

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas



**Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires**  
**Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social**

“Factores Económicos y Sociales que inciden en el acceso a las prestaciones de servicios de salud del Seguro Familiar de Salud de Sistema Dominicano de Seguridad Social”

Tesis que para obtener el grado de:

Maestría en Gestión Actuarial de la Seguridad Social

Presenta:

Leticia Martínez Martiñon

Buenos Aires, Argentina 2015

Santo Domingo, República Dominicana a 12 de Septiembre del 2014

Señores  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
Estimados señores:

Por medio de la presente les comunico que he revisado el trabajo escrito bajo el título: *REPÚBLICA DOMINICANA: Factores Económicos y Sociales que inciden en el acceso a las prestaciones de servicios de salud del Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social*, realizado por: Leticia Martínez Martiñón, verificando que cumple con los requisitos de la *Maestría en Gestión Actuarial de la Seguridad Social*.

Dicho trabajo cuenta con mi voto **aprobatorio**

Atentamente.

  
Francisco I. Cáceres Ureña, PhD

## Índice General.

<b>Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Los seguros sociales en la República Dominicana: desarrollo y cobertura. ....</b>	<b>12</b>
1.1 Orígenes y evolución del Sistema Dominicano de Seguridad Social. ....	12
1.2 Sistema de Pensiones previo a la implementación de la ley 87-01 y las pensiones otorgadas por el Estado y para los trabajadores al servicio del Estado.....	16
<b>2. Características del Sistema Dominicano de Seguridad Social. ....</b>	<b>18</b>
2.1 Composición de los Riesgos el Sistema Dominicano de Seguridad Social .....	20
2.2 Beneficiarios del Sistema Dominicano de Seguridad Social.....	21
2.3 Regímenes de Financiamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social .....	22
2.3 Instituciones del Sistema Dominicano de Seguridad Social.....	22
2.4 Características del Seguro Familiar de Salud .....	25
2.4.1 Subsidios por Maternidad dentro del Seguro Familiar de Salud.....	25
2.4.2 Subsidios por Lactancia dentro del Seguro Familiar de Salud.....	26
2.4.3 Subsidios por Enfermedad Común.....	27
2.5 Características del Seguro de Riesgos Laborales.....	27
2.6 Características del Sistema Dominicano de Pensiones .....	28
<b>3. Estructura y Funcionamiento del Seguro Familiar de Salud en la Cuenta Cuidado de la Salud.....</b>	<b>29</b>
3.1 Marco Legal, Conceptual y Técnico del SFS en sus tres regímenes de financiamiento. ....	30
3.1 Factores que influyen en la no inclusión en el Seguro Familiar de Salud .....	39
3.2 Factores económicos que influyen en el volumen del recaudo que respalda la dispersión. ....	40
3.3 Factores que determinan la Suficiencia Financiera de la Cuenta Cuidado de la Salud en el Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud.....	41
3.3.1 Índice de Suficiencia de recaudo.....	42
3.3.2 Suficiencia de Recaudo por tamaño de integrantes del núcleo familiar. ....	46
3.4 Factores que inciden en el acceso a las coberturas del Plan Básico de Salud. ....	48
<b>4. Población afiliada a servicios de salud según la ENHOGAR 2012. ....</b>	<b>59</b>
4.1 Condición de Afiliación al Seguro de Salud de la Población en general.....	59
4.2 Población que cuenta con Seguro de Salud .....	60
4.2.1 Población que cuenta con el Seguro Familiar de Salud. ....	62
4.2.2 Fuente de financiamiento de los Planes Voluntarios.....	63
4.3. Identificación del Seguro de Salud o Médico como principal .....	65

4.3 Seguro de Salud Principal .....	66
4.3.1 Seguro de Salud Principal y tipo de Afiliación .....	67
4.3.2 Tamaño poblacional del hogar y del núcleo de la población afiliada. ....	69
4.3.3 Seguro Familiar de Salud. Tamaño poblacional del hogar y del núcleo de la población afiliada. ....	72
4.4 Población Afiliada a un Seguro Médico y la relación de parentesco con el Afiliado Titular. ....	74
4.4.1 Condición de Afiliación del Cónyuge del Titular.....	75
4.4.2 Condición de Existencia de hijo(as) sin afiliación del Titular.....	77
4.4.3 Condición de Afiliación de la Madre o Padre del Afiliado Titular .....	79
4.4.4 Población Afiliada Dependiente .....	80
4.5 Población afiliada a un Seguro de Salud o Médico y la asociación con el Seguro Familiar de Salud establecido por la Ley 87-01.....	81
4.6 Población que no tiene Seguro de Salud y sus razones. ....	85
4.7 Afiliación a Seguro de Salud como una prestación laboral. ....	86
4.7.1 Población Ocupada y la prestación laboral de un Seguro de Salud otorgado por la empresa donde trabaja. ....	89
4.7.2 Población Ocupada no afiliada al Seguro de Salud como prestación laboral y su condición de tener Cédula de Identidad. ....	90
4.7.3 Población Ocupada según tipo de empresa donde trabaja y su relación con la prestación laboral al Seguro de Salud .....	90
4.7.4 Población Ocupada según su situación laboral y su condición de contar con un Seguro de Salud como prestación laboral.....	92
4.7.5 Población Ocupada según su tamaño de la empresa y su relación con la prestación laboral al Seguro de Salud .....	94
4.8 Población Ocupada según sexo y su relación con la condición de tener Seguro de Salud95	
4.9 Clasificación de la población según condición de actividad económica y seguro de salud. ....	98
4.10 Perfil de la población que no cuenta con el Seguro Familiar de Salud .....	100
4.10.1 Edad y Sexo de la población que no cuenta con Seguro Familiar de Salud .....	100
4.10.2 Lugar de Residencia de la población que no cuenta con Seguro Familiar de Salud .....	103
4.10.3 Grupo Socioeconómico en el que se agrupa a la población que no cuenta con Seguro Familiar de Salud .....	108
<b>5. Cobertura del Seguro Familiar de Salud .....</b>	<b>111</b>
5.1 La Administración del Riesgo en Salud.....	116

<b>6. Conclusiones .....</b>	<b>120</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>123</b>

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 .REPÚBLICA DOMINICANA: Suficiencia del Recaudo de la Cuenta Cuidado de la Salud promedio por núcleo familiar según período de cobertura. Septiembre 2009- Febrero 2014.....	44
Gráfico 2. REPÚBLICA DOMINICANA: Suficiencia del Recaudo de la Cuenta Cuidado de la Salud promedio por núcleo familiar según tamaño del núcleo y período de cobertura. Septiembre 2007- septiembre 2013.....	47
Gráfico 3. REPÚBLICA DOMINICANA: Índice de inversión en salud por afiliado dentro del Régimen Contributivo que pagó la ARS según rango salarial al que pertenece el núcleo familiar. 2012. ....	57
Gráfico 4. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de la Población que tiene un Plan Voluntario de Salud según fuente de financiamiento. ENHOGAR 2012.....	64
Gráfico 5. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual según tipo de combinación de Plan Voluntario y SFS y fuente de financiamiento. ENHOGAR 2012 .....	65
Gráfico 6. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población Afiliada que declara tener un solo tipo de Seguro de Salud o Médico según tipo de Seguro de Salud o Médico. EHOGAR 2012.....	66
Gráfico 7. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de la Población Afiliada por tipo de afiliación según tipo de seguro de salud. ENHOGAR 2012.....	68
Gráfico 8. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares según número de dependientes asociados al Seguro Principal según tipo de seguro. ENHOGAR 2012. ....	68
Gráfico 9. REPÚBLICA DOMINICANA: Tamaño promedio del núcleo (titular y dependientes) según tipo según tipo de seguro. ENHOGAR 2012. ....	69
Gráfico 10. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de los Titulares según condición de existencia de dependientes que no han sido afiliados al seguro. ENHOGAR 2012 .....	70
Gráfico 11. REPÚBLICA DOMINICANA: Promedio de personas dependientes que faltarían por afiliarse según la declaración del Titular por tipo de Seguro de Salud. ENHOGAR 2012.....	71
Gráfico 12. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de los Titulares según el número de dependientes que faltarían por afiliarse por tipo de Seguro de Salud.....	71
Gráfico 13. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución del total de Hogares según número de integrantes del hogar que cuentan con afiliación en el SFS. ENHOGAR 2012 .....	72
Gráfico 14. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución del total de Hogares según número de integrantes del hogar que cuentan con afiliación en el SFS. ENHOGAR 2012.....	74
Gráfico 15. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de los Hogares según número de miembros por número de afiliados al SFS y otro tipo de Plan de Salud. ENHOGAR 2012.....	74
Gráfico 16. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares con afiliación en algún Seguro de Salud según condición de residencia de la población dependiente no afiliada. ENHOGAR 2012. ....	75
Gráfico 17. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares afiliados según condición de existencia de Cónyuge. ENHOGAR 2012. ....	76

Gráfico 18. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares afiliados con cónyuge según condición de afiliación del cónyuge.....	76
Gráfico 19. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares afiliados según condición de existencia de hijos(as) menores de 21 años de edad. ENHOGAR 2012. ....	77
Gráfico 20. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares afiliados con hijos (as) menores de 21 años según la existencia de hijos (as) afiliados. ENHOGAR 2012.....	78
Gráfico 21. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares afiliados según condición de existencia de hijos(as) mayores de 21 años de edad. ENHOGAR 2012.....	78
Gráfico 22. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares afiliados con hijos (as) mayores de 21 años según la existencia de hijos (as) no afiliados.....	79
Gráfico 23. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de la Población Dependiente afiliada a un Seguro de Salud o Médico según parentesco con la persona que la tiene afiliada por tipo de Seguro de Salud. ENHOGAR 2012. ....	81
Gráfico 24. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la Población Afiliada a algún Seguro de Salud o Médico según identificación si el Seguro corresponde al SFS establecido por la Ley 87-01. ENHOGAR 2012.....	82
Gráfico 25. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la Población Afiliada según identificación de quién paga el Seguro de Salud o Médico principal. ENHOGAR 2012.....	83
Gráfico 26. República Dominicana: Distribución de la Población Afiliada al Seguro Familiar de Salud según identificación de quién paga el Seguro de Salud o Médico principal. ENHOGAR 2012.....	84
Gráfico 27. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la Población Afiliada al Plan Voluntario según identificación de quién paga el Seguro de Salud o Médico principal. ENHOGAR 2012. ....	85
Gráfico 28. República Dominicana: Porcentaje de Población Económicamente Activa y Población No Económicamente Activa por Grandes Grupos de Edad. ENHOGAR 2012 .....	88
Gráfico 29, República Dominicana: Porcentaje de Población Ocupada y No Ocupada por Grandes Grupos de Edad. ENHOGAR 2012.....	88
Gráfico 30. República Dominicana: Población Ocupada que no tiene la prestación del SFS según tenencia de Cédula de Identidad. ENHOGAR 2012. ....	90
Gráfico 31. República Dominicana: Distribución porcentual de la población que tiene SFS, como prestación laboral según tipo de empresa donde presta sus servicios. ENHOGAR 2012. ....	91
Gráfico 32. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población Ocupada por tipo de empresa según afiliación al Seguro de Salud como prestación laboral. ENHOGAR 2012.....	92
Gráfico 33. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población Ocupada por Condición de Afiliación al Seguro de Salud como prestación laboral por Situación Laboral según afiliación al Seguro de Salud como prestación laboral. ENHOGAR 2012.....	92
Gráfico 34. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población Ocupada por Situación Laboral según afiliación al Seguro de Salud como prestación laboral. ENHOGAR 2012 .....	93
Gráfico 35. República Dominicana: Distribución porcentual de la población ocupada con Seguro de Salud y sin Seguro de Salud como prestación laboral según tamaño de la Empresa. ENHOGAR 2012. ....	94



Gráfico 36. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de la población de 10 años y más por condición de actividad según sexo. ENHOGAR 2012.....	95
Gráfico 37. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población Económicamente Activa Ocupada por sexo y grupo de edad. ENHOGAR 2012.....	96
Gráfico 38. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de población ocupada que cuenta con Seguro de Salud como una prestación laboral por sexo y grupos de edad. ENHOGAR 2012. .	97
Gráfico 39. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la población ocupada por sexo y edad. ENHOGAR 2012. ....	97
Gráfico 40. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la población ocupada que cuenta con el Seguro de Salud como una prestación laboral según sexo y grupos de edad. ENHOGAR 2012.....	98
Gráfico 41. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de población con Seguro de Salud según condición de actividad económica. ENHOGAR 2012 .....	99
Gráfico 42. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de población con Seguro Familiar de Salud como Seguro Principal según condición de actividad económica. ENHOGAR 2012.....	100
Gráfico 43. República Dominicana: Porcentaje de Población no cuenta con el Seguro Familiar de Salud por grandes grupos de edad y sexo. ENHOGAR 2012.....	102
Gráfico 44. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población no cuenta con el Seguro Familiar de Salud pero tiene un Plan Voluntario u otro tipo de Seguro de Salud por grandes grupos de edad y sexo. ENHOGAR 2012.....	103
Gráfico 45. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población que no cuenta con el Seguro Familiar de Salud por Región. ENHOGAR 2012 .....	104
Gráfico 46. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población que no tiene Seguro Familiar de Salud por Región según zona de residencia. ENHOGAR 2012 .....	105
Gráfico 47. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población que tiene Seguro de Salud pero no el SFS por Región según zona de residencia. ENHOGAR 2012 .....	106
Gráfico 48. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población no afiliada al SFS según grupo de edad y zona de residencia. ENHOGAR 2012.....	107
Gráfico 49. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población no afiliada al SFS según grupo de edad y zona de residencia. ENHOGAR 2012.....	107
Gráfico 50. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población no afiliada al SFS según grupo de edad y zona de residencia. ENHOGAR 2012.....	108
Gráfico 51. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población que no cuenta con SFS según estrato socioeconómico. ENHOGAR 2012 .....	109
Gráfico 52. República Dominicana: Porcentaje de Población que no cuenta con SFS pero cuenta con un Plan de Salud según estrato socioeconómico. ENHOGAR 2012 .....	110
Gráfico 53. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población afiliada al SFS por régimen de financiamiento. Septiembre 2007 a junio 2014. ....	112
Gráfico 54. REPÚBLICA DOMINICANA: Índice de aseguramiento Subsidiado. ....	113
Gráfico 55. REPÚBLICA DOMINICANA: Índice de aseguramiento Subsidiado por sexo del afiliado. Septiembre 2007 a junio 2014.....	113
Gráfico 56. REPÚBLICA DOMINICANA: Índice Masculinidad de la población afiliada al SFS según tipo de Régimen Septiembre 2007 a junio 2014. ....	114

## Introducción

La presente investigación constituye un estudio transversal de diseño no experimental cuya unidad de análisis es la población residente de la República Dominicana en distintos momentos del período comprendido entre septiembre 2007 y agosto 2014, con el fin de acercarnos a conocer los factores económicos y sociales que inciden en el acceso a las prestaciones de servicios de salud del Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

El trabajo de Tesis se enfoca principalmente en uno de los componentes del Sistema Dominicano de la Seguridad Social (SDSS), que es el Seguro Familiar de Salud, el objetivo general es determinar qué factores de tipo económico y social pueden estar incidiendo en que se alcance la cobertura universal de la población residente en República Dominicana, planteada en la Ley 87-01 que crea el actual Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Se toma como delimitación conceptual la que marca la Ley 87-01 en torno a la definición de cada uno de los grupos poblacionales que son objeto de aseguramiento de los tres regímenes de financiamiento que conforman el Seguro Familiar de Salud.

El acceso a las prestaciones de servicios de salud tiene dos ejes de análisis: El primero desde el concepto de cobertura poblacional del Seguro Familiar de Salud, es decir, del total de población en el país que población está afiliada al Seguro Familiar de Salud (SFS) y de la que no está incluida, la caracterización de la población que no cuenta con el SFS.

El segundo eje, es determinar si la población que tiene cobertura dentro del SFS demanda los servicios de salud dada la limitante del copago.

En República Dominicana la ley plantea tres regímenes de financiamiento dentro del Seguro Familiar de Salud: el Régimen Contributivo, el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo Subsidiado. Cada uno tiene sus propias características y su población objeto de aseguramiento. Al no estar implementado el Régimen Contributivo Subsidiado, ya de manera inicial se tiene visualizamos un SFS que no cubre a toda la población residente en el República Dominicana.

La delimitación conceptual para la identificación de la población objeto de aseguramiento de cada régimen de financiamiento, toma como base la Ley 87-01. A partir de este marco legal y conceptual, se puede determinar que no solo la población objeto de aseguramiento del Régimen Contributivo Subsidiado no está protegida dentro del Seguro Familiar de Salud, también existe población objeto de aseguramiento del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado que por alguna razón no está afiliada.

A lo largo de la implementación del Seguro Familiar de Salud, se ha evidenciado que existen algunas limitantes en términos conceptuales, que pueden estar incidiendo en la cobertura poblacional de los regímenes de aseguramiento actualmente implementados. El concepto de núcleo familiar (delimitado por ley) es un factor clave para que toda la población de un hogar esté dentro del SFS.

La población que es objeto de aseguramiento a través del Régimen Contributivo Subsidiado es un grupo muy heterogéneo, por lo que dicho régimen tiene que visualizar elementos concretos para su implementación, más allá de ver al Estado como figura subsidiaria y una tasa de cotización única.

Antes de implementar el Régimen Contributivo Subsidiado se tendría que tomar en cuenta la estructura de núcleo familiar, más allá de lo que se define en el Régimen Contributivo, de mantenerse, podría existir empalme de cobertura poblacional dentro del hogar, entre el Régimen Contributivo y el Régimen Contributivo Subsidiado o se tendrían que marcar excepciones para no duplicar esfuerzos (con sus respectivos costos) en la administración del otorgamiento de las coberturas.

Por ejemplo, actualmente existe una población que es objeto del Régimen Contributivo Subsidiado (trabajadores por cuenta propia) que no cotizan en el Sistema Dominicano de Seguridad Social pero debido a que son las(os) compañeras(os) de vida o dependientes directos, que pertenecen a un núcleo familiar donde existe un cotizante activo en el Régimen Contributivo, estos se ven beneficiados del Seguro Familiar de Salud en el Régimen Contributivo por ese simple hecho, en consecuencia no aportan al SDSS, aunque trabajen y tengan ingresos fijos pero se ven subsidiados por el Régimen Contributivo.

La población de menores ingresos usan poco los servicios pero cuando los utiliza el monto del “siniestro” es mayor, esto provocado, no sólo por la percepción de la “enfermedad” sino por no contar con los recursos necesarios para acceder al servicio necesario, debido a que tienen que cubrir un pago que a veces, puede representar más del 50% del ingreso mensual que se percibe en el hogar. La frecuencia en el uso de los servicios de salud y la alta siniestralidad (monto cubierto por tipo de servicio) es diferencial por rango salarial del núcleo familiar.

Las fuentes de información utilizadas, que soportan la delimitación poblacional de cada régimen de financiamiento y que permiten cumplir con el objetivo de determinar los factores económicos y sociales que inciden en el acceso de la población a las prestaciones de servicios de salud del Seguro Familiar de Salud son las bases de datos de:

- a) La Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples 2012 (ENHOGAR 2012);
- b) Los registros administrativos del Sistema Dominicano de Seguridad Social, específicamente los relacionados con el Recaudo, Dispersión, Ingreso y Gasto dentro del Seguro Familiar de Salud, con enfoque principal en la Cuenta Cuidado de la Salud para el período de implementación del Seguro Familiar de Salud septiembre 2007 a septiembre 2013;
- c) Las Estimaciones y Proyecciones de Población de la República Dominicana revisión 2014.
- d) Las Estadísticas de publicación mensual y puestas a disposición del público a través de la página web de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) sobre la Afiliación y Dispersión de los distintos regímenes de financiamiento del Seguro Familiar de Salud.
- e) Los Estados Financieros del Sistema Dominicano de Seguridad Social publicados por la Tesorería de la Seguridad Social en la página web de dicha institución
- d) Los anuarios estadísticos del Consejo Nacional de la Seguridad Social
- e) Los Reglamentos, Resoluciones, Normativas del Seguro Familiar de Salud, emitidos por las distintas instituciones vinculadas con el Sistema Dominicano de Seguridad Social publicadas en la página web de cada una de ellas.

La ENHOGAR 2012 incluyó una batería de preguntas vinculadas con las **Características de la protección social y aspectos relacionados**, entre los cuales figura el Seguro Familiar de Salud. Se procesó la base de datos de la ENHOGAR 2012<sup>1</sup> con el fin de caracterizar a la población que cuenta con el Seguro Familiar de Salud.

El uso de la ENHOGAR 2012, sirve de base para dar a conocer, por primera vez desde la implementación del SFS, la caracterización de la población que no es cubierta por el Seguro Familiar de Salud, no sólo del Régimen Contributivo Subsidiado, que aún no entra en funcionamiento, sino también de aquella que es objeto de aseguramiento del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, que a noviembre del 2012 aún no tenía cobertura dentro del Seguro Familiar de Salud.

Para la estimación de la cobertura de población del Seguro Familiar de Salud, con respecto a la población total del país por grupos de edad y sexo durante el período septiembre 2007 a junio 2014, se tomó como base las “Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100, 2014. Tomo I” (ONE, Junio 2014).

El software utilizado para el manejo de las bases de datos y la generación de resumen estadísticos fue el SPSS.

---

1

La base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-2012) es una encuesta probabilística por muestreo, que se realizó sobre la base de una muestra de 18,468 viviendas, y con una muestra efectiva o encontrada durante el levantamiento de 17,415 viviendas, es de alcance nacional, con cinco (5) dominios o niveles de inferencia: Total Nacional, Ciudad de Santo Domingo, Ciudades de 100 mil o más habitantes, Resto urbano y Zona Rural. Esta estratificación permite analizar los temas en investigación, de acuerdo con los niveles de urbanización, combinándolos con un enfoque de condiciones de vida y pobreza, lo que permite la comparabilidad de las tendencias con años anteriores.

## **1. Los seguros sociales en la República Dominicana: desarrollo y cobertura.**

Con la promulgación de la Ley 87-01 el 9 de mayo 2001, en la República Dominicana que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social, se dio un paso trascendental en la historia de la seguridad social del país. El contenido de esta ley vino a replantear y a reformar en su totalidad el esquema de seguros sociales que prevalecía en el país, cuyas bases se sustentaban en la Ley 1896 del 30 de diciembre de 1948. A su vez, esta última enmendó, refundió y sustituyó la ley 1376 del 17 de marzo de 1947 sobre seguro social obligatorio, facultativo y de familia. Este seguro cubría las contingencias tradicionales comprendidas en los seguros sociales, pero no protegía a todos los trabajadores y no se extendía la protección a los familiares en el seguro obligatorio de enfermedad. Las contingencias cubiertas en esta ley solo hacen referencia a enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

Durante el período comprendido entre los años 1948 y 2001 se introdujeron modificaciones a la ley 1896 pero ninguna que reformulara la legislación en torno a Seguridad Social como lo hizo la Ley 87-01. Esta legislación actualmente constituye el marco jurídico para regular, y fortalecer los deberes y derechos recíprocos entre el Estado y los ciudadanos, de manera que el primero le garantice a estos últimos el derecho a ser protegidos de forma oportuna contra los riesgos de enfermedad, maternidad, infancia, laborales, vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, y sobrevivencia.

### **1.1 Orígenes y evolución del Sistema Dominicano de Seguridad Social.**

Al revisar la historia de la Seguridad Social en la República Dominicana se documenta que una de las primeras legislaciones que se encargan de proteger los derechos de los trabajadores en torno a accidentes de trabajo, es la Ley 352 del 17 de junio de 1932. Esta protegía a los trabajadores del sector privado en materia de accidentes laborales, pero excluye a las personas que realizan trabajos domésticos, y a los negocios que tenían menos de tres trabajadores. La Ley 385, del mismo año, modifica la Ley 352, que garantizaba, a los trabajadores víctimas de accidentes en el trabajo, indemnizaciones y compensaciones por incapacidad; compensación a la cual tenían derecho por un plazo máximo de 160 semanas.

La segunda legislación que consagró derechos en materia de seguridad social, fue la Constitución de 1942, la cual dispone en su artículo 6 inciso segundo, que “la Seguridad Social es un derecho humano”. Posteriormente, la Ley 1376 del 17 de marzo de 1947, crea la Caja Dominicana de Seguros Sociales y la ley 1896, del 30 de diciembre de 1948, que enmienda, refunde y sustituye la ley 1376, del 17 de marzo de 1947, la Ley Sobre Seguros Sociales es la que inserta al país en el mundo de los seguros sociales, toda vez que la misma protege a los afiliados contra *los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, al tiempo que extiende la protección hasta la cónyuge y los hijos recién nacidos del trabajador.*

La Ley 1896, del 30 de diciembre de 1948, cubre casi todas las contingencias tradicionales que contemplan los seguros sociales, pero no protege a todos los trabajadores y no se extiende la protección a los familiares en el seguro obligatorio de enfermedad en su totalidad (maternidad, cónyuge y atención pediátrica). Tampoco protege a todas las personas, sino a los trabajadores que ganan, en esos momentos, hasta cuatro mil tres pesos con noventa y siete centavos (RD\$4,003.97).

La Constitución de 1955, a través de los artículos 15, 16, 17 y 18, amplió las disposiciones que en materia de seguridad social se consagraban en la Carta Magna de 1942. El artículo 15 establece : ***“El Estado continuará el desarrollo progresivo de la seguridad social, de manera que toda persona llegue a gozar de adecuada protección contra la desocupación, la enfermedad, la incapacidad y la vejez”***. En el artículo 16 se consigna que: ***“ El Estado prestará su protección y asistencia a los ancianos, en la forma que determine la ley, de manera que se preserve su salud y se asegure su bienestar”***.

A su vez, el artículo 17 expresa que: ***“El Estado prestará asistencia social a los pobres. Dicha atención consistirá en alimentos, vestimenta, y, hasta donde sea posible, vivienda adecuada”***. En el artículo 18 decía: ***“El Estado velará por el mejoramiento de la alimentación, la vivienda, los servicios sanitarios y las condiciones de higiene de los establecimientos de trabajo; procurará los medios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas y endémicas y de toda otra índole, así como también dará asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes por sus escasos recursos económicos así lo requieran.”***

El 11 de diciembre de 1962 se dictó la Ley No. 8952, la cual estableció la autonomía del Seguro Social. Se cambió el nombre de Caja por el de Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). La ley estableció que la Dirección Administrativa, Técnica y Financiera del IDSS pasara a ser regida por un Consejo Directivo de composición tripartita, donde deberían estar representados los empleadores, los trabajadores y el gobierno.

La Constitución de 1963, concibe con mayor profundidad la necesidad de garantizar una efectiva protección social, al disponer que, el Estado a través del Congreso regule los seguros sociales, y ofrezca especial protección a la mujer en estado de gestación, así como al niño desde su nacimiento hasta su completo desarrollo. Dispone también, la protección de las personas inhabilitadas para el trabajo, y de los envejecientes o adultos mayores.

El 28 de noviembre de 1966 se modifica la Constitución de la República y se establece, en ella disposiciones precisas y concretas sobre la Seguridad Social, a tal efecto menciona en su artículo 8 numeral 17, que ***“Es responsabilidad del Estado, estimular el desarrollo progresivo de la Seguridad Social, de manera que cada persona sea protegida adecuadamente contra la desocupación, la enfermedad, la incapacidad y la vejez, debiendo además, prestarle asistencia social a los ancianos, para preservar su salud.”***

Un esfuerzo por realizar una reforma al viejo sistema de Seguridad Social quedaría expresado en la ley 907 el 8 de agosto de 1978. Esa legislación ampliaba la cobertura de los servicios a la esposa e hijos de los asegurados, pero dejaba intacta la estructura del IDSS, cuya autonomía siempre fue subordinada al gobierno de turno, y mantenía a los empleados estatales excluidos

del sistema. Desconocía que una proporción significativa de los asalariados del sector privado y muchos de las instituciones estatales autónomas y descentralizadas estaban afiliados a empresas aseguradoras. Con un IDSS progresivamente debilitado, sin capacidad financiera, debido al incumplimiento de los aportes tanto del Estado como de muchas empresas, y con las entidades empresariales y sindicales reclamando una más amplia y mejor cobertura, aquella legislación **no procedió**.

Los trabajadores del sector público estaban afiliados a un régimen previsional particular, regido por la Ley 379 del año 1981 que modificaba el hasta entonces existente sistema de pensiones para los empleados públicos.

En la Ley 379-81 se establecían beneficios en función del salario promedio de los últimos tres años cotizados. Este tipo de esquema, al no considerar el salario de toda la vida laboral, tiende a presentar un sesgo en beneficio de los trabajadores que perciben un elevado salario en sus últimos años de vida activa y en perjuicio de aquellos que perciben salarios menores en sus últimos años laborables.

Adicionalmente, el sistema de pensiones para los empleados públicos constituía un régimen de reparto financieramente insostenible, debido a problemas administrativos y de financiamiento que enfrentan los esquemas de este tipo, a medida que se eleva la esperanza de vida y se incrementa la relación de afiliados pasivos/activos, al mantener inalterado el nivel definido de beneficios.

Los trabajadores del sector público estaban afiliados a un régimen previsional particular, cuyo marco legal estaba dado por la Ley 379 del año 1981 que modificaba el hasta entonces existente sistema de pensiones para los empleados públicos. En cuanto al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, éste funcionaba dentro de un esquema de reparto, pero con una fórmula de beneficios definidos más generosa que los esquemas anteriores, al amparo de los decretos que rigen su funcionamiento.

***Durante el gobierno constitucional 1982-1986<sup>2</sup>*** fue sometido un proyecto de ley sobre Seguridad Social, pero el mismo no tuvo éxito. Los planteamientos fueron recogidos en el documento conocido como el “El Libro Azul de la Seguridad Social”, que incluye un nuevo proyecto de ley para reformular el sistema.

Para entonces, el IDSS<sup>3</sup>, se había involucrado activamente en la promoción de las reformas. El IDSS convirtió el aporte del Libro Azul en un proyecto de ley que fue sometido al Senado tres veces por Poder Ejecutivo en el período 1982-1986, sin que fuera aprobado.

Con la no aprobación del proyecto del IDSS, durante el período 1982-1986, se mantenía el IDSS como único asegurador con la población cautiva e ignorando la creciente privatización de la seguridad social, pues ya para esa época las igualas médicas privadas tenían el doble de los afiliados del IDSS, con mayor aceptación general.

---

<sup>2</sup> Período presidencial del Dr. Salvador Jorge Blanco

<sup>3</sup> Bajo la regencia de la doctora Ligia Leroux

Una etapa importante del proceso de reforma de la seguridad social dominicana quedó marcada por el denominado "Diálogo Tripartito en 1986. En la agenda de ese diálogo, y a partir de 1987, la ampliación del seguro social a todos los trabajadores y sus dependientes quedó marcada como punto número 1. No obstante lo que se conseguiría primero, sería la reforma del Código de Trabajo.

En 1991 se crea el diálogo tripartito (empresarios, trabajadores, gobierno), producto de esta iniciativa es elaborado un proyecto que modifica la Ley 1896. El consenso logrado para reformular el código laboral, dejaría claramente establecido el camino para hacer lo mismo con la Seguridad Social.

La propuesta de reforma de la Seguridad Social tenía como objetivo principal eliminar el tope de cotización, y disponer la inclusión de la familia del asegurado en el IDSS, el proyecto es sometido al Congreso Nacional en el 1991, luego de intensos debates, es aprobado por ambas cámaras, pero no fue promulgado por ninguno de los presidentes que dirigieron los destinos del país a partir de la mencionada fecha.

La anterior situación contribuyó al desarrollo y afianzamiento de las igualas y seguros médicos privados, para poder hacerle frente a las necesidades insatisfechas de la población en cuanto a la protección en materia de salud y de vejez.

Durante el período 1990-1996, el Poder Ejecutivo tomó la iniciativa de crear las comisiones **de reformas al sector salud**, de las cuales surge una propuesta tripartita de Seguridad Social. Como forma de continuar esa iniciativa en el año 1997, a partir de una iniciativa del Poder Ejecutivo se creó la Comisión Ejecutiva de Reformas al Sector Salud (CERSS), esta enriquece la propuesta de gobiernos anteriores y se somete ante el Congreso Nacional el proyecto de ley tripartito (sector empleador, laboral, y gobierno). El proyecto es objetado por el sector empleador del área de la salud, a pesar de los esfuerzos no se logró su promulgación.

**Finalmente el 5 de abril de 2001**, la Cámara de Diputados aprueba el proyecto de ley que crea el Sistema Dominicano de la Seguridad Social, en tanto que el Senado lo convierte en ley el 24 de abril de 2001. Los legisladores aprobaron ésta Ley.

**El 9 de mayo 2001** el Poder Ejecutivo promulgó la Ley 87-01, que consta de trece principios, 209 artículos, cuatro libros, veintiocho capítulos, y 126 párrafos. El libro uno trata sobre las características del SDSS; el dos sobre el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia; el tres sobre el SFS; el cuatro sobre el Seguro de Riesgos Laborales.



## **1.2 Sistema de Pensiones previo a la implementación de la ley 87-01 y las pensiones otorgadas por el Estado y para los trabajadores al servicio del Estado.**

Antes de la aprobación del actual Sistema Dominicano de Pensiones existían cuatro tipos fundamentales de regímenes previsionales de reparto. En primer lugar, uno obligatorio ofrecido por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, IDSS, **para los empleados del sector privado**, que excluía los que percibían salarios superiores a un mínimo establecido. En segundo lugar, el fondo de **jubilaciones y pensiones del Estado Dominicano para los funcionarios y empleados públicos**. En tercer lugar, un esquema previsional para **las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional**. Y finalmente, las cajas y fondos de pensiones que operan con carácter complementario sectorial, creados por leyes especiales. Adicionalmente, algunas empresas contaban con planes de pensiones corporativos, como beneficio colateral para sus trabajadores, sobre la base de sus propias reglamentaciones internas.

En torno a las pensiones para empleados públicos se tenían emitidas algunas leyes entre las cuales se destaca lo siguiente, el término **pensión**, surgió a partir de 1846, cuando se promulgó la Ley No. 79, del 16 de mayo, que asignaba una pensión a los militares inválidos por acción de guerra o por tener 60 años de edad o 40 años de servicio activo, y establecía un Monte de Piedad para las viudas y huérfanos de los militares que murieran en servicio.

En 1909 se promulgó la Ley No. 4897, del 24 de julio, sobre pensiones, en la cual se especificaba el tipo de persona que podía recibir una pensión del Estado, las condiciones que debía cumplir para obtenerla y los trámites necesarios.

Para 1920, el Gobierno Militar Norteamericano dictó la Orden Ejecutiva No. 456, del 16 de abril, llamada “Ley de Pensiones de 1920”, o Ley de Jubilaciones, en la cual se concedían los beneficios de ésta a todos los oficiales y empleados de la República Dominicana, incluidos los pagados del Tesoro Nacional que cumplieran los requisitos establecidos. Cabe destacar que las solicitudes de pensiones debían ser tramitadas a través del Secretario de Interior y Policía.

Con la Ley No. 62, del 26 de diciembre de 1930, se creó una Comisión Especial Interparlamentaria de Diputados y Senadores llamada “Comisión Especial de jubilaciones”, facultada para hacer una minuciosa y amplia investigación de todas las solicitudes de jubilaciones aprobadas por el Congreso hasta esa fecha, de acuerdo a la Ley de Jubilaciones vigente.

En 1943, se promulgó la Ley No. 168, del 30 de enero, sobre Concesión de Pensiones del Estado, en la cual se especificaba que ninguna persona podría percibir una pensión del Estado sino en virtud de una ley especial, en la cual se indicara el nombre del beneficiario; de igual forma se indicaban los casos excepcionales en que la Ley no tendría vigencia, tales como pensiones otorgadas bajo la aplicación de la Ley sobre Retiro Militar No. 17, del 4 de noviembre del 1930, la Ley sobre Retiro de la Policía Nacional No. 118, del 25 de mayo de 1939, la Orden Ejecutiva No. 145 del 5 de abril de 1918 y la Ley Orgánica de Enseñanza Pública y sus modificaciones.

Con la Ley No. 1316, del 29 de diciembre de 1946, sobre Pensiones Civiles del Estado, se le otorgó al Presidente de la República la facultad de conceder pensiones vitalicias del Estado, con cargo al Fondo de Pensiones y Jubilaciones Civiles de la Ley de Gastos Públicos, a los funcionarios y empleados que cumplieran con los requisitos establecidos por la Ley. De igual forma se indicaba que las pensiones sobre casos no previstos por la Ley No. 1316 sólo podrían ser concedidas por el Congreso Nacional, y que las pensiones relativas a los cuerpos militares y policiales y las municipales, se regirían por las leyes especiales correspondientes.

También se estipuló que las solicitudes de pensiones debían ser elevadas al Presidente de la República por vía del jefe del departamento donde el peticionario hubiese prestado últimamente sus servicios. Mediante la Ley No. 4291, del 25 de noviembre de 1955, se modificó el Artículo 6 de la Ley No. 1316 sobre Pensiones Civiles del Estado en lo relativo a que las solicitudes de pensiones llegarían al Presidente de la República Dominicana por conducto de la Secretaría de Estado de Finanzas, acompañadas de todos los documentos y certificaciones pertinentes.

Con la Ley No. 5101, del 20 de marzo de 1959, se dispuso pensionar a los Ex-presidentes Constitucionales de la República y a las viudas de éstos, respectivamente. También, en 1959 se promulgó la Ley No. 5185, del 21 de julio de 1959, sobre Pensiones Civiles del Estado, con la cual el Presidente de la República podía conceder jubilaciones, con pensiones vitalicias del Estado a todo funcionario o empleado público que tuviera residencia y domicilio en el país y que cumpliera con los otros requisitos establecidos.

Para el año 1970, con la Ley No. 45, del 30 de octubre, se modificó el Artículo 1 de la Ley No. 5185, del 31 de julio de 1959, se agregó un párrafo que establecía que el Fondo de Pensiones y Jubilaciones Civiles del Estado **se nutriría con el aporte anual hecho por el Gobierno en la Ley de Gastos Públicos de cada año y con el dos por ciento (2%) de los sueldos de los funcionarios y empleados civiles del Estado que percibieran más de cuatrocientos pesos mensuales y con el uno (1%) por ciento de los que ganaran menos de esa suma.** Dichos recursos serían deducidos por la Tesorería Nacional y depositados en el indicado fondo.

Ante la necesidad de modernizar el manejo de las pensiones a cargo del Estado, **se aprueba la Ley No. 379-81 del 11 diciembre de 1981**, que deroga la Ley No. 5185 y sus modificaciones. En ella se definen nuevas condiciones y beneficios para los servidores públicos, y se adquieren las características de un sistema previsional más definido.

Una de las disposiciones más trascendentes de Ley en su **artículo 11**, en él se establece que las pensiones relativas de los Cuerpos Castrenses y Policiales y las correspondientes a Organismos Municipales se regirían por Leyes Especiales. También por disposiciones especiales las Instituciones Descentralizadas y Autónomas del Estado que se regulen por estatutos particulares dictados bajo sus respectivas reglas de autonomía.

Al amparo de este artículo muchas de esas instituciones establecieron planes de retiro, manejados por reglamentos propios. Es importante acotar que para 1996 el Gobierno de turno designó mediante el Decreto No.382-96, una Comisión Tripartita (Estado-Trabajadores-Empleadores) con el apoyo y asesoría de organismos internacionales como la OIT, con el

encargo de elaborar un proyecto de ley que reformara el entonces Sistema de Seguros Sociales (Ley 1896 sobre Seguros Sociales) para orientarlo hacia un Sistema real de Seguridad Social, lo que podría considerarse como la génesis del Sistema Dominicano de la Seguridad Social (SDSS) que hoy rige en el país.

## **2. Características del Sistema Dominicano de Seguridad Social.**

En las normas internacionales del trabajo sobre seguridad social se materializan las aspiraciones expuestas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el sentido de que el derecho humano fundamental a la seguridad social debe ser protegido por un régimen jurídico.

Estas normas tienen por objeto proporcionar la protección más amplia posible en términos de cobertura personal, cobertura de riesgos y nivel adecuado de prestaciones. También tienen por objeto reforzar la cohesión social al promover la solidaridad entre los miembros activos y no activos de la sociedad, entre los ricos y los pobres y entre las generaciones actuales y futuras.

Reforzar la seguridad de las personas a través de una mayor solidaridad social significa basar los sistemas de seguridad social en principios organizativos como la distribución de los riesgos y la financiación colectiva por parte de los miembros de la comunidad, y garantizar un nivel mínimo de protección suficiente para que el beneficiario pueda mantenerse y mantener a su familia en buena salud y en condiciones de vida decentes.

Estos principios organizativos deben ser complementados por los no menos fundamentales principios de gobernanza: el sistema de seguridad social debe estar controlado por las autoridades públicas o administrado conjuntamente por los empleadores y los trabajadores, cuyas cotizaciones representan la mayor parte de los ingresos de la seguridad social; los representantes de las personas protegidas, entre las que se incluyen grupos sociales que no tienen empleo asalariado, deberán participar en la administración del sistema cuando ésta no se haya confiado a una institución pública; y el Estado Miembro deberá asumir la responsabilidad general de asegurar el suministro oportuno de las prestaciones y la buena administración de las instituciones y servicios de que se trate.<sup>4</sup>

En la Ley 87-01 se recogen muchas de las normas internacionales del trabajo sobre seguridad social, dicha ley constituye un paso trascendental después de la Constitución de la República, porque la misma instituye el marco jurídico para regular, y fortalecer los deberes y derechos

---

<sup>4</sup> Comisión de Expertos de Aplicación de Convenios y Recomendaciones. Informe General, 2001, párr. 155. OIT.

Estudio General relativo a los instrumentos de la seguridad social a la luz de la Declaración de 2008 sobre la justicia social para una globalización equitativa. Conferencia Internacional del Trabajo, 100.ª reunión, 2011.

recíprocos entre el Estado y los ciudadanos, de manera que el primero les garantice a estos últimos sus derechos a ser protegidos de forma oportuna contra los riesgos de enfermedad, maternidad, infancia, laborales, vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, y sobrevivencia.

La transformación del Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) está contemplada en el Art. 164 de la Ley 87-01. Esta dispone que el IDSS conserve su personería jurídica, patrimonio, carácter público y tripartito y se convierta en una entidad con las siguientes funciones:

Administradora de riesgos de salud (ARS), Administradora de riesgos laborales (ARL) (la única en el país), Provedora de servicios de salud (PSS) y Administradora de estancias infantiles.

En el artículo 3 de la Ley 87-01 se plasman los siguientes principios fundamentales que rigen al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS):

**Universalidad:** El SDSS deberá proteger a todos los dominicanos y a los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica.

**Obligatoriedad:** La afiliación, cotización y participación tienen un carácter obligatorio para todos los ciudadanos e instituciones, en las condiciones y normas que establece la presente ley.

**Integralidad:** Todas las personas, sin distinción, tendrán derecho a una protección suficiente que les garantice el disfrute de la vida y el ejercicio adecuado de sus facultades y de su capacidad productiva.

**Unidad:** Las prestaciones de la Seguridad Social deberán coordinarse para constituir un todo coherente, en correspondencia con el nivel de desarrollo nacional.

**Equidad:** El SDSS garantizará de manera efectiva el acceso a los servicios a todos los beneficiarios del sistema, especialmente a aquellos que viven y/o laboran en zonas apartadas o marginadas.

**Solidaridad:** Basada en una contribución según el nivel de ingreso y en el acceso a los servicios de salud y riesgos laborales, sin tomar en cuenta el aporte individual realizado; de igual forma, cimentada en el derecho a una pensión mínima garantizada por el Estado en las condiciones establecidas por dentro de la ley 87-01.

**Libre elección:** Los afiliados tendrán derecho a seleccionar a cualquier administrador y proveedor de servicios acreditado, así como a cambiarlo cuando lo consideren conveniente, de acuerdo con las condiciones establecidas en la presente ley.

**Pluralidad:** Los servicios podrán ser ofertados por Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), Provedoras de Servicios de Salud (PSS) y por Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), públicas, privadas o mixtas, bajo la rectoría del Estado y de acuerdo con los principios de la Seguridad Social.

**Separación de funciones:** Las funciones de conducción, financiamiento, planificación, captación y asignación de los recursos del SDSS son exclusivas del Estado y se ejercerán con

autonomía institucional respecto a las actividades de administración de riesgos y prestación de servicios.

**Flexibilidad:** A partir de las coberturas explícitamente contempladas por la presente ley, los afiliados podrán optar a planes complementarios de salud y de pensiones, de acuerdo con sus posibilidades y necesidades, cubriendo el costo adicional de los mismos.

