.00 paid by ARS, the member contributes RD\$18.00. Only 3 deciles (1, 9 and 10), consume a monthly average of more than RD\$970.00 and have in common that they claim more than RD\$820 million in the high cost and maximum complexity group of the PDSS Benefits Catalog.

With the results of the study, we can see that there are important differences in the use of health services in the population categorized by income deciles belonging to the FSS. These differences call attention to potential inequalities, barriers in access to care and health coverage.

Keywords:

Access to health services, use of health services, consumption of health services, income deciles.



1. INTRODUCCIÓN

En la República Dominicana, el Sistema de Seguridad Social está conformado por diferentes entidades públicas, privadas y mixtas agrupadas en Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), ambas responsables de la entrega del conjunto de beneficios que hacen parte de un Catálogo de Prestaciones como Plan de Servicios de Salud (PDSS) que es común e independiente del régimen de financiamiento al que pertenece la población afiliada del Seguro Familiar de Salud (SFS).

En las últimas dos décadas, el Estado Dominicano ha impulsado acciones de política pública con el objetivo de ampliar la cobertura de afiliación al SFS y con ello el acceso a los beneficios del PDSS, logrando que, a diciembre de 2018, el porcentaje de los afiliados a este Seguro alcance el 78% del total de la población nacional, siendo la participación de la población contributiva, trabajadores y dependientes, alrededor del 54% de los afiliados.

De ahí que, estudiar el uso que hace la población afiliada de los servicios de salud del Catálogo de Prestaciones permitirá medir la demanda que se registra cuando se materializa la atención de los afiliados ante una necesidad de salud, en un

escenario en el que la gradualidad de cobertura para el acceso a los beneficios, las restricciones presupuestarias y las tarifas, topes o límites de coberturas, los copagos y cuotas moderadoras fijas y variables, el decil de ingreso, la composición del núcleo, la necesidad y la aversión al riesgo, entre otros, se constituyen en factores relevantes para el análisis.

En este contexto, la evidencia empírica apunta a que el acceso a estos beneficios estaría dando respuestas a los problemas de mayor prevalencia en la población afiliada. De igual modo, que el acceso regular a la atención médica y el uso de los servicios por los afiliados contributivos y sus familias estarían determinados por

la gravedad de la enfermedad que los motiva y el decil al que estos pertenecen⁴.

En este sentido, partiendo de la literatura sobre la demanda de salud, surgen dos enfoques de análisis: el tradicional y el enfoque de agente principal⁵ que, en las investigaciones empíricas, plantean como dificultad el medir directamente la demanda, por lo que frecuentemente se recurren a los datos de uso de los servicios.

El enfoque tradicional se basa en la teoría del consumidor. Dentro de ésta surge el modelo de Grossman, que utiliza la teoría del capital humano para explicar la demanda de salud, Mientras que el enfoque de agente-principal considera las asimetrías de información entre el médico y el paciente con relación al tipo y la cantidad de tratamiento médico necesario.

En el modelo de Grossman de producción de salud es una función del propio estado de salud de los individuos, de la edad, de la renta, de los precios de los servicios de salud, de variables ambientales y del nivel de la educación. Así, sus predicciones principales indican que la demanda por servicios de salud aumenta con la edad y con la renta.

El presente estudio tiene como objeto analizar el comportamiento de uso de los servicios de salud en la población afiliada al Régimen Contributivo del

Seguro Familiar de Salud considerando el consumo de servicios de salud en cada decil de ingreso, a partir de la agregación de los gastos por servicios prestados, correspondientes al Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud en 2018.

2. MATERIALES Y MÉTODO

Este es un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo en el que se recogen datos y se revisan los registros de la utilización de los servicios de salud en el Seguro Familiar de Salud en los diferentes estratos en que hemos agrupado los núcleos familiares del Régimen Contributivo a partir del salario cotizante reportado, con fines de medición y análisis. El **período de estudio** es el correspondiente al año 2018.

La **población de estudio** está constituida por los núcleos familiares que realizaron aportes en el Régimen Contributivo en el periodo estudiado, siendo estos 2,203,559 núcleos.

Se estimó el promedio de los salarios cotizables para cada cotizante del SFS en el Régimen Contributivo, en vista de que los cotizantes y sus salarios pueden variar durante un mismo año, a tales fines se aplicó la siguiente fórmula:

$$M_{x,i} = \frac{\$Monto\ total\ cotizado\ x, i}{Cantidad\ de\ cotizaciones\ x, i}$$

³Lozano et al 1994: *Desigualdad, pobreza y salud en México*. México: Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad, citado por Tamez-González et al 2006: 420).

⁴Clavero, González 2005: *Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios*, citado por Morera y Aparicio 2010: 410.

Donde:

M= Salario promedio por cotizante.

x= Cotizante.

i= Periodo analizado

Una vez obtenidos los salarios promediados en el periodo de estudio, se procedió a definir los deciles de ingreso, como unidad de análisis, mediante la creación de umbrales, con rangos mínimos y máximos. Para esto, se aplicó la siguiente formula:

$$X_{i \{10,20,30,40...100\}} = \frac{(n + 1) X_i}{100}$$

Donde:

X_i = Posición por decil

n= Cantidad de cotizantes

Al obtener la posición por decil, se consiguieron los límites inferiores y superiores de cada umbral de ingreso. Los cotizantes utilizados fueron 2,364,591 divididos en 10 grupos iguales de 236,460.

Finalmente, se asignó la población de estudio (núcleos familiares) a los deciles de ingreso con relación al salario correspondiente. Se utilizó la siguiente formula de categorización:

$$yA_i(x)_{i=\{10,20...100\}} = \begin{cases} 1 & \text{si } A_{i-1} \leq x \leq A_i \\ 0 & \text{si } x \geq A_i \text{ ó } x \leq A_{i-1} \end{cases}$$

Donde:

A_i= Decil de ingreso

X= Núcleo familiar asignado
a un salario cotizable

Donde, dependiendo del decil de ingreso se categoriza "1" si corresponde a ese decil y "0" si no corresponde, para el periodo 2018. Para cada afiliado dentro de un núcleo familiar, independientemente si cotiza o no, se tomó en cuenta el decil de ingreso total del núcleo.

Es importante destacar que un mismo núcleo familiar puede tener más de un cotizante o realizar más de un aporte al SFS en un mismo periodo, por esta razón el cálculo utilizado toma en cuenta la suma de los aportes de cada miembro del núcleo familiar.

En el estudio existen dos tipos de cortes de acuerdo a la naturaleza de las informaciones. Un corte anual, comprendido por periodo de cobertura enero a diciembre 2018, para los datos de cantidad de servicios, así como para los montos pagados agrupados en los deciles de ingresos.

Un corte mensual a diciembre 2018 para los datos individuales, como número de afiliados, tipo de afiliación, edad y sexo. Con estos cortes tratamos de reducir sesgos en el estudio, por causa de la movilidad mensual de los afiliados en el SFS. Algunos ejemplos de esta movilidad son: la salida del SFS, cambio en los ingresos reportados o cambio de núcleo familiar, entre otros.

La estructura de la bases de datos está conformada mes a mes, por lo cual un mismo afiliado o núcleo familiar puede pertenecer a varios deciles de ingresos durante el año. Por esta razón, independientemente de la movilidad, para el análisis sobre los datos de uso, el decil de ingreso del afiliado corresponderá al mes de uso.

Esta metodología arroja un promedio de ingresos de los deciles generados, de RD\$18,884.00, con relación al promedio de ingresos en deciles de la Población Ocupada Perceptora de Ingresos del Banco Central de la República Dominicana, observamos que existe una diferencia promedio de un punto porcentual.

Ambas aproximaciones se asemejan, pese a que poseen diferentes metodologías. Las diferencias entre las mismas, podrían guardar relación, con el tope de 10 salarios cotizables en el SFS, así como la existencia de cotizantes que registran salarios inferiores a los RD\$100. A su vez existen sectores o rubros del empleo formal, no contemplados en el estudio, ya que no forman parte del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Cabe señalar, además, que un núcleo familiar está conformado por un afiliado titular y sus dependientes, dentro de los cuales están incluidos los dependientes adicionales. En el siguiente cuadro "Deciles de ingresos" se realizó un corte de los núcleos familiares al mes de diciembre, no obstante, un mismo núcleo a través del año pudo pertenecer a diferentes deciles o grupo salario.

Tabla 1

Deciles de ingresos, 2018

Salario Grupo	Núcleos 2018-12	Promedio Salario
1	180,336	3,354
2	160,653	6,859
3	163,134	9,241
4	172,610	10,090
5	188,169	11,755
6	152,678	14,150
7	189,881	16,582
8	197,880	21,493
9	206,791	33,936
10	263,848	60,981

Fuente: SISALRIL. Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

Para la medición de la utilización de los servicios en el SFS, se extrajeron todos los servicios prestados y pagados por las ARS o consumos reportados a través de la base de datos del esquema 0035, sobre "Seguimiento y Evaluación de Costos del PDSS", en el periodo de estudio.

El volumen de los servicios prestados y pagados, para los afiliados a núcleos que realizaron aportes al SFS, asciende a unos 94,316,488 para el año 2018.

El monto total pagado en este periodo asciende a RD\$48,591,735,251. De estos, el 86% corresponde a lo pagado por las ARS, RD\$41,687,919,536; mientras que el 14% restante corresponde a lo pagado por los afiliados de los núcleos familiares, para unos RD\$6,903,815,715. Es importante destacar que el cálculo excluye los núcleos que no realizaron aportes al SFS.

Tabla 2

Resumen de lo pagado por ARS y Afiliados

Montos pagados por servicios prestados, 2018

Monto Pagado ARS	41,687,919,536	86%
Monto Pagado Afiliado	6,903,815,715	14%
Total	48,591,735,251	100%

Fuente: SISALRIL. Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

3. RESULTADOS

3.1 Estructura poblacional

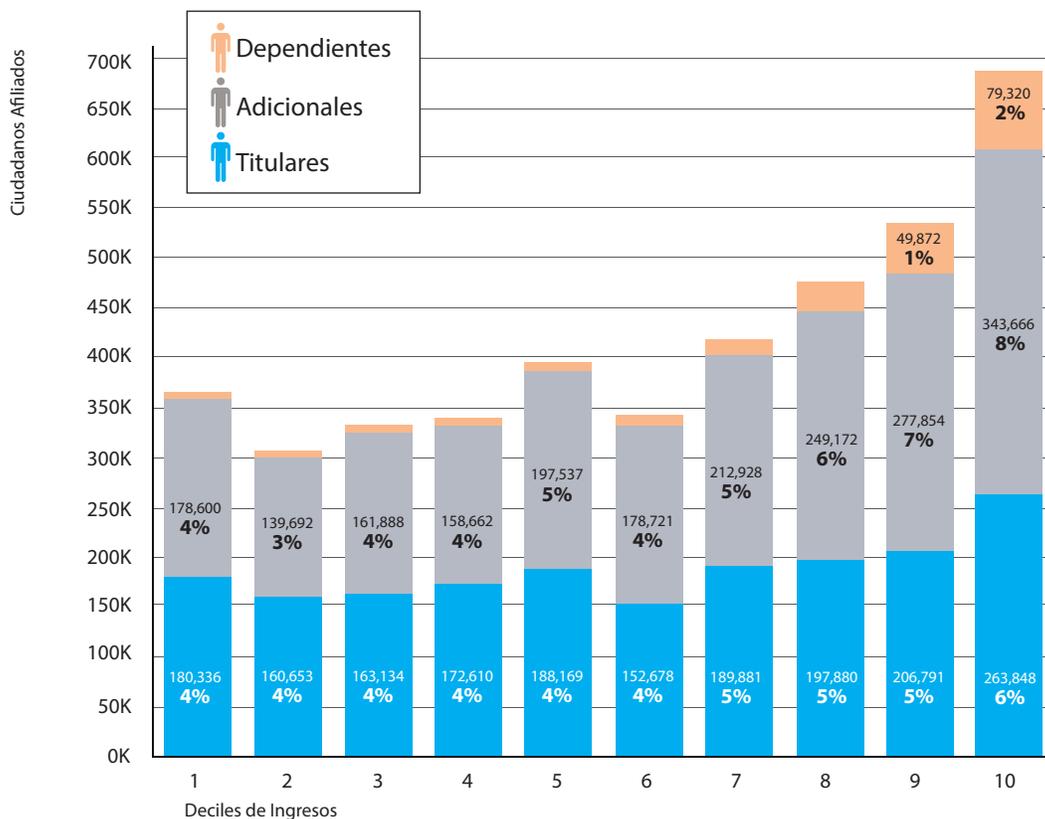
Al analizar la estructura poblacional por **tipo de afiliación** al corte diciembre 2018, podemos observar que el 50% son dependientes, 45% titulares y un 5% adicionales.

Los deciles 10, 9, 8 o de mayor ingreso poseen el 71% de los afiliados **adicionales del SFS**, que representan 157,805 de los 221,342. Estos deciles tienen en común que perciben ingresos por encima de la media para este año. Podemos observar, como el porcentaje de afiliados **titulares** con respecto al total, se mantiene en un rango

entre el 8% y 14% en los todos los deciles de ingresos. Los afiliados dependientes en un rango del 7% al 16%, siendo los deciles 8, 9 y 10 los que concentran el 41% de los afiliados **dependientes**, estos son, unos 870,692. Los deciles menores al 5, poseen menor cantidad de dependientes que titulares.

Gráfico 1

Afiliado en el SFS distribuidos por tipo de afiliación, diciembre 2018



Fuente: SISALRIL. Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

Tabla resumen

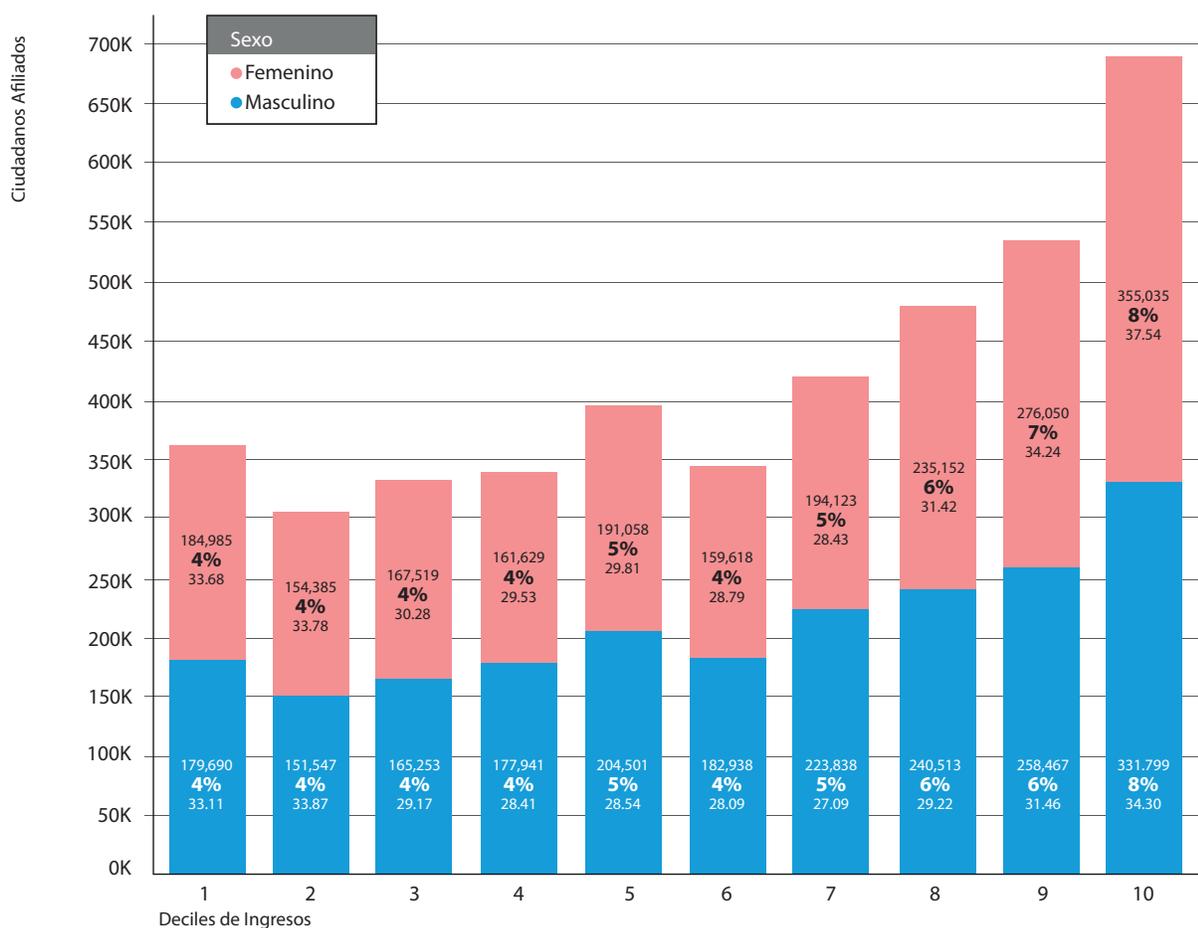
Tipo de Afiliados	#Ciudadanos	%
Adicionales	221,342	5%
Dependientes	2,098,720	50%
Titulares	1,875,980	45%

Al comparar el **sexo de los afiliados**, se puede apreciar una diferencia de 36,932, a favor del sexo masculino, 49.6% del sexo femenino y 50.4% masculinos. Los deciles de ingreso 4, 5, 6, 7 y 8 poseen una mayor proporción de ciudadanos del sexo masculino. Se puede valorar

una importante concentración de mujeres en el decil 10, esto es un 17% del total de la población femenina afiliada, para unas 355,035 mujeres. Existen diferencias en la media de edad de mujeres, de hasta 10 años promedio, oscilando entre 28 años en el decil 7 y 38 años en el decil 10.

Gráfica 2

Afiliados distribuidos por sexo y edad promedio, a diciembre 2018



Fuente: SISALRIL. Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

Tabla resumen:

Sexo	Promedio edad	#Ciudadanos	%
Femenino	33	2,079,555	49.6%
Masculino	31	2,116,487	50.4%

3.2 Comportamiento de utilización y consumo de servicios

De los 4.2 Millones de afiliados registrados a Julio de 2018 en el Régimen Contributivo, un total de 1,542,083 (37%) recibió 1 o más servicios, mientras que el 63% restante, 2,658,119 afiliados, no recibió servicios.

El comportamiento de la utilización y consumo, muestra patrones que se

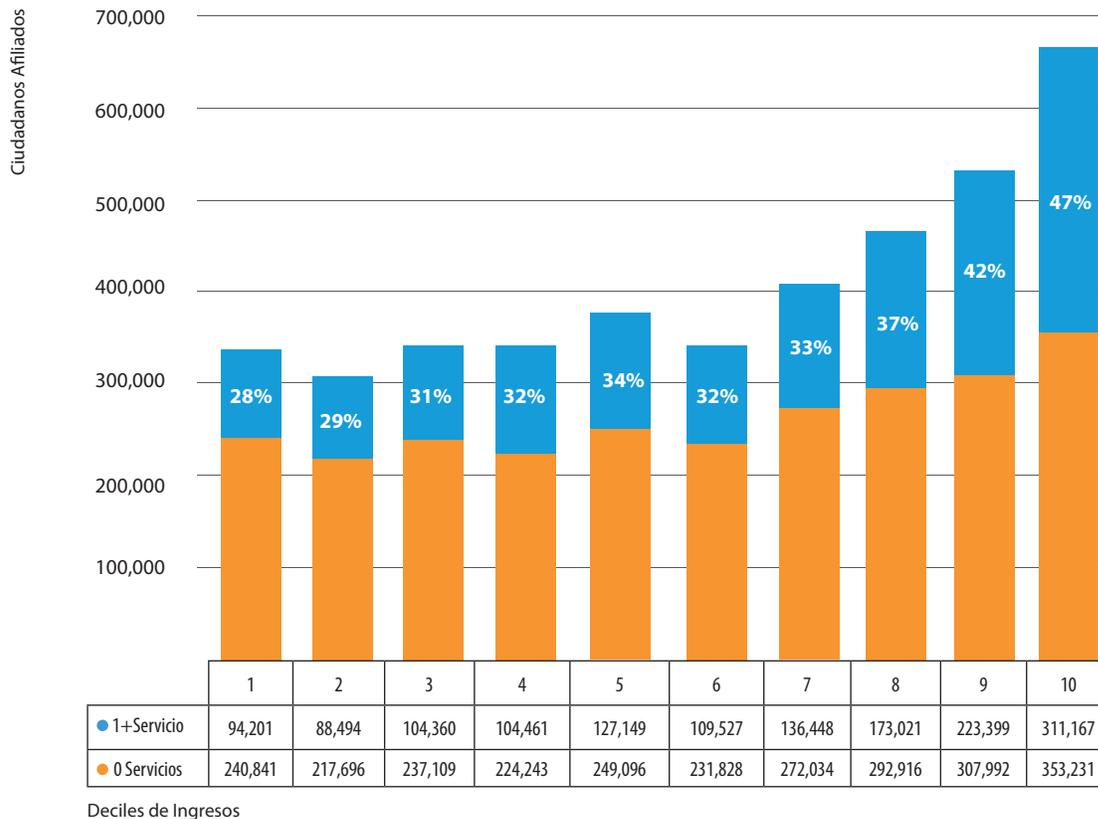
diferencian entre los deciles de ingresos analizados. En el decil 1 o de menor ingreso, el 28% de los afiliados utilizó el sistema, mientras que en el decil 10 el comportamiento es casi el doble al primero, siendo esta utilización del 47%.