**Participación:** Todos los sectores sociales e institucionales involucrados en el SDSS tienen derecho a ser tomados en cuenta y a participar en las decisiones que les incumben.

**Gradualidad:** La Seguridad Social se desarrolla en forma progresiva y constante con el objeto de amparar a toda la población, mediante la prestación de servicios de calidad, oportunos y satisfactorios.

**Equilibrio financiero:** Basado en la correspondencia entre las prestaciones garantizadas y el monto del financiamiento, a fin de asegurar la sostenibilidad del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

## 2.1 Composición de los Riesgos el Sistema Dominicano de Seguridad Social

El Sistema Dominicano de Seguridad Social está estructurado para dar protección a todos los ciudadanos dominicanos y residentes legales en el territorio nacional. A través de tres componentes relacionados con Salud, Riesgos Laborales y Previsión.

Los tres componentes del Sistema Dominicano de Seguridad Social se estructuran de la siguiente manera y son puestos en marcha en tiempos diferentes.

1. El Sistema Previsional de la República Dominicana (SVDS), el cual entró en vigencia en el año 2003 solo para el Régimen Contributivo. Este mecanismo de protección social está compuesto por:
  - a. El Seguro de Vejez
  - b. El Seguro de Discapacidad Total o Parcial
  - c. El Seguro de Sobrevivencia
2. En el año 2004 entra en vigencia el Seguro de Riesgos Laborales.
3. En Noviembre del 2002 entra en vigencia el Seguro Familiar de Salud que está integrado por:
  - a. El Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado, que empieza sus operaciones en noviembre 2002.
  - b. El Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, que se pone en funcionamiento en Agosto 2007.
    - i. El Subsidio de Maternidad y Lactancia cuya implementación se da en Septiembre 2008
    - ii. El Subsidio de Enfermedad Común que comienza sus operaciones en septiembre 2009
  - c. El Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo-Subsidiado cuya implementación aún no se ha iniciado.

## 2.2 Beneficiarios del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

La población que se beneficia de los distintos componentes del Sistema Dominicano de la Seguridad Social, está delimitada por el riesgo que se cubre.

De acuerdo con el artículo 5 de la Ley 87-1, tienen derecho a ser afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) ***todos los ciudadanos dominicanos y los residentes legales en el territorio nacional.*** La ley y sus normas complementarias regularán la inclusión de los dominicanos residentes en el exterior.

### ***Beneficiarios del Seguro Familiar de Salud:***

Son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y preservación del medio ambiente, sin discriminación alguna, todos los dominicanos y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

La familia del asegurado incluye:

- a) Al cónyuge o compañero/ra de vida debidamente registrado; y
- b) Los hijos e hijastros menores de 18 años o menores de 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 Sistema Dominicano de Seguridad Social.

### **Beneficiarios del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia:**

- a) Los(as) trabajadores(as) dependientes y los empleadores, urbanos y rurales, en las condiciones establecidas por ley;
- b) Los(as) trabajadores(as) dominicanos que residen en el exterior, en las modalidades establecidas por ley;
- c) Los(as) trabajadores(as) independientes y los empleadores, urbanos y rurales, en las condiciones que establecerá el reglamento del Régimen Contributivo Subsidiado;
- d) Los(as) desempleados(as), discapacitados(as) e indigentes, urbanos y rurales, en las condiciones que establecerá el reglamento del Régimen Subsidiado.

### **Son beneficiarios del Seguro Contra Riesgos Laborales:**

- a) Los(as) trabajadores(as) dependientes y los empleadores, urbanos y rurales, en las condiciones establecidas por la ley;
- b) Los trabajadores por cuenta propia, los cuales serán incorporados en forma gradual, previo estudio de factibilidad técnica y financiera.

### 2.3 Regímenes de Financiamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Los regímenes de financiamiento están delimitados de acuerdo a la manera en que se aportan los recursos para cubrir el costo de las prestaciones y/o obligaciones de la población beneficiada de cada componente del SDSS.

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) estará integrado por los siguientes regímenes de financiamiento:

**Un Régimen Contributivo**, que comprenderá a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores, financiado por los trabajadores y empleadores, incluido el Estado como empleador, la distribución del aporte se presenta en el Cuadro 1.

**Cuadro 1.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA. Porcentaje de aporte en el Régimen Contributivo del SDSS por tipo de Seguro según persona que aporta. 2014.**

Distribución del aporte	Seguro Familiar de Salud	Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia	Seguro de Riesgos Laborales
Trabajador	3.04%	2.87%	No aplica
Empleador	7.09%	7.10%	Desde 1.2% hasta 1.6%

**Un Régimen Subsidiado**, que protegerá a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado Dominicano;

**Un Régimen Contributivo Subsidiado**, que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador;

### 2.3 Instituciones del Sistema Dominicano de Seguridad Social

Al momento de la definición del Sistema Dominicano de Seguridad Social se crean las instituciones que se encarguen de las funciones de rectoría, fiscalización, regulación seguimiento y evaluación del SDSS; y dentro de las existentes, antes de la emisión de la ley 87-01, se redefinen sus funciones y su forma de operar como es el caso del Instituto Dominicano de Seguridad Social. A continuación se describen cada una de las instituciones relacionadas con el SDSS.

**El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)** Es el órgano rector y superior del SDSS, encargado de la dirección y conducción del SDSS. Su misión es establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, orientada a garantizar la extensión de

cobertura, defender a los beneficiarios, y velar por el desarrollo y fortalecimiento institucional de sus entidades.

El CNSS, está compuesto por siete sectores, estos son: 1. Gobierno, 2. Empleador, 3. Laboral, 4. Salud, 5. Profesionales y técnicos, 6. Trabajadores de microempresas, 7. Desempleados, discapacitados, e indigentes.

**La Tesorería de la Seguridad Social (TSS)** Dependencia técnica del CNSS, encargada de fiscalizar el correcto pago de las cotizaciones, detectar la mora, evasión y elusión. La elusión se refiere a la falta o abstención del empleador del pago de las cotizaciones obligatorias, así como del registro oportuno e íntegro de sus trabajadores y de los salarios de los afiliados.

**Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)** Dependencia técnica del CNSS, con autonomía operativa, para promover el desarrollo permanente del SDSS, orientado hacia la satisfacción con equidad de las necesidades de los afiliados, ejerciendo la defensa, la orientación, y asistencia legal oportuna a los usuarios del sistema.

La DIDA supervisa el SDSS desde el punto de vista de los afiliados, tiene la responsabilidad de brindarles asistencia a los afiliados en cuantos servicios sean necesarios para hacer valer sus derechos y gozar de una oportuna y efectiva protección.

**Gerencia General (GG).** Es la secretaría ejecutiva del CNSS, responsable de cumplir y hacer ejecutar las resoluciones del órgano rector del SDSS, además de organizar, supervisar y controlar las dependencias técnicas y administrativas del CNSS, y realizar los estudios sobre los regímenes en los plazos establecidos por la Ley de Seguridad Social.

Es el órgano responsable de coordinar la articulación de las entidades del SDSS, de recibir las documentaciones y tramitarlas a los consejeros, además de certificar las actas y resoluciones aprobadas por el CNSS. Su misión es garantizar coherencia técnica y articulación sistémica de las entidades para lograr la continuidad en el desarrollo y fortalecimiento del SDSS, ejecutando oportuna y eficientemente las decisiones del CNSS, a fin de universalizar la cobertura y la calidad de los beneficios de la seguridad social.

**UNIPAGO(EPBD).** Es la entidad que vincula la administración de los Recursos entre la Administradora de Riesgos de Salud (ARS), Administradora de Riesgos Laborales (ARL), Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) y **la TSS.** Se vinculan a través del Sistema Único de Información Recaudo, distribución y pago (SUIR).

**Superintendencias de Pensiones y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.** La supervisión del Sistema Dominicano de Seguros Social (SDSS) es una responsabilidad del Estado Dominicano a través de la Superintendencia de Pensiones (SIPEN) y de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), las cuales serán entidades públicas, técnicamente especializadas, dotadas de autonomía y personería jurídica, facultadas para autorizar, fiscalizar, supervisar, auditar y sancionar a todas las instituciones autorizadas a operar como Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y al Seguro Nacional de Salud (SNS).



**Superintendencia de Pensiones.** Se crea la **Superintendencia de Pensiones** como una entidad estatal, autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, para que a nombre y representación del Estado Dominicano ejerza en plenitud, la función de velar por el estricto cumplimiento de la presente ley y de sus normas complementarias en su área de incumbencia, de proteger los intereses de los afiliados, de vigilar la solvencia financiera de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y de contribuir a fortalecer el sistema previsional dominicano.

Está facultada para contratar, demandar y ser demandada y será fiscalizada por la Contraloría General de la República y/o la Cámara de Cuentas sólo en lo concerniente al examen de sus ingresos y gastos.

**Las Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP,** son sociedades financieras dedicadas exclusivamente a la administración de fondos de pensiones, conforme a los requisitos estipulados en la Ley 87-01 y sus normas complementarias. Las AFP tienen un objetivo único según establece dicha ley, el cual contempla: (i) administrar las cuentas individuales de los afiliados; (ii) invertir adecuadamente los fondos de pensiones para garantizar los mayores niveles de rentabilidad dadas las alternativas de inversión establecidas; y (iii) otorgar y Administrar las prestaciones del sistema previsional. En el capítulo VI se profundiza todo lo relativo a la industria de las AFP.

**Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.** La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales es una entidad estatal, autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, la cual, a nombre y representación del Estado Dominicano ejercerá a cabalidad la función de velar por el estricto cumplimiento de la presente ley y sus normas complementarias, de proteger los intereses de los afiliados, de vigilar la solvencia financiera del Seguro Nacional de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), supervisar el pago puntual a dichas Administradoras y de éstas a las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) y de contribuir a fortalecer el Sistema Nacional de Salud. Será una entidad dotada de un personal técnico y administrativo altamente calificado.

Está facultada para contratar, demandar y ser demandada y será fiscalizada por la Contraloría General de la República y/o la Cámara de Cuentas, sólo en lo concerniente al examen de sus ingresos y gastos

**Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).** Entidades de carácter privado, público o mixto, encargada de administrar los riesgos de salud de los afiliados que la seleccionen, con la finalidad de promover la salud y prevenir las enfermedades.

**Proveedores de Servicios de Salud (PSS).** Entidades o persona física, pública, privada o mixta, contratadas por las ARS, encargada de brindarle los servicios y atenciones de salud a los afiliados.

**Administradora de Riesgos Laborales (ARL).** Entidad que se encarga de Administrar el Seguro de Riesgos Laborales. Es una sola y está en manos del IDSS.

**Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI).** Es el encargado de formular las políticas, normas y procedimientos para la creación, diseño, construcción y/o habilitación, equipamiento y operación de las estancias infantiles;

## 2.4 Características del Seguro Familiar de Salud

El Seguro Familiar de Salud (SFS) tiene por finalidad, la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizar el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velar por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema.

Es financiado por el Estado en su Régimen Subsidiado; y por el Estado (empleador público), empleador privado y el empleado o trabajador en su Régimen Contributivo.

El Régimen Contributivo Subsidiado, aunque todavía no entra en funcionamiento, está estructurado para ser financiado por los trabajadores y por el Estado como ente Subsidiario, a falta de empleador.

En su componente Contributivo se establece un porcentaje de contribución por parte del empleador y por parte del empleado sobre la base del salario mensual cotizante y hasta un máximo de 10 Salarios Mínimos. ***Dichos aportes conforman el Recaudo mensual y es a partir de ahí que la TSS dispersa una cápita mensual fija a las ARS.***

En su componente Subsidiado es el Estado Dominicano el que paga la cápita mensual que es mucho más baja que la cápita del Régimen Contributivo, pues las PSS en que se soporta la ARS-SENASA (RS) es la infraestructura del Ministerio de Salud.

**Existe un solo Plan Básico de Salud (PBS)** cuyas coberturas son otorgadas por igual a los afiliados al Régimen Contributivo y al Régimen Subsidiado. Todavía no se habilita el Régimen Contributivo Subsidiado

### 2.4.1 Subsidios por Maternidad dentro del Seguro Familiar de Salud.

El **Subsidio por Maternidad.** Es el pago en dinero a la trabajadora afiliada al Régimen Contributivo, equivalente a tres meses de salario cotizante otorgados durante el período de Descanso por Maternidad. Este subsidio empezó a partir de septiembre del 2008.

Para obtener el Subsidio por Maternidad, la trabajadora afiliada debe notificar a su empleador sobre su estado de embarazo por medio del “Informe de Maternidad” que le expedirá su médico tratante. El empleador se encargará de tramitar dicha solicitud mediante los mecanismos correspondientes.

La SISALRIL autorizará el pago del Subsidio por Maternidad, luego de verificar todas las informaciones suministradas por el empleador y el cumplimiento de las condiciones establecidas por la ley y los reglamentos.

El empleador realizará el pago correspondiente al Subsidio por Maternidad a la trabajadora afiliada a través de la nómina de la empresa.

La SISALRIL reembolsa al empleador el pago del Subsidio por Maternidad a través de un crédito aplicado a la Notificación de Pago (NP) generada por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), siempre que la Notificación de Pago del período sea por un monto mayor al monto del Subsidio por Maternidad de sus trabajadoras.

La SISALRIL cubrirá hasta el tope cotizado de diez (10) salarios mínimos mensuales cotizables. Es responsabilidad del empleador cubrir la diferencia, en caso de que el salario **supere el tope establecido**, a fin de que la trabajadora reciba el salario ordinario completo, en virtud de lo consignado en el primer párrafo del Artículo 239 del Código de Trabajo

#### **2.4.2 Subsidios por Lactancia dentro del Seguro Familiar de Salud.**

El **Subsidio por Lactancia**. Es el pago en dinero para los hijos menores de un (1) año de las trabajadoras afiliadas al Régimen Contributivo que perciban un salario menor o igual a tres (3) salarios mínimos nacionales cotizables. En las condiciones y formas que para tales fines se establecen en el Reglamento sobre Subsidio por Maternidad y Subsidio por Lactancia. Este subsidio empezó en septiembre del 2008.

Los Subsidios por Lactancia están sujetos a la siguiente escala:

- a. Trabajadoras que devengan salarios cotizables hasta un tope de un salario mínimo recibirán un subsidio correspondiente al 25% de su salario mensual cotizable.
- b. Trabajadoras que devengan salarios cotizables hasta un tope de dos salarios mínimos, recibirán un subsidio correspondiente al 10% de su salario mensual cotizable.
- c. Trabajadoras que devengan salarios cotizables hasta un tope de tres salarios mínimos, recibirán un subsidio correspondiente al 5% de su salario mensual cotizable.
- d. En caso de parto múltiple, la madre recibirá el subsidio por cada recién nacido de dicho parto.

Al producirse el nacimiento del niño o la niña, la trabajadora afiliada notifica la novedad a su empleador y le envía el Acta de Nacimiento. El empleador deberá solicitar el Subsidio por Lactancia a nombre de la trabajadora, a través del Sistema Único de Información y Recaudo (SUIR) de la TSS, una vez tenga toda la documentación que avale dicha solicitud.

La SISALRIL realizará el pago correspondiente al Subsidio por Lactancia directamente a la trabajadora afiliada a través de depósitos en una cuenta creada a nombre de ella en el Banco de Reservas, luego de verificar que ésta cumple con las condiciones requeridas.

Durante la licencia pre y post natal, tanto la trabajadora como el empleador deben seguir cotizando a la Seguridad Social, en las mismas condiciones y proporciones que establecen los Artículos 56 y 140 de la Ley 87-01, modificados por los Artículos 1 y 3 de la Ley 188-07.

### **2.4.3 Subsidios por Enfermedad Común.**

El Subsidio por Enfermedad Común tiene como cobertura a todos(as) los(as) trabajadores(as) activos(as) cotizantes afiliados(as) al Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, que experimenten una discapacidad laboral temporal como resultado del padecimiento de una enfermedad común o accidente no laboral. Incluye las trabajadoras que como consecuencia del embarazo se encontrasen incapacitadas temporalmente para el trabajo (Artículo 5 Reglamento de subsidio por maternidad y lactancia).

El trabajador(a) afiliado(a) debe haber cotizado durante los doce (12) últimos meses anteriores a la incapacidad. Entra en vigencia en septiembre del 2009.

El Subsidio por enfermedad común facilita el registro y control de las discapacidades por enfermedad común y el otorgamiento de las prestaciones en dinero correspondientes al subsidio por discapacidad temporal por enfermedad común, establecidos por los artículos 131 y 140 Párrafo IV de la Ley 87-01, modificado por la Ley 188-07.

### **2.5 Características del Seguro de Riesgos Laborales**

Es el seguro de la Ley 87-01 destinado para prevenir y cubrir los daños ocasionados por accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales. Comprende toda lesión corporal y todo estado mórbido que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que presta por cuenta ajena. Incluye los tratamientos por accidentes de tránsito en horas laborables y/o en la ruta hacia o desde el centro de trabajo.

Se rige por la ley 87-01, el Reglamento del Seguro de Riesgos Laborales, las Resoluciones del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y las que emitan la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)

Los empleadores y trabajadores bajo su dependencia, deben estar afiliados al Seguro de Riesgos Laborales (SRL). Se afilia al usuario automáticamente, cuando el empleador registrar su empresa e inscribe a sus trabajadores en la Tesorería de la Seguridad Social (TSS).

Las prestaciones son en especie y en dinero. Las prestaciones en especie son la Atención médica y asistencia odontológica. Las prestaciones en dinero son el Subsidio por discapacidad temporal; Indemnización por discapacidad; Pensión por discapacidad; y Pensión de sobrevivencia.

Las prestaciones en especie, se otorgan a través de la red de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) contratadas por la Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura (ARLSS) a nivel nacional. Las prestaciones en dinero, se otorgan en las oficinas de la ARLSS.

El porcentaje a cotizar contiene dos componentes:

- a) Una cuota básica fija del uno por ciento (1%) para todos los empleadores.
- b) Una cuota adicional variable desde cero punto uno (0.1%) hasta cero punto tres por ciento (0.3%), establecida en función de la rama de actividad y del riesgo de cada

empresa, dichos porcentajes se aplican sobre el monto del salario cotizante de cada trabajador.

## 2.6 Características del Sistema Dominicano de Pensiones

La característica fundamental del Sistema Dominicano de Pensiones es que está basado en capitalización individual. En dicho esquema, cada trabajador tiene una cuenta de su exclusiva propiedad, en la cual se acumulan sus recursos por concepto de aportes y rendimientos durante toda su vida laboral, los cuales son invertidos por empresas especializadas para que, al momento del retiro, los trabajadores cuenten con recursos suficientes para garantizar un nivel de vida satisfactorio.

El Sistema Dominicano de Pensiones tiene cobertura universal, pues ha sido estructurado de forma tal que se constituye en un instrumento idóneo para garantizar un mejor nivel de vida de la población dominicana, a través de la integración de tres regímenes: El contributivo, el subsidiado y el contributivo subsidiado.

**El Régimen Contributivo** abarca a todos los trabajadores asalariados públicos y privados y a sus empleadores y se financia por medio de los aportes realizados por éstos. Los recursos recaudados son administrados por empresas **Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP**, bajo el esquema de cuentas de capitalización individual. En este Régimen se ha creado un **Fondo de Solidaridad Social**, el cual es financiado **con los aportes de los empleadores** para garantizar a todos los afiliados el derecho a una pensión mínima.

El Régimen Contributivo se financia con aportes de un 30% por parte de los trabajadores y un 70% proveniente de los empleadores, incluyendo al Estado como empleador. El porcentaje a retener en el primer año de implementación inició en un 7% del salario cotizante mensual y se ha ido incrementando gradualmente para llegar a un 10% de cotización a partir del quinto año, siendo el salario cotizante aquel percibido por los trabajadores con un límite de 20 salarios mínimos nacionales.

Además de las aportaciones obligatorias, los afiliados tienen la opción de realizar aportes voluntarios, los cuales corresponden a los aportes que los trabajadores deciden hacer por su propia iniciativa, a fin de incrementar el saldo de su Cuenta de Capitalización Individual y poder disfrutar de una mejor pensión al final de su vida productiva. Estos aportes voluntarios se clasifican en dos tipos:

- (i) Ordinarios, los cuales se efectúan con periodicidad definida mediante retención a través de nómina al afiliado, con el propósito de obtener una prestación superior o complementaria a las previstas en la Ley 87-01. Estas cotizaciones son reportadas
- (ii) Extraordinarios, son aquellos que se efectúan esporádicamente, y el monto de los mismos también se aplica totalmente a la Cuenta de Capitalización Individual. El trabajador podrá realizar aportes voluntarios extraordinarios de manera independiente a través de la Red Financiera Nacional, en valor absoluto, de manera independiente por el empleador, y se destinan íntegramente a la Cuenta de Capitalización Individual del trabajador.

En cuanto al Régimen Subsidiado, este constituye el pilar social del Sistema Dominicano de Pensiones. Por consiguiente, estará integrado por tres grupos socioeconómicamente vulnerables: las personas de cualquier edad con discapacidad severa, las personas mayores de sesenta años de edad que carezcan de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales y las madres solteras desempleadas con hijos menores de edad y que carezcan de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales y garantizar la educación de sus hijos. Asimismo, beneficiará a los trabajadores con ingresos inferiores al salario mínimo nacional.

El Régimen Contributivo Subsidiado abarcará a los profesionales y técnicos independientes así como por los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio iguales o superiores a un salario mínimo nacional. Los aportes serán realizados por los trabajadores y el Estado otorgará un subsidio para compensar la ausencia de aportes de los empleadores.

En cuanto al sistema de pensiones aplicable a los dominicanos residentes en el exterior. La implementación de esta extensión de cobertura de nuestro sistema previsional permitirá que los aportes voluntarios sean distribuidos hacia la cuenta de capitalización individual del afiliado, la comisión de la AFP y las operaciones de la Superintendencia de Pensiones.

### **3. Estructura y Funcionamiento del Seguro Familiar de Salud en la Cuenta Cuidado de la Salud.**

En los primeros dos capítulos se describió el camino recorrido por la República Dominicana para entrar al mundo de la Seguridad Social. El actual Sistema Dominicano de Seguridad Social contempla en su legislación las normas internacionales del trabajo sobre seguridad social.

En la Constitución Política de la República Dominicana, proclamada el 26 de enero. Publicada en la Gaceta Oficial No. 10561, del 26 de enero de 2010. En la Sección II. De los Derechos Económicos y Sociales en su Artículo 60, establece el Derecho a la Seguridad Social. “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 visualización del “acceso universal” en el Seguro Familiar de Salud es el que motiva esta investigación, por lo que los dos primeros capítulos son más la ubicación del contexto y del marco conceptual en que se soporta dicho Seguro dentro del Sistema Dominicano de la Seguridad Social, donde vemos que la mayoría de los antecedentes de la semilla del SDSS están más enfocados en el Sistema Previsional que en la atención en la Salud.

La atención de la Salud de las personas hasta antes de la promulgación y puesta en marcha del Seguro Familiar de Salud, se soportaba en la parte que era administrada por el Ministerio de Salud Pública, por el Instituto Dominicano de la Seguridad Social, por algunas instituciones de tipo gremial como las de los maestros adscritos a la Ministerio de Educación y por la compra de servicios de salud a través de igualas y seguros médicos privados.

A partir del 2001, existe un cambio en el modelo del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana, tras la aprobación en el año 2001, de Las Leyes 42-01 (Ley General de Salud), promulgada el 8 de marzo del año 2001 y de la Ley 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social) el 9 de mayo 2001. Estas leyes sientan las bases para la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, respectivamente.

La Ley 42-01 regula todas las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la salud y la Ley 87-01 establece los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promueve el aumento del aseguramiento a través de cotizaciones sociales, con los aportes del Estado, de empleadores y del trabajador.

Así mismo, este nuevo marco legal ordena realizar las transformaciones necesarias para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, aseguramiento y financiamiento–, se separen y sean asumidas por las diferentes instituciones que le conforman. Entre esas instituciones se encuentran la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), las cuales iniciaron sus labores a partir de año 2002.

La transformación del Sistema Nacional de Salud todavía no alcanza a fortalecerse, lo que ha provocado que se vea un Sistema Nacional de Salud fragmentado en la parte pública y la parte privada, y no como un Sistema Integral **para la atención en Salud, donde toda la población tenga la misma calidad en la atención a la salud, independientemente de quién pague la factura, el Ministerio de Salud, el Sistema Dominicano de Seguridad Social o el bolsillo de la persona.**

### **3.1 Marco Legal, Conceptual y Técnico del SFS en sus tres regímenes de financiamiento.**

**La finalidad** del Seguro Familiar de Salud es la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizar el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velar por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones de la administración del sistema. (ART. 118. Finalidad del Seguro Familiar de Salud. Ley 87-01).

**Los riesgos** que cubre están expresados en el ART. 199 de la Ley 87-01, “comprende la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias. No comprende los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, ni los accidentes de trabajo ni las enfermedades profesionales, los cuales están cubiertos por la Ley 4117, sobre Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor y por el Seguro de Riesgos Laborales”

En el ART. 120, la ley 87-01, señala que : “ El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) **garantizará la libre elección familiar** de la Administradora de Riesgos de Salud (ARS), del

Seguro Nacional de Salud (SNS) y/o PSS de su preferencia, en las condiciones y modalidades que establece la presente ley y sus normas complementarias. **La selección que haga el afiliado titular será válida para todos sus dependientes que estén afiliados en el mismo núcleo familiar.** Una vez agotado el período de transición señalado en el **artículo 33 (no mayor de 10 años)**, el afiliado quedará en libertad de escoger la ARS y/o PSS de su preferencia, así como a cambiarla cuando considere que sus servicios no satisfacen sus necesidades. Los afiliados podrán realizar cambios una vez por año, con un preaviso de 30 días. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales regulará este proceso, establecerá el período para hacer los cambios de ARS, SNS y/o PSS y velará **por el desarrollo y la conservación de un ambiente de competencia regulada que estimule servicios de calidad, oportunos y satisfactorios para los afiliados.**”

El Marco Legal, Conceptual y Técnico en el que se soporta el Seguro Familiar de Salud se muestra en el Esquema 1, la presentación de esta manera permite comparar lo que implica cada elementos del Seguro Familiar de Salud según los tres regímenes de financiamiento y sobre todo revela, que de aplicarse la Ley 87-01, toda la población estaría afiliada al SFS y tendría garantizado su acceso a los procedimientos y servicios de salud.

Las poblaciones objeto de Aseguramiento del Régimen Contributivo, del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo Subsidiado, nos dan un panorama global donde en términos legales, se cumpliría la Cobertura Universal de la Población dentro del Seguro Familiar de Salud.

El Ministerio de Salud Pública es el que determina la política, fiscalización, supervisión y normativa para la prestación de los servicios de salud. **Responsable del modelo de Atención.**

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales es la encargada de la fiscalización, supervisión y normativa para el aseguramiento y financiamiento de la salud y los riesgos laborales.

### Esquema 1

#### REPÚBLICA DOMINICANA: Base Legal, Conceptual y Técnica del Seguro Familiar de Salud.

RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO
Número de Seguridad Social (NSS)	Es el número de identificación para el afiliado, compuesto por ocho (8) dígitos consecutivos más un dígito verificador, y es deber del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) otorgar el mismo a todos los ciudadanos inscritos en el SDSS, a través de la Tesorería de la Seguridad Social	Es el número de identificación para el afiliado, compuesto por ocho (8) dígitos consecutivos más un dígito verificador, y es deber del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) otorgar el mismo a todos los ciudadanos inscritos en el SDSS, a través de la Tesorería de la Seguridad Social	



## Esquema 1

### REPÚBLICA DOMINICANA: Base Legal, Conceptual y Técnica del Seguro Familiar de Salud.

RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO
Afiliación	Se entiende por afiliación el acto administrativo en virtud del cual la Tesorería de la Seguridad Social, luego del proceso de inscripción y asignación del Número de Seguridad Social (NSS), reconoce la condición de vínculo jurídico entre una ARS y/o AFP con la persona que se afilia, con los efectos establecidos en la Ley.	Acto administrativo en virtud del cual la Tesorería de la Seguridad Social, luego del proceso de inscripción y asignación del Número de Seguridad Social, reconoce la condición de vínculo jurídico entre el Seguro Nacional de Salud (SENASA)	
Aseguramiento	Es el acceso a los servicios cubiertos por el Plan Básico de Salud y el Plan de Pensiones, entre otras prestaciones, que se derivan de la materialización de la afiliación del beneficiario mediante la relación entre el afiliado y la ARS/SENASA; que se sustenta en una asignación financiera determinada y se expresa con la entrega de un carnet de persona afiliada al Sistema Dominicano de Seguridad Social.	Es el acceso a los servicios cubiertos por el Plan Básico de Salud y el Plan de Pensiones, entre otras prestaciones, que se derivan de la materialización de la afiliación del beneficiario mediante la relación entre el asegurado y SENASA; que se sustenta en una asignación financiera determinada y se expresa con la entrega de un carnet de persona afiliada al Sistema Dominicano de Seguridad Social. Los beneficiarios del régimen subsidiado se entenderán afiliados, en el momento en que la Tesorería de la Seguridad Social los registre, asignándoles un número de seguridad social y disperse el per cápita correspondiente.	
COBERTURA FAMILIAR	<b>Núcleo Familiar: Es el Conglomerado formado por el afiliado titular y sus dependientes</b>	<b>Núcleo Familiar: Es el conglomerado conformado por el jefe de hogar y sus dependientes debidamente registrados, éstos son: el o la cónyuge o compañero(a) de vida; hijos e hijastros menores de 18 años, hasta 21, si son estudiantes o sin límites de edad, si son discapacitados, los padres del afiliado titular, sólo si son económicamente dependientes de él. Los dependientes que trabajan serán considerados para calificar la situación económica del núcleo familiar.</b>	
POBLACIÓN OBJETO DE ASEGURAMIENTO	<p><b>Los trabajadores asalariados y a los empleadores públicos y privados,</b> según lo establece la letra a) del artículo 7 de la Ley 87-01, el cual será financiado por el afiliado en concurrencia con su empleador.</p> <p>1) El afiliado titular</p> <p>2. El cónyuge, a falta de cónyuge, la compañera o compañero de vida, quien es la persona que sin tener un vínculo de matrimonio reconocida por el afiliado titular como tal, en el Formulario de inclusión establecido</p>	<p>1. Los trabajadores por cuenta propia, con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, siempre y cuando no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social.</p> <p>2. Los desempleados que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales, siempre y cuando no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social ni estén recibiendo los</p>	Los profesionales y técnicos que trabajan en forma independiente, así como sus familiares

## Esquema 1

### REPÚBLICA DOMINICANA: Base Legal, Conceptual y Técnica del Seguro Familiar de Salud.

RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO
	por la SISALRIL, suscrito por este y registrada ante su empleador y ante su ARS, como integrante del núcleo familiar. El compañero de vida con quien haya mantenido una vida marital durante los tres años anteriores a su inscripción, o haya procreado hijos, siempre que ambos no tengan impedimento legal para el matrimonio;	beneficios derivados de un seguro de desempleo.	
	3. Los hijos menores de 18 años del afiliado	3. Las personas con discapacidad física, sensorial y/o mental, previa evaluación y calificación de la comisión médica regional correspondiente, que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales, siempre que no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social y que no estén recibiendo beneficios previsionales de los regímenes contributivo o contributivo subsidiado derivados por esa condición en el SDSS.	Los trabajadores por cuenta propia, urbanos y rurales, así como sus familiares
	4. Los hijos entre los 18 y los 21 años, cuando sean estudiantes de tiempo completo.		
	5. Los hijos de cualquier edad si tienen discapacidad permanente.	4. Las madres solteras desempleadas con hijos menores de edad que carecen de recursos suficientes para cubrir sus necesidades esenciales y garantizar la educación de los mismos, siempre y cuando no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social.	
	6. Los hijos del cónyuge o compañera o compañero de vida del afiliado que cumplan los requisitos anteriores.	5. Las personas mayores de 60 años de edad que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales siempre y cuando no sean dependientes económicamente de un afiliado y que no estén recibiendo beneficios previsionales de los regímenes contributivo y contributivo subsidiado derivados por esa condición en el SDSS.	Los trabajadores a domicilio, así como sus familiares
	<b><i>Todo recién nacido tendrá vocación de afiliado a la ARS/SENASA a la que pertenece su padre/madre titular. La ARS/SENASA proveerá al recién nacido los servicios de salud correspondientes durante treinta (30) días a contar de la fecha de su nacimiento sin exigir su registro de afiliación y pudiendo solicitar a la TSS el pago del per cápita del recién nacido de forma retroactiva de los treinta (30) días, una vez se haya regularizado el registro de afiliación. Pasados los treinta (30) días señalados, el recién nacido deberá contar de forma obligatoria con su</i></b>	6. Las personas indigentes y carentes de recurso según el Art. 7 de la Ley No. 87-01 y sus familiares siempre y cuando éstos no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).  <b><i>A partir del 1 de Septiembre del 2014. Todo recién nacido tendrá vocación de afiliado a la ARS SENASA a la que pertenece su padre/madre titular. La ARS SENASA proveerá al recién nacido los servicios de salud correspondientes durante treinta (30) días a contar de la fecha de su nacimiento sin exigir su registro de afiliación y pudiendo solicitar</i></b>	

### Esquema 1

## REPÚBLICA DOMINICANA: Base Legal, Conceptual y Técnica del Seguro Familiar de Salud.

RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO
	<i>propio registro de afiliación al SDSS para recibir los servicios de la ARS/SENASA.</i>	<i>a la TSS el pago del per cápita del recién nacido de forma retroactiva de los treinta (30) días, una vez se haya regularizado el registro de afiliación. Pasados los treinta (30) días señalados, el recién nacido deberá contar de forma obligatoria con su propio registro de afiliación al SDSS para recibir los servicios de la ARS SENASA.</i>	
	<b>DEPENDIENTES DEL TITULAR:</b>		
	<b>Dependientes Adicionales :</b> En forma complementaria, podrán incluir a otros familiares que dependan del afiliado o pensionado, siempre que el afiliado cubra el costo de su protección.	<p>1. El cónyuge debidamente registrado o compañero de vida con quien haya mantenido una vida marital anterior a su inscripción, siempre que no exista impedimento legal para el matrimonio y no pertenezca a otro régimen de financiamiento del SDSS.</p> <p>2. Los hijos e hijastros menores de 18 años, hasta 21 años, si fueran estudiantes, o sin límites de edad, si son personas con discapacidad, y no pertenezcan a otro régimen de financiamiento del SDSS.</p> <p>3. Los padres del afiliado titular, siempre y cuando no sean dependientes económicamente de un afiliado a otro régimen de financiamiento o no estén protegidos por cualquiera de los seguros previstos en el SDSS.</p>	Los jubilados y pensionados del Régimen Contributivo Subsidiado.
	<p><b>El trabajador que fue pensionado a causa de un accidente laboral, enfermedad común, enfermedad profesional, TIENE DERECHO A ESTE SERVICIO DE SALUD.</b></p> <p>La afiliación de los Pensionados del Régimen Contributivo, por jubilación, vejez, invalidez o sobrevivientes, será también de cobertura familiar.</p>	<p><i>Se crea por decreto presidencial el Plan de Servicios de Salud Transitorio para los Jubilados y Pensionados que reciben su Pensión a través de la Dirección General de Jubilaciones y Pensiones a Cargo del Estado. Decreto Presidencial 342-09. 28/04/2009</i></p>	
PRESTACIONES	Prestaciones en especie:		
	<p>a) Plan básico de salud;</p> <p>b) Servicios de estancias infantiles (Cubre a los hijos(as) de las trabajadoras)</p>	a) Plan básico de salud;	a) Plan básico de salud;
	Prestaciones en dinero:		
	<p>a) Subsidios por enfermedad; y</p> <p>b) Subsidios por maternidad</p>	b) Servicios de estancias infantiles	b) Servicios de estancias infantiles

## Esquema 1

### REPÚBLICA DOMINICANA: Base Legal, Conceptual y Técnica del Seguro Familiar de Salud.

RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO
	Los afiliados que ingresen por primera vez al Seguro Familiar de Salud, sean de empresas nuevas o existentes, así como sus familiares, tendrán derecho a atención médica a partir de los 30 días de su inscripción formal, salvo en caso de emergencia en que la atención será inmediata.	Para el Plan Especial: Prestaciones del Plan Básico de Salud.	
FINANCIAMIENTO	<p>Se fundamenta en un régimen financiero de reparto simple, basado en una cotización total del diez punto trece por ciento (10.13%) del salario cotizable:</p> <p><b>un tres punto cero cuatro por ciento (3.04%) a cargo del afiliado (trabajador-cotizante).</b></p> <p><b>y un siete punto cero nueve por ciento (7.09%) del empleador.</b></p> <p><b>Para los Pensionados por Discapacidad:</b></p> <p><b>El costo total del servicio es equivalente al 10.03% de la pensión. De ese porcentaje, el 6.02% lo financia la Seguridad Social y el 4.01% lo paga el pensionado por discapacidad. Resolución No. 211-04. 25/06/2009. CNSS.</b></p>	<p><b>RÉGIMEN SUBSIDIADO (RS):</b> Con un aporte del Estado Dominicano, con cargo a la ley de Gastos Públicos. Su monto será determinado en función de la cantidad de población atendida y del costo per cápita del plan básico de salud.</p> <p><b>PLAN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIAL TRANSITORIO PARA LOS PENSIONADOS Y JUBILADOS.(PSSET)</b></p> <p>Dicho plan es financiado con aportes del Estado y de los pensionados y jubilados, en base al 9.60% del salario cotizable. De ese porcentaje, el 6.72% está a cargo del Estado y el 2.88%, a cargo del beneficiario. Dicho porcentaje se sustenta en la Ley 87-01 sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social, y las modificaciones hechas por la Ley 188-07. Aunque el porcentaje establecido en dicha legislación es de 10.13%, sobre el salario cotizable, para los pensionados y jubilados se excluyen las deducciones por concepto de Estancias Infantiles y Subsidios, es decir, el 0.53% restante.</p>	El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) determinará mediante estudios, la distribución del costo per cápita del Plan Básico de Salud entre el trabajador y el Estado Dominicano, tomando en cuenta la capacidad contributiva real de los diversos segmentos de los trabajadores por cuenta propia, así como la disponibilidad del Estado Dominicano. El Poder Ejecutivo, a propuesta del CNSS, dispondrá mediante decreto el porcentaje de los aportes y su distribución.
CUENTAS DE INDIVIDUALIZACION	<p>El 10.13% se distribuye en las siguientes partidas como sigue:</p> <p><b>a) Un nueve punto cincuenta y tres por ciento (9.53%) para el cuidado de la salud de las personas;</b></p> <p><b>b) Un cero punto diez por ciento (0.10%) para cubrir las Estancias Infantiles;</b></p> <p><b>c) Un cero punto cuarenta y tres por ciento (0.43%)destinado al pago de subsidios;</b></p> <p><b>d) Un cero punto siete por ciento (0.07%) para las operaciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.</b></p>	<p><b>RS:</b> El Estado Dominicano paga el Costo de la Cápita por el total de Afiliados(as) en dicho Régimen.</p> <p><b>PSSET:</b> El 9.60% se va a la Cuenta Cuidado de la Salud.</p>	No está definido

### Esquema 1

#### REPÚBLICA DOMINICANA: Base Legal, Conceptual y Técnica del Seguro Familiar de Salud.

RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO
SALARIO MÁXIMO COTIZABLE	<p>Se establece un salario cotizable máximo equivalente a diez (10) salarios mínimos nacional. Los trabajadores que presten servicios a dos o más empleadores y/o reciban ingresos por actividades independientes, deberán declarar estos ingresos para fines del cálculo del salario cotizable.</p> <hr/> <p>01 de agosto 2013, el CNSS fijó en Ocho Mil Seiscientos Cuarenta y Cinco Pesos con 00/100 (<b>RD\$8,645.00</b>) el monto del Salario Mínimo</p> <hr/> <p>Nacional para calcular el límite superior del salario cotizable.</p>		No está definido
AGENTE DE INSCRIPCIÓN/RETENCIÓN	<p>El empleador público o privado es responsable de inscribir al afiliado, notificar los salarios efectivos o los cambios de estos, retener los aportes y remitir las contribuciones a la Tesorería de la Seguridad Social en el tiempo establecido por la presente ley y sus normas complementarias.</p>	<p><b>RS:</b> La identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado se hará a partir de los criterios e instrumentos socioeconómicos Adoptados por el Sistema Único de Beneficiarios, priorizando la población más pobre y vulnerable. La información suministrada por el SIUBEN sobre la situación socioeconómica de los hogares se somete al escrutinio de un programa que contiene 17 variables, que determinan el índice de calidad de vida (ICV) de esos hogares, De esta información se seleccionarán las personas Elegibles para el régimen subsidiado. La ARS SENASA es la encargada de hacer la selección.</p> <p><b>PSSET:</b> Pensionados y jubilados que reciben sus retribuciones a través de la Dirección General de Jubilaciones y Pensiones a Cargo del Estado, dependencia adscrita al Ministerio de Hacienda.</p> <p>El acceso a este plan está condicionado a que los jubilados y pensionados no se encuentren registrados en alguna nómina del Régimen Contributivo, ni en la base de datos del Régimen Subsidiado del Seguro Familiar de Salud.</p> <p><b>El PSSET</b> entró en vigencia el 1.º de mayo del 2009 y, cubre a todos los pensionados y jubilados inscritos en la Base de Datos de la Dirección de General de Jubilaciones y Pensiones a cargo del Estado al mes de febrero de 2009 y que cumplan las condiciones descritas en el párrafo anterior.</p>	<p>El trabajador independiente o por cuenta propia pagará directamente sus aportes.</p>

### Esquema 1

#### REPÚBLICA DOMINICANA: Base Legal, Conceptual y Técnica del Seguro Familiar de Salud.

RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO
AGENTE RECAUDADOR/FISCALIZADOR DEL COBRO	La Tesorería de la Seguridad Social detectará la mora, la evasión y la elusión; además, será la responsable del cobro de las cotizaciones, recargos, multas e intereses retenidos indebidamente por el empleador.	La Tesorería de la Seguridad Social	
DISPERSIÓN	Es el total de Multiplicar el Costo Per Cápita del Plan Básico de Salud por el total de Afiliados en el Régimen Contributivo. La Tesorería de la Seguridad Social entregará a cada Administradora de Riesgos de Salud (ARS) y al Seguro Nacional de Salud (SNS) una asignación mensual multiplicando la población local (afiliados) protegida por el costo del plan básico de salud, con cargo a la partida "Cuidado de la salud de las personas".	Es el total de Multiplicar el Costo Per Cápita del Plan Básico de Salud por el total de Afiliados. La Tesorería de la Seguridad Social entregará a la ARS SENASA una asignación mensual multiplicando la población local protegida por el costo del plan básico de salud. Esto lo cubre el Estado.	
	Las Administradoras de Riesgos de Salud tendrán a su cargo todos los trabajadores del sector privado formal, o informal no subsidiados que la seleccionen.	ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD PÚBLICA: ARS SENASA. -Todos los empleados públicos y las instituciones autónomas o descentralizadas y sus familiares, al momento de entrar en vigencia la presente ley, excepto aquellas que tengan contrato de Seguro hasta su vencimiento y las que tengan seguro de autogestión o puedan crearlo en los próximos tres años, después de promulgada esta ley;	ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD PÚBLICA: ARS SENASA.
ADMINISTRADORAS DEL RIESGO		<b>Para el Plan de Salud Especial:</b> Son las ARS SENASA, ARS SEMMA Y ARS SALUD SEGURA quienes administran el riesgo de Salud. Las atenciones de salud para sus beneficiarios son provistas a través de tres Administradoras de Riesgos de Salud, distribuidos de la siguiente manera:  ARS SEMMA: administra los servicios de salud de los maestros. ARS Salud Segura: administra los servicios de salud de los pensionados y jubilados del IDSS, amparados en la Ley 1896-48. ARS SENASA: administra los servicios de salud del resto de los pensionados y jubilados que no están incluidos en ninguno de los dos grupos anteriores.	
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	RED PRIVADA Y RED PÚBLICA	Los beneficiarios del Régimen Subsidiado, quienes serán atendidos por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS); o el sector público; <u>RED PÚBLICA Y EN CASO NECESARIO LA RED PRIVADA</u>	RED PÚBLICA Y PRIVADA

### Esquema 1

#### REPÚBLICA DOMINICANA: Base Legal, Conceptual y Técnica del Seguro Familiar de Salud.

RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO
SISTEMA DE CONTRATACIÓN	El Seguro Nacional de Salud (SNS) y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) efectuarán el pago al personal de salud por concepto de honorarios profesionales, así como a los demás proveedores de servicios, con regularidad en un período no mayor a 10 días calendario a partir del pago a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), siempre que los mismos hayan sido reclamados en las condiciones y dentro de los límites y procedimientos que al efecto establecerán las normas complementarias.		
COSTO DE LA CÁPITA BÁSICO JUNIO 2014	RD\$835.89	<p><b>Subsidiado: RD\$201.34</b></p> <p><b>Plan Especial:</b></p> <p>ARS SENASA: RD\$1,281.00</p> <p>ARS SEMMA: RD\$721.00</p> <p>ARS SALUD SEGURA: RD\$721.00</p>	NO ESTÁ DEFINIDA
POBLACIÓN AFILIADA A JUNIO 2014: 5,785,236	3,030,417	<p><b>SUBSIDIADO: 2,754,819</b></p> <p><b>PLAN ESPECIAL: 29,825</b></p> <p>ARS SENASA: 10,515</p> <p>ARS SEMMA: 4,584</p> <p>ARS SALUD SEGURA: 14,726</p>	NO ESTÁ HABILITADO
Cobertura Poblacional: Población Afiliada/ Población total <sup>a/</sup> = 5,815,061 /9881439= 58.85%	30.67%	<p>SUBSIDIADO: 27.88%</p> <p>PLAN ESPECIAL: 0.3%</p>	NO ESTÁ HABILITADO
CATALOGO DE BENEFICIOS	PLAN BÁSICO DE SALUD	PLAN BÁSICO DE SALUD	PLAN BÁSICO DE SALUD
COBERTURAS ADICIONALES	Los servicios no incluidos en el Plan Básico de Salud que excedan la cobertura del mismo serán cubiertos por el afiliado o el empleador y reglamentados por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), para evitar pagos excesivos		Los servicios no incluidos en el Plan Básico de Salud que excedan la cobertura del mismo serán cubiertos por el afiliado o el empleador y reglamentados por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), para evitar pagos excesivos

a/ La Población Total es la cifra al 30 de junio del 2014 de las Estimaciones y Proyecciones de Población. Revisión 2014. ONE.