Este incremento observado entre deciles guardar relación con la diferencia en el consumo de servicios, en los de mayor ingreso con relación a los de menor ingreso.

Gráfica 3

Utilización de Servicios por deciles de ingresos, afiliados julio 2018

Afiliados que utilizaron el SFS en 2018-07



Fuente: Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

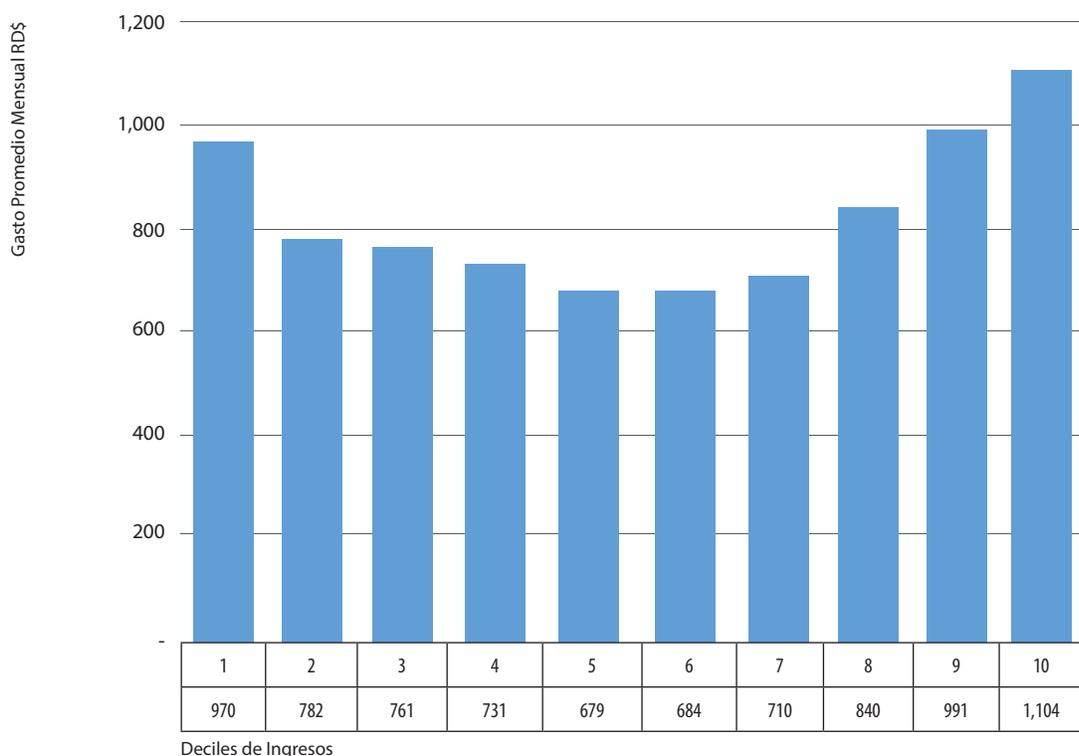
Al estudiar el gasto promedio per cápita de las ARS en deciles de ingreso, de enero a diciembre 2018, se observa que el decil 10 o de mayor ingreso, consumió en promedio RD\$1,104, mientras que los deciles 5 y 6, consumieron menos de RD\$684 en promedio mensual.

Es interesante ver como el decil 1, consume solo el 6.52% del volumen de servicios y el 8% del monto pagado por las

ARS. No obstante, posee mayor consumo promedio mensual por afiliado, que los deciles del 2 al 8. Este patrón de consumo puede guardar relación con el tipo de servicios que demandan los mismos. Los deciles que más consumen son el 1, 9 y 10, que tienen en común que cada uno consumió más de RD\$820 Millones en el grupo de alto costo y máximo nivel de complejidad.

Gráfica 4

Gasto promedio per cápita de las ARS en deciles de ingreso, 2018



Fuente: Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

Observando el comportamiento de la estructura poblacional afiliada al SFS, que al menos utilizó un servicio al mes de diciembre 2018. De los 1,542,084 ciudadanos que utilizaron SFS, un 56% fueron mujeres y el 44% restantes hombres, para unos unas 858,007 y 684,077 respectivamente. Se puede apreciar como en los rangos de edad menor a 15 años, los de sexo masculino utilizan el SFS 6% más que los de sexo femenino, no obstante, en el rango entre 25 y 34 años se observa que las mujeres utilizan el SFS 44% más que el sexo masculino.

Gráfico 5

Estructura poblacional de afiliados que utilizaron el SFS en Julio 2018.

Ciudadanos que utilizaron el SFS en 2018-07



Ciudadanos Afiliados que utilizaron en SFS

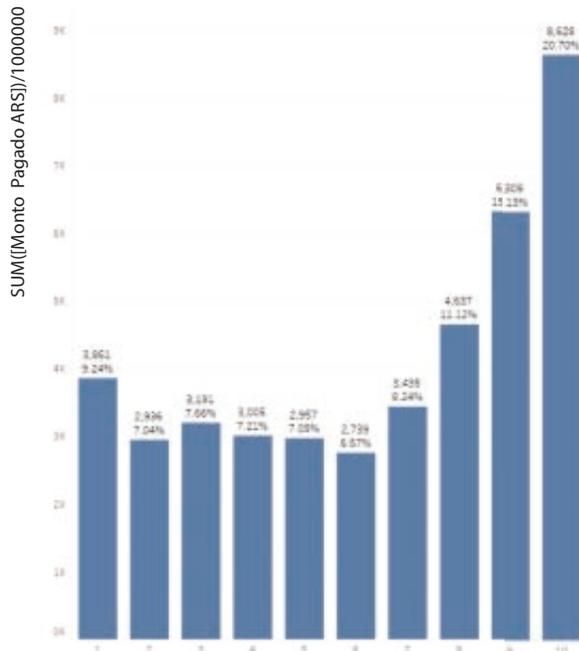
Fuente: Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

Al estudiar el comportamiento del monto pagado por las ARS en deciles de ingresos para el año 2018, podemos observar una concentración de un 47% del monto en los deciles 8, 9 y 10, con relación al 53% distribuido en los deciles del 1 al 7. El decil que más consume es el 10 con un 20.7% y el decil 6 evidencia el menor consumo, el 6.57% del monto pagado por las ARS.

Gráfica 6

Montos pagados por las ARS en RD\$ Millones, 2018

Salario Grupo



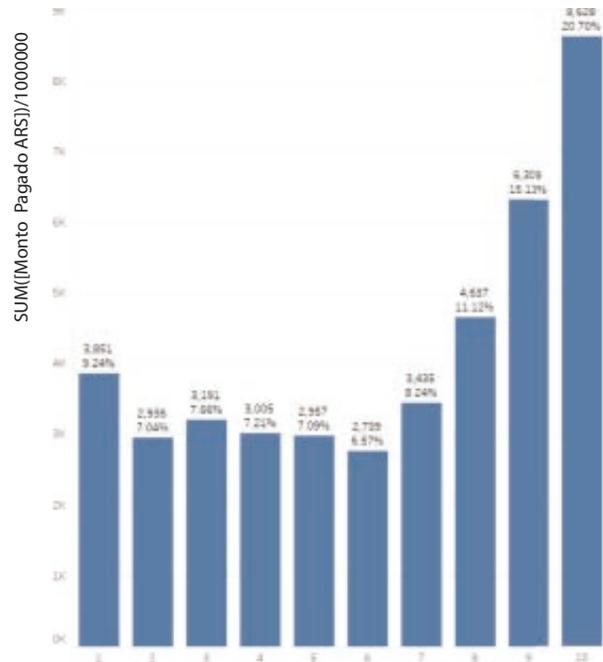
Fuente: SISALRIL. Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

Analizando el comportamiento del monto pagado por los afiliados, como copagos o cuotas moderadoras, en deciles de ingresos en 2018, se observa que el 49% de los montos se concentra en los deciles 8, 9 y 10, con relación al 51% distribuido en los deciles del 1 al 7. El decil que más paga en el SFS, es el 10 con el 21.96%, siendo el decil 6 el que menos paga, con el 5.65% del monto pagado por los afiliados.

Gráfica 7

Monto pagado afiliados (RD\$ Millones), 2018

Salario Grupo



Fuente: SISALRIL. Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

El monto pagado por los afiliados relacionado con el monto pagado por las ARS, expresado en valores relativos a 2018, oscila entre un 13% y un 18%, siendo el decil 2 el que presenta el menor porcentaje pagado, mientras que los deciles 7 y 10 son los que presentan el mayor porcentaje.



Tabla 3

Pagado por ARS y Afiliados

Decil	Monto Pagado ARS	Monto Pagado Afiliado
1	3,851,460,129	555,814,094
2	2,936,301,237	390,133,584
3	3,191,263,274	551,547,982
4	3,004,676,558	486,293,711
5	2,956,510,011	476,232,480
6	2,739,280,927	427,662,905
7	3,434,510,574	602,682,299
8	4,637,489,219	798,844,641
9	6,308,694,934	1,098,378,166
10	8,627,732,673	1,516,225,855
	41,687,919,536	6,903,815,715
Total	RD\$ 48,591,735,251	

Fuente: SISALRIL. Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión. Montos pagados por servicios reportados, 2018.

Tabla 4

Razón monto pagado por afiliado y ARS, 2018

Salario Grupo / decil ingreso	Razón de Monto pagado por afiliado Vs ARS
1	14%
2	13%
3	17%
4	16%
5	16%
6	16%
7	18%
8	17%
9	17%
10	18%

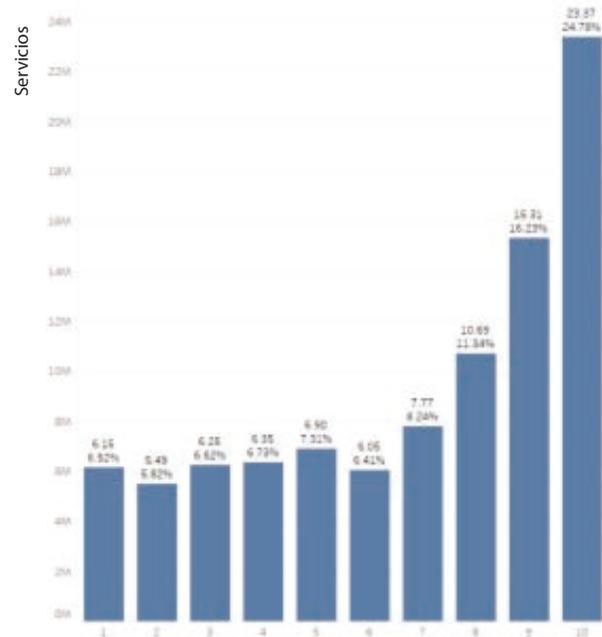
Fuente: SISALRIL. Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

Los deciles de mayor ingreso (8, 9 y 10) consumen el 52% de la cantidad de servicios prestados y pagados. Los deciles 2 y 6 son los que menos volumen de servicios consumen, 5.82% y 6.41%, respectivamente.

Gráfica 8

Cantidad de servicios prestados y pagados en (Millones), 2018

Salario Grupo



Fuente: SISALRIL. Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

Tabla 5

Volumen de servicios prestados y pagados, 2018

Decil Grupo	Servicios Pagados
1	6,147,375
2	5,485,797
3	6,246,148
4	6,349,395
5	6,896,210
6	6,048,040
7	7,773,268
8	10,691,451
9	15,305,017
10	23,373,787
Total de servicios	94,316,488

Fuente: SISALRIL. Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

Cuando se observa lo pagado por las ARS por grupo de servicios del Catálogo de Prestaciones del PDSS, en cada decil de ingreso, se expresa que el 77% del consumo está en los grupos de apoyo diagnóstico, cirugía, hospitalización, medicamentos ambulatorios y atenciones de alto costo. Mientras que los servicios prevención y promoción, odontológicos, rehabilitación y hemoterapia consumen menos 5% del total de lo pagado por las ARS.

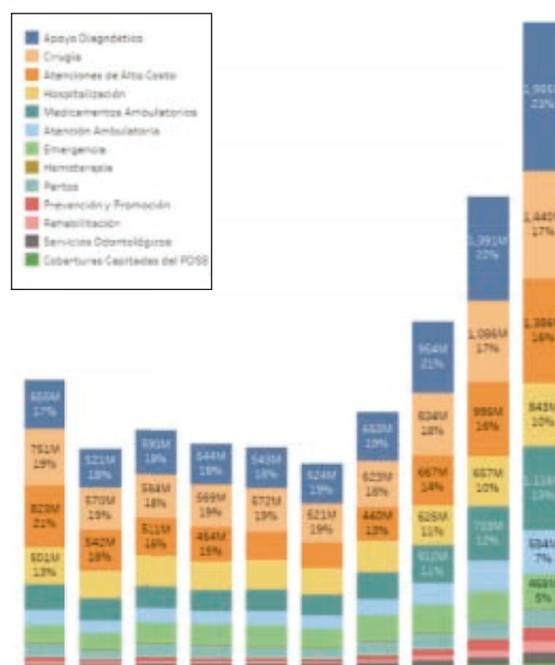
Tabla 6
Pagado ARS por grupo, en RD\$ Millones, 2018

Grupo Descripción	%	Pagado ARS
Apoyo Diagnóstico (Dx)	20%	\$8,360M
Cirugía	18%	\$7,549M
Atenciones de Alto Costo	16%	\$6,542M
Hospitalización	12%	\$4,874M
Medicamentos Ambulatorios	11%	\$4,498M
Emergencia	8%	\$3,128M
Atención Ambulatoria	6%	\$2,600M
Partos	5%	\$1,963M
Prevención y Promoción	2%	\$725M
Servicios Odontológicos	1%	\$569M
Rehabilitación	1%	\$542M
Coberturas Capitadas del PDSS	1%	\$313M
Hemoterapia	0.1%	\$25M
Total		\$41,688M

Fuente: SISALRIL. Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

Al analizar el comportamiento por grupo del PDSS entre los deciles de ingreso, se aprecian variaciones porcentuales entre los patrones de consumo. En el grupo apoyo diagnóstico, se evidencia un consumo general del 20%, no obstante, en el primer decil es 17% con relación al decil 10 en el cual es un 23% del consumo. Si observamos el grupo cirugía, posee un consumo general de un 18%, en los deciles 1, 2, 3, 4, 5 y 6 del 19%; sin embargo, en los deciles 9 y 10 es del 17% de consumo. Las atenciones de alto costo oscilan entre un 13% y un 21%, siendo el decil 1 el que posee el mayor porcentaje, mientras que los deciles 5, 6 y 7 representan el menor porcentaje de consumo.

Gráfica 9
Pagado ARS por grupo del PDSS, 2018



Fuente: SISALRIL. Régimen Contributivo. A partir de la Base de Datos de Dispersión.

4. DISCUSIÓN

Del total de la población afiliada al Régimen Contributivo, al periodo julio de 2018, el 37% o 1,542,083 afiliados únicos, registró al menos un servicio prestado y por el que se realizó un pago. El mayor porcentaje de esta población (20%) se concentra en el decil de ingreso 10. Existe una conducta similar en los demás periodos de cobertura del estudio.

El comportamiento anterior de menor o no utilización de los servicios entre los deciles de ingresos puede guardar relación otro estudio de la zona (Rubio-Mendoza, 2008), el cual expresa que “La principal barrera de acceso para la no utilización de los servicios de salud la constituye la falta de dinero”

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto, que en la población por tipo de dependencia, existe una concentración de afiliados dependientes en los deciles 10, 9 y 8, compuesta por un 71% de afiliados adicionales (Por el que se realiza un pago) y un 41% de afiliados dependientes directos del SFS. Destacando que estos deciles poseen ingresos por encima de la media entre deciles. Sin embargo, en los deciles menores al 5, el número de dependientes es inferior a los titulares. Estas diferencias podrían relacionarse con la capacidad de pago entre deciles, ya que el sistema establece un monto fijo para la inclusión de adicionales al núcleo familiar, sin tomar en cuenta el nivel socioeconómico de éste, esto podría estar creando inequidad en el acceso a los beneficios que otorga el SFS.

Si bien los estudios consultados apuntan hacia los estudios de cobertura y sobre el promedio anual de las consultas demandadas, relacionando estos valores con la proporción de la población que más utiliza de los servicios de salud, en lo concerniente al patrón de utilización que en los mismos se ha observado se vincula con los tipos de sistemas de salud vigentes, considerando el mayor o menor grado de accesibilidad y de equidad, mayor cantidad de problemas sicosomáticos y síntomas mal definidos, mayor carga de morbilidad y la mayor edad, entre otros factores envueltos.

Del total afiliados que recibieron servicios a julio 2018, el 56% fueron mujeres, con edad promedio de 40 años, en las que se reportaron servicios, tales como atención ambulatoria, apoyo diagnóstico y medicamentos ambulatorios en un 50%; mientras que en los hombres, cuya edad promedio es de 38 años, se reportaron servicios, tales como atención ambulatoria, apoyo diagnóstico y medicamentos ambulatorios en un 37%.

El porcentaje del total de servicios registrados para el periodo de estudio, en mujeres es de un 60%, mientras que para hombres 40%, esto nos muestra una diferencia estadísticamente significativa de un 20%; lo que corrobora que la necesidad sentida es mayor en las mujeres que en los hombres.

Se observa que en la medida que aumenta el decil de ingreso, la utilización de los servicios de salud mejora, el 46%

de las personas que utilizaron servicios y los que consumen el 47% del monto por servicios prestados y pagados, se encuentran en los deciles 8, 9 y 10. Mientras que el 18% de las personas que utilizaron servicios y los que consumen el 20% del monto por de servicios prestados y pagados, se encuentran en los deciles de ingreso 1, 2 y 3.

Desde de la utilización de servicios en Julio 2018, observamos que, en el decil de menores ingresos, solo un 28% de los afiliados utiliza el SFS, a diferencia del decil 10 en el cual el 47% de los afiliados hizo uso del mismo. A partir del consumo, vemos como tres deciles gastan cerca de la mitad del volumen de servicios, así como del total de lo pagado por las ARS por este concepto.

Al estudiar el gasto promedio per cápita de las ARS en deciles de ingresos, podemos observar que en el decil de ingreso 5 se gasta el 61% de lo que se gasta en el decil 10. Estos resultados guardan relación con otros estudios realizados en la región, el cual se analizan las relaciones de equidad del gasto per cápita promedio del Sistema en quintiles. (Martinez, 2014)

Entre los deciles de ingresos, se observa que a medida en que se incrementa el ingreso promedio, la razón de lo pagado por los afiliados con relación a las ARS, es progresivo, pasando de un 13% a un 18%. En la valoración realizada se puede inferir que existen inequidades relacionadas

con la edad, el quintil de ingresos, el estado de afiliación y el sexo.

El no hacer posible efectuar el copago o cuota moderadora por la población afiliada al Régimen Contributivo se constituye en una barrera para la utilización de los servicios de salud. Los deciles 8, 9 y 10 son los que incurren en mayores gastos de bolsillo para financiar las atenciones en salud. De ahí que, estar afiliado al SFS no es igual a acceso, ya que, en una proporción importante de la población afiliada, un 63% o 2,658,119 afiliados, no se evidencia registro por servicios prestados en Julio de 2018.

Del análisis de los escenarios se concluye que los hombres acceden menos a los servicios de salud, las mujeres acceden más y utilizan los servicios a expensas de gastos de bolsillo combinados. Los menores de cinco años y la población entre 25 y 30 años de edad son los que más utilizan los servicios de salud, alcanzando unos 19 millones de servicios, aproximadamente el 20% del total de los servicios en 2018. En los deciles de ingreso del 1 y 10, el 76% y el 58% de la población agrupada en ellos, respectivamente, no registró servicios prestados ni pagados. El acceso en el decil 1 es 1.75 veces menor que el registrado en el decil 10, en diciembre de 2018.

Los perfiles observados en este estudio nos dejan dos escenarios para análisis futuros respecto de la utilización de los servicios

del Catálogo de Prestaciones del PDSS en el Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, aquel de mayor inequidad de los deciles 1 y 2, ser hombre, estar entre los 18 y 21 años y el segundo, que ofrece mejores condiciones de equidad, es decir pertenecer a los quintiles 9 y 10, ser mujer, mayor de 27 años.

5. AGRADECIMIENTOS

Este estudio no hubiese sido posible sin el apoyo y la colaboración técnica de los equipos de la Dirección de Tecnología de Información y Comunicaciones y la Oficina Estudios Actuariales de la SISALRIL.

6. REFERENCIAS

1. Base de datos SISALRIL.
2. Metodología encuesta ENFT del BCRD.

7. BIBLIOGRAFÍA

Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and acces to medical care: Does is matter? *J Health Soc Behav.*

Martínez, F. L. (2014). Más mercado, menos equidad.