**FUENTE: Elaboración propia con base en la Ley 87-01. Que Crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus modificaciones en los artículos 1, 56, 97, 140 y 176. Consejo Nacional de la Seguridad Social, agosto 2014. Reglamento del Régimen Subsidiado. Decreto Presidencial Número 136.13. Reglamento sobre aspectos generales de afiliación al Seguro Familiar del Régimen Contributivo. Decreto Presidencial 234-07.**

### 3.1 Factores que influyen en la no inclusión en el Seguro Familiar de Salud

A partir del contenido del Esquema 1 se detecta, de manera conceptual, que existe un grupo de personas que a Agosto del 2014, todavía no podrían estar incluidas en el Seguro Familiar de Salud, debido a alguna de las siguientes razones:

Aun siendo dominicanos residentes en el país, no cuentan con un documento legal, que los acredite como ciudadanos dominicanos, con lo cual no se puede emitir un NSS que les permita la afiliación. Se estima que en la República Dominicana el 4.29% de la población residente en el país no cuenta con acta de nacimiento (ENHOGAR, 2012). Por cada 100 personas sin acta de nacimiento, 75 son menores de 18 años de edad y 25 tienen 18 años o más de edad.

De la población de 18 años y más que tiene acta de nacimiento, el 3.5% no cuenta con una cédula de identidad y electoral (ENHOGAR 2012). Es decir, 2.25% de la población total tiene 18 años y más, tiene acta de nacimiento pero no cuenta con cédula. A esta población, al no tener cédula de identidad y electoral, no se le puede incluir como población afiliada al Seguro Familiar de Salud. Esta situación se agrava, si esta persona es el único cotizante del hogar, por lo que ni él ni sus dependientes (aun teniendo acta de nacimiento y/o cédula de identidad y electoral) no pueden ser afiliadas al Seguro Familiar de Salud.

Entre las características de la población con los dos factores señalados anteriormente, se aprecia que 6.54% de la población total del país no puede ingresar al Seguro Familiar de Salud por falta de Acta de Nacimiento o por falta de Cédula de Identidad (ENHOGAR 2012). Más adelante, se verá el impacto y la caracterización de esta población.

La población que trabaja de forma independiente y no pertenece a un núcleo familiar donde su relación de parentesco con el titular (cotizante) o el dependiente (cotizante) le garantice su acceso al Seguro Familiar de Salud.

La población de 18 a 21 años de edad, que no es estudiante y que por ese hecho pierde el derecho de estar afiliado con cargo a la cuenta Cuidado de la Salud. Aunque si se demuestra que esta población es dependiente económicamente del cotizante titular o cónyuge cotizante, se tiene que pagar la cápita vigente por esta persona o por las personas del núcleo familiar que quieran permanecer afiliadas. La cápita para agosto del 2014, representa el 9.57% de un salario promedio cotizante (RD\$8,645.00) por lo cual, esta población es más susceptible de quedar sin protección cuanto menor sea el ingreso económico por núcleo familiar.

Para agosto del 2014, todavía los Pensionados del Régimen Contributivo, no cuentan con protección de Seguridad Social, ni ellos(as), ni sus dependientes directos que pertenecen al núcleo familiar.

Los recién nacidos tienen protección en sus primeros 30 días de vida, después de ese periodo, de no haberse gestionado su afiliación definitiva, quedan sin Seguro de Salud. Para los recién



nacidos de las mujeres afiliadas al Régimen Subsidiado, esta protección se regula a partir del 1 de septiembre del 2014. En el Régimen Contributivo, esta protección se dio en el año 2008.

### **3.2 Factores económicos que influyen en el volumen del recaudo que respalda la dispersión.**

La forma en que se estructura el Seguro Familiar de Salud en sus Regímenes de Financiamiento Contributivo y Subsidiado, actualmente en funcionamiento, depende de factores económicos que hacen vulnerables los ingresos recaudados que puede repercutir finalmente en el término de la afiliación al sistema.

En el Régimen Subsidiado, la fuente de financiamiento, son los recursos del Estado con cargo a la ley de Gastos Públicos. Los subsidios mensuales que otorga el Estado Dominicano a las instituciones prestadoras de servicios de salud se transformarán en una modalidad de compra de servicios pre pagada con cargo a la cual el Estado Dominicano referirá una cantidad proporcional de pacientes del Régimen Subsidiado y Contributivo Subsidiado, establecida previamente y de común acuerdo, para fines de atención sin costo adicional.

El recaudo del Régimen Subsidiado es igual al valor que tiene la cápita mensual por la población afiliada al Subsidiado. Dicha cápita, actualmente es de **RD\$201.34** menor que la del Régimen Contributivo que es de **RD\$835.89**.

Aunque desde que inicia el Régimen Subsidiado (2004) se ha venido incrementando la población afiliada a este régimen, es necesario visualizar que no existe ningún tipo de reserva, que haga que el Estado responda en términos financieros a las obligaciones contraídas para garantizar la continuidad de la afiliación de dicha población. Estos recursos dependen del Presupuesto General de la Nación (**Art. 27 del Reglamento del Régimen Subsidiado**) que se emite cada año, el cual está en función de los Ingresos del Estado Dominicano.

Otra población cuya atención en salud se subsidia, en una proporción importante, son los Jubilados y Pensionados que reciben su pensión a través de la Dirección General de Jubilaciones y Pensiones (*Decreto Presidencial 342-09. 28/04/2009*). El recaudo lo maneja directamente el Ministerio de Hacienda y factura a la TSS el costo de la Dispersión. La cápita es diferencial según la ARS a la que estén afiliados. ARS SENASA: RD\$1,281.00, ARS SEMMA: RD\$721.00 y ARS SALUD SEGURA: RD\$721.00. Las dos últimas tienen su propia Red de Prestadoras de Servicios en tanto que la ARS SENASA contrata los servicios de la Red Pública y de la Red Privada.

El plan especial para Jubilados y pensionados, se financia con el aporte del pensionado que es del 2.88% de su pensión y 6.72% está a cargo del Estado. Si existe insuficiencia de Recaudo es el Estado quien respalda el déficit, no existe una reserva para solventar el déficit y los recursos provienen del presupuesto anual del gobierno.

Todavía existe una cuenta pendiente, con la forma en que se va a financiar el cuidado de la Salud de todos los trabajadores, que en su vida activa son población afiliada al Régimen Contributivo y en su vida pasiva demandarán servicios de salud. La Ley 87-01 contempla la protección de la salud a los Pensionados y Jubilados del Seguro Familiar de Salud del Régimen

Contributivo pero aún no está visualizado cómo y con qué se financiará la atención en salud a este grupo poblacional. Aún no hay ningún pensionado por Vejez, en el Régimen Contributivo, por el poco tiempo para su implementación, pero a medida que pase el tiempo existirán quién demanden de salud para ellos y sus dependientes en una época de vida tan vulnerable.

### **3.3 Factores que determinan la Suficiencia Financiera de la Cuenta Cuidado de la Salud en el Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud.**

La Suficiencia Financiera se mide a través de lo que se recaudó dentro del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud para la Cuenta Cuidado de la Salud y lo que se dispersa a las ARS para que cubran a los afiliados (as) cualquier cobertura dentro del Plan Básico de Salud.

De acuerdo con la Ley 87-01, la fuente del recaudo para la cuenta Cuidado de la Salud, depende del aporte que haga el Empleado(a) y el Empleador, que es una tasa de recaudo del 9.53% del Salario Cotizable del Trabajador del que el Empleador declara ante la TSS. Asimismo el Salario Cotizable está limitado a diez salarios mínimos nacional cotizables mensuales fijados por la TSS.

El salario mínimo nacional cotizables mensuales, se revisa cada vez que existe un aumento salarial a nivel nacional, a partir de agosto 2013 es de RD\$8,645.00.

El monto de la cápita mensual que se dispersa a las ARS, su monto es establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), mediante cálculos actuariales, será revisado anualmente en forma ordinaria y semestralmente en casos extraordinarios.

Sin perjuicio de lo anterior, cuando se desarrollen las condiciones técnicas necesarias, dicho Consejo podrá establecer tarifas diferenciadas en función del riesgo individual de los beneficiarios (Ley 87-01. Artículo 169). Esto todavía no ha sido implementado.

La cápita ha sido modificada siete veces, durante el período que va de septiembre 2007 a agosto 2014. En septiembre 2007 era de RD\$483.33 y en agosto 2014 es de RD\$835.89.

El Seguro Familiar de Salud es un seguro con tasa de cotización fija de 9.53% del salario del cotizante (trabajador activo ante la TSS), un esquema de beneficios definidos cuyo costo es único para todas las personas afiliadas al Régimen Contributivo, con una cápita mensual única. Es decir, es un esquema donde el aporte es diferencial según el salario y el costo de los beneficios es único para toda la población afiliada.

Un esquema donde no se plantea, una partida del recaudo para la constitución de un fondo para los casos de insuficiencia de recaudo. Esto es, cualquier fondo que se pueda constituir solamente tiene como fuente de alimentación cuando hay suficiencia de recaudo y se ve disminuido cuando existe insuficiencia.

La no previsión de este tipo de fondos, cuya constitución dependa solo de la suficiencia de recaudo, a corto o largo plazo coloca a este tipo de seguros en insolvencia para seguir operando.

### 3.3.1 Índice de Suficiencia de recaudo

Un modelo matemático simple que puede ayudar a entender la interrelación de las variables económicas y demográficas que determinan la suficiencia de recaudo para la Cuenta Cuidado de la salud se presenta a continuación.

**El recaudo depende de las siguientes variables:**

1. X= Salario Promedio Mensual de los Cotizantes
2. Y=Cotizantes
3. Z=Tasa de aporte = 0.0953 del Salario Promedio de los Cotizantes. Valor que por el momento es fijo.

Con lo anterior la función Recaudo queda definida como:

$$R(x,y,z)=zxy=0.0953xy$$

**La Dispersión por su parte depende de:**

1. A=Total de Afiliados al SFS-RC = (Dependientes Directos) + Cotizantes
2. Dependientes del Núcleo = A la población no cotizante del núcleo familiar, generalmente son los Dependientes Directos no cotizantes más los Titulares del núcleo familiar que no son cotizantes.
3. TDN= Tasa de dependientes del núcleo familiar = (A-Y) /Y. No se consideran a los dependientes adicionales por los cuales se paga la cápita mensual de manera completa y esto no sale del Recaudo para la cuenta Cuidado de la Salud.
4. A=Y(1+TDN)
5. MC= Monto de la Cápita Mensual por afiliado, es constante en cada momento de la evaluación.

$$D(y,TDN)=MC*A= MC*Y(1+TDN)$$

Entonces el Índice de Suficiencia de Recaudo estaría dado por:

$$S(x,y,TDN)= R(x,y,)- D(y,TDN)= 0.0953xy- 835.89 (1+TDN)y= y(0.953x-835.89-835.89TDN)$$

Donde el dominio de S está dado por:  $D(S)=\{(x,y,TD) \in R^2 / 0 < x \leq 86,450.00, 0 < y \leq PEA, 0 \leq TD \leq N\}$

**X**, que es el Salario Cotizable que el empleador reporta a la TSS del cotizante, tiene que ser mayor que 0 y está acotado por el límite máximo de cotización.

**Y**, que es el número de cotizantes tiene que ser mayor que 0 y como cota superior la población económicamente Activa (PEA). La cota inferior, en términos legales, tendrían que ser los cotizantes asalariados cuyo salario es superior al salario mínimo nacional, lo cual en la actualidad no es así, entra cualquier persona que tenga un vínculo obrero patronal que perciba de manera permanente un salario, aunque trabaje al menos 1 hora al mes.

En el Cuadro 2 se muestran los valores que se utilizaron para la construcción del índice de suficiencia del recaudo que se describirá más adelante.

**Cuadro 2.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Indicadores Poblacionales y Económicos del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud.**  
**Septiembre 2009- Febrero 2014**

Periodo de Cobertura	Núcleos Familiares	Cotizantes	Afiliados	Salario Promedio por Cotizante	TDD=(Afiliados - Cotizantes)/ Cotizantes	Cápita Mensual	Salario Cotizable	Salario Máximo de Cotización
200709	865,488	945,758	1,430,541	12,487	0.51	483.33	5,635	56,350
200809	1,007,777	1,027,342	1,723,493	13,277	0.68	620.00	5,635	56,350
200909	1,098,736	1,132,056	2,080,879	13,410	0.84	661.91	5,635	56,350
201009	1,161,948	1,188,629	2,355,909	14,188	0.98	721.48	6,481	64,810
201109	1,222,143	1,252,216	2,580,167	15,162	1.06	721.48	7,583	75,830
201209	1,256,724	1,300,673	2,722,271	15,943	1.09	788.58	7,583	75,830
201309	1,331,284	1,383,410	2,920,220	17,115	1.11	835.89	8,645	86,450
201402	1,365,095	1,421,326	3,000,420	17,343	1.11	835.89	8,645	86,450

Fuente: Estimación propia con base en las informaciones publicadas Estadísticas de CNSS, TSS, SIPEN Y SISALRIL. Septiembre 2007- Febrero 2014

Con los elementos antes descritos, legalmente, no existe otra fuente de financiamiento que permita subsanar cualquier déficit, en caso, de que el Recaudo sea menor que la Dispersión, pues en la Ley 87-01, no se plantea la creación de un **fondo para la Cuenta Cuidado de la Salud** que parta de una individualización del aporte mensual, así como lo tiene el Seguro de Riesgos Laborales y el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia.

El Fondo de la Cuenta Cuidado de la Salud actual, surge con el Saldo Positivo que se tuvo en los primeros años de vida del SFS, que se incrementó por producto de la inversión y disminuye siempre que es necesario completar el déficit del Recaudo que respalda la Dispersión.

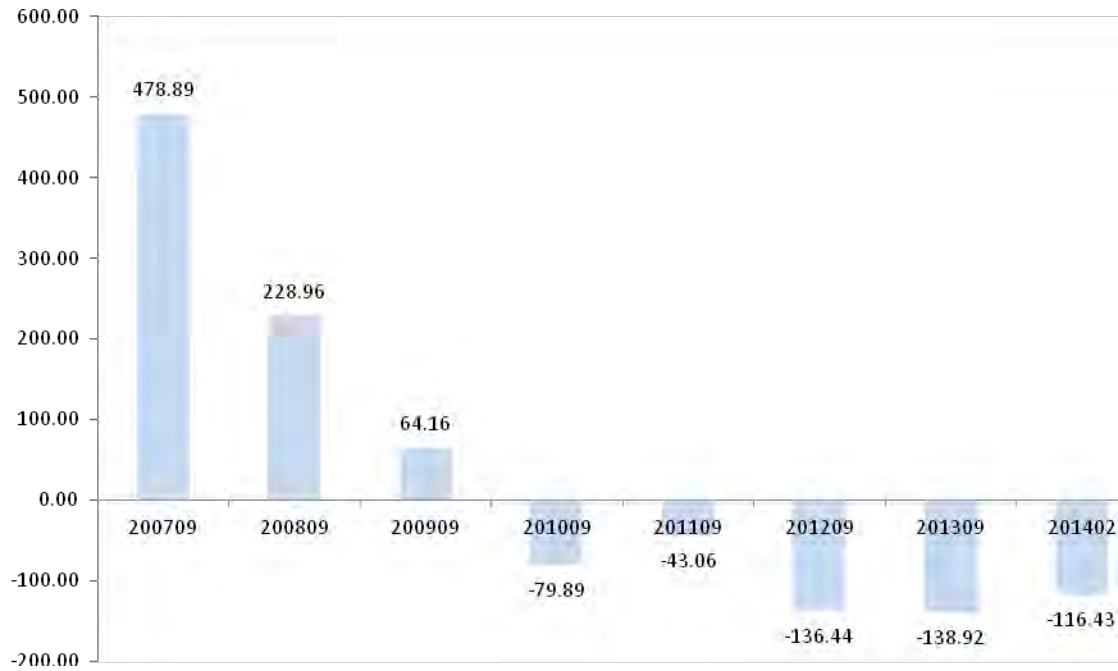
El Saldo Positivo que se tuvo al inicio del SFS, se debió sobre todo a que la cápita estimada al inicio tomó como base una tasa de dependencia más alta que la observada, con lo cual la afiliación esperada fue mayor que la afiliación observada y en consecuencia hubo suficiencia financiera del recaudo.

Actualmente, el fondo Cuidado de la Salud está financiando, no sólo el déficit del Recaudo sino también la dispersión de la cápita que se registra mensualmente para la Atención en Salud de origen Accidente de Tránsito de la población del Régimen Contributivo; así como de la dispersión del núcleo familiar que durante 60 días tiene cobertura, aún cuando ningún cotizante permanezca activo en el núcleo familiar y de los recién nacidos sin documentación por el mismo plazo de 60 días.

Para visualizar la suficiencia financiera del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo y de los seguros de este tipo y de lo antes descrito, se corrió el modelo de suficiencia a nivel de núcleo familiar.

En el Gráfico 1, se presenta la Suficiencia del Recaudo por núcleo familiar activo en el Régimen Contributivo, se tomó el período de cobertura a partir de Septiembre 2007 y se hizo una revisión anual de dicho indicador.

**Gráfico 1 .REPÚBLICA DOMINICANA: Suficiencia del Recaudo de la Cuenta Cuidado de la Salud promedio por núcleo familiar según período de cobertura. Septiembre 2009- Febrero 2014. Suficiencia promedio a nivel tamaño del núcleo**



En septiembre del 2007, se tiene una suficiencia de recaudo promedio por núcleo familiar de RD\$478.89, para el año 2008 el nivel disminuyó con respecto a 2007 pero hubo saldo positivo de RD\$228.96 por núcleo familiar; para 2009 el indicador se mantuvo positivo pero se colocó en RD\$64.16. Con estos saldos positivos se pudo constituir el Fondo de Cuidado de la Salud, el cual se vio incrementado por los retornos de inversión.

La suficiencia de recaudo se da entre 2007 y 2009, aun cuando en ese período se dan tres incrementos de cápita. En diciembre 2007 se da el primer incremento en la cápita pasa del RD\$483.33 a RD\$620.00, esta última cápita se mantiene sin cambios hasta julio 2009, que es cuando se da el siguiente incremento, al pasar a RD\$661.91 y aplicando una indexación que la ubica en RD\$691.61, esta cápita estuvo vigente de Julio 2009 a Noviembre 2009. Durante este período el salario cotizante mensual se sitúa en **RD\$5,635** y el tope máximo de cotización en **RD\$56,350<sup>5</sup>**

<sup>5</sup> Consejo Nacional de la Seguridad Social, Resolución Núm. 163-02 (2 de Agosto de 2007).

Para septiembre 2010, ya se cae en insuficiencia de recaudo, es decir, por cada núcleo familiar en promedio se necesitaría haber recaudado R\$79.89 más, este déficit lo respaldó el Fondo de Cuidado de la Salud.

El tercer incremento de cápita se da en diciembre del 2009, el cual la sitúa en RD\$721.48, esta permanece constante durante todo 2010, pero existe un incremento de salario cotizante en marzo del 2010, al ubicar el tope máximo de cotización en RD\$64,810<sup>6</sup>, con lo cual el recaudo se ve incrementado. A diciembre 2010, según el balance general de la contabilidad del SDSS, disponible en la página web de la Tesorería de la Seguridad Social<sup>7</sup>, situaba el Fondo de la Cuenta Cuidado de la Salud en RD\$7,332,901,046.20

La suficiencia financiera promedio por núcleo familiar para septiembre 2011 alcanza un déficit de R\$43.06, menor que el presentado en el año 2010, reflejo del incremento del tope salarial en 2010 y del incentivar la recaudación con la condonación de la deuda de los empleadores con el Seguro Familiar de Salud en junio del 2010. En Julio del 2011, se da otro aumento en el tope máximo de cotización que lo fija en RD\$ 75,830<sup>8</sup>. A partir de noviembre del 2011 se da un incremento de cápita que la sitúa en RD\$788.58.

Según el balance general de la contabilidad del SDSS, a diciembre del 2011 el Fondo de la Cuenta Cuidado de la Salud en RD\$7,437,878,170.90, lo que representa 1.43% de incremento respecto a lo que se tenía en diciembre 2010. Cabe mencionar, que a partir de Enero del 2011, se dispersa una cápita mensual de RD\$6.00 por afiliado del Régimen Contributivo para la atención en salud a la población afiliada que sufre un accidente de tránsito. Esto último, con cargo al fondo de Cuidado de la Salud.

En septiembre del 2012, la suficiencia de recaudo registra un déficit de RD\$136.44 por núcleo familiar. La cápita del periodo se mantiene en RD\$788.58. No hubo incremento en el tope salarial. A diciembre del 2012 el fondo de la cuenta cuidado de la salud se sitúa en RD\$6,870,822,108.56, lo que representa una disminución del 7.62% respecto a lo acumulado hasta diciembre del 2011.

Durante el año 2012, se mantiene la dispersión de la cápita mensual para la atención en salud de los Afiliados al Régimen Contributivo que sufrieron un Accidente de Tránsito en RD\$6.00 con cargo al fondo.

La suficiencia de recaudo a nivel de núcleo familiar en septiembre 2013 presenta un déficit de RD\$138.92 por núcleo, muy parecido al nivel alcanzado en Septiembre 2012, lo que nos revela un freno al déficit financiero.

---

<sup>6</sup> Consejo Nacional de Seguridad Social, Resolución Núm. 231-02 (10 de 02 de 2010).

<sup>7</sup> Tesorería de la Seguridad Social. (2014 de Septiembre de 2014).  
[http://www.tss.gov.do/pdf/finance/cont\\_sdss/balance\\_gral\\_dic10.pdf](http://www.tss.gov.do/pdf/finance/cont_sdss/balance_gral_dic10.pdf)

<sup>8</sup> Consejo Nacional de la Seguridad Social, Resolución núm. 275-04 (29 de 06 de 2011).

El Fondo de la Cuenta Cuidado de la Salud a diciembre 2013, es de R\$6,525,700,467.38, una disminución del 5.02% respecto a 2012. Durante el año 2013, hubo un aumento de cápita a partir del mes de agosto 2013 la cápita mensual que se dispersa es de RD\$835.89. En agosto del 2013 existe un incremento del salario base de cotización que lo sitúa en RD\$8,645.00<sup>9</sup> con lo cual se fija el Salario Tope de Cotización en R\$86,450.00.

Adicionalmente, a partir de Agosto del 2013 se da un incremento de la cápita para la atención en salud a la población afiliada del Régimen Contributivo que sufre un accidente de tránsito, la cual se sitúa en RD\$7.50 por afiliado por mes.

En el gráfico 1, el último índice de suficiencia de recaudo a nivel de núcleo que se presenta es el de febrero 2014, el déficit por núcleo se sitúa en RD\$116.43. Este nivel muestra una recuperación del recaudo, respecto a lo que se venía observando en cada período anual analizado.

El Fondo de la Cuenta Cuidado de la Salud a febrero del 2014, según el balance general del SDSS es de RD\$6,272,449,152.33 una disminución del 3.88% con respecto a Diciembre 2013.

Cabe mencionar, que si se revisan los Estados Financieros del SDSS, disponibles en el sitio web de la TSS, se puede visualizar que el fondo en Inversión con forme pasa el tiempo va disminuyendo.

### **3.3.2 Suficiencia de Recaudo por tamaño de integrantes del núcleo familiar.**

El indicador de suficiencia de recaudo se construyó a nivel del tamaño del núcleo familiar.<sup>10</sup> En el gráfico 2 se pueden observar las bondades del Seguro Familiar de Salud. Entre menor es el tamaño del núcleo existe una mayor suficiencia de recaudo la cual compensa el déficit del recaudo de los núcleos de mayor tamaño.

Se puede constatar, también que al inicio del Régimen Contributivo, se tuvo una suficiencia de recaudo hasta los núcleos de tamaño 4. Para Septiembre de 2008, la suficiencia de recaudo se tenía en los núcleos familiares hasta el tamaño 2, casi en equilibrio los de tamaño 3 y después todos los demás, presentaban un déficit más acentuado si lo comparamos con septiembre 2007.

Entre septiembre 2010 y septiembre 2013, los núcleos familiares de tamaño 1 permanecen con suficiencia de recaudo; los núcleos de tamaño 2 tienen suficiencia pero empiezan acercarse al equilibrio.

---

<sup>9</sup> Consejo Nacional de la Seguridad Social. Resolución No. 322-02 (1 de 08 del 2013)

<sup>10</sup> Para la construcción de este indicador a nivel tamaño del núcleo se tuvo que procesar la información de Recaudo y la de Dispersión, para poder asociar cada integrante del núcleo con las características de los cotizantes que mantienen al núcleo. En el cruce se pudo determinar que existe núcleos donde no existen cotizantes, esto es, debido a que un núcleo puede permanecer hasta 60 días activo sin que existe un cotizante activo que lo respalde, el período para garantizar unicidad del núcleo fue el período de factura.

Los núcleos de tamaño 3 en adelante, tienen un déficit más pronunciada, entre 2009 y 2010, en los siguientes años el nivel de insuficiencia sigue aumentando pero ya con menor intensidad.

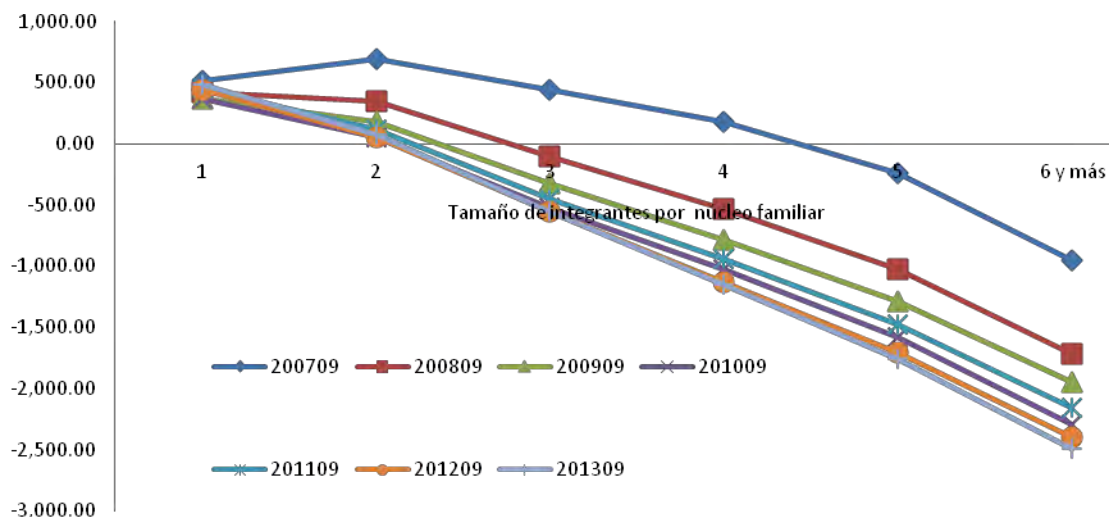
De hecho, como se puede ver en el Cuadro3 , los núcleos de tamaño 1 empiezan a aumentar su nivel de suficiencia entre 2011 y 2013.

**Cuadro 3.**  
REPÚBLICA DOMINICANA: Índice de Suficiencia de Recaudo por tamaño de integrantes del núcleo según período de Cobertura. Septiembre 2009- Febrero 2014. Pesos Dominicanos

Período de Cobertura	Índice de Suficiencia de recaudo por núcleo	Tamaño de integrantes por núcleo familiar						Cápita Mensual	Salario Cotizable	Salario Máximo de Cotización
		1	2	3	4	5	6 y más			
200709	478.89	516.81	689.66	437.02	175.49	-239.92	-953.13	483.33	5,635	56,350
200809	228.96	415.22	341.95	-107.56	-536.98	-1,025.34	-1,712.43	620.00	5,635	56,350
200909	64.16	372.36	174.86	-328.13	-781.27	-1,290.63	-1,947.34	661.91	5,635	56,350
201009	-79.89	370.53	51.95	-519.00	-1,021.82	-1,580.27	-2,288.89	721.48	6,481	64,810
201109	-43.06	446.86	117.48	-445.97	-944.48	-1,476.80	-2,152.47	721.48	7,583	75,830
201209	-136.44	443.70	49.16	-554.27	-1,131.68	-1,701.95	-2,399.99	788.58	7,583	75,830
201309	-138.92	480.08	71.72	-557.87	-1,154.03	-1,754.92	-2,497.59	835.89	8,645	86,450
201402	-116.43	490.24	103.34	-521.81	-1,114.42	-1,711.08	-2,430.89	835.89	8,645	86,450

Fuente: Base de datos de Recaudo y Dispersión. Septiembre 2007- Febrero 2014.

**Gráfico 2. REPÚBLICA DOMINICANA: Suficiencia del Recaudo de la Cuenta Cuidado de la Salud promedio por núcleo familiar según tamaño del núcleo y período de cobertura. Septiembre 2007- septiembre 2013.**



En este indicador, solo se consideró la dispersión de la población afiliada como dependiente directo y no se considera la dispersión por efecto de la cobertura de salud a la población afiliada que sufre un accidente de tránsito.

Entre septiembre 2007 y septiembre 2009, la suficiencia de recaudo de los núcleos más pequeños, ayudó a que existiera suficiencia de recaudo a nivel total. Ya para septiembre del 2010 la suficiencia de recaudo de estos núcleos no fue suficiente para solventar el déficit de los



núcleos de mayor tamaño. Con lo cual el fondo de cuidado de la salud fue el que respaldó dicho déficit.

Hasta aquí, se visualiza la importancia de que el Fondo de Cuidado de la Salud de las Personas se entienda como la constitución de una reserva pero alimentada con un porcentaje del recaudo, elemento ausente en la Ley 87-01.

El Fondo generado a través de la Suficiencia de Recaudo, al inicio del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud, es lo que ha mantenido el déficit de los años subsiguientes, pero llegará un momento que el fondo puede disminuirse de tal manera, que el seguro se colapse y caiga en insuficiencia de recaudo, con lo cual el Estado, como garante del sistema, es el que tendrá que hacer frente a dichas obligaciones.

### **3.4 Factores que inciden en el acceso a las coberturas del Plan Básico de Salud.**

Todo régimen de aseguramiento en Salud, tiene que delimitar entre otras cosas, los beneficios y las coberturas a las cuales tiene derecho como asegurado y/o afiliado a dicho sistema de aseguramiento debido a que en él se establecen las reglas de otorgamiento y acceso a dichos servicios. Se determina la Red de Prestadoras de Servicios de Salud y se clasifica por tipo de servicios y prestaciones que otorga. Además de que se realiza el Registro único de personal médico y técnico por tipo de especialidad vinculado con el régimen de aseguramiento y en función de todos estos elementos se realizan los cálculos del costo que respalde el otorgamiento de los servicios y coberturas al afiliado o asegurado.

Un punto a resaltar es el hecho que la delimitación de las prestaciones de salud se llevan a cabo para determinar financieramente hacia dónde y para qué se utilizan los recursos destinados al Régimen de Aseguramiento y ayuda a visualizar la suficiencia financiera del dicho Sistema de Aseguramiento, esto obviamente, acompañado de la población objeto de aseguramiento a la cual está llegando dicha cobertura.

Plan Básico de Salud, según el Artículo 129 de la Ley 87-01 “El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) garantizará, en forma gradual y progresiva, a toda la población dominicana independientemente de su condición social, laboral y económica y del régimen financiero a que pertenezca, un plan básico de salud, de carácter integral, compuesto por los siguientes servicios:

- a. Promoción de la salud y medicina preventiva, de acuerdo al listado de prestaciones que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS);
- b. Atención primaria de salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio, atención materno infantil y prestación farmacéutica ambulatoria, según el listado de prestaciones que determine el CNSS;
- c. Atención especializada y tratamientos complejos por referimiento desde la atención primaria, incluyendo atención de emergencia, asistencia ambulatoria por médicos especialistas, hospitalización, medicamentos y asistencia quirúrgica, según la lista de prestaciones que determine el CNSS;

- d. Exámenes de diagnósticos tanto biomédicos como radiológicos, siempre que sean indicados por un profesional autorizado, dentro del listado de prestaciones que determine el CNSS;
- e. Atención odontológica pediátrica y preventiva, según la lista de prestaciones que determine el CNSS;
- f. Fisioterapia y rehabilitación cuando sean prescritas por un médico especialista y según los criterios que determine el CNSS;
- g. Prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis médica y asistencia técnica a discapacitados, según el listado que determine el CNSS.”

Respecto a las coberturas sobre medicamentos ambulatorios, se hace referencia lo siguiente:

Art. 130.- Prestaciones farmacéuticas ambulatorias Las prestaciones farmacéuticas ambulatorias de los Regímenes Contributivo y Contributivo Subsidiado cubrirán el setenta (70) por ciento del precio a nivel del consumidor, debiendo el beneficiario aportar el treinta (30) por ciento restante.

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) aprobará el listado a ser cubierto tomando en cuenta el Cuadro básico de medicamentos elaborado por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el cual será de aplicación obligatoria y única para todas las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) que participen en el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado recibirán medicamentos esenciales gratuitos. Las normas complementarias establecerán la competencia y los procedimientos para la prescripción y entrega de las prestaciones farmacéuticas ambulatorias.”

En el Reglamento de Afiliación del Régimen Contributivo se define al Plan Básico de Salud como: “El conjunto de servicios de atención a la salud de las personas a los que tienen derecho todos los afiliados a los regímenes Contributivo, Contributivo- Subsidiado y Subsidiado y cuyos contenidos están definidos en el reglamento correspondiente y su forma de prestación estará normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que se elaboren para tal efecto.”

El Plan Básico de Salud, está organizado en 12 grandes grupos y 77 subgrupos, existen 3,023 coberturas de servicios y procedimientos de salud. La descripción y estructura del Plan Básico de Salud se presenta en el Cuadro 4.

Cada grupo y subgrupo tiene relacionado el costo que asume la población afiliada y lo que absorbe la Administradora de Riesgos de Salud, dicho costo depende del tipo de cobertura de salud que demande el afiliado(a) a la Prestadora de Servicios de Salud (PSS) asociada a la ARS a la que pertenece el afiliado(a). El costo de copago, cuota moderadora fija y cuota moderadora variable está relacionado con el tipo de cobertura de salud, con el grupo y subgrupo donde se demande el servicio.

La Cuota Moderadora Variable (CMV) es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio, equivalente a una parte del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud, y **cuya finalidad es regular la utilización y estimular el buen uso del servicio. Los beneficiarios del régimen subsidiado están exentos del pago del mismo.**

La Cuota Moderadora Fija (CMF) es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar los servicios de atención ambulatoria (consultas médicas generales y especializadas) contenidos

en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, equivalente a una parte del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud, y cuya finalidad **es evitar el exceso en el uso de los mismos. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado están exentos del pago de cuota moderadora fija.**

El copago está definido, como término, solo para el **Grupo 12. Medicamentos Ambulatorios**, concepto que se maneja en la Ley 87-01 que en su definición es igual a lo que se define como **Cuota Moderadora Fija.**

La población afiliada del Régimen Contributivo es la única que paga un costo por acceder a las coberturas de servicios y procedimientos de salud, que va desde 0% al 30% según el grupo del Plan Básico de Salud al que pertenezca la cobertura y las cuotas moderadoras fijas.

**Cuadro 4.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Estructura del Plan Básico de Salud por coberturas, copago, cuota moderadora y cuota moderadora variable. Septiembre 2014**

Grupos y Subgrupos	Características	Delimitación del tipo de Coberturas	Copago, Cuota Moderadora y Cuota Moderadora Variable.
<b>1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN /1</b>			
1.1. Asistencia Prenatal	<p>Contiene 13 programas, diseñados a través de las normas y protocolos del ministerio de Salud son de aplicación obligatoria. Están elaborados integralmente, la parte ambulatoria se maneja en el primer nivel y si es necesario realizar un procedimiento o consulta de mayor complejidad, el afiliado será referido al segundo o tercer nivel.</p>	1) Ilimitada, 100%	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">NO INCLUYE CUOTA MODERADORA NI COPAGO</p>
1.2. Prevención Fiebre Reumática		1) Ilimitada, 100%	
1.3. Tratamiento Integral Niños y Niñas		2) Esquema ampliado de vacunación desde el recién nacido hasta los 5 años de edad	
1.4. Infecciones de Transmisión Sexual		3) Vacunas: Contra Difteria, Tétanos y Tosferina (DPT), Contra Paperas, Poliomiellitis y Sarampión, Combinada Contra Sarampión, rubéola, papera (Triple Viral), Haemophilus Influenza Tipo b (Hib), Combinada Contra Haemophilus Influenza Tipo b -Hib-, Difteria, Tétanos, Tosferina y Hepatitis B (Pentavalente), Contra Tuberculosis (BCG), Contra Influenza, Antihemophilus, Contra Hepatitis B (HB), Contra Rubéola y Contra Difteria y Tétanos (DT).	
1.5. Planificación Familiar		1) Ilimitada, 100%	
1.6. Malaria			
1.7. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)			
1.8. Salud Escolar			
1.9. Tratamiento Hipertensión Arterial			
1.10. Prevención Cáncer Cérvico-Uterino			
1.11. Prevención y Tratamiento Tuberculosis			
1.12. Prevención y Tratamiento Diabetes Tipo I - Insulino-Dependiente			
1.13. Prevención y Tratamiento Diabetes Tipo II - No Dependiente			
<b>2. ATENCIÓN AMBULATORIA /1</b>			
2.1. Consulta Medicina General	Tendrán cobertura las consultas de todas las especialidades médicas reconocidas por el Ministerio de Salud,	<p>1) Ilimitada</p> <p>2) Puerta de entrada a los diferentes niveles de complejidad, (incluye atención primaria)</p>	<p>CUOTA MODERADORA FIJA RD\$100.00</p>

**Cuadro 4.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Estructura del Plan Básico de Salud por coberturas, copago, cuota moderadora y cuota moderadora variable. Septiembre 2014**

Grupos y Subgrupos	Características	Delimitación del tipo de Coberturas	Copago, Cuota Moderadora y Cuota Moderadora Variable.
2.2. Consulta Médica Nivel 2	<p>comprendidas las consultas de urgencia y las programadas, en consultorio y a domicilio. Las consultas con especialistas pueden hacerse mediante acceso directo o mediante un referimiento del Médico General o Familiar.</p> <p>Para cubrir los servicios de consulta y control del usuario según el catalogo consignado en el Plan De Servicios De Salud – PDSS-, el primer nivel de atención incluye el programa de control de la persona sana y la atención de las enfermedades consignadas en el mismo.</p>	3) Programa de control de persona sana	
2.3. Consulta Médica Nivel 3		4) Médico general o familiar, personal auxiliar y/o paramédico y especialidades básicas	
	1) Ilimitada.		
	2) Interconsulta 1er. nivel y emergencia		
	3) Médico especialista o subespecialista		
	4) Especialidades: pediatría, ginecología, cirugía general, medicina interna y dermatología		
	5) Consulta psiquiátrica y psicológica		
	1) Ilimitada		
	2) Interconsulta desde niveles de menor nivel de complejidad		
	3) Médico subespecialista		
	4) Enfermedades de alto costo y riesgo		
<b>3. ODONTOLOGÍA /1,2</b>			
3.1. Aplicación de carioestáticos	<p>Incluyen acciones de prevención, diagnóstico y tratamientos odontológicos.</p>	1) Ilimitada	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">CUOTA MODERADORA VARIABLE (20%)</p>
3.2. Consulta de urgencia /2		2) Afiliados de 2 a 16 años de edad	
3.3. Consulta preventiva, terapia fluorada		3) Revisión cada 6 meses	
3.4. Consulta, diagnóstico, fichado, plan de tratamiento		1) Ilimitada	
3.5. Detec., control placa bacteriana - enseñanza higiene bucal		1) Ilimitada	
3.6. Extracción de cuerpo extraño /2		2) Población menores de 14 años de edad	
3.7. Extracción dentaria /2		3) Terapia de Fluoruros	
3.8. Incisión y drenaje de absceso /2		1) Ilimitada	
3.9. Tratamiento de la Gingivitis /2		1) Ilimitada	
3.10. Tratamiento Osteomielitis /2		2) Capacitar y promover la técnica de cepillado y eliminación de placa bacteriana	
<b>4. EMERGENCIA /1,2</b>			
4.1. Emergencia: es una afección o lesión que se produce inesperadamente, que pone en peligro la vida del paciente y puede traer como consecuencia una lesión grave o una discapacidad, y que requiere atención médica o quirúrgica inmediata.	<p>Incluye todas las atenciones de emergencias médicas, para toda la población de afiliados/as.</p>	<p>1) Ilimitada, 100%</p> <p>2) Consulta Emergencia</p> <p>3) Evaluación y atención médica</p> <p>4) Atención médica para sutura</p> <p>5) Cuidado en observación hasta 24 horas</p> <p>6) Cuidado en hidratación</p> <p>7) Evaluación, estabilización y remisión del paciente</p> <p>8) Interconsulta especializada</p> <p>9) Otras actividades y procedimientos médicos y de enfermería</p> <p>10) Análisis de laboratorio y pruebas diagnósticas que requiera el</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">NO INCLUYE CUOTA MODERADORA NI COPAGO</p>

**Cuadro 4.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Estructura del Plan Básico de Salud por coberturas, copago, cuota moderadora y cuota moderadora variable. Septiembre 2014**

Grupos y Subgrupos	Características	Delimitación del tipo de Coberturas	Copago, Cuota Moderadora y Cuota Moderadora Variable.
		paciente	
		11) Colocación de yesos	
		12) Medicamentos y soluciones indicadas, ver Listado de Medicamentos Esenciales establecidos para el PDSS	
<b>5. HOSPITALIZACIÓN /2</b>			
<b>5.1 Hospitalización general y especialidades básicas</b>	Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de emergencia, para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico (orden de internamiento).	1) Habitación hasta RD\$1,200 al 100% por día / persona y 90% en el exceso de RD\$1,200 hasta RD\$1,800	<b>CMV 10% sobre el exceso RD\$1,200 hasta RD\$1,800</b>
		2) Consulta Hospitalaria (interconsulta)	<b>CUOTA MODERADORA VARIABLE (15%)</b>
		3) Ilimitada	
		4) Internamiento No Quirúrgico, especializado y domiciliario.	
		5) Médico familiar, general, y/o especialista	
		6) Enfermera y auxiliar de enfermería	
		7) Dotación básica elementos de enfermería	
		8) Insumos Hospitalarios	
		9) Alimentación adecuada al estado del paciente (excepto sustancias especiales de nutrición parenteral y enteral, no incluidas en el catálogo de prestaciones)	
		10) Medicamentos Esenciales	
		11) Todas las prácticas diagnósticas del PDSS.	
		12) Suministro de ropa de cama; Cuidado y aseo del paciente; energía eléctrica y agua; servicios y recursos de infraestructura de acuerdo al nivel de atención	
		13) Internamiento Quirúrgico, especializada y domiciliaria	
<b>6. PARTOS Y CESÁREAS /2,3</b>			
<b>6.1. Atención de parto normal /3</b>	Cubre a toda mujer embarazada afiliada que presenta labor de parto, se incluyen las atenciones para las diferentes fases o periodos del trabajo de parto, se da cobertura independientemente de la vía, tanto si es Abdominal (cesárea) o Vaginal (partos).	1) Habitación hasta RD\$1,200 al 100% por día / persona. 90% en el exceso de RD\$1,200 hasta RD\$1,800	<b>CMV 10% sobre el exceso RD\$1,200 hasta RD\$1,800</b>
		2) Ilimitada	<b>NO INCLUYE CUOTA MODERADORA NI COPAGO</b>
		3) Recibimiento niño	
		4) Honorarios Gineco-obstetra	
		5) Embarazadas a termino	
		6) Soluciones, anestésicos,	
		7) Medicamentos Esenciales	
		8) Sala de preparto y parto	
		9) Equipos de sala de parto	

**Cuadro 4.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Estructura del Plan Básico de Salud por coberturas, copago, cuota moderadora y cuota moderadora variable. Septiembre 2014**

Grupos y Subgrupos	Características	Delimitación del tipo de Coberturas	Copago, Cuota Moderadora y Cuota Moderadora Variable.
		10) Instrumental, ropas, esterilizante, materiales, oxígeno, etc.) 11) Servicios de enfermería, cuidado, aseo e higiene 12) Suministro de ropa de cama; Cuidado y Aseo del paciente; energía eléctrica y agua; Servicios y recursos de infraestructura de acuerdo al nivel de atención	
6.2. Atención por cesárea /2	En ambos casos se cubren: insumos, medicamentos, de sala de parto: equipo básico de la sala, los accesorios e implementos, instrumental, ropas reutilizables o desechables, los servicios de esterilización, instrumentación y enfermería, materiales, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, salas de trabajo de parto, post-parto y de observación del recién nacido. Así como las atenciones médicas a través de un Médico General, Familiar o Especialista.	1) Habitación hasta RD\$1,200 al 100% por día / persona. 90% en el exceso de RD\$1,200 hasta RD\$1,800 2) Recibimiento niño 3) Honorarios Gineco-obstetra 4) Ilimitada 5) Honorarios Anestesiólogo 6) Sala de cirugía y recuperación. 7) Medicamentos Esenciales 8) Servicios de enfermería, cuidado, aseo e higiene 9) Instrumental, ropas, esterilizante, materiales, oxígeno, etc.) 10) Laboratorio 11) Suministro de ropa de cama; Cuidado y Aseo del paciente; energía eléctrica y agua; Servicios y recursos de infraestructura de acuerdo al nivel de atención	CMV 10% sobre el exceso RD\$1,200 hasta RD\$1,800 CUOTA MODERADOR A FIJA RD\$700 CUOTA MODERADOR A FIJA RD\$1,800 CUOTA MODERADORA VARIABLE (20%)
<b>7. CIRUGÍA /2,3</b>			
7.1. General 7.2. Menores 7.3. Cardiovasculares 7.4. Dermatológicas 7.5. Endocrinológicas 7.6. Gástricas 7.7. Neurocirugías 7.8. Reumatología 7.9. Oftalmológicas 7.10. Otorrinolaringológicas 7.11. Pediátricas 7.12. Urológicas 7.13. Vasculares 7.14. Ortopédicas 7.15. Ginecológicas 7.16. Hematología 7.17. Neumología	Mediante este grupo se da Cobertura de Cirugía General y de Especialidades, con derechos de sala de cirugía, comprenden: equipamiento básico del quirófano, instrumental, ropas reutilizables o desechables, materiales, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, los servicios de enfermería, esterilización, instrumentación, circulantes para el acto quirúrgico y anestésico, se incluye recuperación hasta por seis horas. Los derechos de sala de recuperación comprenden: la dotación básica, equipos, accesorios e implementos, ropas reutilizables o desechables y los servicios de enfermería y de personal profesional en	1) Ilimitada 2) Cirujano o Subespecialista 3) Servicios profesionales de anestesia 4) Ayudantes de cirugía 5) Sala de cirugía. 6) Medicamentos, soluciones, oxígeno, anestésicos 7) Esterilización 8) Instrumentación 9) Circulantes para el acto quirúrgico y anestésico (Ayudantes quirúrgicos, instrumentadoras, auxiliares, etc.) 10) Recuperación hasta 6 horas 12) Consulta Preanestesia 13) Consulta Hospitalaria (interconsulta)	CUOTA MODERADORA VARIABLE 10%

Cuadro 4.  
REPÚBLICA DOMINICANA: Estructura del Plan Básico de Salud por coberturas, copago, cuota moderadora y cuota moderadora variable. Septiembre 2014

Grupos y Subgrupos	Características	Delimitación del tipo de Coberturas	Copago, Cuota Moderadora y Cuota Moderadora Variable.
	anestesia.		
<b>8. APOYO Dx<sup>/1</sup></b>			
8.1. Laboratorio	Para apoyar el diagnóstico, tratamiento y evolución de las enfermedades, los profesionales de la salud utilizan diferentes medios diagnóstico, para garantizar una atención de calidad.	1) Ilimitada	CUOTA MODERADORA VARIABLE (20%)
8.2. Rayos X			
8.3. Ecografías			
8.4. Otros Medios Dx			
8.5. Biopsias			
8.6. TAC			
8.7. RNM			
<b>9. ATENCIONES ALTO COSTO /2,3</b>			
9.1. Cirugía de Corazón Abierto B y Pass	Son aquellas enfermedades que ameritan atención y tratamiento de alta complejidad técnica y que resultan ser muy costosas, las enfermedades cubiertas por el PDSS, en este capítulo, son las de mayor frecuencia en el país y de la que el país dispone con tecnología para su atención.	1) Hasta RD\$1,000,000.00, según gradualidad establecida en la Resolución Administrativa SISALRIL No. 178-2010. 2) Se mantiene el tope máximo por evento en COPAGO de dos (2) salarios mínimos cotizables, según Resolución Administrativa SISALRIL No. 149-08.	CUOTA MODERADORA VARIABLE 20%
9.2. Angioplastia			
9.3. Valvuloplastia Mitral			
9.4. Trasplante de Córnea			
9.5. Hemodiálisis Renal /2			
9.6. Diálisis Peritoneal /2			
9.7. Trasplante Renal			
9.8. Reemplazo Articular Cadera			
9.9. Reemplazo Articular Rodilla			
9.10. Reemplazo Articular Hombro			
9.11. Columna: Cirugía Escoliosis			
9.12. Columna: Espondilolistesis Total			
9.13. Atención Prematuros			
9.14. Atención Unidad de Cuidados Intensivos			
9.15. Tratamiento del Cáncer Adultos			
9.16. Tratamiento del Cáncer Pediátrico			
9.17 Tratamiento de Politraumatismo (trauma mayor) /2			
9.18 Tratamiento de Quemadura Graves (3er. Grado) /2			
<b>10. REHABILITACIÓN /3</b>			
10.1. Consultas Rehabilitación	Es el conjunto de procedimientos médicos, psicológicos y sociales, que tiene como objetivo, contribuir a que una persona pueda alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, laboral y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica, intentando restablecer o restaurar la salud. La rehabilitación debe actuar tanto en la causa de la discapacidad como en los efectos producidos por la enfermedad, basado en el modelo bio-psicosocial, para aumentar la función perdida y así mejorar la calidad de vida.	1) Ilimitada	CUOTA MODERADORA VARIABLE 20%
		2) Evaluación	
		3) Planificación y seguimiento al proceso de rehabilitación del paciente	
		4) Personal médico especializado	
10.2. Terapias rehabilitación		1) Ilimitada	
		2) Fisioterapia: Consulta de control	
		3) Médico Fisiatra, Fisioterapeuta, Enfermera y Técnicos.	
10.3. Aparatos y Prótesis		1) Ilimitada	
		2) Sistema de movilización, inmovilización, ortopédicas y ortesis: Férulas, Muletas, Andadores y Bastones	
	3) Prótesis: Prótesis de Pie para Segmento Amputado, Tibial para Amputada Tras Tibial y Prótesis Femoral		
<b>11. HEMOTERAPIA /3</b>			

**Cuadro 4.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Estructura del Plan Básico de Salud por coberturas, copago, cuota moderadora y cuota moderadora variable. Septiembre 2014**

Grupos y Subgrupos	Características	Delimitación del tipo de Coberturas	Copago, Cuota Moderadora y Cuota Moderadora Variable.
11.1 Hemoterapia	Consiste en el uso adecuado y correcto de la sangre y sus derivados en pacientes que ameriten la aplicación de estos para mejorar su estado patológico y prolongar su vida.	1) Ilimitada	CUOTA MODERADORA VARIABLE 10%
		2) Aplicación de sangre y sus derivados	
<b>12. MEDICAMENTOS AMBULATORIOS /1,3</b>			
12.1 Medicamentos Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención	Son todos aquellos medicamentos prescritos por un médico a un paciente, para ser administrados de manera ambulatoria es decir sin que el paciente esté hospitalizado, el PDSS, cubre los medicamentos esenciales genéricos o de marca, establecido por la OPS y la SESPAS en nuestro país. Los medicamentos y soluciones que se prescriban para el tratamiento del paciente, deberán limitarse estrictamente al listado de medicamentos esenciales definido en el Listado de Medicamentos Esenciales y Genéricos establecido por el Plan de Servicios de Salud y aprobado por el Consejo Nacional de la Seguridad Social.	1) Máximo ARS RD\$3,000 por persona/ por año	COPAGO 30%
		2) Medicamentos (ver Listado de Medicamentos Esenciales establecidos para el PDSS)	
12.2 Medicamentos Coadyuvantes en el Tratamiento Oncológico (Afiliados Tratados en subgrupos 9.15 y 9.16) /3		1) Máximo ARS RD\$90,000 por persona/ por año	
		2) Medicamentos	

1/ Modificación según Resoluciones Administrativas de la SISALRIL N° 122-07, 127-07, 128-07, 129-07, 130-07 y 138-07

2/ Modificación según Resoluciones Administrativas de la SISALRIL N° 147-07 y 149-08

Los costos para acceder a las coberturas del Plan Básico de Salud son iguales para toda la población independientemente del tamaño del núcleo al que pertenece y del salario que perciban los cotizantes. Este es un factor que limita el acceso a la atención en salud, de la población que vive en los núcleos con menor salario que pertenecen al Régimen Contributivo.

Aunque existe un límite monetario en términos del costo que asume la población afiliada, que según la Resolución 149-2008 del 28 de enero del 2008 de la SISALRIL, donde en el artículo quinto se menciona que “el tope máximo por evento en copago es de dos salarios mínimos cotizables”, esto quiere decir que cualquier pago por evento que tenga que hacer la población afiliada es hasta RD\$17,290 por evento.

Por evento, se entiende el agrupamiento de todas las coberturas de salud que una persona, en un momento de tiempo específico, requiere para restablecer su salud. Entonces el límite máximo que tendrá que absorber la población afiliada, a la que le sucede el evento, es hasta



los RD\$17,290. En un año puede ocurrir más de un evento que haga que tenga otra vez que pagar este límite máximo.

Salvo en los casos de Quimioterapia, Radioterapia y Hemodiálisis, el evento tiene una cobertura anual, lo que implica que a lo más para este tipo de coberturas, anualmente la población afiliada que los requiera pagará hasta RD\$17,290.

El hecho de que la población tenga que realizar un pago, para acceder a las coberturas del Plan Básico de Salud, ha generado varios inconvenientes para la población de menores ingresos, por un lado se ha observado que la frecuencia de uso de estas personas es menor y que acceden a las coberturas una vez que tienen una complicación de salud más severa.

Si tomamos como referencia lo que reportan las Administradoras de Riesgos de Salud a la SISALRIL<sup>11</sup> sobre el monto pagado por año de cobertura, es decir, el monto y el número de servicios en el momento en que se realizó un procedimiento u obtuvo un servicio de salud la población afiliada según tipo de Régimen, se tiene que en el año 2012, en el Régimen Subsidiado se otorgaron 1.63 servicios o procedimientos por afiliado mientras que en el Régimen Contributivo fue de 1.30. Es decir, existe un mayor acceso a servicios o procedimientos en el Régimen Subsidiado donde no existe copago, ni cuota moderadora que en el Régimen Contributivo donde sí los hay.

La estructura del Plan Básico de Salud, señala que en el Grupo 1. Prevención y Promoción, con acceso sin costo para la población afiliada, lo que implica que la entrada a la atención en salud es abierta pero aún no está habilitada en la mayoría de los casos, lo que hace que la población accede o tiene que acceder a servicios de otro grupo para su atención, donde se tiene necesariamente que pagar una cantidad por el acceso.

Por ejemplo, el suministro de medicamentos a enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y tuberculosis, que tienen que suministrarse sin costo a través del grupo 1, esta situación no se cumple en la mayoría de los casos, lo que implica que el acceso a los medicamentos se da por el Grupo 12. Medicamentos Ambulatorios, Subgrupo 12.1, lo que por ley tiene un copago de 30% y una cobertura máxima por afiliado(a) por año de RD\$3,000 pesos. Esto provoca, necesariamente problemas en el acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de la Diabetes, Hipertensión y Tuberculosis.

Aunque existen esfuerzos institucionales, para la implementación del Modelo de Acceso a las Coberturas del Plan Básico de Salud, aún no existe la entrada única a las Coberturas del Plan

---

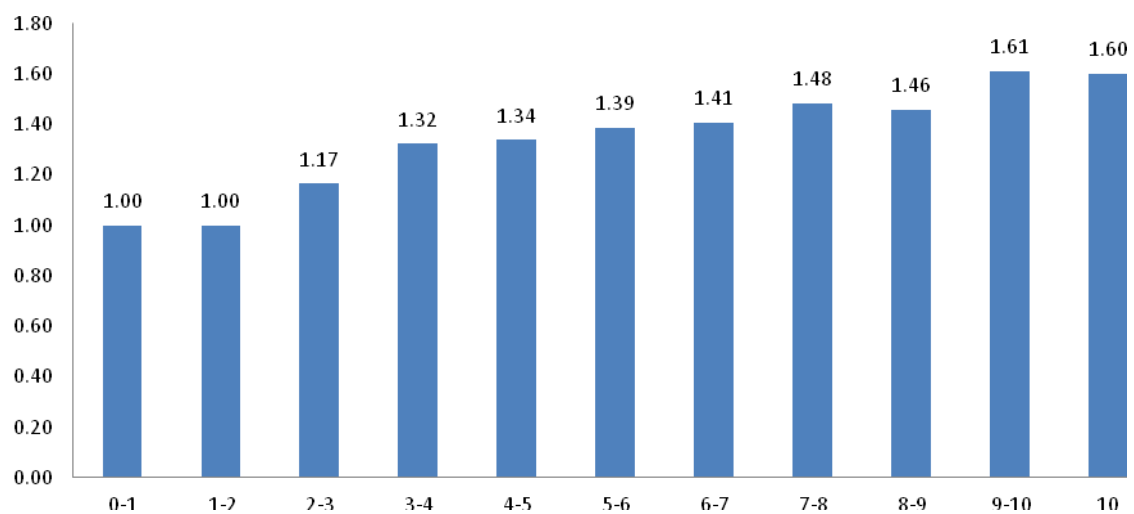
<sup>11</sup> Información que se puede estimar a partir de los datos que envían las ARS a la SISALRIL a través del Esquema 0025. Esquema 0035: Prestaciones de Salud a los Afiliados al SFS: En el mismo se recoge la información enviada por las ARS bajo parámetros predeterminados y estandarizados mediante una codificación única que proporciona un formato con un lenguaje estándar entre todas las ARS. La SISALRIL, a través de este conjunto mínimo básico de datos (Esquema 35), da seguimiento mensual a las reclamaciones pagadas por las ARS a sus prestadoras contratadas. Sirve de base para el análisis periódico del costo de la cápita del PDSS. La estructura del Esquema 35 está diseñada de tal manera que permite obtener información por grupo, subgrupo y cobertura que componen el PDSS. Se basa en la estructura de acceso a las prestaciones diseñadas en el Seguro Familiar de Salud. Es una de las herramientas usadas por esta Superintendencia para dar seguimiento al Costo en Salud pagado por cada una de las ARS, y es considerado como el detalle de lo expresado en los estados financieros de cada ARS en cuanto al monto pagado a las PSS. Con esta información la SISALRIL ha podido estimar el costo real del PDSS.

Básico de Salud. Lo que hace que el Seguro Familiar de Salud otorgue prestaciones de salud a cualquier nivel de atención que la población afiliada demande sin que necesariamente los necesite a ese nivel, por ejemplo una simple gripe puede ser tratada es diagnosticada por un especialista en el Grupo 2 del Plan Básico de Salud cuando debió ser habilitada la atención vía el Grupo 1.

Al realizar una clasificación del costo en salud que cubren las ARS por las atenciones demandadas por la población afiliada del Régimen Contributivo, clasificada por rango de salario cotizante del titular o cotizante que mantiene el núcleo familiar para las coberturas otorgadas en el año 2012. Se pudo determinar que la inversión por año por afiliado es diferencial según el grupo salarial al que pertenece el núcleo familiar, cuanto menor es el rango salarial menor es el costo de inversión.

Es decir, por cada peso invertido en la población afiliada al Régimen Contributivo que demandó un servicio o procedimiento durante el año 2012, cuyo núcleo familiar pertenece al rango salarial menor a 1 salario cotizante mensual se pagó 1.60 por la población afiliada pero que pertenece al rango salarial de 10 salarios cotizables. (Gráfico 3).

**Gráfico 3. REPÚBLICA DOMINICANA: Índice de inversión en salud por afiliado dentro del Régimen Contributivo que pagó la ARS según rango salarial al que pertenece el núcleo familiar. 2012. Tomando como base la Inversión en la población que pertenece al Rango Salarial.**



El hecho de que la inversión sea diferencial según el rango salarial al que pertenece la población afiliada al Régimen Contributivo implica que existen diferencias en el acceso a los servicios, en la demanda de servicios y al tipo de Prestadoras de Servicios de Salud al que asiste la población afiliada al Régimen Contributivo.

La percepción del concepto de prevención y del concepto de enfermedad juegan un papel importante para la demanda de los servicios y procedimientos de salud pero en este caso podríamos concluir que el hecho de que la población tenga que incurrir en un pago, relativamente pequeño o grande, según el rango salarial al que pertenece la población, hace que el acceso a las coberturas de servicios de salud sea diferencial. Lo que puede traer como consecuencia un retraso en detección temprana de un problema de salud, pues mientras no se complete o se tenga el dinero para cubrir el costo del copago o cuota moderadora, no hay demanda de servicio o procedimiento de salud, por parte de la población.

Un elemento a destacar es el hecho de que para acceder, cualquier afiliado, a una prestadora de servicios de salud (PSS) solo tienen que estar en la Red de Prestadoras de la ARS, con lo cual cualquier población afiliada a la ARS puede “acceder” a esa Red pero el costo pactado para la atención en salud, entre la ARS y la PSS es el mismo para toda la población afiliada, lo que implica que el porcentaje a pagar por la atención es de la misma cuantía para toda la población afiliada, lo que hará diferencias significativas de acceso a una PSS donde los costos de atención son más elevados que otro para la misma prestación de salud demanda.

Es decir, no es lo mismo pagar R\$1000 pesos para una población afiliada que pertenece a un rango salarial de RD\$10,000 de salario por mes que para una población que gana RD\$50,000. El primero va a tardar en acceder a la prestación de salud pues el costo que tiene que absorber representa el 1.0% de su salario mensual, mientras que en el segundo representa el 2.0%.

Aunque si bien el copago y la cuota moderadora variable, a través del tiempo de implementación del Régimen Contributivo, ha disminuido y una de las justificaciones para su aplicación puede ser justificada para evitar el sobre uso de los servicios y procedimientos, es importante resaltar que tendrá que existir una evaluación que permite que se puedan implementar copagos diferenciados según el rango salarial del núcleo familiar y controlar la sobreutilización de servicios y procedimientos de salud con la implementación de los protocolos de atención de acuerdo con cada patología asociada con la población afiliada.

#### 4. Población afiliada a servicios de salud según la ENHOGAR 2012.

La población en la República Dominicana puede tener acceso a servicios siendo parte de la población asegurada del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado del Seguro Familiar de Salud. Así también puede completar las coberturas de servicios y procedimientos contratando los Planes Alternativos de Salud (PAS), de manera Complementaria siempre que sea con la ARS de afiliación del Régimen Contributivo y de manera Voluntaria si no pertenece al Seguro Familiar de Salud o si los contrata con una ARS distinta. También puede comprar seguros de salud o médicos con las diferentes compañías de Seguros en República Dominicana.

Las Administradoras de Riesgos de Salud comercializan los Planes Alternativos de Salud, que son todas aquellas coberturas de salud que constituyen modalidades no obligatorias de acceso a los servicios de salud suscritos entre la ARS/SeNaSa y el Contratante/Afiliado. Los tipos de Planes que se contemplan son: Planes Complementarios, Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP) y Planes Voluntarios (PV).<sup>12</sup>

Para tener una estimación de la población, que de alguna manera tiene cubierta la atención en salud y de la que no está protegida por ningún tipo de seguro de salud o médico, utilizaremos la información que levantó la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2012), la cual involucra en la versión del año 2012 dos secciones que dan cuenta de la fuente de acceso a Servicios de Salud.

Estas dos secciones tienen el enfoque de afiliación a un Seguro de Salud, concepto que maneja la Enhogar 2012, para que la población no familiarizada con el término Seguro de Salud lo ubique con el nombre más común Seguro Médico, la primera como el tener cobertura al Seguro de Salud como una prestación laboral para el trabajador (**Sección IV. Características Económicas**); y la segunda como la afiliación a un Seguro de Salud de la población en general como titular y/o beneficiario (**Sección VI. Afiliación a Seguros de Salud**).

##### 4.1 Condición de Afiliación al Seguro de Salud de la Población en general.

La afiliación al Seguro de Salud de la población en general está dada, ya sea porque es beneficiaria como dependiente de una persona que contrata un seguro o que por su relación obrero patronal tiene como prestación al seguro de salud. Así también puede ser parte del Seguro Familiar de Salud como población subsidiada.

En la ENHOGAR 2012, en la Sección **VI. Afiliación a Seguros de Salud**, existe una batería de preguntas que permite clasificar a la Población total en tres grupos: a) Los que están afiliados al Seguro de Salud; b) Los que no están afiliados a un Seguro de Salud o Médico; c) Los que no saben si están afiliados a algún seguro de Salud o Médico. A partir de aquí se utilizará solo seguro de salud para referirnos también al seguro médico.

---

<sup>12</sup> Normativa sobre Planes Alternativos de Salud. SISALRIL. 9 de Julio del 2012.

La ENHOGAR 2012 estima que para noviembre del 2012 existen 10,096,057 de habitantes de los cuales el 51.22% es afiliado a algún Seguro de Salud, 48.32% no es afiliado, 0.15% no sabe si es afiliado y 0.30% no se obtuvo respuesta. (Cuadro 4).

**Cuadro 4.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la Población según condición de algún Seguro de Salud. ENHOGAR 2012.**

Condición de contar con Seguro de Salud	Población	
	Absoluto	Relativo
Total	10,096,057	100.0%
Sí	<b>5,171,603</b>	<b>51.22</b>
No	4,878,846	48.32
No sabe	15,339	0.15
Sin información	30,269	0.30

Fuente: Estimación a partir de la base de datos de ENHOGAR 2012.

## 4.2 Población que cuenta con Seguro de Salud

La población afiliada a algún Seguro de Salud se puede clasificar según el tipo de seguro de acuerdo con la fuente de **financiamiento**: Afiliados al Seguro Familiar de Salud (Subsidiado o como beneficiaria del Régimen Contributivo); Afiliados a un Plan Voluntario o a Otro Plan de Seguro Médico (Pagado directamente por la empresa, el titular o la misma persona asegurada).

A partir de la implementación del Seguro Familiar de Salud en Septiembre 2007, el decir que se está afiliado al Seguro Familiar de Salud es asociar a la población al tipo de Seguro de Salud que está dentro del Sistema Dominicano de Seguridad Social en cualquiera de sus tres Regímenes de Financiamiento: Contributivo (como prestación empleado-empleador), Subsidiado (pagado por el Estado Dominicano en su totalidad) y el Contributivo Subsidiado (pagado una parte por la población y otra por Estado). Este último componente todavía no está habilitado en la República Dominicana.

Los Planes Voluntarios son todos aquellos tipos de planes individuales, familiares o colectivos de salud, diseñados y administrados por la ARS, con el objetivo de suplir coberturas de salud, tanto en el país, como en el exterior, a favor de las personas o núcleos familiares que no cotizan al SDSS. Las personas afiliadas a estos Planes no forman parte de la población registrada en nómina de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), por consiguiente, no son parte del Régimen Subsidiado, ni tampoco del Régimen Contributivo en Salud.

Otro Plan de Seguro de Salud es aquel que es pagado directamente por la persona que lo contrata puede adquirirse en cualquier compañía de Seguros, el acceso a las coberturas contratadas puede ser dentro o fuera del País.

La batería de preguntas incluidas en la ENHOGAR 2012, para determinar el tipo de Seguro de Salud al cual es afiliada la persona, acepta respuesta múltiple, lo que permite determinar si la población es afiliada solo al Seguro Familiar de Salud o tienen además otro tipo de Seguro.

La población que declara tener Seguro de Salud se estima en 5,171,603 a Noviembre del 2012. Aquellas que tienen Seguro Familiar de Salud son 4,119,508; aseguradas con Planes

Alternativos de Salud se estiman en 2,460,508; están en otro plan de Seguro de Salud 112,203 personas y 2,858 están afiliada a un seguro de Salud pero no sabe a qué tipo

Del total de Población Afiliada a un Seguro de Salud o Médico, la cual representa el 51.22% de la población total: el 79.66% tiene el Seguro Familiar de Salud; 47.58% tiene un Plan Alternativo de Salud<sup>13</sup>; 2.17% tiene otro Plan de Seguro de Salud y 0.06% es afiliado pero no sabe a qué tipo. (Cuadro 5)

**Cuadro 5.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de población afiliada por tipo de Seguro de Salud.**  
**ENHOGAR 2012.**

Tipo de Seguro de Salud	Población con al menos un Seguro de Salud	
	Absoluto	Porcentaje
<b>Población con al menos un Seguro de Salud <sup>1/</sup></b>	<b>5,171,603</b>	<b>51.22</b>
Seguro Familiar de Salud	4,119,508	79.8%
Plan Alternativo de Salud	2,460,508	47.6%
Otro Plan de Seguro de Salud	112,203	2.2%
Es afiliado pero no sabe a qué tipo	2,858	0.1%

<sup>1/</sup> Para la Población con al menos un seguro de salud el porcentaje está en función de la población total, para el resto el porcentaje está en función de la población con al menos un seguro de salud.

Fuente: Estimación a partir de la base de datos de ENHOGAR 2012.

Un aspecto que sobre sale es que 8 de cada 10 personas que declaran tener una cobertura en servicios de salud, declara tener el Seguro Familiar de Salud, pero no necesariamente lo tienen como un plan exclusivo como se verá más adelante.

Como un indicador de confianza de los datos que surgen de la ENHOGAR se puede mencionar que para noviembre 2012, el Sistema Dominicano de Seguridad Social tenía registrado como población afiliada al Seguro Familiar de Salud a una Población de **5,053,938** (SISALRIL, 2014) lo que implica que la población entrevistada en la ENHOGAR logra identificar la afiliación al Seguro Familiar de Salud en un 81.51%.

Aunque si bien se está trabajando con una Encuesta que conlleva errores de muestreo y otros elementos, se puede decir que la información que se infiera de la ENHOGAR 2012 dará parámetros consistentes y eficientes para darnos un referente sobre la forma en que se visualiza el Seguro Familiar de Salud y de la población que no pertenece al SFS.

<sup>13</sup> El marco conceptual de la ENHOGAR 2012 y el tipo de respuesta que se asocia al Plan Voluntario, engloba tanto al Plan Voluntario como al Plan Complementario, por lo que me tome la libertad de llamarlos Plan Alternativo de Salud que los engloba a los dos.

#### 4.2.1 Población que cuenta con el Seguro Familiar de Salud.

Tomando como base la Afiliación al Seguro Familiar de Salud (SFS) se tiene que de los 4,119,508, el **64.12%** no tiene ningún otro tipo de seguro de salud, 34.13% tiene el SFS y adicionalmente un Plan Alternativo de Salud, 1.17% otro Plan de Salud, 0.58% es afiliado al SFS y a los otros dos tipos de planes de salud. (Ver Cuadro 6).

En consecuencia, se tiene que la población que es afiliada al Seguro Familiar de Salud, alrededor del 36% , tiene ampliado su catálogo de coberturas del Plan Básico de Salud a través de un Plan Alternativo de Salud, ya sea porque lo contrata o porque lo tiene a raíz de un beneficio. Esto sería un elemento a visualizar, cuando se revisa el Catálogo de Coberturas del Plan Básico de Salud con miras a su ampliación, conocer cuáles son los servicios o procedimientos que se venden para completar la protección en salud.

Por otra parte, el 20.29% de la población que cuenta con seguro de salud no tiene el Seguro Familiar de Salud. De 1,049,237 personas que se estima son afiliadas a un seguro de salud pero no al SFS, el 96.19% tiene contratado un Plan Alternativo de Salud que es un **Plan Voluntario**<sup>14</sup>; 2.03% un plan voluntario y otro Seguro Médico; 1.78% un Plan de Seguro Médico exclusivamente. (Cuadro 6).

Como puede deducirse, la población que tiene Seguro de Salud pero no tiene Seguro Familiar de Salud, tiene en el 96.19% a un Plan Voluntario que le garantiza las coberturas de salud.

El hecho de que la población busque una alternativa para asegurar su atención en salud, no teniendo como elemento de protección al Seguro Familiar de Salud, puede tener dos lecturas, una que cada vez más se ve la importancia de contar algún elemento que lo cubra contra el riesgo de un eventual problema de salud y la segunda es que aún existen empresas que no han entrado a cotizar a la SDSS, y que ven la necesidad de cubrir este riesgo comprando un Seguro de Salud.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Es un Plan Voluntario porque no tiene Seguro Familiar de Salud, cuando tiene Seguro Familiar de Salud y tiene un "Plan Voluntario" este es el concepto de Plan Complementario.

<sup>15</sup> El concepto de Plan Voluntario, en la ENHOGAR, engloba a Planes Complementarios, Coberturas de salud que se contratan para ampliar las prestaciones del Plan Básico de Salud (**PBSS**), esto es, primero se activan las coberturas del PBSS y una vez agotadas se habilitan las del Plan Complementario, estos planes son contratados con la misma Administradora de Riesgos de Salud a la que pertenece el afiliado del SFS ; y a los Planes Voluntarios aquellos que se pueden contratar con cualquier ARS y no tienen que activarse las coberturas del PBSS para poder acceder a los servicios de salud del Plan Voluntario Contratado.

**Cuadro 6.**

**REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la Población según tipo de afiliación y tipo de seguro al que está afiliado. ENHOGAR 2012.**

Tipo de Afiliación y tipo de seguro	Absoluto	Porcentaje
<b>Población Afiliada a un Seguro de Salud o Médico</b>	<b>5,171,603</b>	<b>100.00%</b>
<b>Afiliado al Seguro Familiar de Salud</b>	<b>4,119,508</b>	<b>79.66%</b>
Exclusivamente al SFS	2,641,358	64.12%
Con Plan Voluntario pero no a otro Plan de Seguro de Salud	1,405,943	34.13%
Otro Plan de Seguro de Salud pero no aún Plan Voluntario	48,183	1.17%
Con Plan Voluntario y otro Plan de Salud	24,024	0.58%
<b>No es Afiliado al Seguro Familiar de Salud pero tiene un Seguro de Salud</b>	<b>1,049,237</b>	<b>20.29%</b>
Plan Voluntario Exclusivamente	1,009,241	96.19%
Plan Voluntario y a otro Plan de Seguro de Salud	21,300	2.03%
Plan de Seguro de Salud exclusivamente	18,696	1.78%
<b>Es afiliado pero no sabe a qué tipo de Seguro</b>	<b>2,858</b>	<b>0.06%</b>

Fuente: Estimación a partir de la base de datos de ENHOGAR 2012.

#### 4.2.2 Fuente de financiamiento de los Planes Voluntarios

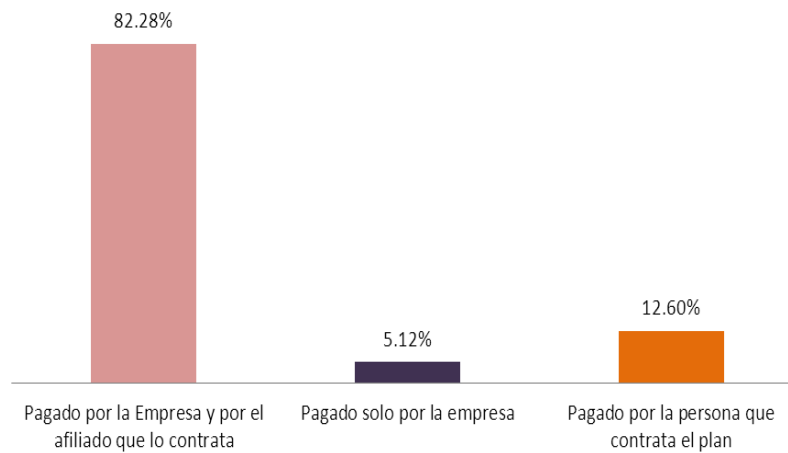
La fuente de financiamiento para cubrir el costo de los Planes Voluntarios toma relevancia, pues revela la identificación de quién asume la inversión en salud, la empresa donde trabaja el principal beneficiario o es un gasto directo que los hogares asumen.

Se estima, a partir de la ENHOGAR 2012, que 2,460,508 personas tienen un Plan Voluntario de Salud, de estos el 58.12% tiene también el SFS, y el 41.88% no cuenta con el SFS. En las personas del primer grupo es para completar coberturas y servicios de salud, en el segundo grupo es para tener una protección en salud a falta de pertenecer al SFS.

Para la identificación del tipo de Plan Voluntario, existen tres preguntas asociadas a conocer quién es el que cubre el costo de la prima del Plan Voluntario. De las 2,460,508 afiliadas a Planes Voluntarios en el **82.28%** el pago lo cubre la empresa y la persona que lo contrata; el 12.6% lo paga exclusivamente la persona que contrata el plan; 5.12% lo cubre la empresa donde trabaja la persona beneficiada o el contratante principal. (Gráfico 4).



**Gráfico 4. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de la Población que tiene un Plan Voluntario de Salud según fuente de financiamiento. ENHOGAR 2012**



Al combinar la fuente de financiamiento a los Planes Voluntarios y el tipo de Afiliación con la pertenencia al SFS, se tiene que la combinación Planes Voluntarios y afiliado al Seguro Familiar de Salud es la más frecuente pues 58.12% de la población afiliada tiene esta característica.<sup>16</sup> La fuente de financiamiento que predomina para cubrir el costo del Plan Voluntario es el que se comparte entre la empresa y el afiliado que lo contrata, aun cuando no se tenga SFS. (Cuadro 7).

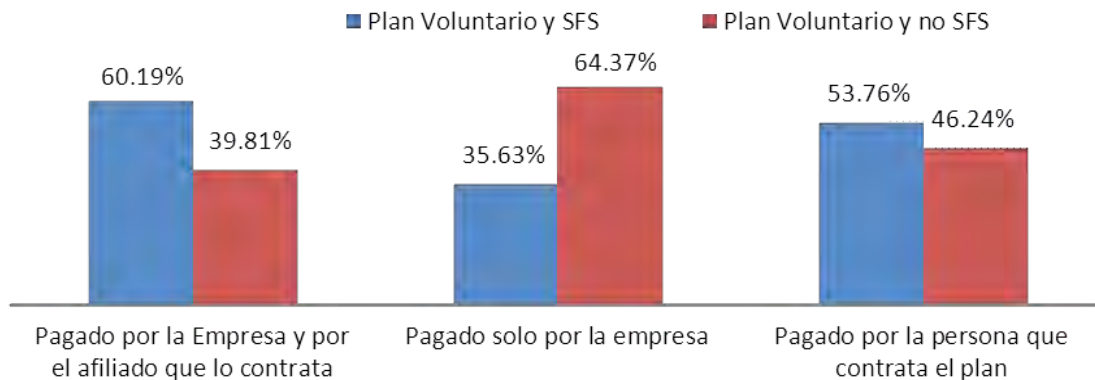
**Cuadro 7.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la Población afiliada a Planes Voluntarios por fuente de financiamiento según condición de afiliación al SFS. 2012.**

Condición de Afiliación	Fuente de Financiamiento			
	Total Afiliados a Planes Voluntarios.	Pagado por la Empresa y por el afiliado que lo contrata	Pagado solo por la empresa	Pagado por la persona que contrata el plan
<b>Total Afiliados a Planes Voluntarios</b>	<b>2,460,278</b>	<b>2,024,406</b>	<b>125,984</b>	<b>309,888</b>
<b>Plan Voluntario y SFS</b>	1,429,967	1,218,474	44,884	166,609
<b>Plan Voluntario y no SFS</b>	1,030,311	805,932	81,100	143,279

Fuente: Estimación a partir de la base de datos de ENHOGAR 2012.

<sup>16</sup> Estos son conceptualmente Planes Complementarios

**Gráfico 5. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual según tipo de combinación de Plan Voluntario y SFS y fuente de financiamiento. ENHOGAR 2012**



Fuente: Cuadro 7

En el Gráfico 5 se muestra que la población afiliada a Planes Voluntarios y cuyo pago es compartido entre la empresa y la persona afiliada que lo contrata es el 60.19% tiene el Seguro Familiar de Salud y 39.81% no cuenta con el SFS.

Pero cuando se trata del pago solo por la Empresa, el 64.37% de la población no cuenta con el SFS y 35.63% si cuenta con el SFS. Es decir, cuando la población no cuenta con el SFS y tiene plan voluntario, es más frecuente que la Empresa absorba el pago del mismo.

Cuando el Plan Voluntario es pagado por el Afiliado, no existe tan marcada diferencia, si cuenta o no con el SFS. Es decir, el 53.76% tiene el SFS pero existe la contratación por parte de la persona afiliada de un Plan Voluntario y 46.24% no tiene el SFS, contrata y paga un Plan Voluntario.

### **4.3. Identificación del Seguro de Salud o Médico como principal**

Al revisar la información donde se pide, a la población entrevistada, que identifique el Seguro de Salud principal, se tiene que el 99.16% de la población afiliada declara tener un solo Seguro de Salud.

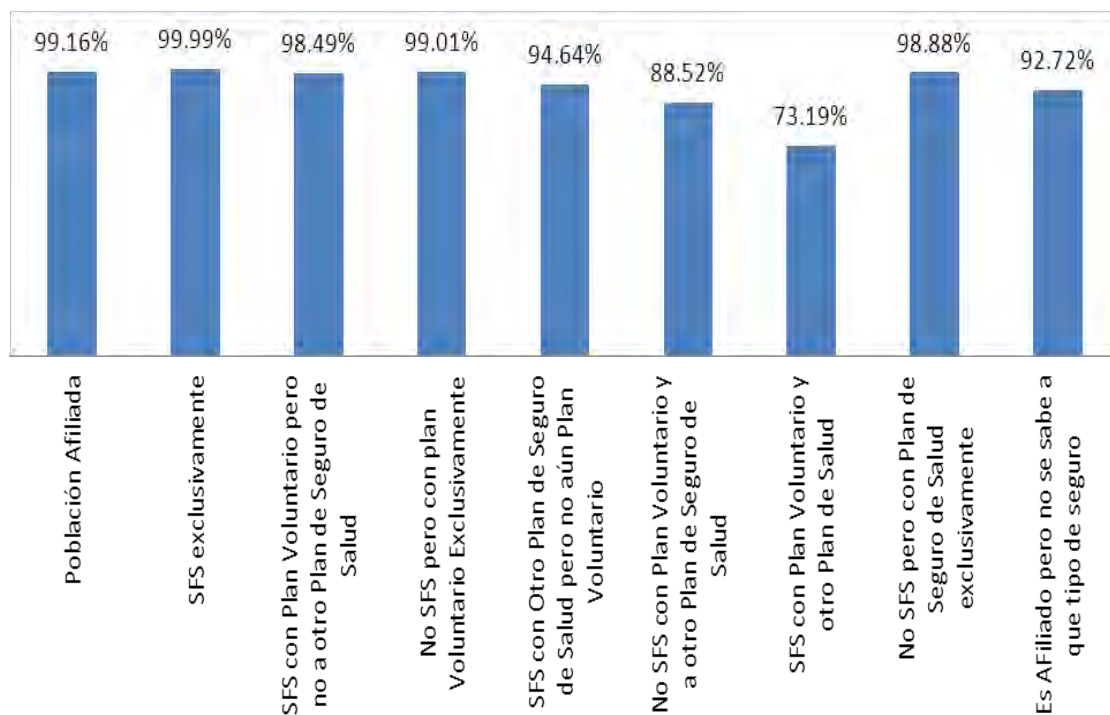
Cuando se identifican las combinaciones del tipo de seguro con el que declaran como principal, se tiene que: el 99.99% de la población afiliada al Seguro Familiar de Salud declara tener un solo seguro.

El 98.44% de la Población afiliada al SFS y a un Plan Voluntario lo visualiza como un solo seguro. El 99.01% de la Población Afiliada Exclusivamente a Planes Voluntarios declara tenerlo como principal. Los que tienen SFS con otro Plan de Servicios de Salud (no Voluntario) lo visualizan como un solo seguro en el 94.64%.

Los que no tienen SFS pero tienen otro plan de seguro de salud y un plan voluntario, lo ven como un solo seguro en el 88.52% . Aquellos afiliados que tienen los tres tipos de seguros (SFS, Plan Voluntario y Otro Plan de Salud) lo ven como un solo seguro en el 73.19% .

El 98.88% que tienen otro tipo de Seguro de Salud declaran como único a ese seguro y finalmente el 92.72% de los que sabemos que tienen Seguro de Salud pero no se sabe el tipo, estos tienen un solo seguro pero no se logra identificar cual. (Gráfico 6).

**Gráfico 6. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población Afiliada que declara tener un solo tipo de Seguro de Salud o Médico según tipo de Seguro de Salud o Médico. EHOGAR 2012.**



Hasta aquí se ha revisado la información a nivel de tipos de Seguros de Salud o Médicos que la población identifica ser afiliada y la combinación del tipo de Seguros que tiene la población. A continuación se revisará de la población afiliada su tipo de afiliación y a partir de quién o qué persona obtiene el Seguro de Salud.

### 4.3 Seguro de Salud Principal

Dadas las combinaciones declaradas por la población afiliada y los porcentajes de declaración de reconocer un solo seguro, se asumió lo siguiente para poder construir el análisis del tipo de Afiliación; número de dependientes afiliados y población que falta por afiliarse, en torno al seguro de salud declarado como principal.

1. Si la Población Afiliada declaro un solo seguro y tiene Seguro de Salud Familiar, solo o con cualquier otra combinación se asumió como principal al SFS.
2. Si la Población Afiliada declaro un solo seguro y tiene un plan Voluntario, solo o con otro Plan de salud, se asumió como seguro Principal el Plan Voluntario.
3. Si la Población Afiliada declaro un solo seguro y tiene un plan de Salud diferente al Voluntario, sin combinación con SFS o Plan Voluntario, se mantiene el otro tipo de plan de salud.

Tomando en cuenta el criterio anterior, se tiene que de la población total que tiene Seguro de Salud que es estima en 5,171, 603, el 79.66% tiene al SFS como seguro principal, 19.92% a un Plan Voluntario, 0.36% otro tipo de seguro de salud y 0.06% no se sabe.

#### 4.3.1 Seguro de Salud Principal y tipo de Afiliación

La composición por tipo de afiliación revela que el 54.63% de la población afiliada es Dependiente y 45.13% es el Titular del Seguro de Salud.

Al revisar el tipo de afiliación según el tipo de seguro principal, se observa que cuando se tiene al Seguro Familiar de Salud, el número de dependientes es mayor que el número de Titulares, 57.27% y 42.46% respectivamente.