Rubio-Mendoza, M. L. (2008). Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá.

LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL (SDSS) Y EL MERCADO DE SEGUROS EN LA REPUBLICA DOMINICANA, 2014-2019

Montás, M.; Martínez, M.; Rodríguez, J. y Ramírez, P.¹

Citar esta publicación:

Montas, M. C., Martínez, M., Rodríguez, J. y Ramírez, P. (2019). "Los Planes Alternativos de Salud Del Sistema Dominicano De Seguridad Social (SDSS) y el mercado de seguros en la República Dominicana 2014-2019." Serie de Informes Técnicos SISALRIL, No. 2. República Dominicana 2019.

Resumen:

El marco legal y normativo del Seguro Familiar de Salud (SFS) ha definido una serie de beneficios para los afiliados de los distintos regímenes de financiamiento vigentes y que se expresan como coberturas nombradas en el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (PBS), concomitantemente se delimitaron el alcance y los beneficios de Planes Alternativos de Salud (PAS), regulados por la Superintendencia de Salud y Seguridad Social (SISALRIL). Estos últimos quedaron definidos por la Normativa sobre Planes Alternativos emitida por la SISALRIL en 2012 como Planes que amplían los beneficios del Plan Básico de Salud o que benefician a personas no afiliadas al SFS.

Hasta 2015 el número de Planes Alternativos registrados y de personas beneficiadas

por los mismos creció progresivamente. Sin embargo, a partir de ese año se inició un descenso progresivo tanto en el número de Planes Alternativos registrados como en el número de beneficiarios. Simultáneamente se ha observado un crecimiento del mercado de seguros con coberturas de servicios de salud, regido por la Ley No.146-02, fuera del Sistema Dominicano de Seguridad Social y con marco regulador y normativo propio.

El presente artículo resume un informe preliminar, predominantemente descriptivo, sobre los hallazgos iniciales relacionados con la evolución del número de los Planes Alternativos de Salud y sus beneficiarios en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) desde el año 2014 hasta mayo de 2019; y sobre el comportamiento del mercado de seguros con coberturas de servicios de salud fuera del SDSS desde el año 2016 hasta fines del año 2018.

Los hallazgos muestran una importante disminución de los beneficiarios de Planes Alternativos en el SDSS del 53%. De continuar esta tendencia, al concluir 2019, el número de estos beneficiarios podría descender hasta en un 80% o más con respecto a 2016. Simultáneamente, se observa un crecimiento del marco regulatorio y de los planes de seguros con coberturas de servicios de salud que están fuera del SDSS, sobre todo a partir de 2016. Si bien en sus inicios este fenómeno solo pudo observarse en una de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) de inversión privada del Sistema y una empresa de seguros relacionada

¹Realizado para la Unidad de Estudios Especiales de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), República Dominicana.

con la misma, progresivamente se ha reproducido en otras ARS y empresas de seguros relacionadas con las mismas que, en conjunto concentran una elevada proporción de afiliados al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo. El crecimiento de estos seguros voluntarios de salud, comercializados fuera del Sistema Dominicano de Seguridad Social, ha alcanzado una magnitud que ha impactado considerablemente, en los últimos tres años, al mercado de seguros regulados por la Ley No.146-02. Los hallazgos muestran una relación temporal entre los dos fenómenos observados y una posible asociación entre los principales dinamizadores de las tendencias observadas en ambos casos, es decir entre algunas ARS y algunas empresas de seguros.

Palabras clave:

Seguridad social, aseguramiento en salud, planes alternativos de salud, seguros privados, sistema dominicano de seguridad social.

ALTERNATIVE HEALTH PLANS OF THE DOMINICAN SOCIAL SECURITY SYSTEM (SDSS) AND THE INSURANCE MARKET IN THE DOMINICAN REPUBLIC, 2014-2019

Montás, M.; Martínez, M.; Rodríguez, J. y Ramírez, P.²

Cite this publication:

Montas, M. C., Martínez, M., Rodríguez, J. y Ramírez, P. (2019). "The Alternative Health Plans of The Dominican Social Security System (SDSS) And the Insurance

Market In The Dominican Republic, 2014-2019." *Technical Reports Series, SISALRIL, No. 2. Dominican Republic, 2019.*

Executive Summary:

The legal and regulatory framework of Family Health Insurance (SFS) has defined a series of benefits for members of the different financing regimes in force, which are expressed as coverage named in the Catalogue of Benefits of the Basic Health Plan (PBS). At the same time, the scope and benefits of Alternative Health Plans (PAS), regulated by the Superintendence of Health and Social Security (SISALRIL), were defined. The latter were defined by the Regulations on Alternative Plans issued by the SISALRIL in 2012 as Plans that extend the benefits of the Basic Health Plan or that benefit persons not affiliated to the SFS.

Until 2015, the number of the alternative plans and the number of people benefited by them grew progressively. However, from that year onwards, that tendency started to go backwards—a progressive decrease began in both the number of alternative plans registered and the number of beneficiaries. At the same time, the insurance market with health service coverage, governed by Law No. 146-02, has grown outside the Dominican Social Security System and has its own regulatory framework.

This article summarizes a preliminary, predominantly descriptive report on initial findings related to the evolution of the number of Alternative Health Plans and their beneficiaries in the Dominican

²Produced by the Special Studies Unit of the Superintendence of Health and Labor Risks (SISALRIL), Dominican Republic.

Social Security System (SDSS) from 2014 to May 2019; and on the behavior of the insurance market with health service coverage outside the SDSS from 2016 to the end of 2018.

The findings show a significant decrease in the number of beneficiaries of Alternative Plans in the SDSS of 53%. If this trend continues, by the end of 2019, the number of these beneficiaries could drop by up to 80% or more as compared to 2016. At the same time, there is a growth in the regulatory framework and in insurance plans with health service coverage outside the SDSS, especially as of 2016. Although at the beginning this phenomenon could only be observed in one of the System's private investment Health Risk Administrators (ARs) and a related insurance company, it has progressively been reproduced in other

ARs and related insurance companies, which together concentrate a high proportion of contributor family health insurance members. The growth of these voluntary health insurances, marketed outside the Dominican Social Security System, has reached a magnitude that has considerably impacted, in the last three years, the insurance market regulated by Law No.146-02. The findings show a temporal relationship between the two phenomena observed and a possible association between the main drivers of the trends observed in both cases, i.e. between some ARs and some insurance companies.

Keywords:

Social security, health insurance, alternative health plans, private insurance, Dominican social security system.



1. INTRODUCCIÓN

El Seguro Familiar de Salud, forma parte del Sistema Dominicano de Seguridad Social, creado mediante la Ley No.87-01, promulgada el 09 de mayo del año 2001. Dicho marco legal establece que el Seguro Familiar de Salud tiene como 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”³.

Se trata de una muy importante política pública, concretada mediante alianzas público-privadas, que procura garantizar progresivamente la accesibilidad universal de toda la población a las atenciones de salud como bien público⁴.

El marco legal estableció que para conseguir este propósito, los beneficios del Seguro Familiar de Salud estarían contenidos en el “Plan Básico de Salud (PBS)”⁵, de carácter obligatorio para las Administradora de Riesgos de Salud (ARS) y único para todos los afiliados, independientemente del régimen

de financiamiento –contributivo o subsidiado– al cual esté afiliado. Estos regímenes son financiados mediante aportes de los afiliados, sus empleadores y el Estado; y los Planes Complementarios⁶, de carácter voluntario y financiados por recursos propios de los afiliados.

Estos últimos, con carácter voluntario y financiados por cada persona que los contrate. Ambos tipos de planes fueron colocados bajo las regulaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

³Ley No.87-01 que Crea el Sistema Dominicano de seguridad Social. Promulgada el 09 de mayo 2001. Artículo 118.

⁴El artículo 61 de la Constitución Dominicana establece el derecho a la salud: “El Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas”.

⁵Ley No.87-01. Artículo 129 y sucesivos.

⁶Ley No.87-01. Artículo 133.

En el año 2012, la SISALRIL emitió la Normativa sobre los Planes Alternativos de Salud⁷, los cuales definió así: “Planes Alternativos de Salud son todas aquellas coberturas de salud que constituyen modalidades no obligatorias de acceso a los servicios de salud suscritos entre las ARS/SeNaSa y el Contratante/Afiliado. Los tipos de Planes que se contemplan son: Planes Complementarios (PC), Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) y Planes Voluntarios (PV)”.

Los primeros fueron reservados para afiliados al Plan Básico de Salud y podrían contener beneficios no contemplados en el PBS o ampliación de ellos. Los segundos para personas no afiliadas al PBS y los terceros para la cobertura de beneficios y servicios brindados total o parcialmente fuera del territorio nacional.

Hasta el año 2015 el número de Planes Alternativos registrados en la SISALRIL y regidos por la Normativa (Complementarios, Voluntarios y Especiales) y el número de personas beneficiarias de los mismos, creció progresivamente hasta alcanzar más de 1,300,000 afiliados beneficiarios. A partir del año 2016, se inició un descenso progresivo del número de personas beneficiarias de estos planes hasta alcanzar menos de la mitad, aproximadamente 640,000, en el mes de diciembre del año 2018.

Simultáneamente, de acuerdo con la información disponible, ha ocurrido un importante crecimiento del mercado de seguros de salud, fuera del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Ante

estos hechos, la Unidad de Estudios Especiales de la SISALRIL ha establecido una línea de estudio para un mejor conocimiento sobre estas tendencias, sus posibles procesos dinamizadores, su potencial impacto sobre el Seguro Familiar de Salud, en los beneficios de los afiliados, sobre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y los Prestadores de Servicios de Salud (PSS).

Así mismo, esta línea de estudios busca aportar mejor conocimiento sobre la naturaleza de las interacciones entre el Sistema Dominicano de Seguridad Social, establecido por la Ley No.87-01, y el mercado de seguros privados pre pagados con coberturas de servicios de salud regido por la Ley No.146-02 sobre Seguros y Fianzas⁸.

El presente artículo resume algunos de los hallazgos preliminares de esta línea de estudio, con carácter descriptivo, particularmente en lo referente a las magnitudes de estos fenómenos en el período 2014 a mayo 2019 y su asociación temporal con el comportamiento del mercado de seguros regido por la Ley No.146-02 sobre Seguros y Fianzas, fuera del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

El siguiente estudio incluye tres mecanismos y fuentes de información:

- Una primera parte, con metodología descriptiva, se refiere a la información

⁷SISALRIL. Normativa sobre Planes Alternativos de Salud. 09 julio 2012. Resolución 190-2012.