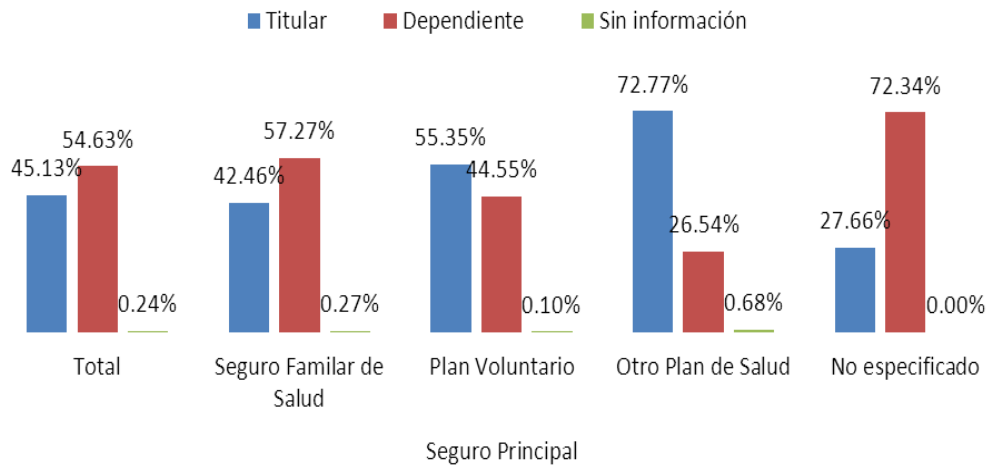
Ahora bien cuando se tiene como Seguro principal a un Plan Voluntario esta relación se invierte, existe mayor número de Titulares que de Dependientes, 55.35% y 44.55% respectivamente. Lo mismo sucede cuando se trata de Otro Plan de Servicios de Salud donde la mayoría son Titulares (72.77%). (Cuadro 8 y Gráfico 7).

**Cuadro 8.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Población Afiliada por Seguro de Salud Principal según tipo afiliación.**  
**ENHOGAR 2012.**

Tipo de Afiliación	Seguro de Salud Principal				
	Total	Seguro Familiar de Salud	Plan Voluntario	Otro Plan de Salud	No especificado
<b>Población Afiliada</b>	<b>5,171,603</b>	<b>4,119,508</b>	<b>1,030,311</b>	<b>18,696</b>	<b>3,088</b>
Titular	2,334,042	1,749,309	570,273	13,606	854
Dependiente	2,825,324	2,359,159	458,969	4,962	2,234
Sin información	12,237	11,040	1,069	128	0
<b>Total</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>
Titular	45.13%	42.46%	55.35%	72.77%	27.66%
Dependiente	54.63%	57.27%	44.55%	26.54%	72.34%
Sin información	0.24%	0.27%	0.10%	0.68%	0.00%

Fuente: Estimación a partir de la base de datos de ENHOGAR 2012.

**Gráfico 7. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de la Población Afiliada por tipo de afiliación según tipo de seguro de salud. ENHOGAR 2012.**

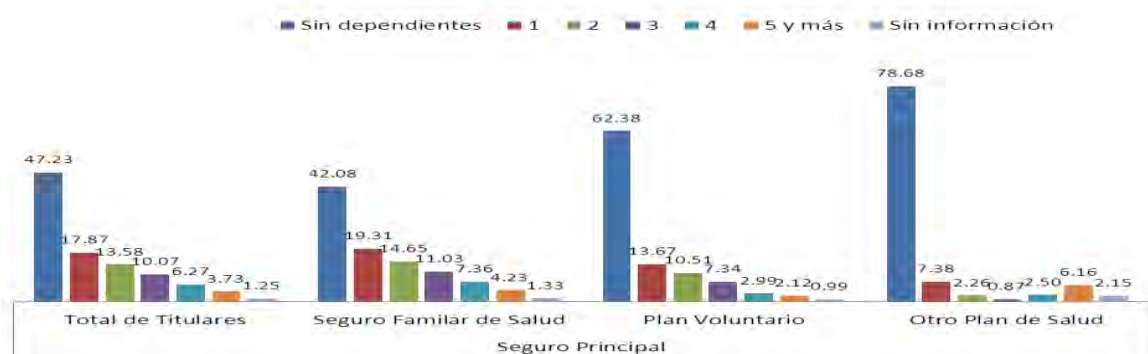


Al analizar el total de dependientes relacionado con cada titular del Seguro de Salud principal por tipo de seguro, se tiene que a nivel nacional el 47.23% de los Titulares no tiene más dependientes relacionados en el Seguro. Esto es, solamente son ellos los que están asegurados.

La población que tiene como seguro principal al Seguro Familiar de Salud, el 42.08% de los Titulares afiliados no tienen ningún dependiente relacionado a su seguro; este indicador representa el 62.38% de Titulares sin dependientes cuando su seguro es un Plan Voluntario y cuando se trata de otro tipo de Seguro este porcentaje representa un 78.68%. (Gráfico 8)

Como es de esperarse, mientras el costo del seguro se absorbe por el titular el número de dependientes afiliados relacionados con él va disminuyendo.

**Gráfico 8. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares según número de dependientes asociados al Seguro Principal según tipo de seguro. ENHOGAR 2012.**



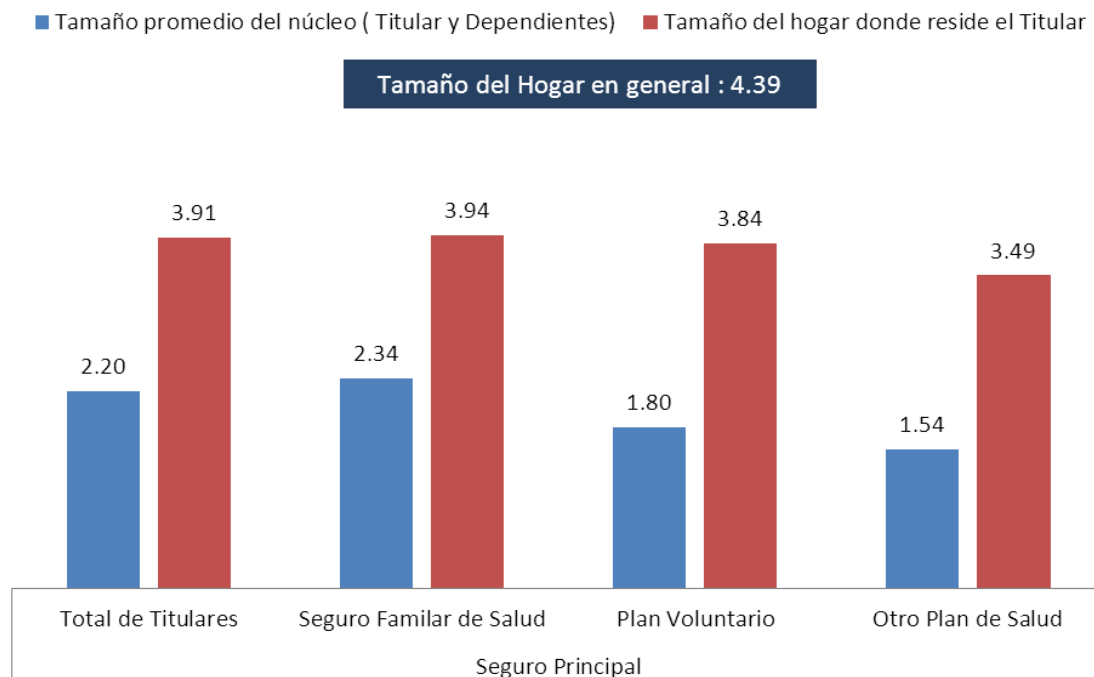
#### 4.3.2 Tamaño poblacional del hogar y del núcleo de la población afiliada.

Al construir los siguientes indicadores: tamaño promedio de personas por hogar, tamaño promedio del núcleo (titular y dependientes asociados a un seguro) y el tamaño promedio del hogar donde reside el titular se tiene un acercamiento a la cobertura del Seguro de Salud o Médico a nivel nacional y por tipo de Seguro.

El tamaño promedio de los hogares a noviembre 2012, se estima vía la ENHOGAR, en 4.39 habitantes por hogar. El tamaño promedio del hogar donde el titular es afiliado es de 3.91 y el tamaño del núcleo donde está afiliado el titular y el dependiente es de 2.20. Lo que implica que todavía en promedio en los hogares donde reside el titular del seguro faltarían por afiliarse en 1.71 personas y con respecto al tamaño de los hogares en general faltarían en promedio afiliarse 2.19 habitantes por hogar para que todos los integrantes del hogar estuvieran cubiertos con algún Seguro de Salud o Médico.

Por tipo del Seguro podemos observar (Gráfico 9) que entre el tamaño del núcleo afiliado y el tamaño de hogar donde reside el titular afiliado la diferencia más pequeña se da en los que tienen como seguro principal el Seguro Familiar de Salud.

**Gráfico 9. REPÚBLICA DOMINICANA: Tamaño promedio del núcleo (titular y dependientes) según tipo según tipo de seguro. ENHOGAR 2012.**



A nivel general, el 61.50% de los titulares reconoce que no existen dependientes por afiliar al Seguro de Salud o Médico. El 58.56% de los Titulares que tienen al Seguro Familiar de Salud consideran que tienen a todos sus dependientes afiliados; este indicador se incrementa a 70.78% cuando el Titular tiene el Plan Voluntario. ( Cuadro 8 y Gráfico 10).

**Cuadro 8**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de los Titulares según condición de existencia de dependientes sin afiliar al Seguro de Salud o Médico por tipo de Seguro Principal. ENHOGAR 2012.**

Condición de Existencia de Dependientes que no han sido afiliados al seguro	Seguro Principal				
	Total Titulares	Seguro Familiar de Salud	Plan Voluntario	Otro Plan de Salud	No especificado
<b>Total</b>	<b>2,346,279</b>	<b>1,760,349</b>	<b>571,342</b>	<b>13,734</b>	<b>854</b>
Sí	879,610	708,667	164,339	5,940	664
No	1,443,036	1,030,928	404,371	7,547	190
Sin información	23,633	20,754	2,632	247	0

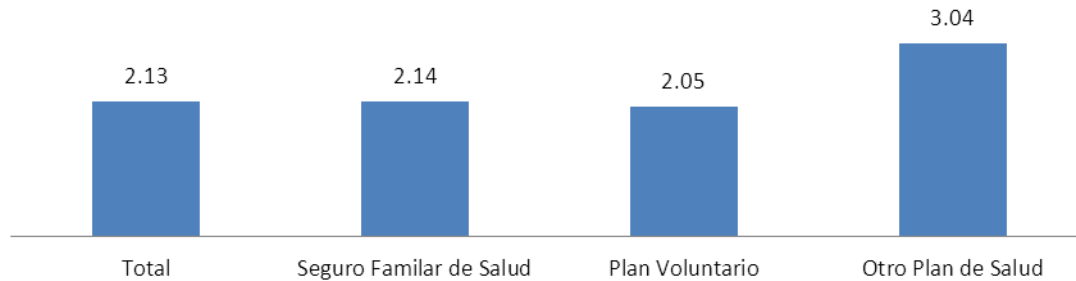
Fuente: Estimación a partir de la base de datos de ENHOGAR 2012.

**Gráfico 10. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de los Titulares según condición de existencia de dependientes que no han sido afiliados al seguro. ENHOGAR 2012**



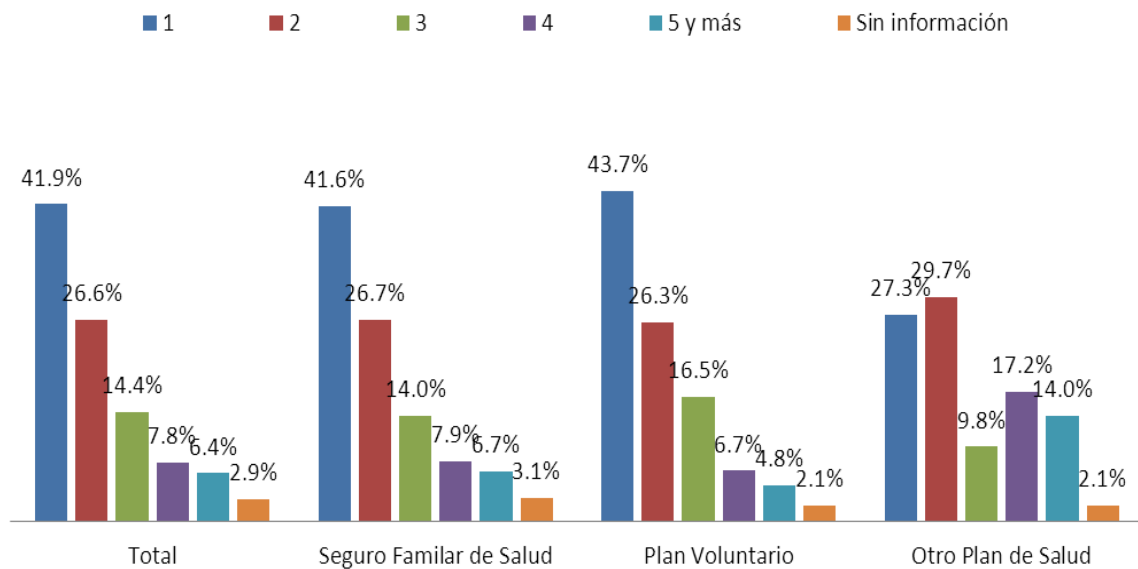
Según la percepción del afiliado Titular, faltarían en promedio 2.13 dependientes por afiliar. Por tipo de Seguro, los titulares afiliados al Seguro Familiar de Salud visualizan que serían 2.14 dependientes en promedio que les faltaría por incluir, este indicador es de 2.05 dependientes para los que tienen Planes Voluntarios y de 3.04 dependientes para los que tienen otro tipo de Seguro. (Gráfico 11)

**Gráfico 11. REPÚBLICA DOMINICANA: Promedio de personas dependientes que faltarían por afiliar según la declaración del Titular por tipo de Seguro de Salud. ENHOGAR 2012.**



Al revisar la distribución porcentual de los titulares según el número de dependientes que perciben faltarían por afiliar, se tiene que el 41.9% identifica que le falta solo un dependiente por afiliar. Para los que tienen Seguro Familiar de Salud este indicador sería de 41.6%, para los de Planes Voluntarios es de 43.7% y para los que tienen otro plan de salud este indicador es de 27.3% (Gráfico 12).

**Gráfico 12. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de los Titulares según el número de dependientes que faltarían por afiliarse por tipo de Seguro de Salud. ENHOGAR. 2012**





### 4.3.3 Seguro Familiar de Salud. Tamaño poblacional del hogar y del núcleo de la población afiliada.

A través de la ENHOGAR se estima que a noviembre 2012 existen 2 918 726 hogares de los cuales 43.01% no tienen ningún integrante afiliado al Seguro Familiar de Salud y 56.99% al menos un integrante está afiliado al SFS.

El 56.99% de los hogares que tienen al menos un integrante afiliado al SFS se compone de: 24.15% donde todos sus integrantes están afiliados al SFS y con un 32.84% donde al menos uno de sus integrantes falta que tenga cobertura en el SFS.

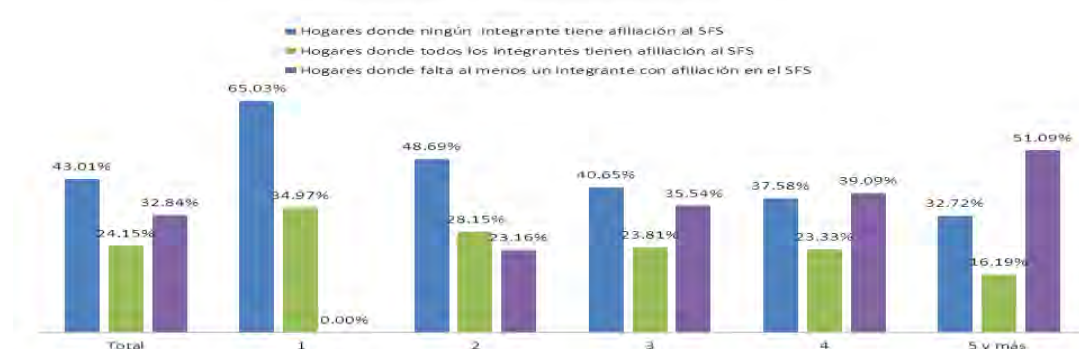
**Cuadro 9.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Clasificación de los Hogares por condición de cobertura en el SFS según número de integrantes. ENHOGAR 2012.**

Tamaño del Hogar	Total de Hogares	Hogares donde ningún integrante tiene afiliación al SFS	Hogares que tienen al menos un integrante del hogar con afiliación en el SFS
<b>Hogares</b>	<b>2,918,726</b>	<b>1,255,436</b>	<b>1,663,290</b>
1	422,440	274,697	147,743
2	549,345	267,488	281,857
3	614,479	249,797	364,682
4	565,758	212,625	353,133
5 y más	766,704	250,829	515,875

Fuente: Estimación a partir de la base de datos de ENHOGAR 2012.

Según el tamaño del hogar cuya construcción es a través de su número de integrantes independientemente del parentesco con el jefe del hogar. El 34.97% de los hogares con una sola persona están cubiertos por el SFS; el 28.15% de los hogares con dos integrantes todos pertenecen al SFS; en los hogares de 3 integrantes el 23.81% tienen todos sus integrantes afiliados al SFS, un porcentaje similar se presenta para los hogares con 4 integrantes (23.33%) y para los hogares de 5 o más integrantes, el 16.19% de los hogares todos sus miembros son afiliados al SFS. (Gráfico 13).

**Gráfico 13. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución del total de Hogares según número de integrantes del hogar que cuentan con afiliación en el SFS. ENHOGAR 2012**



En términos generales entre mayor es el número de hogares, existe una mayor probabilidad de encontrar un integrante dentro del SFS. Aunque la cobertura completa del hogar por parte de del SFS **disminuye también con respecto al aumento del tamaño del hogar.**

Esto último, dado que dentro del SFS, se puede ser afiliado dependiente mientras se esté estudiando, hasta la edad de los 21 años; y si deja de estudiar hasta los 18 años, por lo menos en el Régimen Contributivo esto se cumple, de otra manera la población de 18 a 21 si deja de estudiar puede mantenerse en el núcleo familiar pero si el cotizante activo paga su cápita por él.

Aunque existe la posibilidad de que mientras sean solteros(as) y dependientes económicamente del afiliado Titular, se puede mantener la afiliación de los hijos (as) pero esto si el Afiliado Titular o el Afiliado Cotizante que mantiene al núcleo familiar, paga la cápita por ellos.

La información anterior, solo toma en cuenta la afiliación al Seguro Familiar de Salud, como elemento para la clasificación del hogar en contar con al menos un afiliado o no contar con ningún afiliado a un Seguro de Salud entre sus integrantes.

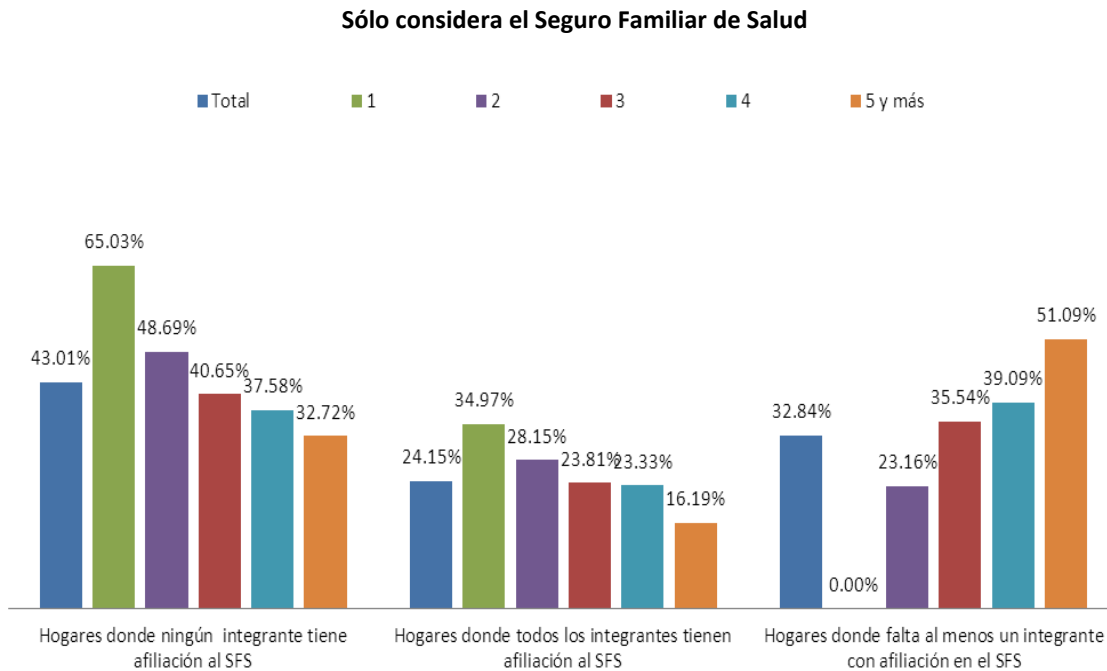
**Ahora involucrando a los Seguros de Salud como Planes Voluntarios u otros seguros** la clasificación es la siguiente: El porcentaje de hogares que no tienen ningún tipo de cobertura de salud a través de un Seguro de Salud es del 29.9%

Si comparamos los valores que se muestran en la Gráfico 14 con los del Gráfico 15, podemos visualizar que **si solo se considera afiliación al Seguro Familiar de Salud se tiene que en el 43.01% ningún miembro tiene protección en Salud** vía un Seguro de Salud o Médico, si se involucra a los Planes Voluntarios u otro tipo de Plan, encontramos que este porcentaje de Hogares donde ninguno de sus miembros está cubierto disminuye a 29.9%, es decir, se disminuye en 13 puntos porcentuales los hogares sin cobertura en salud vía un Seguro Médico a través de Planes Voluntarios u otro tipo de Plan.

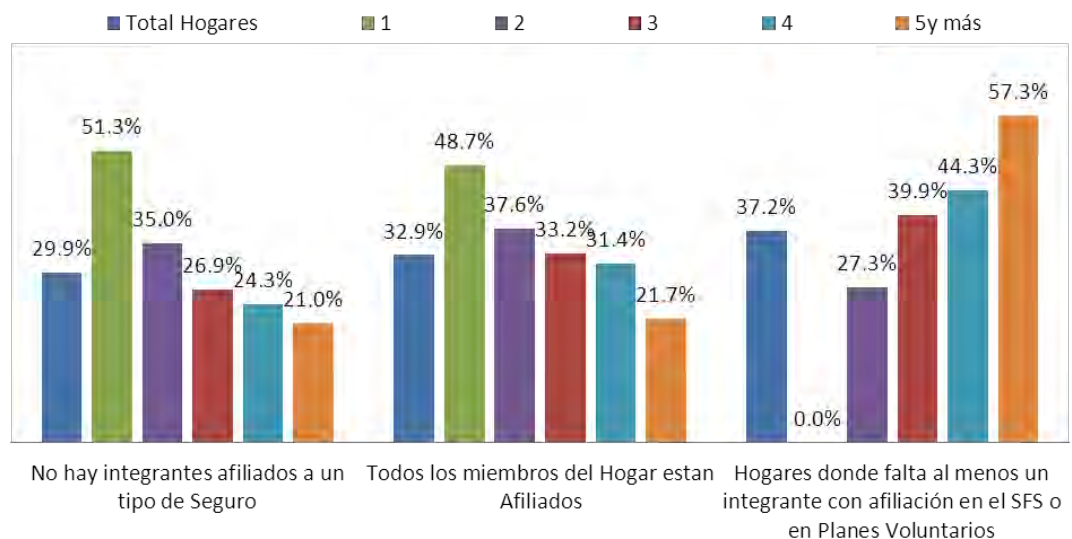
Por tamaño del Hogar, se observa que los hogares con un integrante aumentan la cobertura del total de todos sus miembros con Otro tipo de Plan de Salud distinto al SFS en 13.7 puntos porcentuales, los de dos y tres miembros en 9.4 puntos porcentuales, los de cuatro miembros en 8.1 punto y los de cinco y más integrantes en 5.5 puntos porcentuales. Es decir, el impacto más grande para completar la afiliación de los integrantes del hogar se da en los hogares de 1 integrante. (Gráfico 14 y 15).

Los porcentajes que se alcanzan en los hogares en donde al menos un integrante falta por afiliarse son mayores si se consideran a otro Plan de Salud aunque los cambios no son como en los dos otros grupos de hogares descritos anteriormente.

**Gráfico 14. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución del total de Hogares según número de integrantes del hogar que cuentan con afiliación en el SFS. ENHOGAR 2012.**



**Gráfico 15. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de los Hogares según número de miembros por número de afiliados al SFS y otro tipo de Plan de Salud. ENHOGAR 2012.**



#### 4.4 Población Afiliada a un Seguro Médico y la relación de parentesco con el Afiliado Titular.

La relación de parentesco con el afiliado Titular es un punto relevante en el contexto de la Seguridad Social y más específicamente en el Seguro Familiar de Salud. Por ley son objeto de afiliación las esposas o compañeras de vida del Titular, así como los hijos e hijas menores de 18

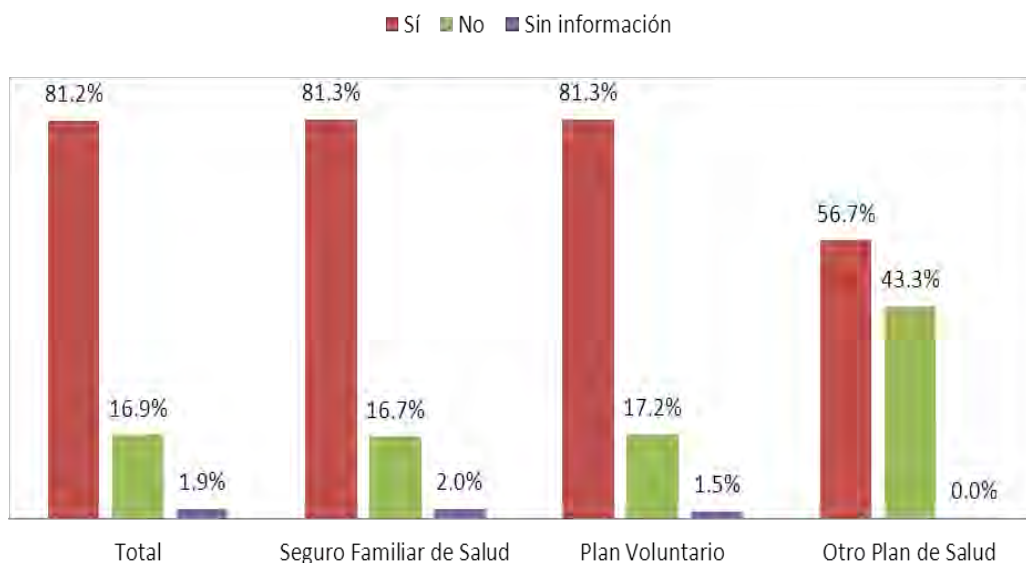
años ; los hijos o hijas de 18 hasta los 21 años si están estudiando; los hijos e hijas sin importar la edad si tienen alguna discapacidad. Aunque pueden mantenerlos afiliados(as), si estos son dependientes económicos del titular y sí este paga el costo de la cápita vigente.

#### 4.4.1 Condición de Afiliación del Cónyuge del Titular

Del total de Titulares que cuentan con Seguro de Salud, se tiene que el 81.2% menciona que los dependientes que falta por afiliarse residen en el mismo hogar que ellos, **16.9% tienen dependientes por afiliar pero no residen en el mismo hogar** y el 1.9% no respondió.

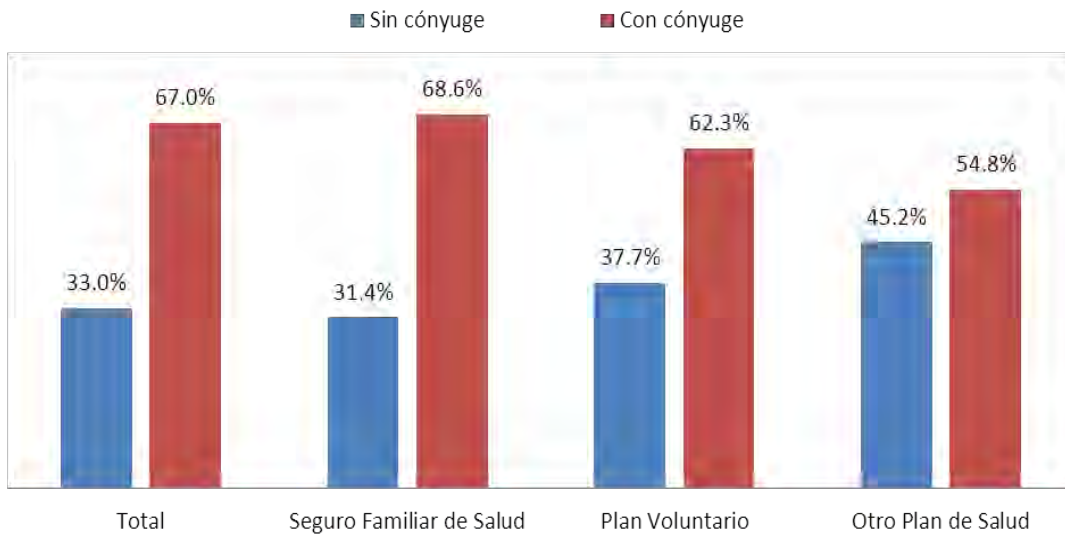
Por tipo de seguro principal del Afiliado Titular, se tienen que el 81.3% de los Titulares que pertenecen al SFS tienen dependientes no afiliados que residen en el hogar; el mismo porcentaje se tiene entre los Titulares que cuentan con Plan Voluntario. La diferencia la marcan los Titulares a Otros Planes de Salud, pues 56.7% tienen dependientes por afiliar y residen en su hogar mientras que 43.3% sus dependientes por afiliar no residen en el mismo hogar. (Gráfico 16).

**Gráfico 16. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares con afiliación en algún Seguro de Salud según condición de residencia de la población dependiente no afiliada. ENHOGAR 2012.**



Del total de titulares afiliados a un seguro de salud, tenemos que 33.0% no tiene cónyuge y 67% si tiene una pareja. Por tipo de Seguro de Afiliación, tenemos el 31.4% de los que están en el SFS no tienen cónyuge, de los titulares afiliados a Planes Voluntarios el 37.7% no tienen cónyuge y los que tienen otro tipo de Planes de Salud 45.2% no tiene cónyuge. (Gráfico 17)

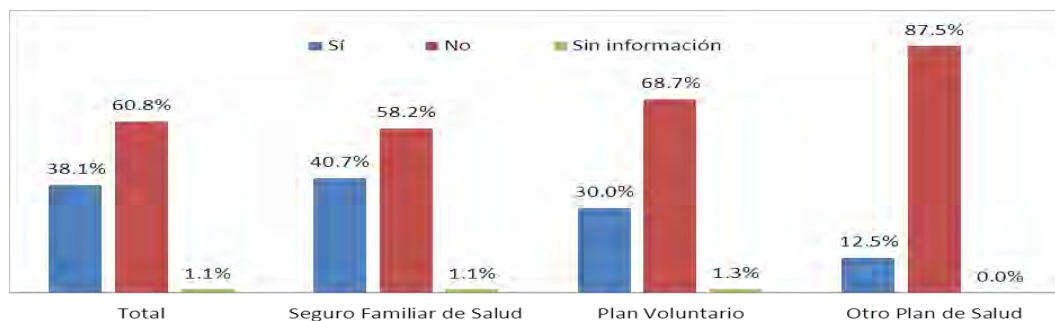
**Gráfico 17. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares afiliados según condición de existencia de Cónyuge. ENHOGAR 2012.**



Del total de Titulares que están afiliados a un tipo de seguro de salud y que tienen cónyuge el 60.8% el cónyuge o pareja no está afiliada a un Seguro de Salud o Médico. Este indicador es de 58.2% de Titulares con pareja cuya cónyuge no tiene afiliación al SFS, para los que tienen planes Voluntarios en el 68.7% la cónyuge no está afiliada y por último los que tienen Otro Plan de Salud y tienen cónyuge en el 87.5% de los casos la pareja no está afiliada. (Gráfico 18).

**Gráfico 18. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares afiliados con cónyuge según condición de afiliación del cónyuge.**

ENHOGAR 2012.

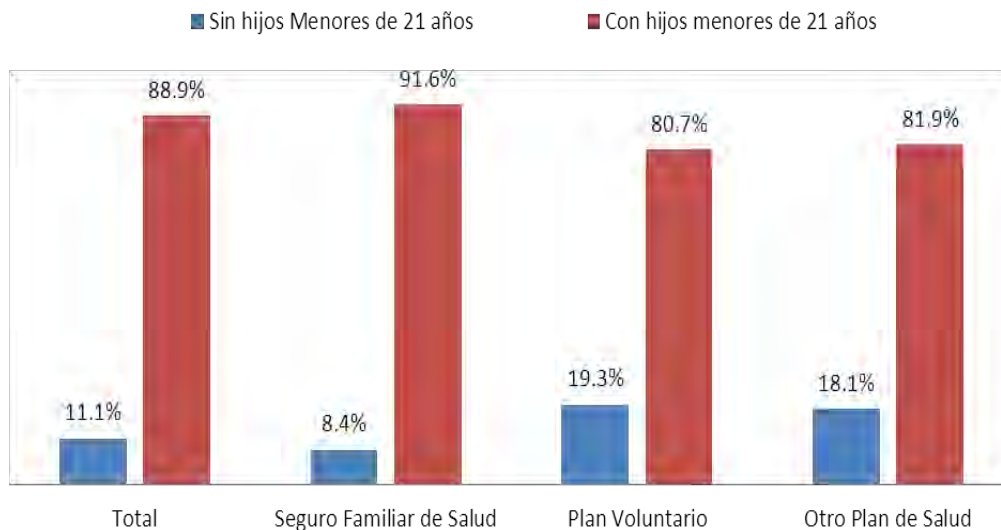


#### 4.4.2 Condición de Existencia de hijo(as) sin afiliación del Titular

La distribución porcentual de los Titulares que son afiliados a un Seguro de Salud, revela que el 88.9% tiene hijos menores de 21 años y 11.1% no tiene hijos(as) en ese rango de edad.

El 91.6% de los Titulares afiliados al SFS tienen hijos(as) menores de 21 años de edad; 80.7% de los Titulares a un Plan Voluntario tienen hijos(as) en este rango de edad y este mismo indicador es de 81.9% en los Titulares con Otro Plan de Salud. (Gráfico 19).

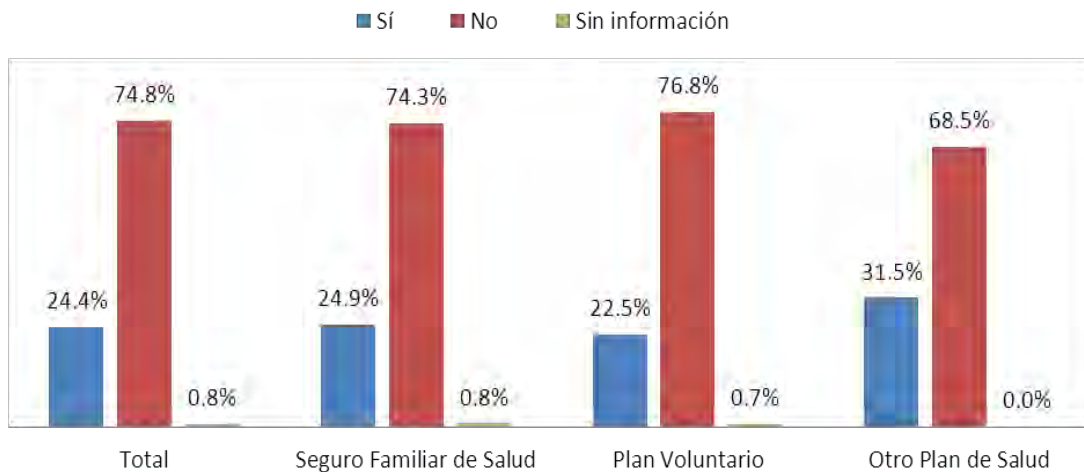
**Gráfico 19. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares afiliados según condición de existencia de hijos(as) menores de 21 años de edad. ENHOGAR 2012.**



Del total de Titulares afiliados que tienen hijos menores de 21 años, el 24.4% declara que existen hijos (as) menores de 21 años, que no están afiliados a ningún seguro de Salud o Médico.

**Los Titulares afiliados al SFS que tienen hijos(as), el 24.9% declara la existencia de hijos(as) menores de 21 años sin afiliar;** el 22.5% de los Titulares que tienen hijos menores de 21 años afiliados a Planes Voluntarios señalan que tienen hijos(as) sin afiliar. Este indicador representa el 31.5% entre los Titulares afiliados a Otro tipo de Plan. (Gráfico 20).

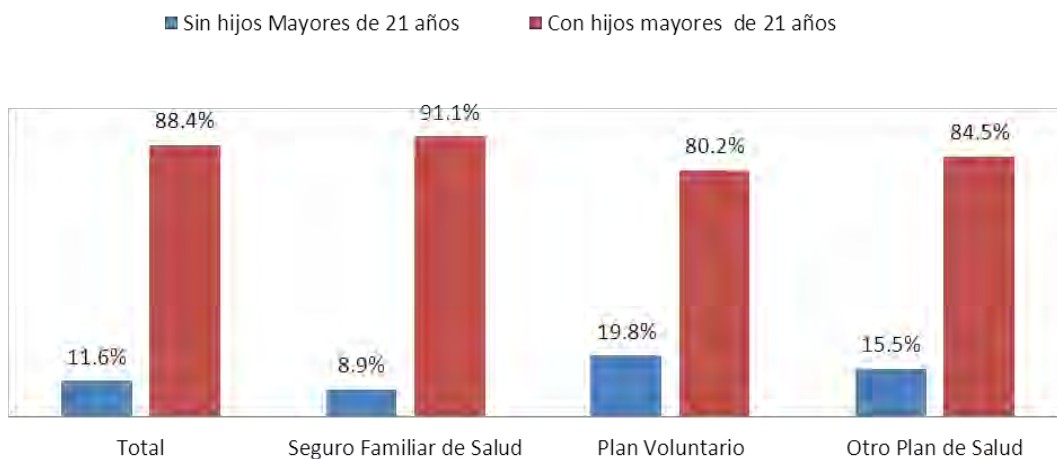
**Gráfico 20. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares afiliados con hijos (as) menores de 21 años según la existencia de hijos (as) afiliados. ENHOGAR 2012.**



Ahora bien si se analiza la información de los titulares afiliados según sí tienen o no hijos (as) de 21 años ó más. El 88.4% de los Afiliados Titulares tiene hijos mayores de 21 años y el 11.6% no tiene hijos(as) en ese grupo etareo.

El 91.1% de los afiliados titulares que tienen el SFS tienen hijos (as) mayores de 21 años de edad; el 80.2% de los que tienen Plan Voluntario tienen hijos(as) mayores de 21 años y este indicador representa 84.5% de los que Titulares afiliados a Otro Plan de Salud. (Gráfico 21).

**Gráfico 21. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares afiliados según condición de existencia de hijos(as) mayores de 21 años de edad. ENHOGAR 2012.**



**Los Titulares afiliados al SFS que tienen hijos(as) mayores de 21 años de edad, el 17.0% declara la existencia de hijos(as) mayores de 21 años sin afiliar;** el 11.5% de los Titulares que tienen hijos mayores de 21 años afiliados a Planes Voluntarios señalan que tienen hijos(as) sin afiliar. Este indicador representa el 21.0% entre los Titulares afiliados a Otro tipo de Plan. (Gráfico 22).

**A nivel general, el 15.8% de los titulares afiliados a un Seguro de Salud o Médico que tiene hijos (as) mayores de 21 años, tiene hijos (as) sin afiliar.**

**Gráfico 22.** REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de Titulares afiliados con hijos (as) mayores de 21 años según la existencia de hijos (as) no afiliados. **ENHOGAR 2012.**



Es de hacer notar, que el indicador de Hijos(as) de edad mayores de 21 años con afiliación declarados por los Titulares afiliados está por encima del 80% en todos los tipos de planes excepto en los Titulares afiliados a Otro Plan de Salud.

#### **4.4.3 Condición de Afiliación de la Madre o Padre del Afiliado Titular**

En la ENHOGAR se puede obtener información acerca de sí el Titular tiene afiliado a su padre o afiliada a su madre o ambos. La pregunta que está en la ENHOGAR, no tiene una respuesta sobre la sobrevivencia de sus padres, lo que no permite como en el caso de los hijos(as), saber sí tiene a su padre o madre vivos y en función de eso saber cuántos de los Titulares que tienen padres vivos los tienen afiliados.

Aún con lo anterior, se pudo determinar que el 92.98% no tiene a ninguno de sus padres afiliados al Seguro de Salud o Médico, dentro de los Titulares afiliados al SFS este indicador es de 93.03% .



Es de llamar la atención, que la madre es la mayormente afiliada por el Titular con 3.41% la tiene afiliada contra 0.97% que tiene al padre afiliado y a ambos con 1.38% que comenta que tiene afiliado a los dos.

Dentro del Seguro Familiar de Salud en el Régimen Contributivo, se puede afiliarse al padre o madre del Titular, siempre que el Titular cubra el costo de la Cápita Mensual. El 3.3% de los Titulares afiliados al SFS tiene afiliada a su madre, 0.96% al Padre y 1.34% a ambos.

La situación para los Titulares cuyo seguro principal es un Plan Voluntario, es muy similar al comportamiento a los Titulares del SFS, 3.83% tiene afiliada a la madre, 1.54% a ambos y 0.96% al padre. (Cuadro 10).

**Cuadro 10.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de los Afiliados Titulares según condición de afiliación del Padre o la Madre por tipo de Seguro de Salud o Médico. ENHOGAR 2012.**

Afiliación del Padre o la Madre por parte del Titular	Total	Seguro Familiar de Salud	Plan Voluntario	Otro Plan de Salud	No especificado
Total	2,346,279	1,760,349	571,342	13,734	854
Madre	3.41%	3.30%	3.83%	0.00%	0.00%
Padre	0.97%	0.96%	0.96%	2.07%	0.00%
Ambos	1.38%	1.34%	1.54%	0.00%	0.00%
A ninguno	92.98%	93.03%	92.72%	97.00%	100.00%
Sin información	1.27%	1.37%	0.95%	0.93%	0.00%

Fuente: Estimación a partir de la base de datos de ENHOGAR 2012.

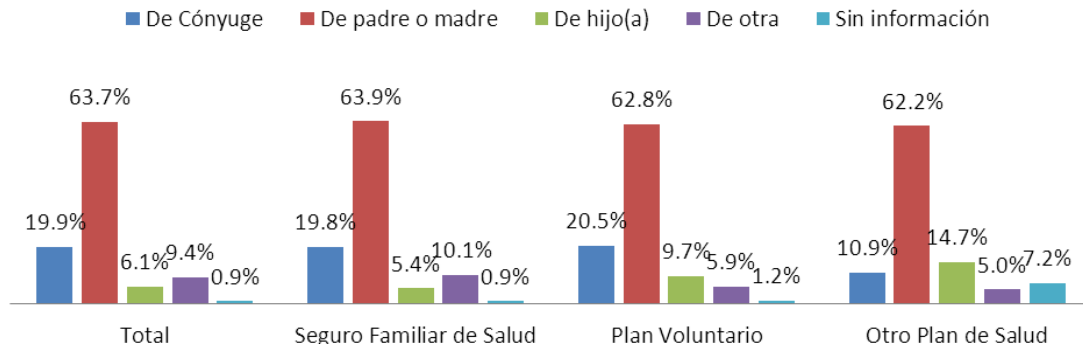
#### 4.4.4 Población Afiliada Dependiente

De la población afiliada que es dependiente, a través de la ENHOGAR, se puede determinar de quién es dependiente o a partir de qué persona se le garantiza la afiliación.

De los 2,825,324 afiliados dependientes, se tiene a nivel general que el 63.7% quien lo tiene afiliado es el Padre o la Madre, el 19.9% su afiliación se debe a su Cónyuge, el 6.1% lo tiene afiliado su hijo.

Por tipo de seguro médico, no existen diferencias significativas, **son los padres o madres de los dependientes** quien tienen afiliados a los dependientes, le siguen los Cónyuges y finalmente los hijos(as) los que los tienen afiliados a un seguro de salud. Aunque el orden cambia entre cónyuge e hijos(as) cuando se trata de Otro tipo de Plan de Salud como Seguro Principal. (Gráfico 23)

**Gráfico 23. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de la Población Dependiente afiliada a un Seguro de Salud o Médico según parentesco con la persona que la tiene afiliada por tipo de Seguro de Salud. ENHOGAR 2012.**



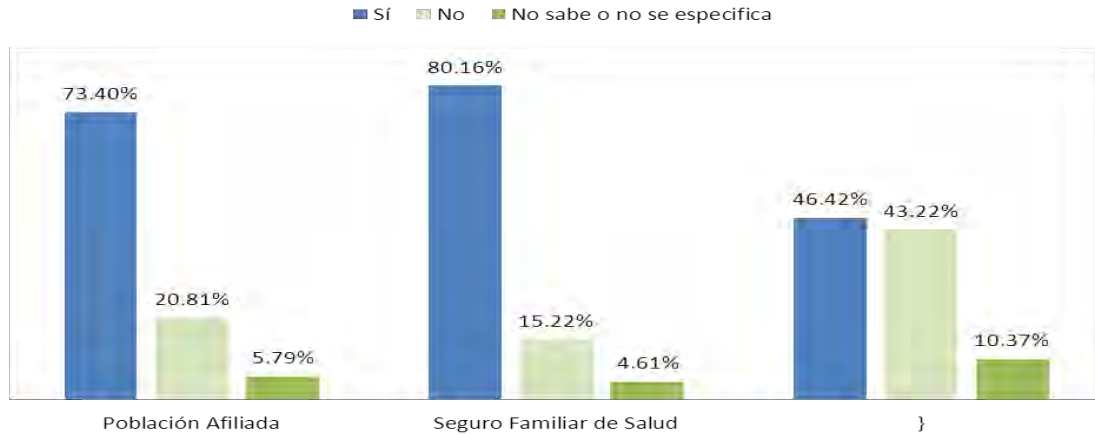
#### 4.5 Población afiliada a un Seguro de Salud o Médico y la asociación con el Seguro Familiar de Salud establecido por la Ley 87-01.

En la ENHOGAR 2012, existe una batería de preguntas que permite conocer, si la población que tiene algún tipo de Seguro de Salud identifica su asociación con el Seguro Familiar de Salud establecido por la Ley 87-01.

Al relacionar el tipo de Seguro de Salud principal con la batería de preguntas sobre quién paga el Seguro y si este Seguro corresponde con el Seguro Familiar establecido por la Ley 87.01, se puede determinar si la población asocia los beneficios que tiene con el seguro de salud o médico con los del SFS.

Del total de población afiliada a un Seguro de Salud o Médico, el 73.4% identificó que el seguro principal al que pertenece corresponde al Seguro Familiar de Salud que otorga la Ley 87-01, 20.81% declara que el seguro que tiene no es el SFS y 5.79% no sabe. (Gráfico 24).

**Gráfico 24. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la Población Afiliada a algún Seguro de Salud o Médico según identificación si el Seguro corresponde al SFS establecido por la Ley 87-01. ENHOGAR 2012.**



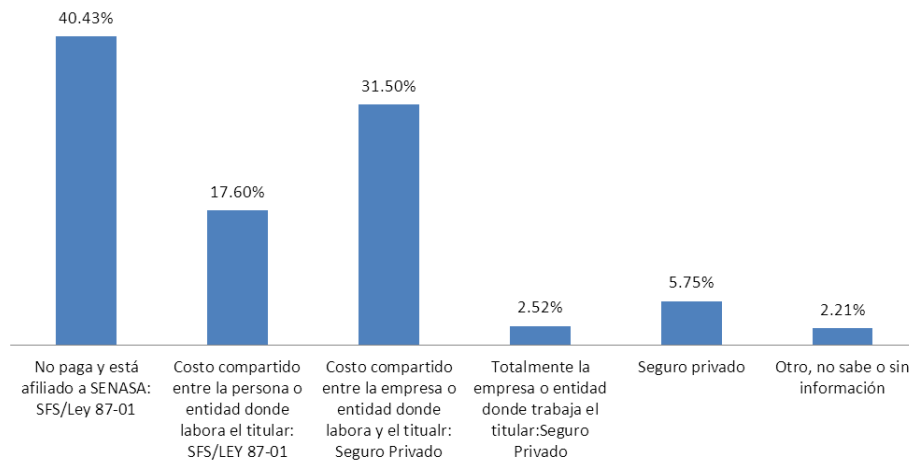
Al realizar el cruce de la información entre el Seguro Principal y la identificación de qué si este Seguro principal corresponde con el Seguro Familiar de Salud establecido por la Ley 87-01, se tiene que el **80.16%** de la población afiliada que declaro tener el Seguro Familiar de Salud como principal, lo asocia con la Ley 87-01, el 15.22% no lo relaciona con la Seguridad Social y 4.61% no sabe o no se especifica.

De la población afiliada a un Plan Voluntario el 46.42% menciona que el Seguro que tiene está relacionado con el Seguro Familiar de Salud y 43.22% no lo asocia con el Seguro de la Ley 87-01. El 10.37% no sabe o no se especifica.

Es de mencionarse, que existen los Planes Complementarios de Salud, el cual las ARS se lo ofertan a los afiliados y/o empleadores, donde tienen población afiliada al Seguro Familiar de Salud en el Régimen Contributivo, con lo cual puede asociarse el Plan Voluntario como la compra de coberturas de salud adicionales a las que brinda el Plan Básico de Salud. Los Planes Voluntarios que no están asociados al SFS, son planes que ofertan las ARS a los afiliados, a las empresas y a toda la población, sin que necesariamente se tenga el Seguro Familiar de Salud.

La distribución de la población afiliada según la identificación de quién paga el Seguro de Salud revela que el 40.43% menciona que no lo paga porque está afiliada a **Seguro Nacional de Salud (SENASA)** por efectos de la Ley 87-01; 17.60% es un costo compartido entre la empresa y/o el titular, Seguro Familiar de Salud (Ley 87-01); el 31.50% es un costo compartido entre la empresa y/o el titular pero es un seguro privado; 2.52% lo cubre la empresa y es un seguro privado; 5.75% identifica que es un seguro privado y 2.21% no identifica quién lo cubre o no sabe. (Gráfico 25).

**Gráfico 25. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la Población Afiliada según identificación de quién paga el Seguro de Salud o Médico principal. ENHOGAR 2012.**

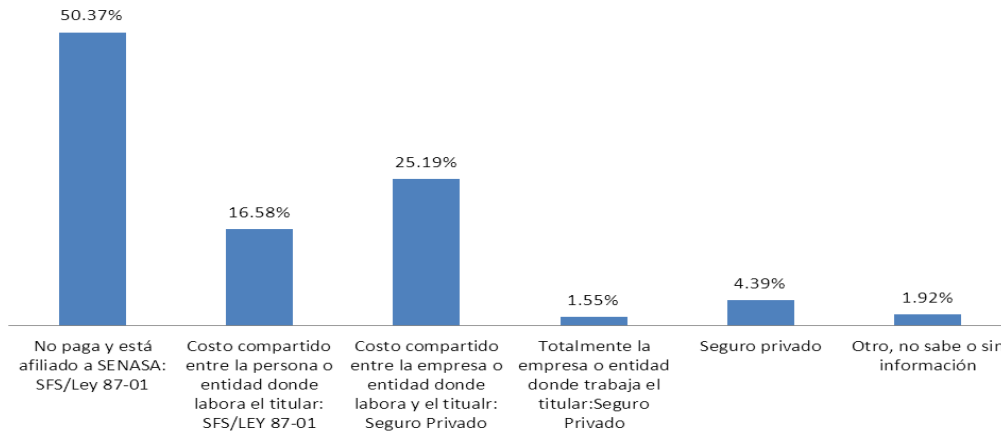


Al cruzar la información anterior con el tipo de Seguro identificado como el Seguro Principal de Salud, se tiene lo siguiente:

**Los afiliados que cuentan con el Seguro Familiar de Salud** como principal, mencionan en un 50.37% que pertenecen al SENASA y no pagan nada, 16.58% identifica al Seguro Familiar de Salud en su Régimen Contributivo (Costo compartido entre la persona o entidad donde labora el titular SFS/LEY 87-01); 25.19% identifica que es un costo compartido entre el empleador y el titular pero es un seguro privado (puede estar identificado a los Seguros Complementarios y/o a los Seguros Voluntarios); 1.55% identifica que el costo lo asume la empresa en su totalidad; 4.39% dice que tiene un seguro privado aunque declara que tiene el Seguro Familiar de Salud; 1.92% no sabe o no identifica quien paga el seguro. (Gráfico 26).

Es de hacer notar que, en el 92.14% de la población afiliada que tiene el Seguro Familiar de Salud, identifica o asocia el costo con el tipo de Régimen de Financiamiento Subsidiado y Contributivo.

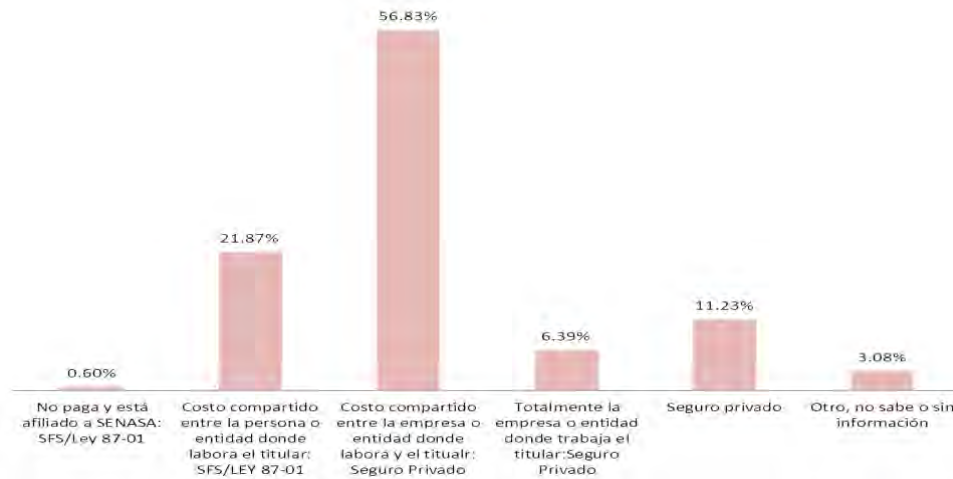
**Gráfico 26. República Dominicana: Distribución de la Población Afiliada al Seguro Familiar de Salud según identificación de quién paga el Seguro de Salud o Médico principal. ENHOGAR 2012.**



Los afiliados que cuentan con un Plan Voluntario como principal mencionan en un 56.83% que el costo es compartido entre la empresa y el titular, pero es un seguro privado; 21.87% el costo es compartido entre la empresa y el titular pero lo asocian al SFS/Ley 87-01 (este tipo de plan se identifica como Planes Complementarios, población que pertenece al Seguro Familiar de Salud en el Régimen Contributivo pero la empresa les amplía la cobertura de salud con un Plan de Salud Complementario); 6.39% menciona que el Costo lo absorbe la empresa donde trabaja el titular y es un Seguro Privado. El 11.23% menciona que es un Seguro Privado y 3.08% no sabe o no identifica quien cubre el seguro.

En conclusión, el 96.32% coincide en que tiene un Seguro de Salud que se apega a coberturas más amplias que el Seguro Familiar de Salud o a Planes Voluntarios pagados por la empresa o el titular, o pagados de manera voluntaria. (Gráfico 27).

**Gráfico 27. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la Población Afiliada al Plan Voluntario según identificación de quién paga el Seguro de Salud o Médico principal. ENHOGAR 2012.**



#### 4.6 Población que no tiene Seguro de Salud y sus razones.

La revisión de las características de la población que no cuenta con un tipo de Seguro de Salud es una de las riquezas que ofrece la información de la ENHOGAR 2012. Pues desde la implementación del Seguro Familiar de Salud se conoce sobre la población que cuenta con alguna protección en salud y se infiere el volumen de cuánta población faltaría por cubrir en función de las estimaciones o proyecciones de población de manera general pero las razones del porqué no se encuentra afiliado o el conocer qué población no se tiene mucha información que permita conocerla.

La población que no cuenta con un tipo de Seguro de Salud o Médico se estima que representa un 48.32%. Aunque más adelante se retomarán las características de la población que no cuenta con ningún tipo de seguro, la ENHOGAR indaga sobre dos aspectos importantes: La Razón por la que no tiene Seguro y la condición de desear tenerlo.

El 98.08% de la Población que no cuenta **con un tipo de Seguro de Salud o Médico señalo que desearía o necesita contar un seguro de salud.**

Entre las razones por las que la población no cuenta con un Seguro de Salud o Médico, **destaca el Costo del Seguro**, pues mencionan que es muy caro en un 34.05%.

El 13.71% señala que no tiene Seguro porque no trabaja, el 13.51% dice que el Seguro de Salud está en trámite. Al 6.99% le falta completar algún tipo de documentación para obtenerlo, **2.01% identifica que la razón por la cual no tiene seguro es porque el Régimen al que él entiende que pertenece no ha comenzado.** Solo el 0.72% menciona que no lo necesita porque está bien de salud.

El 28.00% tiene otra razón que no fue explícitamente registrada y solo del 1.00% no se tiene información de la razón por la cual no cuenta con Seguro de Salud.

**Cuadro 12.**  
República Dominicana: Distribución de la población sin Seguro de Salud o Médico por condición de deseo de tenerlo según razón por la cual no lo tiene. ENHOGAR 2012.

Desea o Necesita un Seguro Médico	Población sin Seguro de Salud o Médico	Razón por la cual no tiene un Seguro Médico							
		No necesita, está bien de salud	No trabaja	Es muy caro	Le falta documentación	El seguro está en trámite	Mi régimen no ha comenzado	Otro	Sin información
<b>Total</b>	<b>4,878,846</b>	<b>34,925</b>	<b>669,139</b>	<b>1,661,351</b>	<b>341,171</b>	<b>658,963</b>	<b>98,238</b>	<b>1,366,188</b>	<b>48,871</b>
Si	4,785,067	26,373	659,693	1,642,524	334,867	649,155	97,464	1,337,799	37,192
No	52,614	7,487	4,780	15,231	3,074	3,190	97	17,117	1,638
No sabe	41,075	1,065	4,576	3,596	3,230	6,618	677	11,272	10,041
Sin información	90	0	90	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>0.72</b>	<b>13.72</b>	<b>34.05</b>	<b>6.99</b>	<b>13.51</b>	<b>2.01</b>	<b>28.00</b>	<b>1.00</b>
Si	98.08	0.54	13.52	33.67	6.86	13.31	2.00	27.42	0.76
No	1.08	0.15	0.10	0.31	0.06	0.07	0.00	0.35	0.03
No sabe	0.84	0.02	0.09	0.07	0.07	0.14	0.01	0.23	0.21
Sin información	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Estimación a partir de la base de datos de ENHOGAR 2012.

#### 4.7 Afiliación a Seguro de Salud como una prestación laboral.

En la ENHOGAR 2012 dentro de la **Sección IV. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS**, tuvo dentro de sus objetivos, caracterizar la fuerza de trabajo de acuerdo con el tipo de prestaciones laborales que recibe la población trabajadora, en el marco del Sistema Dominicano de la Seguridad Social.

La ENHOGAR 2012, toma como delimitación conceptual a la Población Económicamente Activa, como la Población de 10 años y más de edad que durante el período de referencia (semana anterior al levantamiento de la ENHOGAR 2012) se encontraba en alguna de estas situaciones: a) trabajando por ingresos, b) sin trabajar pero tenía empleo c) buscando trabajo, habiendo trabajado antes, d) trabajando para un familiar sin pago en dinero e) buscando trabajo por primera vez.

En consecuencia la Población no económicamente activa es la población de 10 años y más de edad que no trabaja y no busco trabajo durante el período de referencia, incluye a los estudiantes, amas de casa, rentistas, jubilados, incapacitados para trabajar, etc. que no desarrollan una actividad económica.

La Población Ocupada, que es la población de 10 años y más de edad que tuvo algún empleo o trabajo durante la semana de referencia, incluye a quienes al momento de la ENHOGAR tienen trabajo, pero en la semana de referencia no asistieron por razones relacionadas con vacaciones, enfermedad, huelga, etc.

La Población desocupada es el total de personas de 10 años y más de edad, que en la semana de referencia de la encuesta, declaró no tener trabajo, pero durante el período de referencia realizaron diligencias para buscar trabajo.

La distribución de la población total del país de acuerdo con el tipo de población Económica, se tiene que el 18.55% de la población tiene menos de 10 años, 43.4% tiene más de 10 años y pertenece a la Población Económicamente Activa, 38.03% tiene más de 10 años y pertenece a la población No Activa Económicamente y 0.02% tiene edad no especificada.

Al realizar la siguiente agrupación por grandes grupos de edad 0-9, 10-15, 16-17 , 18 y más y edad no especificada; para poder asociarla con la posibilidad de tener documentos para trabajar y poder optar por las prestaciones laborales dentro de la Seguridad Social, se puede observar en el Cuadro 6, que el 38.72% de la población total del país pertenece a la población Económicamente Activa y tiene entre 18 y 59 años de edad; 35.25% es ocupada. (Cuadro 13).

**Cuadro 13.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de la Población por Grandes grupos de edad según tipo de población Económica. ENHOGAR 2012.**

Grupos de Edad	Población Económicamente Activa						
	Total	MENOR A 10 AÑOS	Población Económicamente Activa			Población No Económicamente Activa	Edad No Especificada
			Total	Población Ocupada	No Ocupada		
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>18.55</b>	<b>43.40</b>	<b>39.60</b>	<b>3.80</b>	<b>38.03</b>	<b>0.02</b>
0-9	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10-15	12.44	0.00	0.63	0.57	0.06	11.81	0.00
16-17	4.03	0.00	0.79	0.68	0.11	3.24	0.00
18-59	55.10	0.00	38.72	35.25	3.47	16.39	0.00
60 y más	9.86	0.00	3.27	3.11	0.16	6.59	0.00
No especificada	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02

Fuente: Estimaciones Propias a partir de la base de datos de la ENHOGAR 2012.

Al estimar los porcentajes de acuerdo con la Población de 10 años y más de edad, se tiene que el 53.3% de la población es Económicamente Activa y 46.70% es No Económicamente Activa.

Por grandes grupos de edad, se tiene que el 94.94% de la población de 10 a 15 años es No Económicamente Activa, como es de esperarse, pues es una edad escolar.

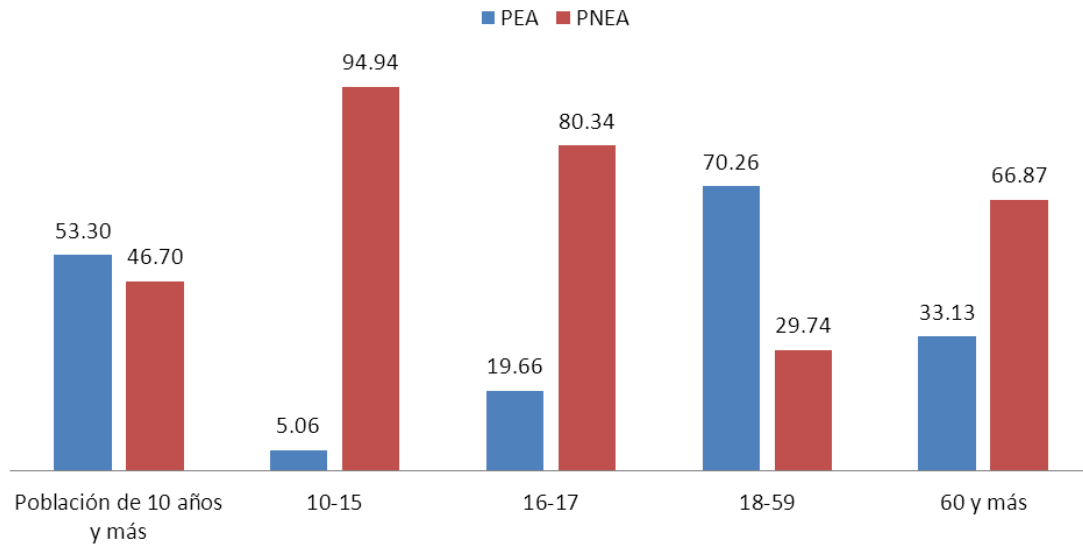
La población de 16 a 17 años tiene el segundo lugar en población No Económicamente Activa, pues 80.34% no trabaja ni está en búsqueda de empleo.

Entre la población de 60 años y más, el 66.87% pertenece a la Población No Económicamente Activa, en términos generales, iniciaría la edad del retiro o de la jubilación laboral.

Es en la población de 18 a 59 años de edad donde se tiene la mayor fuerza de trabajo, pues 70.24% pertenece a la Población Económicamente Activa. (Gráfico 28)



**Gráfico 28. República Dominicana: Porcentaje de Población Económicamente Activa y Población No Económicamente Activa por Grandes Grupos de Edad. ENHOGAR 2012**

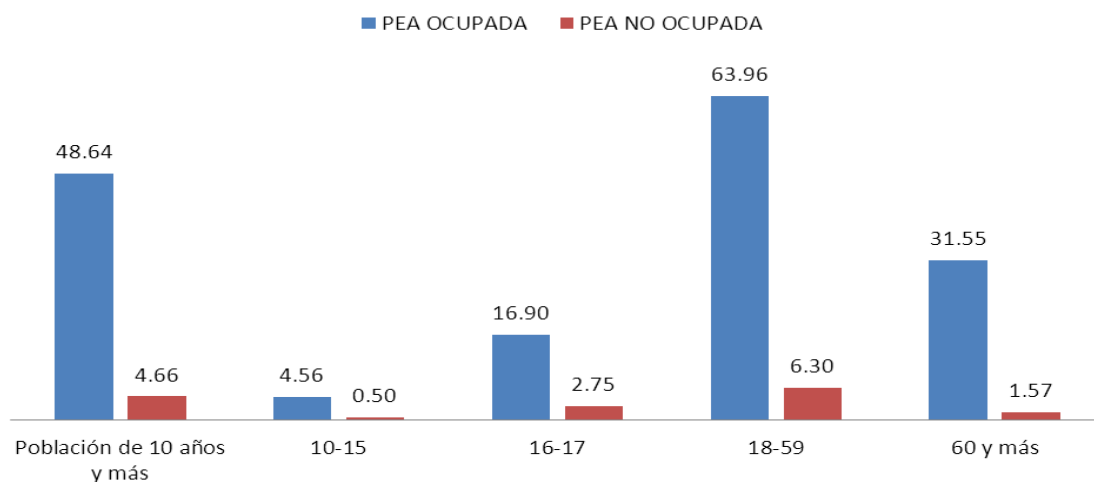


Del total de la Población de 10 años y más se tiene que el 48.64% pertenece a la población económicamente activa ocupada y 4.66% no está ocupada.

Esta tasa de población ocupada representa 63.96% entre la población de 18 a 59 años de edad, siendo la más alta de los grupos de edad involucrados en el presente análisis. La Tasa de ocupación de la población de 60 años y más es de 31.55% , es la segunda más alta. (Gráfico 29).

**Gráfico 29, República Dominicana: Porcentaje de Población Ocupada y No Ocupada por Grandes Grupos de Edad. ENHOGAR 2012.**

Base población total en cada Grupo.



#### 4.7.1 Población Ocupada y la prestación laboral de un Seguro de Salud otorgado por la empresa donde trabaja.

Una vez identificada la población ocupada podemos analizar, la distribución de ella de acuerdo con la prestación laboral de afiliación al Seguro de Salud (**SS**) en la empresa o negocio donde trabaja.

Esta información es la base para la estimación de la población que no tiene la cobertura del SFS en el Régimen Contributivo, pues aun teniendo las características para la inscripción en el mismo no está afiliado.

Así, también dará cuenta de la población que, por sus características, es objeto del Régimen Contributivo Subsidiado, que aún no ha sido habilitado por el SDSS.

Del total de Población Económicamente Activa Ocupada, que se estima en 3,998,408 personas de 10 años y más que están ocupadas en alguna actividad económica, el 31.70% declara que recibe como prestación laboral el Seguro de Salud otorgado por la empresa donde trabaja, el **66.82%** declara no tener esa prestación, el 0.58% no sabe si la tiene y 0.90% no declaro información al respecto. (Cuadro 7).

Por grupos de edad, se tiene que la población de 18 a 59 años de edad es la que más recibe la prestación laboral del Seguro de Salud, pues 33.69% de la población ocupada en este grupo etareo declara tener la prestación.

La población ocupada de 60 años y más de edad, tiene como prestación laboral el Seguro de Salud en un 21.27%, el segundo porcentaje más alto de cobertura.

La población ocupada menor de 18 años tiene una cobertura de Seguro de Salud de la empresa, como prestación laboral muy baja. (Cuadro 14).

**Cuadro 14.**  
República Dominicana: Distribución de la Población Ocupada por condición de tener como prestación laboral el Seguro de Salud según grandes grupos de edad según. ENHOGAR 2012.

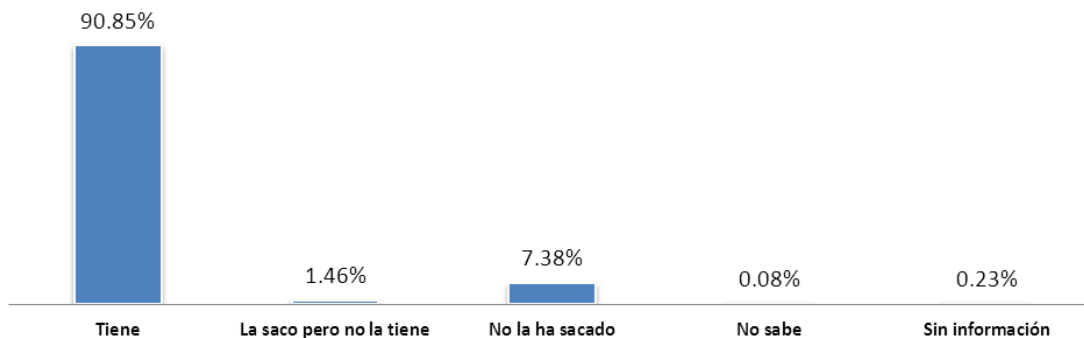
Grupo de Edad	Población Ocupada	Condición como prestación laboral el Seguro de Salud			
		Sí	No	No sabe	Sin información
Total	3,998,408	31.70	66.82	0.58	0.90
10-15	57,239	1.60	96.84	0.00	1.56
16-17	68,747	1.33	95.31	0.00	3.35
18-59	3,558,437	33.69	64.85	0.61	0.86
60 y más	313,985	21.27	77.45	0.53	0.74

Fuente: Estimación propia a partir de la base de datos de la ENHOGAR 2012.

#### 4.7.2 Población Ocupada no afiliada al Seguro de Salud como prestación laboral y su condición de tener Cédula de Identidad.

Del total de población ocupada que no cuenta con el Seguro de Salud como Prestación Laboral, el 90.85% tiene cédula de Identidad, **7.38% no la ha sacado**, 1.46% la saco pero no la tiene y 0.31% no se tiene información. **Lo que implica que la limitante de no inscribirlo al SFS, no sería una razón de peso para no otorgarle dicha prestación a la población ocupada que no cuenta con ella. Alrededor del 10% de la población ocupada sin Seguro de Salud, no podría entrar al SFS de manera inmediata por cuestiones de falta de documento de identidad.** (Gráfico 28).

Gráfico 30. República Dominicana: Población Ocupada que no tiene la prestación del SFS según tenencia de Cédula de Identidad. ENHOGAR 2012.

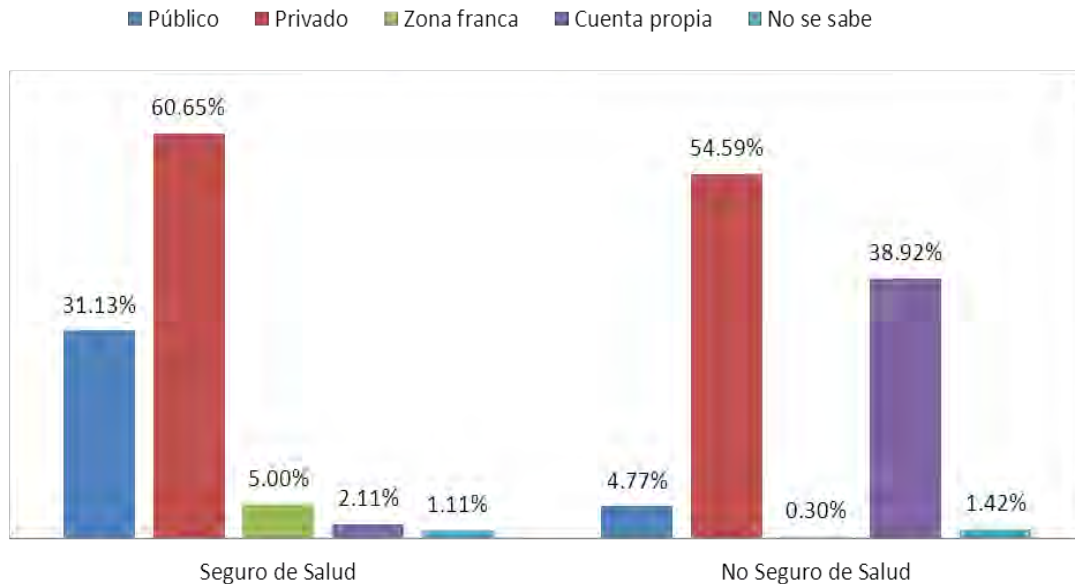


#### 4.7.3 Población Ocupada según tipo de empresa donde trabaja y su relación con la prestación laboral al Seguro de Salud

Al revisar la distribución de la población ocupada por condición de tener o no como prestación laboral el Seguro de Salud según el tipo de empresa donde el trabajador declara prestar sus servicios se puede observar lo siguiente:

El mayor componente de la Población ocupada que cuenta con un Seguro de Salud como prestación laboral, lo constituye la población que trabaja en una empresa privada con 60.65%, mientras que 31.13% trabaja en una Empresa Pública, 5.00% trabaja en Zona Franca, 2.11% es trabajador por cuenta propia y 1.11% no se sabe el tipo de empresa. (Gráfico 31).

**Gráfico 31. República Dominicana: Distribución porcentual de la población que tiene SFS, como prestación laboral según tipo de empresa donde presta sus servicios. ENHOGAR 2012.**

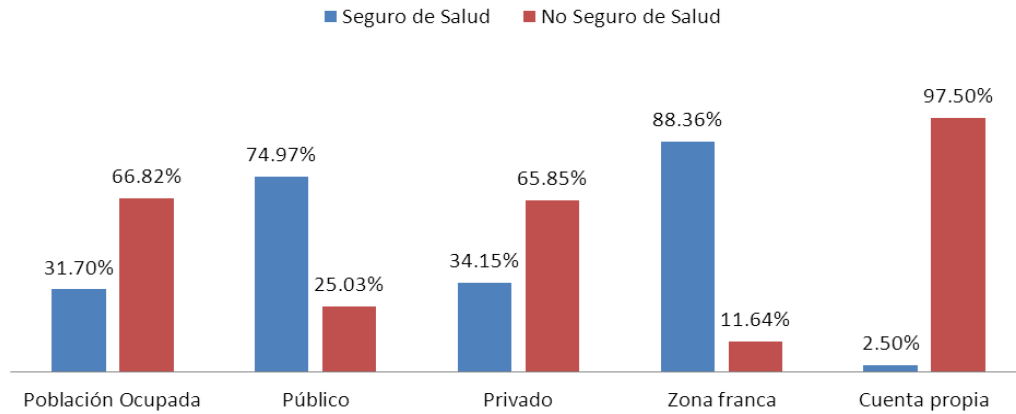


Dentro de la población ocupada que no cuenta con un Seguro de Salud como prestación laboral, se tiene que el 54.59% el contingente de empleados en empresa privada es el mayor, le sigue el componente de trabajadores que son cuenta propia con 38.92%, los que trabajan en empresas públicas representan el 4.77%, los trabajadores en Zona Franca representan 0.30% y 1.42% los que no se sabe el tipo de empresa donde laboran.

Ahora bien, al revisar la cobertura del Seguro de Salud dentro de cada tipo de empresa, que se presentan en el gráfico 32 se tiene que:

1. La población que trabaja en Zonas Francas es la que mayormente tiene como Seguro de Salud como una prestación laboral, pues el 88.36% de la población ocupada en ese tipo de empresa cuenta con esa prestación laboral.
2. La población trabajadora en las Empresas Públicas el 74.97% tiene Seguro de Salud como prestación laboral, es decir, 3 de cada 4 empleados públicos tiene protección en salud.
3. En contraste, los trabajadores en empresas privadas, tienen como prestación laboral el Seguro de Salud en un 34.15%.
4. Y finalmente, como era de esperarse, dado que el Régimen Contributivo Subsidiado del SFS, aún no está activado, el 97.5% de la población que declara ser trabajador por Cuenta Propia y no tiene un Seguro de Salud.

**Gráfico 32. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población Ocupada por tipo de empresa según afiliación al Seguro de Salud como prestación laboral. ENHOGAR 2012**

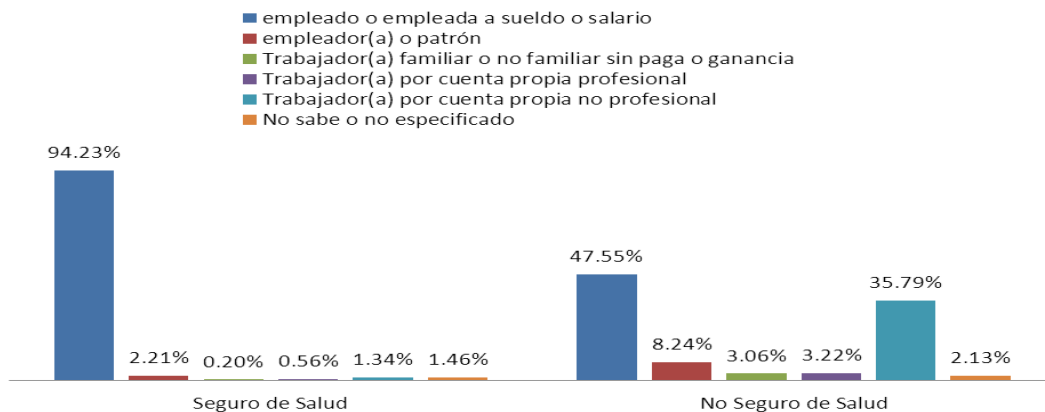


#### 4.7.4 Población Ocupada según su situación laboral y su condición de contar con un Seguro de Salud como prestación laboral

Al revisar la condición de tener un seguro de salud como prestación laboral según la situación del trabajador dentro de la empresa, se tiene que del total de población que cuenta con el Seguro de Salud como prestación laboral, el 94.23% son empleados(as) a sueldo o salario. Un

En contraste, se tiene que la población ocupada que no tiene SS como prestación laboral, el 47.55% son empleados(as) a sueldo o salario, le siguen los trabajadores por cuenta propia no profesional con 35.79% y en tercer lugar el empleador (a) o patrón con 8.24%. (Gráfico 33)

**Gráfico 33. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población Ocupada por Condición de Afiliación al Seguro de Salud como prestación laboral por Situación Laboral según afiliación al Seguro de Salud como prestación laboral. ENHOGAR 2012**



Ahora bien, si calculamos los porcentajes de población que tiene un Seguro de Salud como prestación laboral dentro de cada grupo en que se desglosa la situación laboral que ocupa cada trabajador en la empresa, los resultados ofrecen resultados interesantes si los miramos a la luz de lo que la Ley 87-01 solicita.

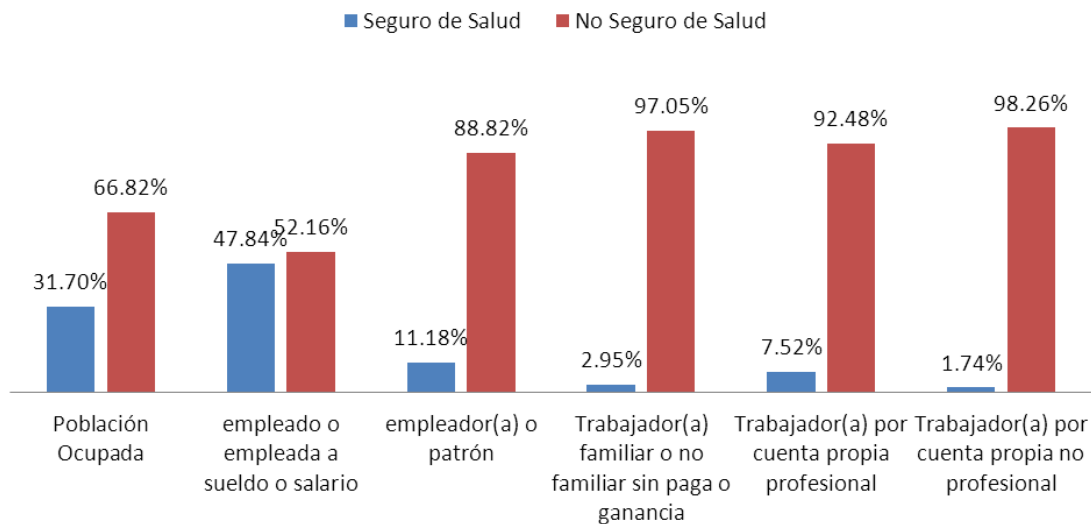
En el grupo de Empleados (as) a sueldo o salario se tiene que el 47.84 % cuenta con seguro de salud como una prestación laboral, según la Ley 87-01 en el Artículo 7 toda la población asalariada en empresas públicas y privadas es objeto de aseguramiento del Régimen Contributivo, lo que implicaría que el 66.82% es susceptible de afiliación inmediata.

Al revisar los porcentajes de aseguramiento en salud de los demás grupos, el grupo de Empleados a sueldo o salario son los que tienen una mayor cobertura en salud como parte de una prestación laboral.

En el grupo de empleadores o patronos, el 11.18% tiene como prestación laboral la protección en salud. Los demás, no alcanzan una cobertura población en salud mayor al 10%. Los trabajadores por cuenta propia profesional llegan a una cobertura del 7.52%. (Gráfico 34)

Como era de esperarse, dado que el Régimen Contributivo Subsidiado no está habilitado dentro del Seguro Familiar de Salud , el mayor porcentaje de no cobertura como prestación laboral, está en los trabajadores por cuenta propia no profesional (98.26%); los trabajadores sin pago (97.05%); y los en los trabajadores por cuenta propia profesional (92.48%). **(Gráfico 34).**

**Gráfico 34. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población Ocupada por Situación Laboral según afiliación al Seguro de Salud como prestación laboral. ENHOGAR 2012**



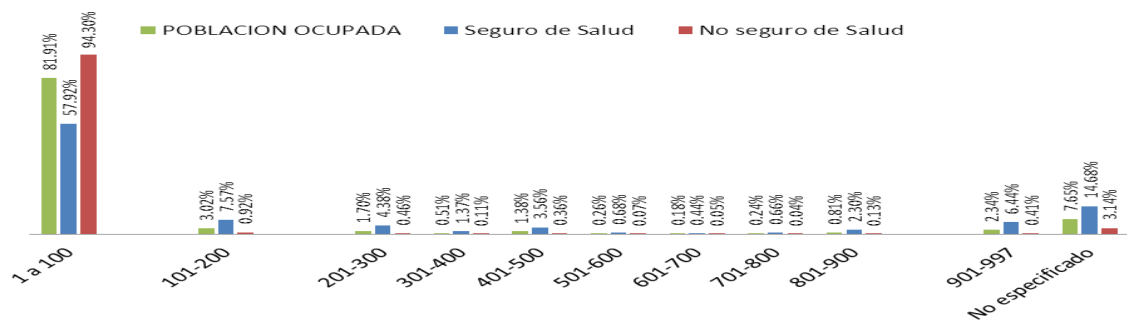
#### 4.7.5 Población Ocupada según su tamaño de la empresa y su relación con la prestación laboral al Seguro de Salud

La distribución de la población ocupada según tamaño de la empresa, revela que el 81.91% trabaja en empresa que tienen entre 1 y 100 trabajadores(as).

El comportamiento anterior se visualiza, cuando analizamos la distribución según la población ocupada que cuenta con Seguro de Salud, como prestación laboral y la que no cuenta con Seguro de Salud.

Es de esperarse, que teniendo la concentración que tienen las empresas de 1 a 100 empleados en el mercado laboral de RD el mayor componente de la población sin Seguro de Salud se da en empresas de este tipo. (Gráfico 35).

**Gráfico 35. República Dominicana: Distribución porcentual de la población ocupada con Seguro de Salud y sin Seguro de Salud como prestación laboral según tamaño de la Empresa. ENHOGAR 2012.**

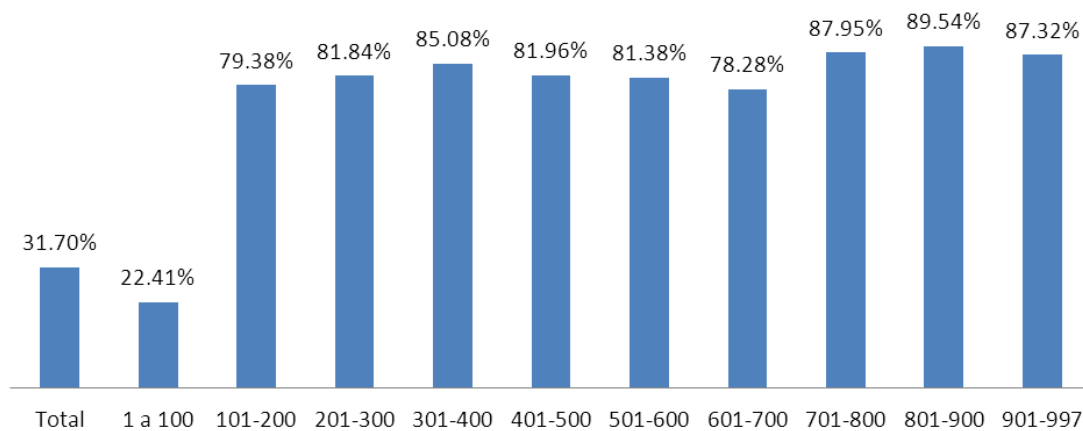


Al revisar la cobertura del Seguro de Salud según el tamaño de la empresa, se tiene que entre mayor es el tamaño de la empresa, mayor es el porcentaje de población ocupada que cuenta con Seguro de Salud como prestación laboral.

La menor cobertura de la población al Seguro de Salud la tiene la población ocupada que trabaja en empresas de 1 a 100 personas, pues solo el 22.41% de la población que trabaja en ellas tiene Seguro de Salud. Este porcentaje de cobertura es contrastante ante los niveles que presentan las empresas con más de 100 trabajadores. (Gráfico 35a ).

Gráfico 35a

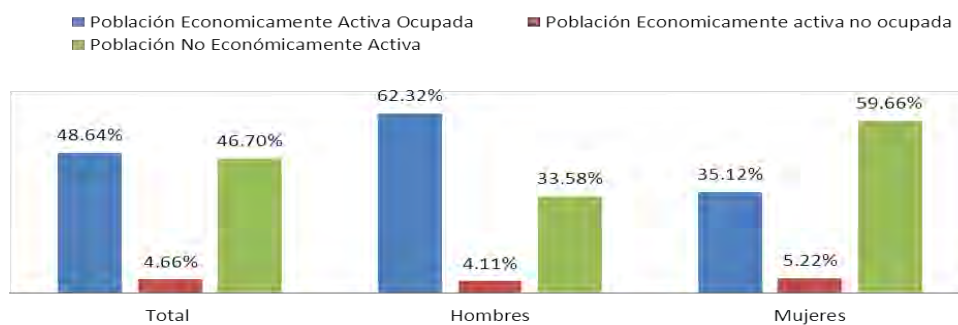
REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población Ocupada con SFS como prestación laboral según tamaño de la Empresa. ENHOGAR 2012.



#### 4.8 Población Ocupada según sexo y su relación con la condición de tener Seguro de Salud

La población de 10 años y más de edad por condición de actividad según el sexo del trabajador, señala que la tasa de población activa ocupada en los hombres es de 62.32% mientras que en las mujeres esta tasa es de 35.12%. (Gráfico 36).

Gráfico 36. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución porcentual de la población de 10 años y más por condición de actividad según sexo. ENHOGAR 2012.



Al estimar el porcentaje de la población ocupada como el total de población ocupada de cada grupo y sexo entre la población total de ese mismo grupo, se tiene que la población de 10 años y más de hombres tiene un porcentaje de ocupación del 62.32% mientras que el de las mujeres es de 35.12%.

Independientemente del sexo de la población los porcentajes de ocupación más altos se dan dentro de la población de 18 a 59 años, con 80.23% para hombres y 47.96% para mujeres en ese grupo etareo.