⁸Ley No.146-02 sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana. Promulgada el 09 de septiembre del 2002.

disponible en la SISALRIL (Oficina de Estadística y Estudios Actuariales) para el 31 de diciembre de cada año del período estudiado (2014-2018), sobre el registro de Planes Alternativos de Salud y los informes remitidos por cada ARS involucrada, en el período estudiado.

- Una segunda parte, con metodología descriptiva, se basa en las informaciones publicadas por la Superintendencia de Seguros sobre el comportamiento de las primas pagadas en el mercado de seguros, en el período estudiado.

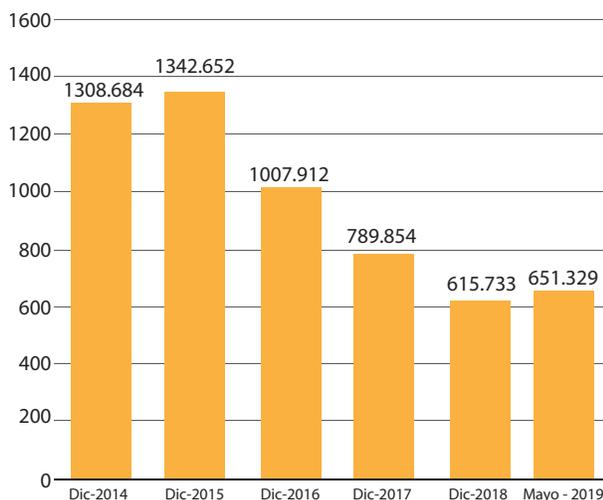
- La tercera, de índole cualitativa, corresponde a entrevistas con expertos conocedores del mercado de aseguramiento en el país, las cuales contribuyeron a una mejor comprensión de los hallazgos cuantitativos.

3. RESULTADOS

3.1 Evolución del número de afiliados a los Planes Alternativos de Salud (PAS)

Gráfica 1

Afiliados a Planes Alternativos de Salud registrados en la SISALRIL

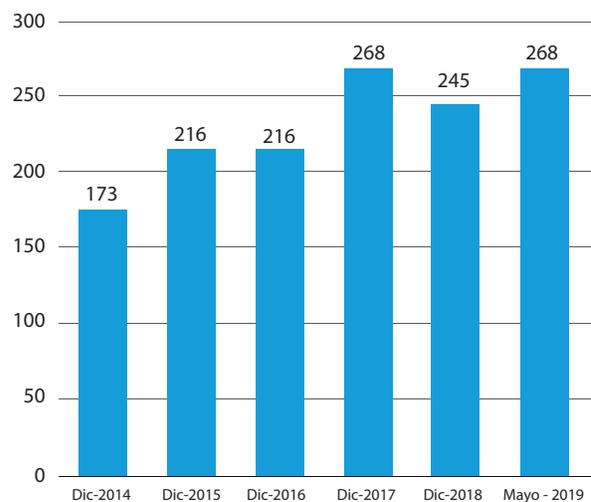


Fuente: UNEE-SISARIL 2019.

El gráfico 1 presenta el panorama general de los afiliados a PAS desde diciembre 2014 a mayo 2019. En el periodo analizado, se observa una disminución del número de personas afiliadas a Planes Alternativos registrados en la SISALRIL, desde 1,308,684 a fines del 2014 hasta 615,733 en diciembre 2018. Una reducción de 692,951 afiliados (52.95%).

Gráfica 2

Tipo de Planes Alternativos de Salud



Fuente: UNEE-SISARIL 2019.

En el Gráfico 2, se observa que el número de tipos de planes alternativos registrados en la SISALRIL, creció desde 173 a finales de 2014 hasta 288 a finales de 2017, un 66.47%. Sin embargo, para finales de 2018 había descendido a 245; una reducción del 14.93%. Esta disminución del número de Planes registrados ha coincidido con un incremento del 41.6% en los tipos de planes registrados y ofertados por las ARS. El comportamiento observado de PAS registrados entre 2014-2018 se mantuvo al menos durante los primeros 5 meses de

2019. año 21018 había 245 tipos diferentes de Planes Alternativos registrados. Estas dos tendencias parecen haberse mantenido, al menos durante los primeros 5 meses del 2019.

Tabla 1

Cantidad de Afiliados y Tipo de Planes Alternativos de Salud

Años	Tipos de planes	No. De afiliados
2014	173	1,308,684
2015	216	1,342,652
2016	216	1,007,912
2017	268	789,854
2018	245	615,733
2019*	268	651,329

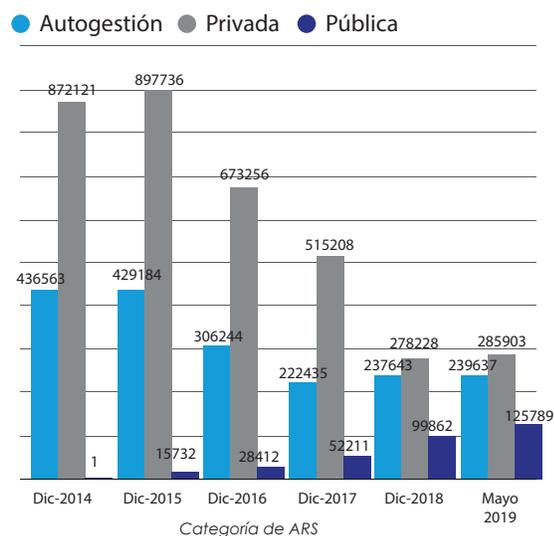
Fuente: UNEE-SISARIL 2019

*Las cifras del 2019 corresponden al mes de mayo.

Simultáneamente, encontramos una fuerte correlación negativa (-70.8%) entre la evolución del crecimiento de los afiliados a estos planes alternativos y el crecimiento del sector de seguros privados, lo cual es de esperar por la visible migración.

Gráfica 3

Afiliados a Planes Alternativos de Salud



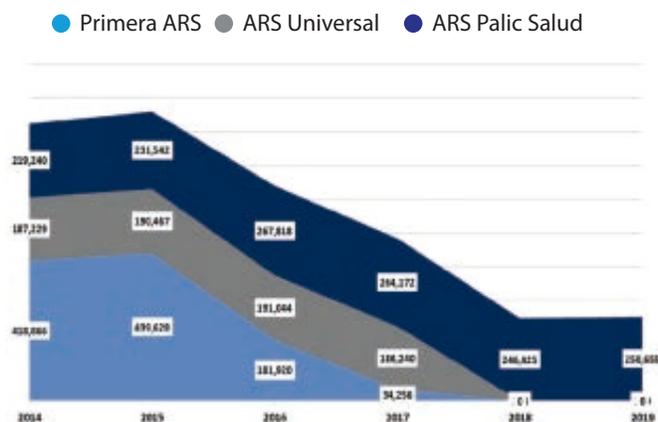
Fuente: UNEE-SISARIL 2019.

3.2 Evolución de los afiliados a PAS según tipo de ARS.

El gráfico 3 presenta la estructura proporcional de los afiliados a Planes Alternativos según el tipo de ARS (privadas, públicas y de autogestión). Al 2015 existían 21 ARS que ofertaban planes alternativos de salud, los cuales se encontraban vigentes y con afiliados registrados, divididas en 13 privadas, 1 pública y 7 de autogestión. La distribución de los 1,342,652 afiliados a dichos Planes era de 66.6% en las ARS privadas, 1.2% en las públicas y 33.4% en las de autogestión. Para fines del 2018, el número de ARS ofertando estos PAS era de 18, de las cuales 12 eran privadas (66.6%), 1 eran públicas (5%) y 5 eran de autogestión (27.8%). La distribución de los 615,733 afiliados en estos PAS registrados en la SISALRIL era de 43.9% en ARS privadas, 19.3% en ARS públicas y 36.8% de:

Gráfica 4

Afiliados a Planes Alternativos de Salud Primera ARS, ARS Univesal, ARS Palic Salud



Fuente: UNEE-SISARIL 2019.

Tabla 2

Composición de afiliados a Planes Alternativos de Salud Primera ARS, ARS Univesal, ARS Palic Salud
% del total de afiliados a PAS, ARS privadas

Años	Primera ARS	ARS Universal	ARS Palic Salud
2014	48.0%	21.5%	25.1%
2015	49.0%	21.2%	25.8%
2016	27.0%	28.4%	39.8%
2017	6.6%	36.1%	51.3%
2018	0.1%	0.0%	88.6%
2019	0.0%	0.0%	87.7%

Fuente: UNEE-SISARIL 2019.

El gráfico 5 y la tabla 2 presentan como ha evolucionado la afiliación a PAS en estas tres ARS.

A 2014, tres ARS (Primera ARS, ARS Universal y ARS Palic Salud) representaban el 94.6% de los afiliados en PAS ofertados por ARS privadas y el 63% del total de afiliados a PAS por todas las ARS; en los Planes Complementarios representaban el 54.4% del total de afiliados y el 95.5% de los afiliados a PAS en ARS privadas. En los Planes Especiales de Medicina Prepagada representaban el 100% del total de afiliados.

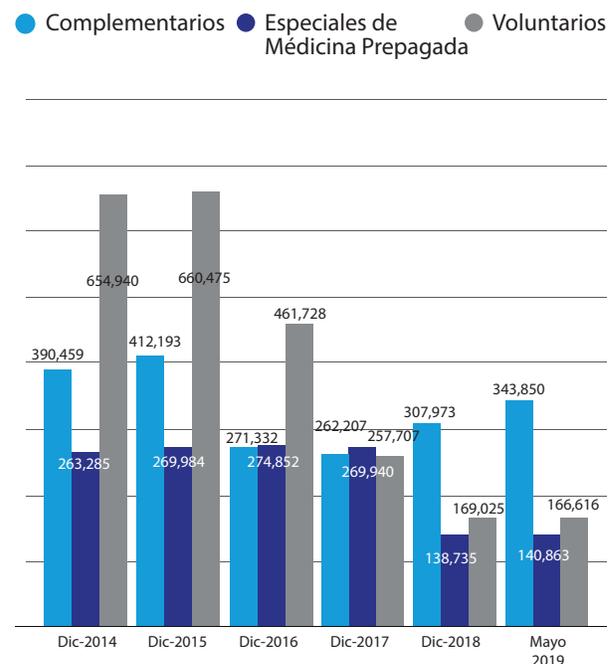
A diciembre del 2018, Primera ARS tenía tan solo el 0.1% y para mayo del 2019 ya no tenía afiliados en estos Planes. Así mismo, ARS Universal para fines del 2018 ya no tenía afiliados. La ARS PALIC Salud, cuyo número de afiliados a PAS creció de 219,240 en diciembre 2014 a 246,425 a fines del 2018 y a 250,655 para mayo 2019, ha

pasado de tener el 25.1% al 88.6% (2018) y 87.7% de este mercado privado de afiliados a PAS en el Sistema de Seguridad Social, registrados en la SISALRIL.