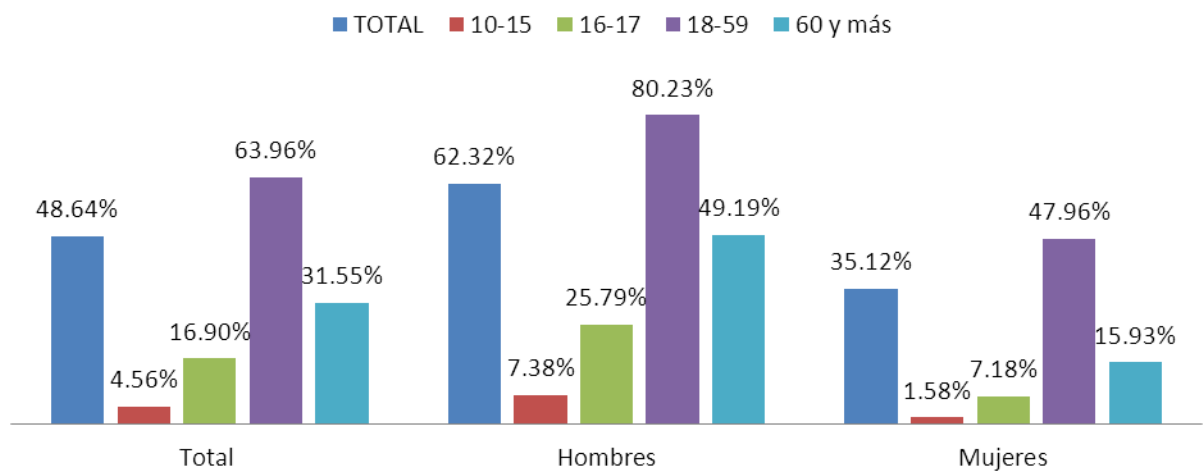


Es de destacar que la población ocupada en el grupo de 60 años de la población masculina representa el 49.19% mientras que entre las mujeres llega a representar 15.93%.

Entre los hombres de 16 y 17 años de edad, 1 de cada 4 realiza un trabajo, mientras que en las mujeres esta relación es de 7 de cada 100 mujeres.

La población masculina de 10 a 15 años de edad revela un porcentaje de población ocupada de 7.38% mientras que este indicador dentro de la población femenina de ese grupo etareo alcanza el 1.58%. (Gráfico 37).

**Gráfico 37. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población Económicamente Activa Ocupada por sexo y grupo de edad. ENHOGAR 2012.**

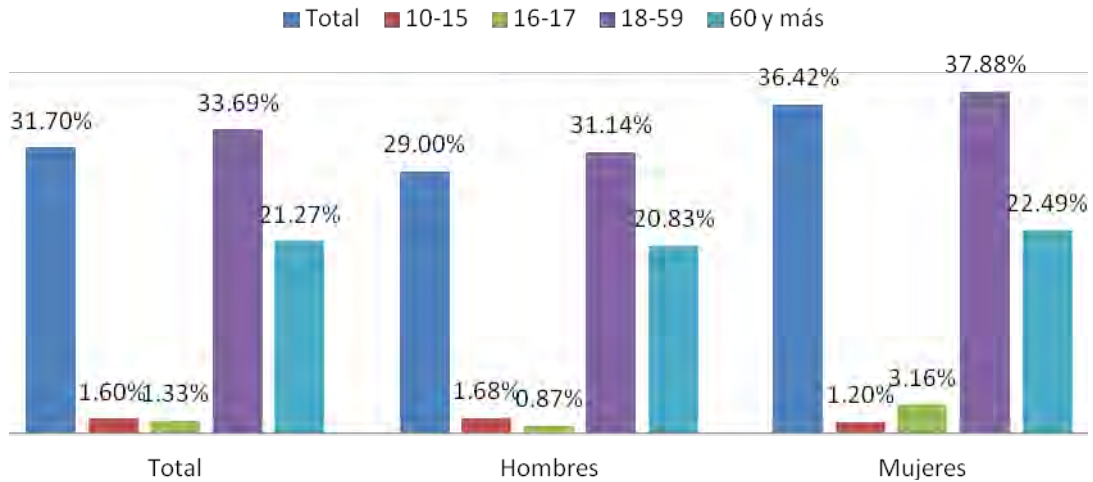


El porcentaje de población ocupada que cuenta con Seguro de Salud como prestación laboral es del 31.70%, por grupo etareo el mayor porcentaje de población ocupada con Seguro de Salud la tiene la población de 18 a 59 años de edad con 33.69%, le sigue la población de 60 y más con 21.27% de cobertura de salud de su población ocupada.

Al examinar la información por sexo, las mayores coberturas en Salud se tienen en la población femenina. De la población femenina ocupada el 36.42% tiene el Seguro de Salud como producto de una prestación laboral mientras que este indicador en hombres es de 29.00%. (Gráfico 38).

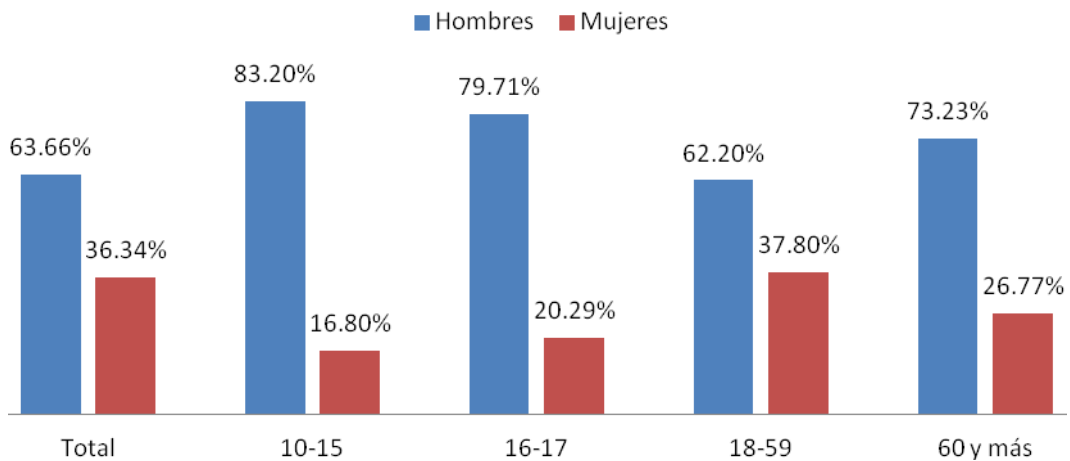
La población femenina del grupo etareo 18 a 59 años está cubierta por el SS en un 37.88% mientras que los hombres ocupados con edad en este rango representan 31.14% con seguro de salud.

**Gráfico 38. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de población ocupada que cuenta con Seguro de Salud como una prestación laboral por sexo y grupos de edad. ENHOGAR 2012.**



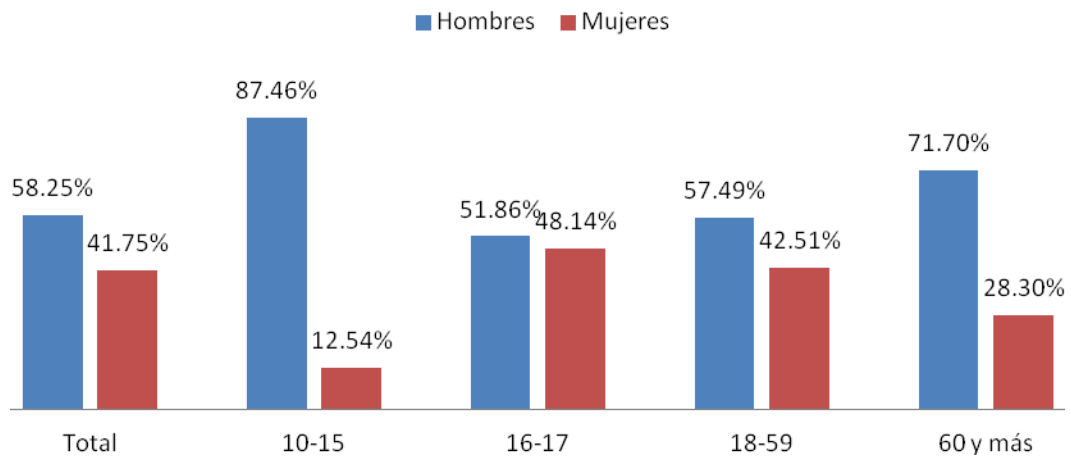
Al revisar la composición por sexo de la población ocupada por grupo de edad, se tiene que la población masculina es la que tiene mayor peso en todos los grupos etareos. (Gráfico 39).

**Gráfico 39. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la población ocupada por sexo y edad. ENHOGAR 2012.**



Al comparar la información del Gráfico 39 con la del Gráfico 40, que contiene la composición por sexo de la población ocupada con Seguro de Salud, se puede observar, que aunque las mujeres siempre representan un porcentaje menor que el de hombres, la brecha de género se cierra si se compara con la brecha de la población ocupada. Lo que revela que aunque las mujeres son menos dentro de la población ocupada en hombres, éstas tienden a estar trabajando en lugares donde el Seguro de Salud se otorga como una prestación laboral.

Gráfico 40. REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la población ocupada que cuenta con el Seguro de Salud como una prestación laboral según sexo y grupos de edad. ENHOGAR 2012.



#### 4.9 Clasificación de la población según condición de actividad económica y seguro de salud.

Al analizar la protección a la salud, a través de un Seguro de Salud según la población por condición de actividad económica, sabemos que el 31.70% de la población Ocupada cuenta con un Seguro de Salud otorgado por la empresa, pero esta población también puede tener protección a la Salud por otra fuente de manera voluntaria o por pertenecer a un núcleo familiar que le ofrece ese beneficio dentro del Seguro Familiar de Salud.

Del análisis del gráfico 41, se tiene que el 57.85% de la población ocupada cuenta con protección a la Salud por medio de un Seguro de Salud, lo que implica que **31.70%** lo obtiene como una prestación laboral, y el restante **26.15%** tiene esta protección porque pertenece o está asociado al Seguro Familiar de Salud por pertenecer a un núcleo familiar activo en el SFS, o porque tiene un Plan Voluntario.

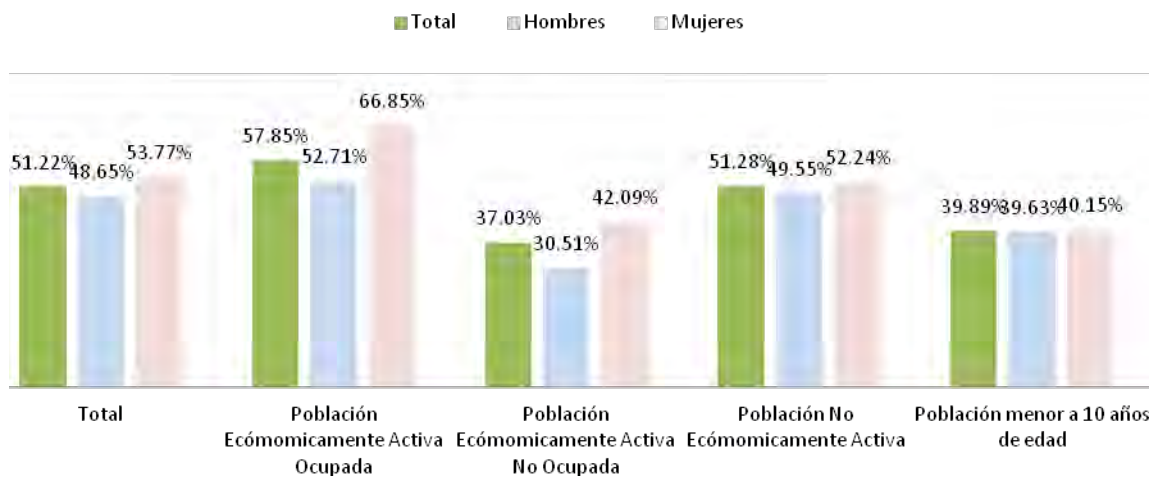
El 26.15% de población ocupada que cuenta con un Seguro de Salud pero que no es a raíz de una prestación laboral, es toda aquella población que puede considerarse que de alguna manera está siendo subsidiada por el Régimen Contributivo (si la mayoría tiene Seguro Familiar de Salud) porque su pareja, o porque su padre o madre están involucrados en el Régimen Contributivo y lo tienen como dependiente.

Se estima que el 51.22% de la población total en el país, en noviembre del 2012, está afiliada a un Seguro de Salud. El 53.77% de la población femenina tiene un Seguro de Salud mientras la cobertura del Seguro de Salud en la población masculina es de 48.65%.

Al revisar la cobertura de salud por condición de actividad económica se tiene que:

1. Los niveles más altos de aseguramiento en salud, se encuentran en la Población Económicamente Activa Ocupada pues 57.85% es afiliada. La cobertura en mujeres ocupadas es la más alta entre los grupos poblacionales analizados pues alcanza el 66.85%.
2. La cobertura más baja se encuentran entre la población menor a los 10 años de edad, pues alrededor del 40% de la población es afiliada al Seguro de Salud.
3. Los hombres económicamente Activos No Ocupados presentan el nivel más bajo de cobertura de salud pues solo 3 de cada 10 son afiliados al Seguro de Salud.

**Gráfico 41. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de población con Seguro de Salud según condición de actividad económica. ENHOGAR 2012**



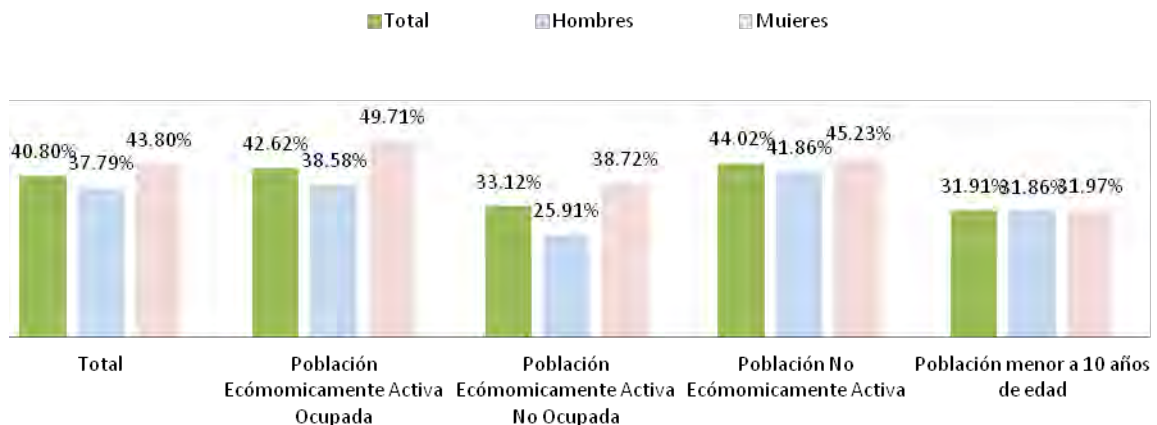
Al revisar la cobertura del Seguro Familiar de Salud con los mismos grupos poblacionales anteriores, se puede observar que se presenta el mismo comportamiento en la cobertura indistintamente del tipo de Seguro de Salud que se tenga, pues más del 80% de la población cubierta tiene el Seguro Familiar de Salud como Seguro Principal. (Gráfico 42).

La Población Económicamente Activa No Ocupada es cubierta por el Seguro Familiar de Salud en un **33.21%**, lo que implica que es beneficiaria del Régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado pero no como una prestación laboral sino como un beneficio porque está vinculado a un núcleo familiar de salud como titular (no cotizante) o como dependiente de un titular cotizante. Las mujeres económicamente activas no ocupadas obtienen este beneficio en un 38.72% mientras que los hombres en un 25.91%.

El 44.02% de la población No Económicamente Activa, tienen en el Seguro Familiar de Salud como un beneficio pues no están vinculados con ningún empleador pero están cubiertas por pertenecer a un núcleo familiar donde algún miembro del Núcleo cotiza a Régimen Contributivo o es Subsidiado a través del Régimen Subsidiado. Aunque las mujeres son mayormente subsidiadas más que los hombres.

Finalmente la población menor de 10 años, revela que el sexo no hace diferencia para que reciban el beneficio de tener cobertura en Salud dentro del Seguro Familiar de Salud, por ser dependientes de un titular o dependiente cotizante del núcleo al que pertenecen o son beneficiarios del Régimen Subsidiado. (Gráfico 42).

**Gráfico 42. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de población con Seguro Familiar de Salud como Seguro Principal según condición de actividad económica. ENHOGAR 2012**



#### 4.10 Perfil de la población que no cuenta con el Seguro Familiar de Salud

En los dos apartados anteriores se pudo tener un panorama de la fuente, desde el punto de vista económico y el origen de quien asume el costo del Seguro de Salud al cual está afiliada la población.

El perfil de la población que no cuenta con el Seguro Familiar de Salud, permite visualizar los factores Económicos y Sociales que inciden en la Afiliación al Seguro Familiar de Salud, este análisis toma como base la clasificación del Seguro de Salud declarado como principal.

La población que no cuenta con Seguro de Salud es aquella que no tiene Seguro Familiar de Salud aunque cuente con un Plan Voluntario u otro tipo de Seguro de Salud. Los estimadores que se determinen en esta sección, servirán de base para entender que características tienen aquellas personas que no están inscritas en el SFS.

##### 4.10.1 Edad y Sexo de la población que no cuenta con Seguro Familiar de Salud

A través de la ENHOGAR 2012, se estima que el 59.20% de la población no cuenta con el Seguro Familiar de Salud. Este indicador entre la población masculina representa el 62.21% mientras que en las mujeres es de 56.20%.

Por grupos de edad se puede observar que la población de 0 a 4 años de edad es la que presenta la mayor vulnerabilidad para la atención de salud pues 73.51% de esta población no tiene un Seguro de Salud, este indicador aumenta 74.54% en la población de hombres y

representa 72.46% en la población femenina en este grupo etareo. **Es decir, alrededor de 70 de cada 100 niños de 0 a 4 años no está afiliado al SFS.**

Entre los 5 y 17 años de edad el nivel de población que no cuenta con el Seguro Familiar de Salud disminuye conforme avanza la edad, esto puede estar relacionado, con la protección a los hijos(as) en este rango de edad del Titular o Conyugue cotizante o beneficiario del Seguro Familiar de Salud y que además ya a la mayoría se le pudo haber sacado su acta de nacimiento pues están en edad escolar, con lo cual es más fácil su afiliación al SFS.

El Sexo de la población en estos grupos de edad no establece mayor diferencia aunque la población de hombres tiende a tener menor cobertura en el Seguro Familiar de Salud que las mujeres. En el grupo de 5 a 9 años la no cobertura del SFS está alrededor del 63.00%. En la población de 10 a 14 y 15 a 17 años, el nivel de no afiliación al SFS es de 57.00%

Después del grupo poblacional 0-4, el grupo etareo de **18 a 21 años**, es el que tiene el mayor porcentaje de población que no cuenta con el Seguro Familiar de Salud, lo cual puede estar relacionado con la emisión de la cédula electoral para mantenerse dentro del Seguro Familiar de Salud, así como que al cumplir la edad de 18 años, si la persona no presenta una certificación escolar que avale que asiste a la escuela, el Cotizante que lo tenga asociado tiene que pagar el costo de la Cápita para mantenerlo dentro del Seguro Familiar de Salud.

En el grupo de edad de 18 a 21 años, el porcentaje de población que no cuenta con el Seguro Familiar de Salud es de 66.71%, de acuerdo con el sexo de la persona, el nivel de no afiliación sube a 67.58% y en las mujeres representa el 65.84%.

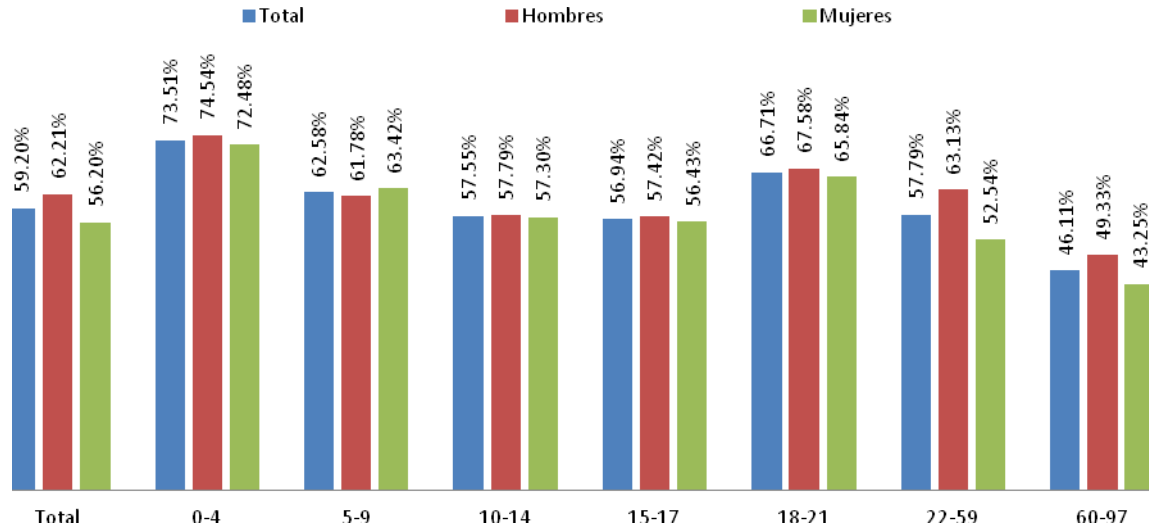
El grupo etareo de 22 a 59 años revela que el 57.79% de esta población no cuenta con Seguro de Salud, un nivel menor que el grupo de edad de 18 a 21 años, esto quizás se debe a que en este grupo de edad se encuentra la fuerza laboral dominicana que está inmersa en la actividad económica.

Por sexo se tiene que la población masculina tiene un nivel más alto de no cobertura por el SFS que la población femenina. Alrededor del 63.13% de la población masculina no cuenta con Seguro de Salud mientras que este indicador, en la población femenina es de 52.54%, el mayor diferencial de cobertura presentado en los grupos analizados de acuerdo con la composición por sexo.

Finalmente, la población de 60 años y más presenta los porcentajes más bajos de no afiliación al Seguro Familiar de Salud, pues el 46.11% de la población no está cubierto por el SFS. Este indicador en hombres es de 49.33% y en mujeres de 43.25% (Gráfico 43)

Es importante, mencionar que cualquier administración en el riesgo de salud de la población toma como base las variables de sexo y edad, ya que estas variables son determinantes en el diferencial del perfil epidemiológico de la población.

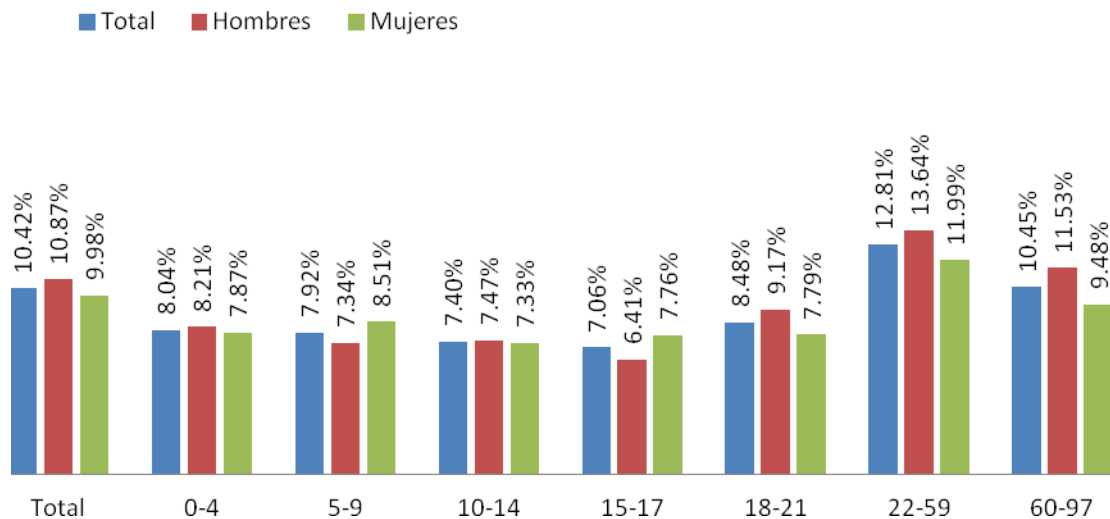
**Gráfico 43. República Dominicana: Porcentaje de Población no cuenta con el Seguro Familiar de Salud por grandes grupos de edad y sexo. ENHOGAR 2012**



Al analizar la estructura por edad y sexo de la población que no cuenta con el SFS pero la cobertura en salud la tiene a través de un Plan Voluntario u otro tipo de Seguro de Salud se puede observar (Gráfico 44) que :

1. 10.42% su cobertura en salud la obtiene a través de planes contratados por la empresa donde trabaja la población beneficiaria o porque es beneficiaria de algún tipo de plan de salud que compra de manera directa a una ARS o compañía de Seguros. La población masculina tiende a protegerse más por este tipo de Planes de Seguros de Salud que la población femenina.
2. Por grupos de edad la mayor protección de salud con Planes Alternativos de Salud se centra en la población de 22 a 59 años, esto puede deberse a que ciertas empresas públicas o privadas, no cotizan a la Seguridad Social pero otorgan un beneficio a los empleados(as) con estos tipos de planes.
3. En general, el porcentaje de la población que tiene protección a la salud vía planes de salud alternativos está en un rango de 7% a 8% entre los grupos de 0 a 21 años de edad.
4. La población de 60 años y más es el segundo grupo etareo, que sus prestaciones de salud están cubiertas con algún tipo de Seguro de Salud, diferente al SFS.

**Gráfico 44. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población no cuenta con el Seguro Familiar de Salud pero tiene un Plan Voluntario u otro tipo de Seguro de Salud por grandes grupos de edad y sexo. ENHOGAR 2012**



#### 4.10.2 Lugar de Residencia de la población que no cuenta con Seguro Familiar de Salud

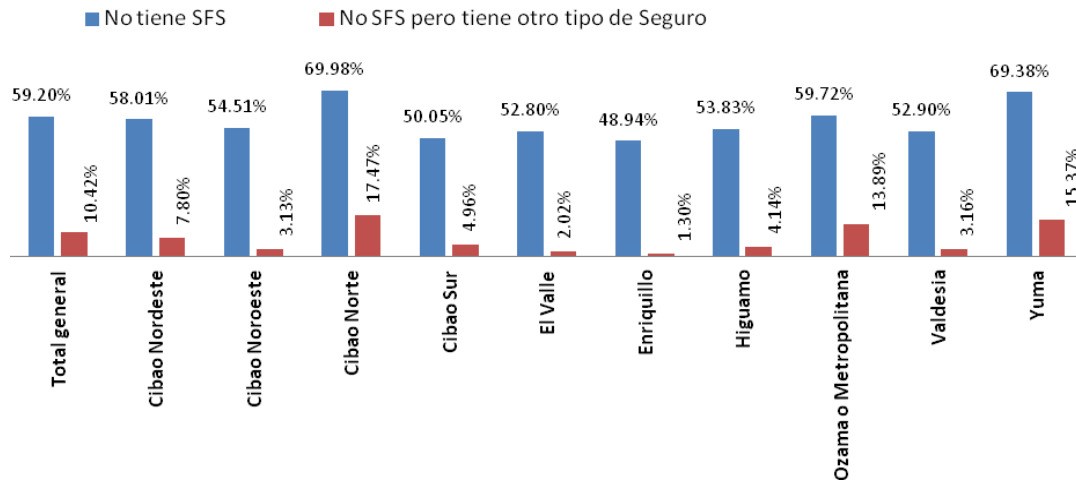
Tomando en cuenta las Regiones del País, se tiene que el mayor porcentaje que no está cubierta por el Seguro Familiar de Salud se encuentra entre la población residente en el Cibao Norte y en la Región del Yuma, pues 7 de cada 10 de personas residentes en esas regiones no está afiliado al Seguro Familiar de Salud.

Es de destacar, que la población residente en la Región del Yuma, es la que siempre ha presentado los indicadores de bienestar más bajos del país.

La población de la Región de Enriquillo es la que presenta el menor porcentaje de población sin cobertura del SFS con 48.94%. Le sigue la región del Cibao Sur pues de cada 2 personas una está cubierta por el Seguro Familiar de Salud. (Gráfico 45).



**Gráfico 45. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población que no cuenta con el Seguro Familiar de Salud por Región. ENHOGAR 2012**



Si se revisa por región, el porcentaje de población que tiene cobertura en otro tipo de Seguro de Salud, se observa que la Población del Cibao Norte tiene el mayor porcentaje de personas que cuentan con protección en salud fuera del SFS. El 17.74% tiene como Seguro de Salud otro que no es el SFS, la Región del Yuma también tiene un nivel de cobertura de Seguros Alternativos de Salud alto, con 15.37% y le sigue la Región de Ozama o Metropolitana con 13.89%.

En la Región del Cibao Norte se encuentra la Segunda Ciudad más importante del país y en la Región de Ozama la primera en importancia económica. En la Región del Yuma esta la zona turística Hotelera y un de las provincia más pobre del país.

De hecho, en la Región del Cibao Norte, algunas empresas agrícolas o de trabajo temporalero se les exige para entrar al intercambio comercial internacional, que los(as) trabajadores (as) tengan protección en salud, no necesariamente que estén inscritos en la Seguridad Social.

Para una mayor ubicación geográfica a continuación se enumeran las Regiones y las Provincias que pertenecen a cada una de ellas.

**REPÚBLICA DOMINICANA: Listado de Regiones y Provincias. 2012**

REGION	PROVINCIAS
Cibao Norte	Santiago de los Caballeros, Puerto Plata y Espaillat.
Cibao Sur	La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez.
Cibao Nordeste	Duarte, Hermanas Mirabal, María Trinidad Sánchez y Samaná.
Cibao Noroeste	Valverde, Montecristi, Dajabón y Santiago Rodríguez.
Valdesia	San Cristóbal, Azua, Peravia y San José de Ocoa.
Enriquillo	Barahona, Baoruco, Pedernales e Independencia.
El Valle	San Juan de la Maguana y Elías Piña.
Yuma	La Romana, La Altagracia y El Seibo.
Higuamo	San Pedro de Macorís, Hato Mayor y Monte Plata
Ozama o Metropolitana	Distrito Nacional y Santo Domingo.

**Fuente: ENHOGAR 2012.**

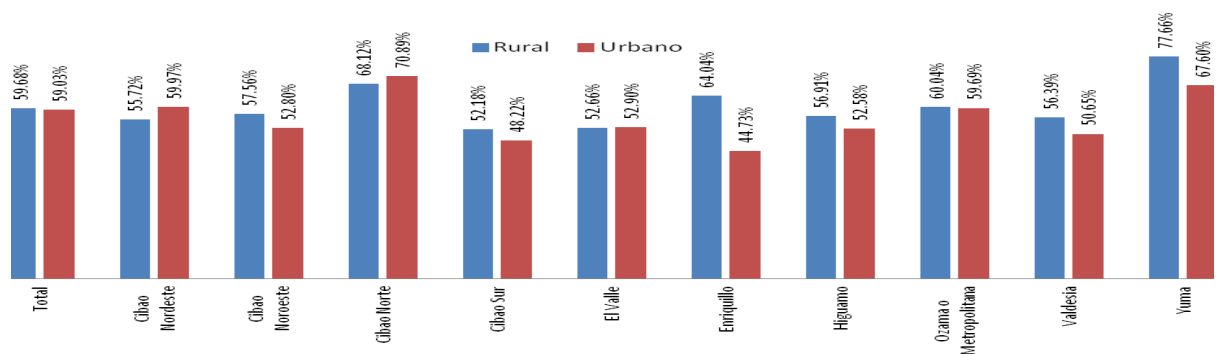
Al involucrar la zona de residencia de la población que no cuenta con el Seguro Familiar de Salud, a nivel nacional el porcentaje de no cobertura del SFS no ofrece mayor discriminación en el análisis.

Pero cuando se revisa por Región y Zona de Residencia se tiene que la No Cobertura del SFS más alta se da en la Región de Yuma y en la Zona Rural, pues 77.66% de la población que reside allí, no cuenta con Seguro Familiar de Salud. Le sigue la población rural de la Región del Cibao Norte con 68.12% y la Zona Rural de Enriquillo con 64.04%.

Es en la Región de Enriquillo donde al revisar el porcentaje de población sin afiliación al SFS donde se da el mayor diferencial entre los dos grupos poblacionales. Mientras que en el área urbana el 44.73% de la población no tiene cobertura en el SFS este indicador representa 64.04% entre la población de la región en el área rural.

La población en el área urbana de la región del Cibao Norte es la que tiene el mayor porcentaje de población sin afiliar al SFS, entre la población que vive en zona urbana de las distintas regiones del país con 70.89% de población sin cobertura de salud. **(Gráfico 46)**

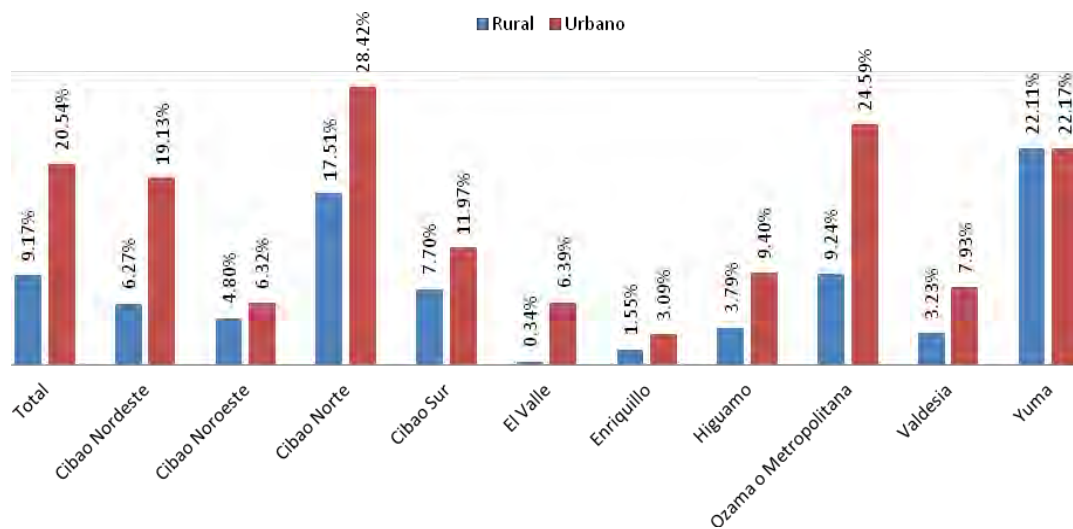
**Gráfico 46. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población que no tiene Seguro Familiar de Salud por Región según zona de residencia. ENHOGAR 2012**



Para complementar la cobertura de salud de la población de las distintas regiones y zonas del país se tiene que en la Zona Urbana del Cibao Norte el 28.42% tiene cobertura de salud pero por medio de Planes Voluntarios fuera del Seguro Familiar de Salud. La zona rural de la Región de Ozama es la población que le sigue en importancia, 24.59% de la población cuenta con un Plan Alternativo de Salud.

En la zona rural de la Región de Yuma la población tiene protección a la Salud mediante un seguro alternativo al SFS en un 22.17%. La población rural de la Región del Cibao Norte tiene el segundo lugar relacionado con este indicador con 17.51%. (Gráfico 47).

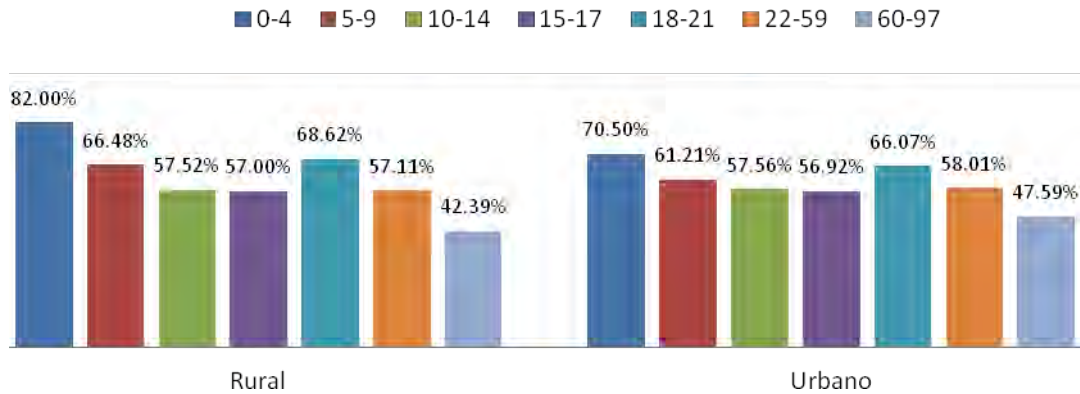
**Gráfico 47. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población que tiene Seguro de Salud pero no el SFS por Región según zona de residencia. ENHOGAR 2012**



El indicador del porcentaje de población total que tiene protección en salud fuera del Seguro Familiar de Salud es un elemento que rebela vulnerabilidad en la población, pues el acceso al mismo depende de que alguien pague una prima y la mayoría de las veces se cancela, dicha protección en cualquier momento.

Si analizamos la información por grupos de edad y zona de residencia, la población de 0 a 4 años que vive en la zona rural que no cuenta con el SFS es el 82.00%. Los residentes en la zona urbana de este grupo tienen un indicador más 70.50% pero es el segundo grupo con menor afiliación al SFS.

**Gráfico 48. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población no afiliada al SFS según grupo de edad y zona de residencia. ENHOGAR 2012.**



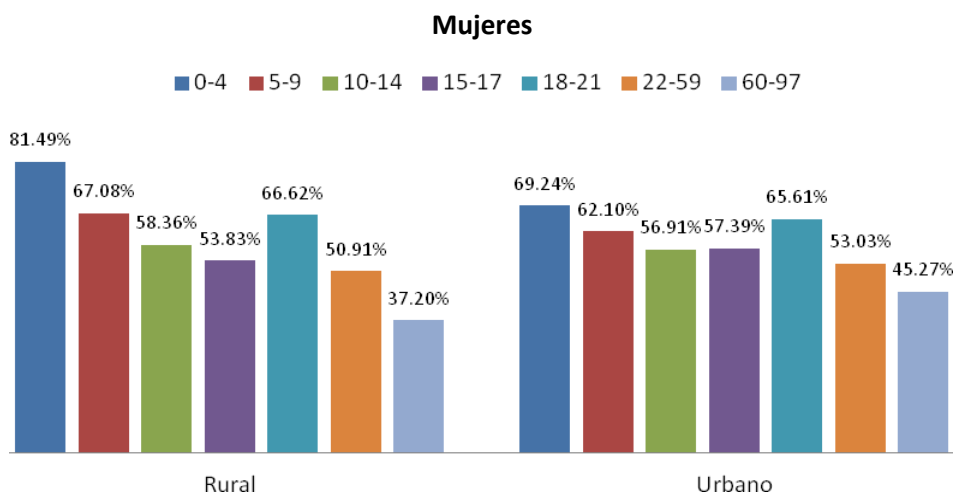
Al establecer un comparativo entre la población por zona de residencia según sexo, podemos visualizar que el porcentaje de hombres que no cuentan con el SFS es mayor que el porcentaje de mujeres. (Gráfico 49 y Gráfico 50).

Que entre la población vulnerable para la protección del cuidado de la salud vía el SFS, está en los hombres de 0 a 4 años que viven zona rural.

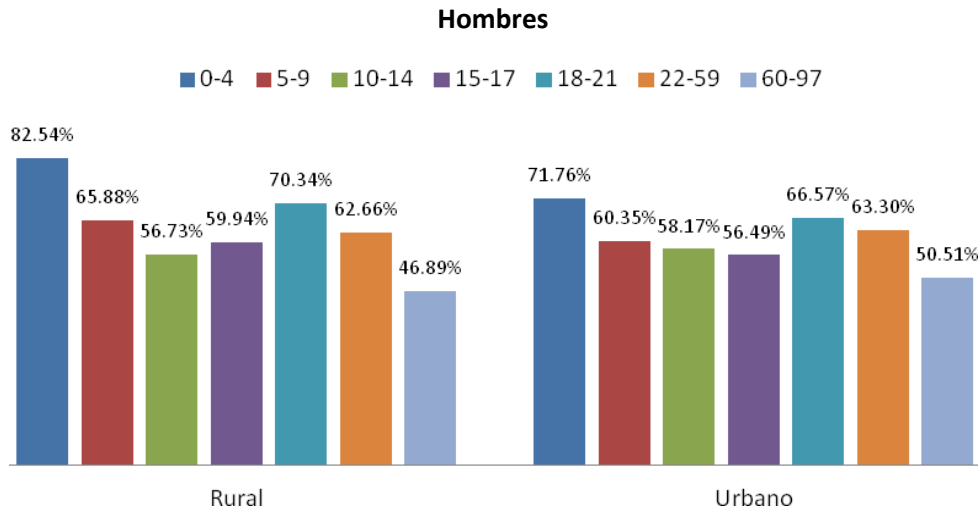
El segundo grupo de edad que tiene porcentajes altos de no afiliación son los que tienen entre 18 y 21 años, en las dos zonas de residencia. Alcanzando su valor máximo entre la población masculina 70.34% sin afiliación al SFS.

El menor porcentaje de mujeres sin afiliación se encuentra en el grupo de 60 y más años de edad entre la población rural del país, 37.20% no está afiliada al SFS.

**Gráfico 49. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población no afiliada al SFS según grupo de edad y zona de residencia. ENHOGAR 2012.**



**Gráfico 50. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población no afiliada al SFS según grupo de edad y zona de residencia. ENHOGAR 2012.**



#### 4.10.3 Grupo Socioeconómico en el que se agrupa a la población que no cuenta con Seguro Familiar de Salud

Un índice que construye la Oficina Nacional de Estadística es el grupo socio-económico<sup>17</sup> al cual pertenecen los hogares, se construye a partir de la existencia de bienes durables en el mismo, la calidad de la vivienda, el grado de salubridad de ésta, y la escolaridad del jefe de hogar. Los criterios utilizados para su construcción son los siguientes:

- Los bienes durables cuya existencia en el hogar fue considerada para la construcción del grupo socio-económico al cual pertenece éste son: televisor, nevera, automóvil, teléfono, estufa y lavadora.
- La calidad de la vivienda ha sido definida a partir de los materiales de construcción del piso, techo y paredes de la misma. De esa forma se legó a la dicotomía de viviendas de alta calidad y viviendas de baja calidad.
- A su vez, el grado de salubridad de la vivienda se construyó a partir de dos indicadores relacionados con el saneamiento básico: existencia de inodoro y de agua del acueducto público dentro de la vivienda. La combinación de estos dos elementos permitió definir dividir las viviendas en dos categorías: a) Con alto grado de salubridad, b) Con bajo grado salubridad.
- Con el nivel de escolaridad del(a) jefe(a) se procedió en forma similar a la calidad de la vivienda y al grado de salubridad de la vivienda, esto es, se definieron las dos categorías siguientes: a) Baja escolaridad, grupo al cual pertenecen los (las) jefes(as) de hogar que como máximo alcanzaron a completar el bachillerato y, b)

<sup>17</sup> **Definiciones conceptuales.** Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples 2012. ENHOGAR 2012. ONE.

Alta escolaridad, donde se incluye a todos los jefes y jefas de hogar con estudios superiores.

En la construcción de este índice subyace la idea de que todos los hogares dispondrían de estas características siempre que tuvieran las condiciones para adquirirlas. Esto es, si existiesen las mejores condiciones en los hogares se esperaría que todos dispusiesen de los bienes durables mencionados en forma previa, todos habitarían en viviendas de Alta calidad, con Alto grado de salubridad y los(as) jefes(as) tendrían Alta escolaridad.

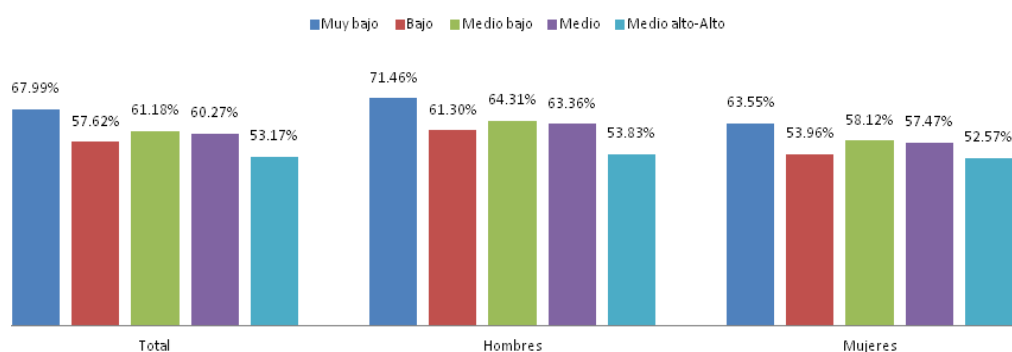
Al revisar la población que no cuenta con el Seguro Familiar de Salud según grupo Socio económico, se tiene que existe una relación inversa, a menor nivel socioeconómico mayor es el nivel **de no cobertura del SFS**.

La población no cubierta por el SFS representa el 67.99% dentro del estrato socioeconómico muy bajo, mientras que en el estrato socioeconómico Medio alto-Alto este índice es de 53.17%.

Es de destacar, que la población no cubierta por el SFS en el estrato bajo es de 57.62% un porcentaje menor que en los estratos socioeconómico Medio bajo y Medio, que es de 61.18% y 60.27% respectivamente.

Si se realiza el análisis de acuerdo al sexo de la población, se confirma que la mayor no cobertura del SFS se encuentra en la población masculina, en todos los estratos socioeconómicos. Es de destacar, que entre la población de mujeres que pertenecen al estrato Muy bajo, tienen una no cobertura muy similar a la población de mujeres que pertenecer al Estrato Medio alto-Alto, 53.96% en el estrato bajo y 52.57% en el estrato más alto.

**Gráfico 51. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población que no cuenta con SFS según estrato socioeconómico. ENHOGAR 2012**



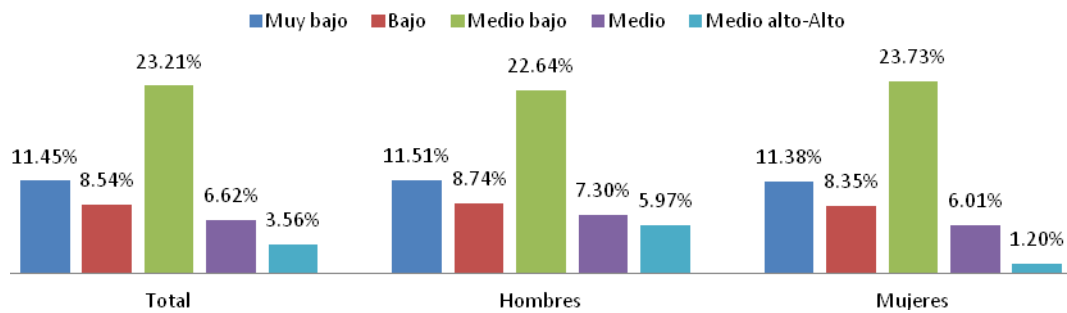
Ahora bien, si visualizamos la población por estrato socioeconómico que no cuenta con Seguro Familiar de Salud pero que tiene cobertura dentro de un Seguro de Salud diferente al SFS. Se tiene que la población del grupo socioeconómico Medio bajo es el que mayormente garantiza la cobertura de salud a través de un Plan Voluntario u otro tipo de Seguro Médico.

El 23.21% de la población que pertenece al estrato socioeconómico Medio bajo no tiene Seguro Familiar de Salud pero tiene un Plan Voluntario o Seguro Médico, igual porcentaje se tiene entre la población de mujeres y la población de hombres que pertenecen a este estrato.

El otro grupo socioeconómico que sobresale por tener cobertura en otro tipo de seguro que no es el Seguro Familiar de Salud es el estrato Muy Bajo, con 11.45% de la población que pertenece a este estrato.

Ahora bien, la población de hombres que pertenece a los estratos Medio y Medio Alto-Alto sobre sale en términos de cobertura de salud alternativa al SFS, si se compara con el porcentaje que representa este indicador en los mismos estratos dentro de la población de mujeres. En hombres estrato medio es de 7.30% y de 5.97% es estrato Medio y Medio Alto-Alto contra 6.01% y 1.20% en mujeres en los estratos similares.

**Gráfico 52. República Dominicana: Porcentaje de Población que no cuenta con SFS pero cuenta con un Plan de Salud según estrato socioeconómico. ENHOGAR 2012**



## 5. Cobertura del Seguro Familiar de Salud

La población de la República Dominicana se estima al 30 de junio de 2014 en 9 881 439 habitantes donde el 50.3% son hombres y el 49.7% son mujeres.

El Seguro Familiar de Salud tiene una población afiliada **5 785 236** lo que implica una cobertura poblacional del 58.55%. El Régimen Contributivo tiene **3 030 417** de afiliados, lo que implica que cubre al 30.67% y el Régimen Subsidiado con 2 754 819 está afiliado el 27.88% de la población total del país.

En septiembre de 2007 la población afiliada era **2 159 720** lo que representaba el 23.47% de la población total. Entre el período de septiembre 2007 a junio 2014, el ritmo de crecimiento promedio mensual de la población afiliada fue de 1.22% mientras que el de la población total fue de **0.99%**. Esto es, la población afiliada actualmente es 1.6 veces más que el volumen poblacional afiliado que se tenía al iniciar el Seguro Familiar de Salud con sus dos regímenes de financiamiento.

En el Cuadro 15 se presenta un resumen de la cobertura del Seguro Familiar de Salud en sus dos regímenes de financiamiento y la cobertura poblacional que tiene cada uno de ellos en la composición por sexo de la población total del país.

Cuadro 15

REPÚBLICA DOMINICANA: Cobertura poblacional del Seguro Familiar de Salud por año de cobertura según tipo de Régimen de Financiamiento y Sexo del Afiliado. Septiembre 2007 a Junio 2014.

Cobertura poblacional del SFS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Población Total <sup>1/</sup>	9,201,408	9,303,460	9,404,029	9,504,279	9,504,279	9,707,607	9,807,133	9,881,439
Seguro Familiar de Salud	2,159,720	2,880,266	3,255,527	4,056,650	4,504,831	4,916,430	5,329,463	5,785,236
Régimen Contributivo	1,208,042	1,661,072	2,016,376	2,292,014	2,503,709	2,666,303	2,851,794	3,030,417
Régimen Subsidiado	951,678	1,219,194	1,239,151	1,764,636	2,001,122	2,250,127	2,477,669	2,754,819
Cobertura del SFS	23.47%	30.96%	34.62%	42.68%	47.40%	50.65%	54.34%	58.55%
Régimen Contributivo	13.13%	17.85%	21.44%	24.12%	26.34%	27.47%	29.08%	30.67%
Régimen Subsidiado	10.34%	13.10%	13.18%	18.57%	21.05%	23.18%	25.26%	27.88%
<b>Hombres</b>								
Hombres <sup>1/</sup>	4,612,593	4,661,724	4,710,402	4,759,955	4,757,847	4,858,497	4,907,558	4,943,769
Seguro Familiar de Salud	1,106,704	1,423,550	1,602,551	1,960,538	2,171,503	2,358,980	2,544,197	2,772,008
Régimen Contributivo	672,078	881,608	1,050,635	1,177,028	1,273,321	1,351,271	1,437,218	1,525,937
Régimen Subsidiado	434,626	541,942	551,916	783,510	898,182	1,007,709	1,106,979	1,246,071
Cobertura del SFS	23.99%	30.54%	34.02%	41.19%	45.64%	48.55%	51.84%	56.07%
Régimen Contributivo	14.57%	18.91%	22.30%	24.73%	26.76%	27.81%	29.29%	30.87%
Régimen Subsidiado	9.42%	11.63%	11.72%	16.46%	18.88%	20.74%	22.56%	25.20%
<b>Mujeres</b>								
Mujeres <sup>1/</sup>	4,588,814	4,641,736	4,693,627	4,744,324	4,746,432	4,849,111	4,899,575	4,937,670
Seguro Familiar de Salud	1,053,016	1,456,716	1,652,976	2,096,112	2,333,328	2,557,450	2,785,266	3,013,228
Régimen Contributivo	535,964	779,464	965,741	1,114,986	1,230,388	1,315,032	1,414,576	1,504,480
Régimen Subsidiado	517,052	677,252	687,235	981,126	1,102,940	1,242,418	1,370,690	1,508,748
Cobertura del SFS	22.95%	31.38%	35.22%	44.18%	49.16%	52.74%	56.85%	61.03%
Régimen Contributivo	11.68%	16.79%	20.58%	23.50%	25.92%	27.12%	28.87%	30.47%
Régimen Subsidiado	11.27%	14.59%	14.64%	20.68%	23.24%	25.62%	27.98%	30.56%

1/ La población total esta referenciada a septiembre de cada año excepto 2014 que la referencia es junio.

Fuente: Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100, 2014. Oficina Nacional de Estadística. Estadísticas del Seguro Familiar de Salud. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.



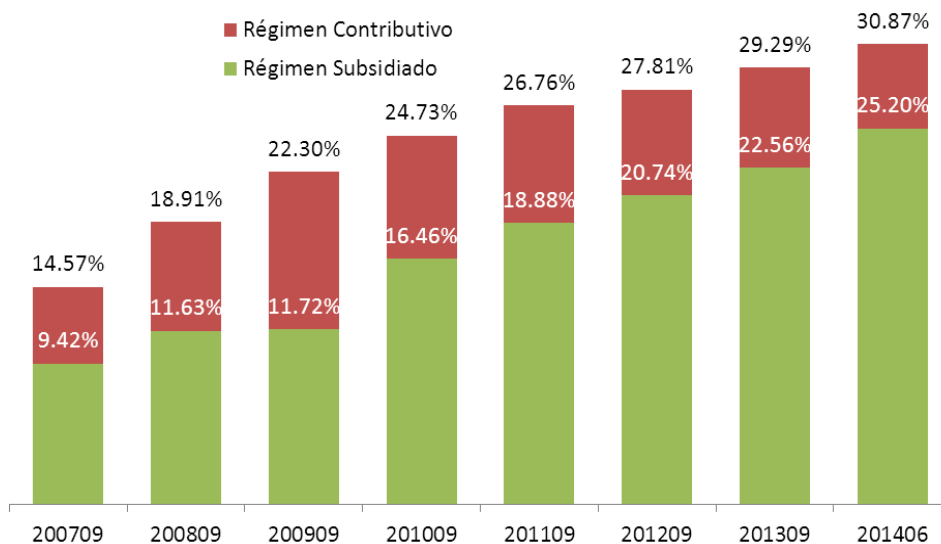
Al revisar el porcentaje de cobertura de la población total por régimen del Seguro Familiar de Salud, se observa que al inicio del SFS, el 14.57% de la población total del país estaba afiliada al Régimen Contributivo y el 9.42% al régimen Subsidiado, lo que se traduce en que por cada 100 personas afiliadas en el régimen subsidiado había 127 en el régimen contributivo, esto en septiembre del 2007.

Entre septiembre 2007 y junio 2014 es el Régimen Contributivo el que tiene la mayor presencia de afiliación en la población total del país, aunque cabe destacar que la cobertura del Régimen Subsidiado ha tenido un significativo crecimiento.

La cobertura población del Régimen contributivo tuvo el mayor crecimiento entre septiembre 2007 y Septiembre 2009, pasa de 14.57% a 22.3% en tan solo 2 años. Lo que implicó que en 2009 por cada 100 personas afiliadas en el Régimen Subsidiado existían 163 personas afiliadas en el régimen Contributivo. Después el ritmo de la cobertura del Régimen Contributivo ha experimentado crecimiento pero no tan significativo.

Con respecto a la cobertura poblacional del Régimen Subsidiado, se tiene que en septiembre del 2007 parte de un 9.24%, llega a 11.72% en el 2010 para posteriormente tener un crecimiento sostenido hasta alcanzar el 25.20% de afiliación respecto a la población total. (Gráfico 53).

**Gráfico 53. REPÚBLICA DOMINICANA: Porcentaje de Población afiliada al SFS por régimen de financiamiento. Septiembre 2007 a junio 2014.**



Al construir el **índice de aseguramiento subsidiado** que es la relación entre la población afiliada en el régimen Contributivo entre la población afiliada en el régimen Subsidiado, el cual se presenta en el Gráfico 55. Se puede observar que este índice siempre ha sido mayor que uno, lo que implica que entre septiembre 2007 y Junio 2014, la población afiliada al régimen contributivo es mayor que la del régimen subsidiado.

Pero es de destacar, que entre 2007 y 2009 el índice tuvo un crecimiento sostenido hasta alcanzar el valor de 1.63 en 2009, auge del crecimiento de la afiliación del Régimen Contributivo, para después disminuir a 1.30 en 2010 hasta alcanzar el 1.10 actual. (Gráfico 54)

**Gráfico 54. REPÚBLICA DOMINICANA: Índice de aseguramiento Subsidiado. Septiembre 2007 a junio 2014.**



Al revisar el Índice de aseguramiento subsidiado por sexo del afiliado, tenemos que el índice en la población masculina alcanza niveles más altos que el correspondiente a la población femenina.

En el período septiembre 2007 a septiembre 2009 el índice de aseguramiento de la población masculina llegó a 1.90, esto es, por cada 100 hombres afiliados en el Régimen Subsidiado existían 190 afiliados en el régimen contributivo, esto se asocia a la implementación del régimen contributivo y a que su población objeto de aseguramiento es la población asalariada la cual tiene fuerte componente masculino. Después de 2009, se tiene una disminución del índice hasta alcanzar el 1.22.

El índice de aseguramiento entre la población femenina, en el periodo 2007 a 2009, tiene ese crecimiento pero no tan sostenido como la población masculina. En junio 2014, el índice es igual a 1, lo que señala que por cada 100 mujeres afiliadas en el régimen Subsidiado existe la misma cantidad en el régimen Contributivo.

**Gráfico 55. REPÚBLICA DOMINICANA: Índice de aseguramiento Subsidiado por sexo del afiliado. Septiembre 2007 a junio 2014.**



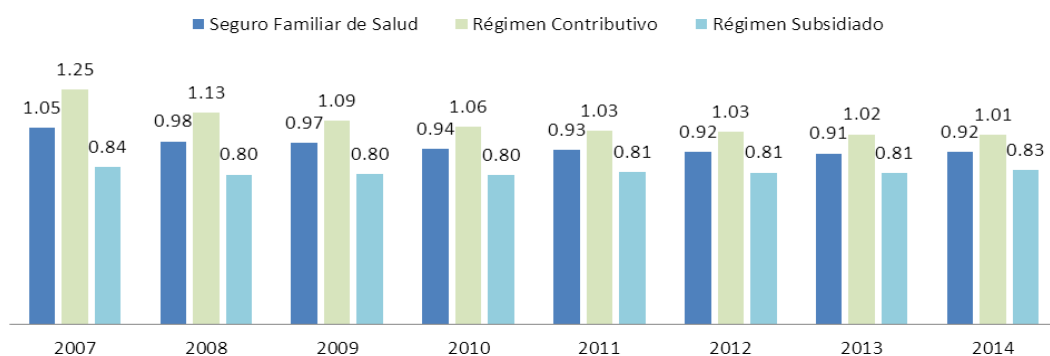
El índice de masculinidad de la población afiliada, el cual relaciona la población afiliada de hombres entre la población afiliada de mujeres dentro del Seguro Familiar de Salud por régimen de aseguramiento, revela que la población afiliada al SFS tiene un índice de masculinidad menor que 1, salvo en septiembre del 2007, que era de 1.05, es decir, que por cada 100 mujeres afiliadas existen 105 hombres afiliados.

Después del 2007, el índice de masculinidad de afiliación al SFS ha disminuido pero se mantiene menor a 1 y mayor a 0.9, lo que revela que en el período de observación (2007 a 2014) siempre han existido más mujeres afiliadas que hombres en el SFS.

Por régimen de financiamiento, se tiene que el índice de masculinidad en el régimen contributivo siempre ha sido mayor que uno, parte de 1.25 y llega a 1.01 en Junio del 2014.

Por el contrario, el índice de masculinidad de la población afiliada en el régimen subsidiado siempre ha presentado valores por debajo de uno y se ha mantenido alrededor de 0.8. Es decir, en promedio por cada 100 mujeres afiliadas en este régimen 80 hombres afiliados.

**Gráfico 56. REPÚBLICA DOMINICANA: Índice Masculinidad de la población afiliada al SFS según tipo de Régimen Septiembre 2007 a junio 2014.**



La estructura por edad y sexo de la población afiliada del Seguro Familiar de Salud, utilizando el mismo agrupamiento por edad 0-4, 5-9, 10-15, 16-17, 18-21, 22-59, y 60 y más años de edad, que en los capítulos anteriores, permite visualizar los avances en la cobertura poblacional de grupos claves.

Para junio 2014 el 58.29% de la población está afiliada al Seguro Familiar de Salud, el 56.07% de la población masculina está afiliada y 61.03% de la población femenina tiene cobertura de salud a través del SFS.

Dentro de los grupos poblacionales con menor cobertura es la población menor de 0 a 4 años, pues solo el 35.12% está afiliada al Seguro Familiar de Salud, no existe diferencias por sexo, ya que ambas poblaciones tienen una cobertura muy cercana al 35.0%.

El Índice de aseguramiento del régimen subsidiado, señala que por cada 100 afiliados con edad entre los 0 y 4 años en el subsidiado existen 376 en el régimen contributivo, con lo cual la mayoría de la población de 0 a 4 años que tiene cobertura la tiene dentro del régimen contributivo.

El segundo grupo de edad con menor cobertura es el que tiene entre 18 a 21 años, pues el 41.89% está afiliado al SFS. Las mujeres tienen una cobertura del 44.09% mientras que los hombres 39.73%. El índice de aseguramiento en este grupo es menor a 1 lo que implica que existe más población cubierta por el Régimen Subsidiado que por el Régimen Contributivo se ubica en 0.77. En la población masculina índice de aseguramiento es más alto que en la población femenina, 0.80 y 0.75 respectivamente.

La población de 5 a 9 años es la tercera población con menor cobertura en el SFS, llega a representar el 44.80%. No hay un diferencial por sexo ni en la cobertura ni en el índice de aseguramiento. Pero cabe hacer notar que el índice de aseguramiento es mayor a 1, lo que implica que este grupo tienen mayor cobertura en el Régimen Contributivo que en el Régimen Subsidiado, el valor de este índice es de 1.78.

El grupo de edad de 10 a 14 años y el de 15 a 17 años tienen porcentajes de cobertura de afiliación muy similares, alrededor del 55.00% aunque ligeramente mayor en el grupo de 10 a 14 años de edad. Y no hay diferencias significativas en la cobertura poblacional por sexo.

En el grupo 10 a 14 años de edad el Índice de aseguramiento es mayor que 1 y se ubica en 1.19 y el del grupo de 15 a 14 es de 1.06.

Cabe mencionar que de acuerdo con el índice de aseguramiento subsidiado la población menor a los 17 años tiende a tener mayor presencia en el Régimen Contributivo que en el Régimen Subsidiado pues este índice siempre es mayor que 1.

La población de 22 a 59 años de edad alcanza el 66.06% de cobertura dentro del Seguro Familiar de Salud. La población femenina en este grupo edad tiene un 69.92% de población afiliada en el SFS; este indicador alcanza el 62.14%.

El índice de aseguramiento es mayor que 1 en los hombres y menor a 1 en las mujeres, lo que implica que la población masculina tiene mayor presencia en el régimen contributivo que en el subsidiado y para las mujeres esta relación se invierte. En hombres es de 1.34 y en mujeres de 0.99.

El Índice de masculinidad de la población afiliada al SFS de la población de 22 a 59 años de edad señala que existen más mujeres que hombres afiliados 0.87, este índice en el Régimen Contributivo es igual a 1 y en el Régimen Subsidiado es de 0.74, es decir, más mujeres que hombres afiliadas en el Subsidiado.

Finalmente el grupo de 60 años y más, es el que dentro de su población tiene la cobertura más alta, pues 77.19% está afiliada al SFS. El 80.91% de las mujeres de esta edad está afiliada y el 73.33% de la población masculina tiene esta característica.

El índice de aseguramiento subsidiado es menor a uno, el más bajo de todos los grupos etáreos lo que implica que esta población tiene es afiliada mayormente en el Régimen Subsidiado que en el Régimen Contributivo.

Finalmente el Índice de masculinidad de la población de 60 años y más de la población asegurada es menor a 1, lo que implica que se tiene más mujeres que hombres afiliados. Este índice es diferencial según régimen de financiamiento, pues es mayor a 1 en la población afiliada al Régimen Contributivo tiene más presencia de hombres que de mujeres y en el Régimen Subsidiado la relación se invierte, hay más mujeres que hombres afiliados en este grupo de edad.

Cuadro 16

REPÚBLICA DOMINICANA: Distribución de la población afiliada por grupos de edad según características de afiliación por sexo. Junio 2014.

Población total, sexo y características de afiliación	Total	0-4	5-9	10-14	15-17	18-21	22-59	60 y más
Población Total	9,881,439	974,714	971,974	982,668	574,353	744,120	4,714,262	919,347
Hombres	4,943,769	497,333	495,068	498,579	290,022	374,016	2,337,260	451,491
Mujeres	4,937,670	477,381	476,906	484,089	284,331	370,104	2,377,003	467,856
Seguro Familiar de Salud	5,785,236	342,327	435,417	551,108	320,791	311,740	3,114,235	709,618
Hombres	2,772,008	175,125	222,760	280,524	161,598	148,578	1,452,343	331,080
Mujeres	3,013,228	167,202	212,657	270,584	159,193	163,162	1,661,892	378,538
Regimen Contributivo	3,030,417	270,381	278,581	299,050	164,700	135,703	1,660,537	221,465
Hombres	1,525,937	138,120	142,441	152,059	83,027	65,817	831,820	112,653
Mujeres	1,504,480	132,261	136,140	146,991	81,673	69,886	828,717	108,812
Regimen Subsidiado								
Total	2,754,819	71,946	156,836	252,058	156,091	176,037	1,453,698	488,153
Hombres	1,246,071	37,005	80,319	128,465	78,571	82,761	620,523	218,427
Mujeres	1,508,748	34,941	76,517	123,593	77,520	93,276	833,175	269,726
<b>Cobertura poblacional del SFS</b>	<b>58.55%</b>	<b>35.12%</b>	<b>44.80%</b>	<b>56.08%</b>	<b>55.85%</b>	<b>41.89%</b>	<b>66.06%</b>	<b>77.19%</b>
Hombres	<b>56.07%</b>	<b>35.21%</b>	<b>45.00%</b>	<b>56.26%</b>	<b>55.72%</b>	<b>39.73%</b>	<b>62.14%</b>	<b>73.33%</b>
Mujeres	<b>61.03%</b>	<b>35.02%</b>	<b>44.59%</b>	<b>55.90%</b>	<b>55.99%</b>	<b>44.09%</b>	<b>69.92%</b>	<b>80.91%</b>
<b>Indice de Aseguramiento Subsidiado</b>	<b>1.10</b>	<b>3.76</b>	<b>1.78</b>	<b>1.19</b>	<b>1.06</b>	<b>0.77</b>	<b>1.14</b>	<b>0.45</b>
Hombres	1.22	3.73	1.77	1.18	1.06	0.80	1.34	0.52
Mujeres	1.00	3.79	1.78	1.19	1.05	0.75	0.99	0.40
<b>Indice de Masculinidad SFS</b>	<b>0.92</b>	<b>1.05</b>	<b>1.05</b>	<b>1.04</b>	<b>1.02</b>	<b>0.91</b>	<b>0.87</b>	<b>0.87</b>
Regimen Contributivo	1.01	1.04	1.05	1.03	1.02	0.94	1.00	1.04
Regimen Subsidiado	0.83	1.06	1.05	1.04	1.01	0.89	0.74	0.81

Fuente: Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100, 2014. Oficina Nacional de Estadística. Estadísticas del Seguro Familiar de Salud. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

## 5.1 La Administración del Riesgo en Salud

Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) son entidades de carácter privado, público o mixto, encargada de administrar los riesgos de salud de los afiliados que la seleccionen, con la finalidad de promover la salud y prevenir las enfermedades, son supervisadas por la SISALRIL tanto desde el punto de vista financiero como en la forma con que llevan a cabo la intermediación para la prestación de servicios de salud.

La insuficiencia de cápita se convierte en un riesgo financiero para la continuidad del Seguro Familiar de Salud.

**En el Seguro Familiar de Salud** para la estimación de la cápita que respalda el otorgamiento de Servicios de Salud dentro del Plan Básico de Salud se cuenta con una metodología de Indexación avalada por el Consejo Nacional de Seguridad Social. La cual se basa en las prestaciones de servicios de salud pagadas por las ARS a las PSS que han otorgado un servicio y/o procedimiento de servicios de salud en un determinado periodo de cobertura.

La metodología de Indexación garantiza información que permite calcular mensualmente la cápita involucrada (observada) y compararla con la cápita vigente. Con lo cual se pueden realizar las proyecciones de cápita a largo plazo que permiten visualizar la Suficiencia Financiera del Seguro Familiar de Salud, proyectando tanto el Recaudo (aporte del trabajador y del Empleador), el crecimiento de la población Afiliada y la Dispersión (Cápita suficiente x Población Afiliada proyectada) que garantice el equilibrio del sistema. Existen supuestos en el Crecimiento de Cotizantes, Crecimiento del Salario Promedio, tasa de afiliación, crecimiento financiero del Fondo de Salud (creado al inicio del Sistema con la Diferencia Positiva entre el Recaudo y la Dispersión).

Los estudios actuariales se realizan en la SISALRIL y se envían al Consejo Nacional de la Seguridad Social sobre todo cuando se quiere incrementar la cápita con el fin de cumplir con la indexación que por ley se tiene que realizar anualmente o por la ampliación de beneficios dentro del Plan Básico de Salud.

Desde el punto de vista solvencia financiera, la SISALRIL a través de la Resolución **163-2009**. Establece la creación del Pleno de Retención, el Reaseguro y las Reservas Técnicas que tendrán que garantizar las ARS y la ARL.

Esta resolución dispone las creaciones de las siguientes reservas técnicas:

1) Reservas de Aportaciones y Contribuciones no Devengadas, se calcularán mensualmente en base a la proporción no devengada de las aportaciones y contribuciones netas de cancelaciones y devoluciones de acuerdo con las formas (mensual, trimestral, semestral, y anual) de facturación en vigor, de los planes de salud (PDSS y otros) y riesgos laborales.

2) Reservas de reclamaciones por prestaciones de Servicios Liquidadas y Pendientes de Pago, Son aquellas que las ARS/SNS y ARL deberán constituir al final de cada mes, en razón de las obligaciones pendientes de cumplir frente a las Prestadoras de Servicios de Salud y a los Afiliados y cuyas obligaciones provengan de siniestros ocurridos y otras indemnizaciones reclamadas liquidadas pero pendiente de pago.

3) Reservas de Reclamaciones por Prestaciones de Servicios Pendientes de Liquidación. Son aquellas que la ARS/SNS Y ARL, deberán constituir al final de cada mes en razón de las obligaciones pendientes de cumplir frente a las Prestadoras de Servicios de Salud y a los afiliados, y cuyas obligaciones provengan de siniestros ocurridos y otras indemnizaciones reclamadas, pero pendiente de validación y liquidación.

4) Reservas de Siniestros Ocurridos pero no Reportados (IBNR: Incurred but not reported losses) Son aquellas que las ARS/SNS y la ARL, deberán constituir al final de cada mes,

aplicando los porcentajes indicados más abajo sobre el monto de las reclamaciones incurridas en el mes, de la manera siguiente:

- a) Plan Básico de Salud.10%
- b) Planes Complementarios. 10%
- c) Planes Voluntarios e Independientes 10%
- d) Planes de Medicinas Pre-pagadas 10%
- e) Seguro de Riesgos Laborales para Prestaciones en especie 10%
- f) Fondo Nacional de Atención Médica por Accidente de Tránsito 10%

Por su parte la SISALRIL establece el Catálogo de Cuentas y los Modelos de Estados Financieros únicos, que homogenizan las cuentas y garantizan la comparabilidad de la información y clasifican por separado las reservas correspondientes a cada elemento que manejan tanto la ARL como las ARS.

Con toda esta información, se pueden detectar aquellas ARS, que están en riesgos de insolvencia financiera por su alta siniestralidad y por la no constitución de los pasivos requeridos.

En el siguiente cuadro se visualiza el resumen publicado mensualmente por la SISALRIL, como una forma de transparentar el siguiente de cada ARS en términos de su contabilidad y solvencia financiera.

A Diciembre del 2013 se ve que las ARS de autogestión, principalmente vinculadas con el gremio de profesores ARS SEMMA y con los profesionales de la salud ARS CMD son las que presentan una alta siniestralidad, con lo cual están teniendo una insuficiencia de cápita en dicho período.

Así también las ARS Privadas son las que tienen más saneadas sus finanzas y presentan los menores niveles de siniestralidad.

**REPÚBLICA DOMINICANA: Factores Económicos y Sociales que inciden en el acceso a las prestaciones de servicios de salud del Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social.**

**REPÚBLICA DOMINICANA: SITUACION FINANCIERA DE LAS ARS/SeNaSa  
PERIODO: ACUMULADO AL MES DE DICIEMBRE DEL 2013  
MILLONES DE RD\$**

ARS	(1) CUENTAS POR PAGAR A LAS PSS	(2) RESERVAS TECNICAS REGISTRADAS	(3) INVERSION DE LAS RESERVAS TECNICAS	(4) EXCEDENTE (DEFICIT) INVERSIONES DE LAS RESERVAS	(5) BENEFICIOS DEL PERIODO	(6) BENEFICIOS (PERDIDA) ACUMULADAS	(7) EXCEDENTE (DEFICIT) CAPITAL MINIMO REQUERIDO	(8) MULTIPLO DEL CAPITAL MINIMO REQUERIDO	(9) TOTAL INGRESOS	SINIESTRALIDAD
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>8,600</b>	<b>9,306</b>	<b>8,874</b>	<b>(431)</b>	<b>650</b>	<b>(226)</b>	<b>1,022</b>	<b>1.98</b>	<b>46,339</b>	<b>85.01</b>
<b>ARS PUBLICAS</b>										
<b>ARS PUBLICAS</b>	<b>2,596</b>	<b>2,625</b>	<b>1,585</b>	<b>(1,041)</b>	<b>318</b>	<b>(1,341)</b>	<b>(361)</b>	<b>(4.22)</b>	<b>11,285</b>	<b>87.27</b>
<b>ARS SENASA</b>										
Contributivo	0	0	0	0	118	0				
Subsidiado	0	0	0	0	208	0				
Pensionados	0	0	0	0	2	0				
Otros Planes	0	0	0	0	(49)	0				
<b>ARS SENASA (TOTAL)</b>	<b>2,252</b>	<b>2,274</b>	<b>1,555</b>	<b>(719)</b>	<b>280</b>	<b>(621)</b>	<b>140</b>	<b>5.04</b>	<b>10,064</b>	<b>89.01</b>
<b>ARS SALUD SEGURA</b>	<b>344</b>	<b>351</b>	<b>30</b>	<b>(321)</b>	<b>38</b>	<b>(720)</b>	<b>(501)</b>	<b>(13.48)</b>	<b>1,221</b>	<b>73.02</b>
<b>ARS AUTOGESTION</b>										
<b>ARS AUTOGESTION</b>	<b>1,059</b>	<b>1,140</b>	<b>749</b>	<b>(391)</b>	<b>(542)</b>	<b>(632)</b>	<b>(71)</b>	<b>0.62</b>	<b>3,584</b>	<b>104.77</b>
CMD	134	140	91	(50)	(7)	(44)	(48)	(0.38)	231	113.74
FFAA	55	61	11	(50)	(16)	(3)	(38)	(0.10)	274	73.75
ISSPOL	47	51	31	(20)	4	53	29	1.83	299	78.29
PLAN SALUD	35	38	394	355	89	295	341	10.86	473	71.59
RESERVAS	55	57	199	142	27	67	117	4.40	455	92.31
SEMMA	722	781	11	(769)	(637)	(1,021)	(466)	(12.47)	1,810	125.10
SEMUNASED	11	11	11	0	(1)	22	(6)	0.82	42	61.44
<b>ARS PRIVADAS</b>										
<b>ARS PRIVADAS</b>	<b>4,946</b>	<b>5,541</b>	<b>6,541</b>	<b>1,000</b>	<b>874</b>	<b>1,746</b>	<b>1,455</b>	<b>3.44</b>	<b>31,469</b>	<b>81.88</b>
APS	41	55	58	3	21	24	(4)	0.90	256	53.82
ASEMAP	25	42	75	33	29	66	1	1.02	232	58.26
FUTURO	72	76	110	34	20	17	3	1.08	666	62.91
GMA	57	73	82	9	47	71	74	3.15	275	61.27
HUMANO	2,148	2,522	2,782	260	202	456	765	23.13	15,245	81.79
CONSTITUCION	103	114	92	(22)	(13)	(94)	(15)	0.57	408	82.30
META SALUD	14	16	33	18	4	(2)	0	1.01	175	55.64
MONUMENTAL	72	76	77	1	4	(17)	34	1.98	285	85.69
PALIC	1,418	1,483	1,710	226	300	914	48	2.39	6,790	86.42
RENACER	55	59	120	61	43	77	1	1.02	388	64.49
SIMAG	58	65	96	31	4	3	1	1.02	536	77.37
UNIVERSAL	829	897	1,098	201	164	170	530	16.33	5,736	85.60
YUNEN	55	64	209	145	50	61	15	1.45	477	69.06

Fuente: Estados Financieros ARS. (Los montos entre paréntesis () reflejan déficit, faltantes, pérdidas y/ o incumplimientos a lo establecido en la ley 87/01,

Preparado por: Dirección Técnica - Subdirección de Supervisión y Análisis Financiero/Gerente de Análisis y Estadísticas Financieras

**NOTAS:**

(1) **CUENTAS POR PAGAR A LAS PSS:** Monto total que la ARS, le debe a los Prestadores de Servicios de Salud (PSS). En estas cuentas se incluyen las Reclamaciones Liquidadas Pendientes de Pagos y las Autorizaciones.

(2) **RESERVAS TECNICAS REGISTRADAS:** Reservas que deben constituir las ARS/SNS por las Aportaciones no Devengadas y por las Reclamaciones Pendientes de Pago, por los servicios de Salud ofrecidos a sus afiliados, según se establece en la Resolución No. 163/2

(3) **INVERSION DE LAS RESERVAS TECNICAS:** Inversiones que deben realizar las ARS/SNS para avalar sus Reservas Técnicas, Según se establece en la Resolución No. 163/2009.

(4) **EXCEDENTE (DEFICIT) INVERSIONES DE LAS RESERVAS:** Esta columna refleja en negativo el monto en dinero que le falta para cumplir los compromisos con los proveedores de servicios de salud y en positivo el monto que dispone en adición a lo requerido.

(5) **BENEFICIOS O PERDIDAS DEL PERIODO:** Esta columna muestra en negativo la cantidad de dinero que la ARS indica que ha perdido durante el año o periodo actual de sus operaciones y en positivo la cantidad que se ha ganado.

(6) **BENEFICIOS O PERDIDAS ACUMULADAS:** Esta columna muestra en negativo la cantidad de dinero que la ARS indica que ha perdido desde el inicio de sus operaciones y en positivo la cantidad que se ha ganado.

(7) **EXCEDENTE Ó DEFICIT DEL CAPITAL MINIMO REQUERIDO:** Esta columna refleja en negativo el monto en dinero que le falta a la ARS para cumplir con el capital mínimo requerido de RD\$ 34,580,000 y en positivo el monto que dispone en adición al requerimiento.

(8) **MULTIPLO DE CAPITAL MINIMO REQUERIDO:** Esta columna refleja en negativo la cantidad de veces que la ARS requiere el Capital exigido por normativa para cumplir con el mínimo requerido.

(9) **TOTAL INGRESOS:** Esta columna refleja los montos correspondientes a los Ingresos Devengados, más los Ingresos producto de las inversiones y otros ingresos.



## 6. Conclusiones

El acceso universal a la salud es un derecho de la población de un país, que se plasma en la Constitución de cada uno de ellos. La atención a la salud no debería depender de tener la condición de afiliado a un régimen de financiamiento del Sistema de Seguridad Social.

Al inicio de la investigación, se plasma una breve historia de cómo se va fortaleciendo la cobertura a servicios de salud a través de un insipiente Sistema de Seguridad Social, donde queda en evidencia que antes de la Ley 87-01, la cobertura de servicios de salud, estaba en manos de las Iguales Médicas y seguros privados, al tener un IDSS totalmente debilitado en su gestión y en su accionar. Esto es un elemento clave para entender del porqué algunas empresas públicas todavía no cotizan a SDSS y algunas empresas privadas prefieren pagar un plan corporativo para ampliar las coberturas de salud del SFS, o para garantizar el acceso a la atención mediante un Plan Complementario.

El Sistema Nacional de Salud en la República Dominicana vive una aparente fragmentación donde las instituciones involucradas de garantizar que toda la población del país tenga acceso a los servicios de salud, no alcanzan a coordinar acciones para lograrlo.

El Seguro Familiar de Salud es un subsistema que tiene que accionar en función del eje rector de fijar las políticas de salud en República Dominicana con el fin de garantizar que las coberturas de servicios y procedimientos estén acordes con el perfil epidemiológico del país y no ver el Plan Básico de Salud como un catálogo de productos que cualquiera puede “acceder” a consumirlos sin que medié un diagnóstico a partir de la construcción de un historial clínico.

Es una tarea pendiente del Sistema Nacional de Salud el gestionar la implementación de los Centros de Atención Primaria que soporten a la demanda de la población del país.

La integración del Sistema Nacional de Salud en la práctica permitirá hacer eficiente el uso de recursos, se estima que a Diciembre del 2013 el Gasto en Salud representa el 2.47% del PIB, el cual se compone por 1.28% del PIB es del Gasto del Gobierno Central<sup>18</sup> y 1.19% es del SDSS<sup>19</sup>. Es decir, sabemos que el 1.19% respalda la atención en salud al 51.4% de la población del país dentro del Sistema Dominicano de Seguridad Social, pero no sabemos qué población respalda el 1.28% del Gasto del Gobierno Central, en cuanto a la atención en salud, quizás el estado esté financiando doblemente la atención en Salud, ya que población del Régimen Contributivo puede estar utilizando los servicios de los Hospitales Públicos sin costo alguna, cuando quien debería pagar la factura sería el régimen Contributivo.

---

<sup>18</sup> Gastos en Salud. Gasto Corriente. Incluye Remuneración a personal que atiende directamente la salud de las personas, contribuciones a la Seguridad Social (no incluye transferencias para el RS), Servicios no personales y Material y suministro. Gasto realizado por todas las Instituciones Públicas vinculadas con el Cuidado de la Salud de las Personas. . MISPAS, F.F.A.A., PN, IDSS Y OTRAS INSTITUCIONES PÚBLICAS.

<sup>19</sup> Incluye solo los Gastos en Salud. (Prestaciones de los Servicios de Salud a las Personas Afiliadas al Régimen Contributivo, al Régimen Subsidiado, al Plan Especial de Pensionados y Jubilados y Accidentes de Tránsito)

Con la EHNOGAR 2012 se pudo constatar que la población de 0 a 4 años es la que menos acceso a servicios de salud en el SFS, lo cual se confirma con la estimación de la cobertura poblacional utilizando las estimaciones de población por grupos de edad y sexo; y las estadísticas que emanan del propio Seguro Familiar de Salud.

En términos demográficos, el nivel de mortalidad de la población de 0 a 4 años es de las más altas tasas de mortalidad en el país, por lo que es de llamar la atención que se fijen acciones para que la cobertura en salud de esta población sea universal, solo así podemos garantizar generaciones sanas y disminuir los niveles de mortalidad de esta población.

La cobertura de servicios de salud en las regiones más pobres del país sigue siendo limitada, pues aunque avanza el Régimen Subsidiado, es necesario focalizar la afiliación.

El copago que la población del Régimen Contributivo tiene que cubrir para acceder a las prestaciones de servicios de salud es una limitante sobre todo para aquellos núcleos familiares donde el salario mensual que perciben no alcanza para cubrir copagos que llegan representar más de lo que ellos lleguen a pagar en un mes. El concepto de “Subsidio” dentro del Régimen Contributivo debería revisarse, pues la población con menores ingresos no puede pagar el mismo copago que la población que pertenece al mismo régimen de financiamiento pero sus ingresos son mayores.

Debería de establecerse un copago diferencial en función del aporte que realiza cada cotizante al SFS, si el copago en términos absolutos es mayor al aporte que hace el cotizante a través del recaudo, este no debería pagarse o el máximo a pagar por mes debería ser igual a su aporte mensual. Por ejemplo, si el 9.3% del salario del cotizante representa RD\$500, esa persona no puede pagar más de copago que ese monto al mes.

El copago en RD, está poniendo limitantes en el acceso oportuno a la atención en salud. La población del Régimen Contributivo está retrasando la atención en salud hasta en tanto no tenga el dinero suficiente para cubrirlo. Es decir, de controlar un problema de salud desde su inicio se vuelve un problema de control en una etapa más tardía, donde el saldo es el deterioro de la salud de las personas.

Otro elemento, que toma relevancia, es que el Seguro Familiar de Salud no cuenta con la constitución de un fondo que se alimente de un porcentaje del recaudo, lo que hace vulnerable la suficiencia financiera del recaudo en un momento determinado. Esto no solo en el Régimen Contributivo, también debe verse como un elemento a considerar, por parte del estado para la población que subsidia.

A la luz de los resultados de la ENHOGAR, se pudo visualizar, que existe población que es trabajador por cuenta propia que está siendo subsidiada la atención en salud a partir del Régimen Contributivo, por ser el o la compañera de vida del cotizante titular o del dependiente que mantiene al núcleo familiar, esto es de tomarse en cuenta, pues es población que trabaja y que al no estar vigente el Régimen Contributivo Subsidiado se ve beneficiado del Régimen Contributivo sin su aporte correspondiente.

El uso eficiente de los recursos del Seguro Familiar de Salud sería mayor si se aplicará la gestión de riesgo a la atención en salud de la población asegurada. Hasta el día de hoy, se ha trabajado más en establecer los indicadores que permitan medir la gestión financiera pero no la gestión en salud.

Todavía, el Sistema de Información en Salud que soporta el análisis de la cápita, está más orientado a visualizar el costo y frecuencia de uso de los servicios y procedimientos brindados a la población afiliada que a delimitar el perfil epidemiológico de la población asegurada. No se sabe que impacto ha tenido en la salud de la población la puesta en marcha del SFS, no se sabe qué tipo de patologías están siendo atendidas dentro del SFS porque no se sabe de un diagnóstico.

El estudio del avance de la cobertura poblacional del Seguro Familiar de Salud, realza importancia al momento de cambiar la unidad de análisis tradicional la persona por el núcleo familiar delimitado conceptualmente por la Ley 87-01 y más aún si se puede revisar, como en este estudio una unidad de análisis mayor, el hogar.

A la luz de los resultados de la ENHOGAR 2012, se pone en evidencia que existen hogares, unidad de análisis generalmente del Censo y de las Encuestas, que pueden tener varios núcleos familiares, bajo el concepto que marca la Ley 87-01, pues el núcleo familiar está delimitado por las edades de los hijos e hijas, y por la relación de parentesco directa.

Lo anterior, puede generar exclusión pues personas del mismo hogar pueden estar afiliados(as) a un mismo régimen de financiamiento pero solo queda algún miembro del hogar fuera, debido a que no cumple con las características de estar incluido en ningún régimen de financiamiento vigente, ni puede ser incluido aun pagando la cápita el cotizante activo del núcleo pues la relación de parentesco no lo permite.

Las ARS responden y administran en función de un catálogo de servicios y procedimientos, que a la delimitación de los procedimientos y servicios que necesita el perfil de su población afiliada.

El Seguro Familiar de Salud, no es visto como un seguro que cubra la atención en salud en la etapa pasiva de la población cotizante de manera regular. La previsión de un fondo que se constituya con el recaudo que hace el cotizante en su vida activa que le garantice la atención en salud en su vida pasiva.

Existe información suficiente dentro del Sistema Dominicano de Seguridad Social, que puede ampliar de manera concreta algunos de las líneas que se tocan en esta investigación. Pero es relevante mencionar que debe fortalecerse el compartir información que permita seguir explorando más acerca del perfil de aquella población que accede a los servicios de salud del Sistema Dominicano de la Seguridad Social.

## **Bibliografía**

**Consejo Nacional de la Seguridad Social, Resolución Núm. 163-02 (2 de Agosto de 2007).**

**Consejo Nacional de Seguridad Social, Resolución Núm. 231-02 (10 de 02 de 2010).**

**Consejo Nacional de la Seguridad Social, Resolución núm. 275-04 (29 de 06 de 2011).**

**Consejo Nacional de la Seguridad Social, Resolución No. 322-02: (01 de 08 de 2013).**

**OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICA. (2013). *Informe General. ENHOGAR 2012*. Santo Domingo. República Dominicana: ONE.**

**SISALRIL. (21 de Mayo de 2014). *www.sisalril.gob.do*. Obtenido de *www.sisalril.gob.do***

**Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. (2011). *Informe de Gestión 2007-2010*. Santo Domingo. República Dominicana: SISALRIL.**

**Tesorería de la Seguridad Social. (2014 de Septiembre de 2014). *www.tss.gov.do*. Obtenido de *http://www.tss.gov.do/pdf/finance/cont\_sdss/balance\_gral\_dic10.pdf***