3.3 Evolución según tipo de PAS.

Gráfica 5

Afiliados a Planes Alternativos de Salud Por tipo de Plan



Fuente: UNEE-SISARIL 2019.

El gráfico 5 del porcentaje de afiliados por tipo de Plan Alternativo de Salud. En el periodo analizado, hubo una disminución significativa en la afiliación de todos los tipos de planes ofrecidos: en planes Complementarios fue de 21.1%, en planes Especiales de medicina pre-pagada (EMP) fue de 47.3% y en planes Voluntarios la disminución fue de 74.2%.

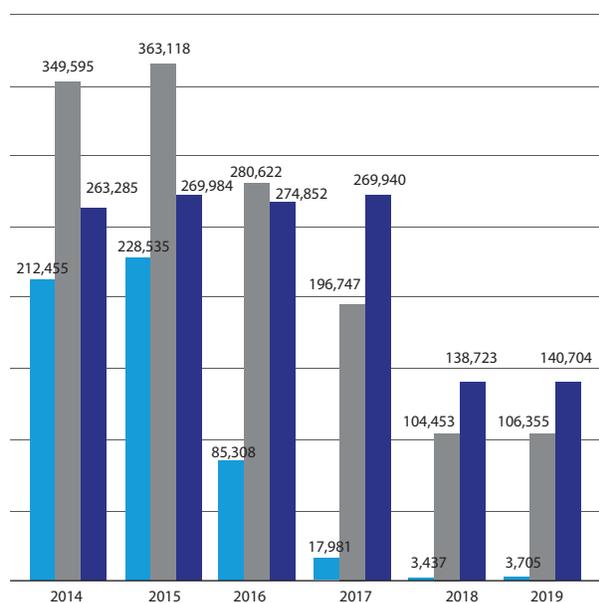
La distribución de los afiliados según el tipo de Plan Alternativo en estas tres ARS, también ha presentado variación

(Gráfico 6 y tabla 3). En diciembre del 2014, los afiliados a planes voluntarios eran el 50%, a Planes Complementarios el 29.8% y a los denominados Planes Especiales de Medicina Pre-pagada el 20.1%. Aun cuando la afiliación a todos los tipos de PAS ha disminuido, el mayor descenso ha ocurrido en los denominados Planes Voluntarios. Para mayo 2019, estos Planes Voluntarios representaban el 25.6% del total de PAS, los afiliados a Planes Especiales de Medicina Prepagada eran el 21.6% y en los Planes Complementarios estaba el 52.8%. Por tanto, su desempeño resulta determinante para las tendencias en este mercado privado de afiliados a PAS.

Gráfica 6

**Afiliados a Planes Alternativos de Salud
Primera ARS, ARS Univesal, ARS Palic Salud
Por tipo de Plan**

● Complementarios ● Voluntarios ● Especiales de Medicina Prepagada



Fuente: UNEE-SISALRIL 2019

Tabla 3

**Afiliados a Planes Alternativos de Salud
Primera ARS, ARS Univesal, ARS Palic Salud
% del total de afiliados a PAS, Por tipo de plan**

Años	ARS Univesal	ARS Palic Salud	Primera ARS
Complementarios			
2014	0.0%	0.5%	53.8%
2015	0.0%	0.6%	54.8%
2016	0.0%	1.0%	30.4%
2017	0.0%	1.1%	5.7%
2018	0.0%	1.1%	0.1%
2019	0.0%	1.0%	0.0%
Voluntarios			
2014	7.1%	14.4%	31.9%
2015	7.4%	15.2%	32.3%
2016	11.7%	27.5%	21.5%
2017	20.8%	48.1%	7.5%
2018	0.0%	61.8%	0.0%
2019	0.0%	63.8%	0.0%
Especiales Medicina Pre-pagada			
2014	53.4%	46.6%	N/A
2015	52.3%	47.7%	N/A
2016	49.8%	50.2%	N/A
2017	49.1%	50.9%	N/A
2018	0.0%	100.0%	N/A
2019	0.0%	99.9%	N/A

Fuente: UNEE-SISARIL 2019.

El gráfico 6 y la tabla 3 presentan la tendencia en afiliación y composición de los afiliados a las tres ARS mencionadas por tipo de plan.

Como se observa, la ARS Univesal no afilió personas a Planes Complementarios en el período, en los Planes Voluntarios

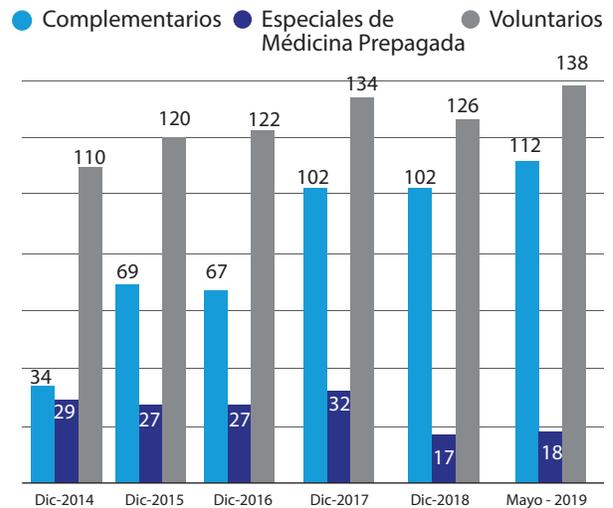
y en los Planes Especiales de Medicina Prepagada alcanzaron su mayor proporción en 2017, pero posteriormente descendieron hasta no tener afiliados en la actualidad en ninguno de los dos. La ARS Primera, según la información disponible, inició este comportamiento un año antes que la ARS Universal; tuvo su mayor proporción de afiliados de Planes Complementarios y Voluntarios en el 2016 y redujo considerablemente su participación a partir del 2017 hasta eliminarlos en el 2018. La ARS Palic Salud ha mantenido su oferta de Planes Alternativos y, al reducirse los afiliados en las otras dos, ha incrementado su participación proporcional hasta 1.1 % del mercado de Planes Complementarios, a 63.8% de los afiliados a Planes Voluntarios y 99.9% en los Planes Especiales de Medicina Prepagada.

Estas variaciones han conllevado a que estas tres ARS, predominantes en el mercado privado de PAS en el 2014, para mayo 2019, representaban el 1.1% del total de los afiliados a Planes Complementarios y el 14.5% de los afiliados a estos planes en ARS privadas; el 63.8% del total de afiliados a Planes Voluntarios y el 89% de los afiliados a estos planes en ARS privadas; el 63.8% del total de los afiliados a Planes Especiales de Medicina Prepagada y el 89% de los afiliados a estos planes en ARS privadas. Prácticamente la totalidad de la participación de estas tres ARS en el mercado de todos estos PAS corresponde a la ARS Palic Salud.

Gráfica 7

Cantidad de tipo de Planes Alternativos de Salud

Por tipo de Plan



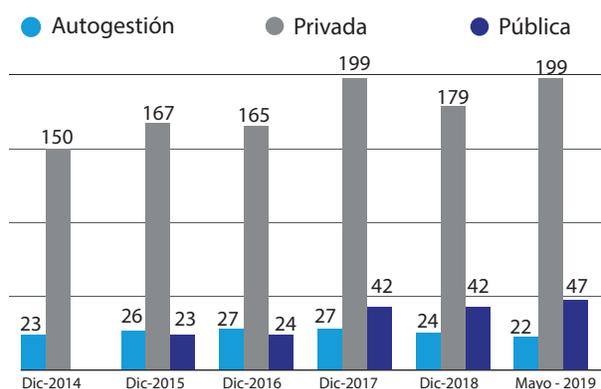
Fuente: UNEE-SISARIL 2019.

Al contrario del comportamiento observado con los afiliados, si se ve la cantidad de tipo de PAS, los mismos han percibido un aumento. De 2014 a 2018, los planes complementarios han duplicado su cantidad, los voluntarios han variado positivamente un 15% y los únicos con comportamiento diferente han sido los de medicina pre-pagada, disminuyendo un 41%.

Gráfica 8

Cantidad de tipo de Planes Alternativos de Salud

Por categoría de ARS



Fuente: UNEE-SISARIL 2019.

Observando la cantidad de tipo de planes alternativos de salud por categoría de ARS, la principal ARS pública (SeNaSa), que en 2014 no ofertaba estos planes, ha aumentado progresivamente en un 82.6% su cartera de PAS, desde 2015 a 2018. Le sigue las ARS privadas con 19.3% de variación positiva y por último las de autogestión con una variación positiva de 4.3%.

A pesar de que el porcentaje de afiliados a planes alternativos ha disminuido significativamente, ha habido una tendencia al alza en los tipos de planes alternativos ofrecidos. Esta diversificación en los planes ofrecidos, con menos afiliación, está representada mayormente por el crecimiento de los tipos de planes complementarios ofertados por ARS públicas y de autogestión.

3.4. El mercado de Seguros Privados pre-pagados de salud

El mercado de seguros de la República Dominicana se rige bajo el marco legal de la Ley 146-02 sobre Seguros, Fianzas de la República Dominicana. La misma establece en el capítulo II, artículo 6: “Los contratos de seguros y fianzas previamente aprobadas por la Superintendencia⁹ más adelante indicadas y los endosos y renovación de los mismos deberán ser suscritos en la República Dominicana, directamente o a través de Intermediarios con aseguradores autorizados para operar en el Territorio Nacional: a) Los segu-

ros sobre la vida y la salud de personas. b) Los seguros sobre bienes situados en la República Dominicana o intereses dominicanos en el extranjero. c) Los seguros de cascos de naves, aeronaves y cualquier clase de vehículos de motor matriculados en el país o que ingresen bajo régimen de internamiento temporal. d) Los seguros de transporte de carga de importación. e) Las fianzas e toda índole sobre obligaciones en la República Dominicana”.

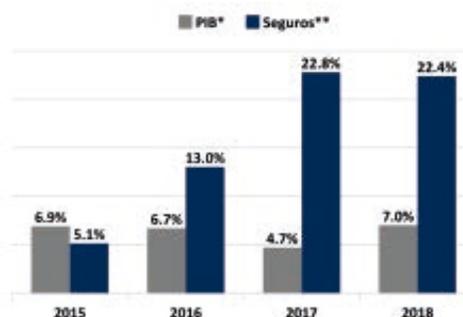
A continuación, se presenta información sobre el comportamiento del mercado de seguros, en particular del mercado de Planes Prepagados de Salud, comercializados por empresas de seguros, fuera del Sistema Dominicano de Seguridad Social, regidas por la Ley 146-02 y regulados por la Superintendencia de Seguros.

Gráfica 9

Crecimiento de Seguros, PIB
Tasa de crecimiento, anual, 2015-2018

	Δ%2016-2017	Δ%2017-2018
Humano Seguro S.A.	348.5%	53.3%
Seguro Universal S.A.	5.3%	87.8%

Fuente: UNEE, elaboración propia, 2019



Fuente: Banco Central de la República Dominicana, Superintendencia de Seguros.

*Tasa de crecimiento del PIB en referencia a 2007 **Tasa de crecimiento nominal del sector seguros.

⁹Se refiere a la Superintendencia de Seguros.

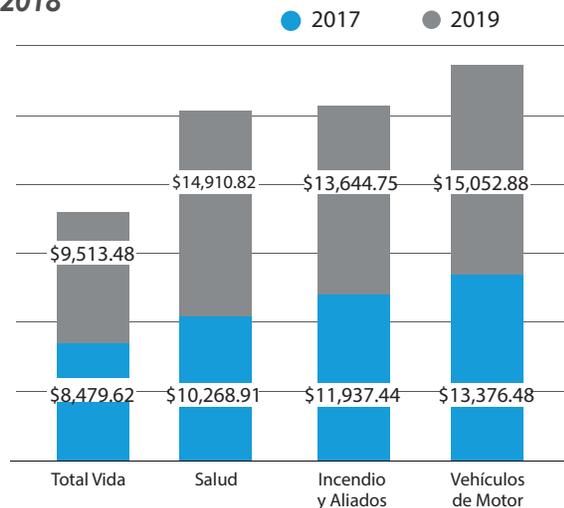
Como puede observarse en el Gráfico 9, según lo reportado en la Superintendencia de Seguros por Primas Pagadas, en la República Dominicana ha habido un importante crecimiento sostenido de las primas pagadas por concepto de seguros entre el 2015 y el 2018, muy superior al crecimiento del PIB. A partir del 2016 comienza con un crecimiento del 11% anual y en los años 2017 y 2018 crece por encima del 22% anual El Producto Interno Bruto (PIB).

Este es un comportamiento que resulta interesante analizar a la luz de un contexto económico nacional que evidencia un Producto Interno Bruto (PIB) que registró un crecimiento en 2016, 2017 y 2018 de 6.6%, 4.6% y 7%, respectivamente, según el Banco Central de la República Dominicana.

En el Gráfico 10, se observa el comportamiento de las cuatro principales ramas de los seguros privados, que entre todas representan el 89.2% de las primas netas cobradas al 2017 y 2018.

Gráfica 10

4 Principales ramas: Primas Netas Cobradas En RD\$ Millones, variación porcentual, 2017-2018

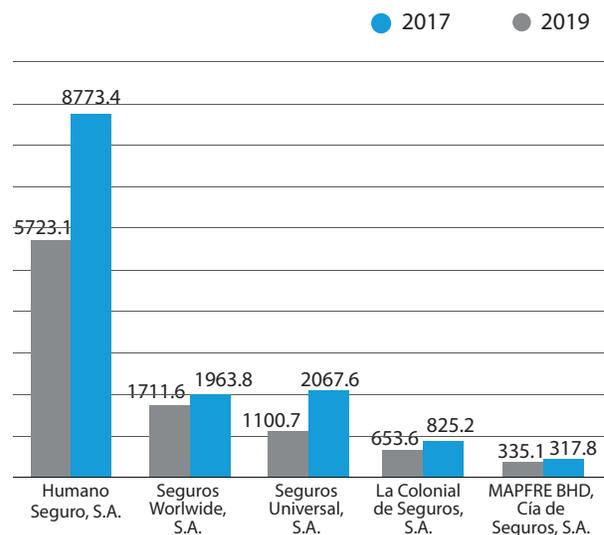


Fuente: UNEE-SISARIL 2019.

Las empresas aseguradoras reportaron primas netas cobradas por RD\$ 49,354.2 millones durante 2017, un incremento absoluto de RD\$ 8,594.5 millones, de los cuales RD\$4,896.9 millones (alrededor del 50% del incremento) proviene del ramo salud. En el año 2018 sucede un comportamiento similar, ya que las empresas reportaron RD\$ 59,561.6 millones, de los cuales RD\$ 4,641.9 (alrededor del 45% de este incremento), se debe al ramo salud. Se observa que la variación relativa del sector salud fue de un 91.2% en 2016-2017 y de un 45.2% en 2017-2018. Este comportamiento del mercado de seguros de salud (bajo la Ley 146-02) tiene una Correlación negativa de 70.8% con el comportamiento de la afiliación a los Planes Alternativos de Salud en el marco del Sistema de Seguridad Social antes descrito.

Gráfica 11

Seguros privados: Salud En RD\$ millones, participación porcentual por aseguradora, 2017- 2018



Fuente: UNEE-SISALRIL 2019.

Desglosando el aporte de cada empresa de seguros en este crecimiento, en el gráfico 11 se observa las cinco aseguradoras que aportan el 82.4% del monto total de las primas cobradas por pólizas de salud. Seguros Humano reporta el mayor porcentaje de las primas cobradas (más de la mitad), siendo aproximadamente 55.57% en 2017 y 58.8% en 2018. En términos absolutos, en 2017 y 2018 Seguros Humano represento RD\$ 4,447.0 y RD\$ 3,050 millones, respectivamente, dígase, el 88.3% y el 65.7%, de la variación del crecimiento total en las primas cobradas por pólizas de salud.

Seguros Universal ha venido ganando importancia en el ramo de salud desde el 2017. Su crecimiento de 2016-2017 fue de 5.3%, sin embargo, de 2017-2018 fue de 87.8%, casi duplicando su valor neto en primas registradas.

Seguros Humano y Seguros Universal poseen vínculo con la ARS Primera de Humano y ARS Universal, es decir con las ARS que habiendo tenido en 2014 una importante participación en el mercado de Planes Alternativos de Salud, en el marco del Sistema de Seguridad Social, han eliminado la afiliación a los mismos en los últimos años.

4. DISCUSIÓN

Los hallazgos iniciales del presente estudio, mostrados en este informe,

evidencian que el número de afiliados a los Planes Alternativos de Salud en el marco del Sistema Dominicano de Seguridad Social, registrados en la SISALRIL, creció progresivamente hasta el año 2016 y a partir de este año ha ocurrido una acentuada disminución, la cual se focaliza principalmente en las ARS Primera de Humano y Universal, las cuales en la actualidad no tienen afiliados en PAS; y aunque afecta a todos los tipos de PAS, su impacto es mayor en los Planes Voluntarios y en la eliminación de la oferta de Planes Complementarios por dos de las ARS de mayor afiliación en el Régimen Contributivo.

Simultáneamente, ha ocurrido un importante crecimiento del mercado de seguros regido por la Ley No.146-02 y bajo la supervisión de la Superintendencia de Seguros. Este crecimiento ha estado en su mayor proporción relacionado con el incremento de la comercialización de pólizas con planes pre-pagados de coberturas de servicios de salud, más específicamente correspondientes a dos empresas aseguradoras vinculadas con dos de las ARS con mayor número de afiliados en el Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, las cuales han eliminado su participación en el mercado de Planes Alternativos de Salud en el marco del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

A la luz de estos hallazgos, surgen algunas interrogantes que ameritan mayor indagación y reflexión.

Algunas de estas interrogantes son:

- a. **¿Cuál es el efecto de la migración de los afiliados al Seguro Familiar de Salud con mayor capacidad de pago hacia planes de aseguramiento privado, fuera de las regulaciones y normativas del Sistema Dominicano de Seguridad Social?**
- b. **¿Existen tarifas diferenciales pagadas a los PSS por las ARS para el Plan Básico del Seguro Familiar de Salud y por las empresas de seguros?**
- c. **¿Hay algún efecto sobre el gasto familiar de bolsillo de los afiliados al SFS?**
- d. **¿Hay algún efecto sobre la siniestralidad reportada por las ARS correspondiente al Plan Básico de Salud?**
- e. **¿Cuáles incentivos económicos e institucionales estimulan la tendencia en algunas ARS a reducir su oferta y afiliación a los Planes Alternativos de Salud, en el marco del Sistema Dominicano de Seguridad Social, mientras que simultáneamente las empresas de seguros vinculadas a ellas impulsan la afiliación a pólizas de seguros con coberturas pre-pagadas en salud?**
- f. **¿Existe algún impacto sobre el derecho de los afiliados al SFS para reclamar supuestas o reales denegaciones de coberturas u otras desavenencias por parte de las empresas aseguradoras privadas?**

g. **¿Cuál es el impacto potencial, si existiera, de estos fenómenos sobre la sostenibilidad financiera del Seguro Familiar de Salud?**

h. **¿Cuáles decisiones podrían ser adoptadas en el marco del Sietma Dominicano de Seguridad Social y/o de los órganos reguladores del mercado de seguros, para propiciar una interacción mutuamente beneficiosa entre el Seguro Familiar de Salud y las pólizas de seguros privadas de salud?**

Estas interrogantes que emergen de los hallazgos preliminares de esta línea de estudio, constituyen acicates para continuar desarrollando estas líneas de estudios.

5. AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a la Superintendencia de Seguros, Cámara Dominicana de Aseguradores y Reaseguradores (CA-DOAR) y Seguros Reservas. Por recibirnos y su colaboración en la etapa de levantamiento de información.

También agradecer al equipo interno, la Oficina de Estudios Actuariales y Estadísticas, lo cuales fueron parte importante para extracción y procesamiento de la data utilizada.

Informantes claves entrevistados:

[1] Cuevas, R., Director técnico, Superintendencia de Seguros de la República Dominicana.

[2] Villamán, M., Presidente, Cámara Dominicana de Aseguradores y Reaseguradores, Inc.

[3] Mota, O., Vicepresidente, Seguros Reservas.

6. REFERENCIAS

[1] Ley No.87-01 que Crea el Sistema Dominicanos de Seguridad Social. Promulgada en 09 de mayo 2001.

Publicada por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

[2] SISALRIL (2012) Normativa sobre los Planes Alternativos de salud. Obtenido de: http://www.sisalril.gob.do/pdf/normativas/NORMATIVA_SOBRE_LOS_PLANES_ALTERNATIVOS_DE_SALUD.pdf

[3] Superintendencia de Seguros, Marco Legal, Ley no. 146-02 sobre: Seguros, Fianzas de la República Dominicana. Obtenido de: <http://www.superseguros.gob.do/images/docs/leyno146-02.pdf>.



SISALRIL
Superintendencia
de Salud y Riesgos Laborales
Tu protección es nuestra Misión