**ENLACE OPCIONAL 14**

**IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS FACTORES CAUSALES DE LA EFICIENCIA DEL SECTOR SALUD Y LA BAJA COBERTURA DEL SDSS**

En el sector salud, el factor más importante para la mejora de la eficiencia del gasto es la separación de las funciones de rectoría y provisión, siendo este uno de los cambios fundamentales que buscaba la reforma del sector salud. Como lo especifica la nota técnica en salud[[1]](#footnote-1): antes de la reforma del sector iniciada en el 2001, RD tenía un modelo de salud en el cual coexistían tres subsectores que segmentaban la población según su ingreso y tipo de vínculo laboral: un instituto de seguros sociales que ofrecía cobertura de aseguramiento a los trabajadores del sector formal; un sector público que buscaba proteger la población sin recursos; y un sector privado de prestadores y aseguradores que captaba las personas de mayores ingresos o las personas que no encontraban solución en la prestación de servicios ofrecidos por el sector público. Al interior de cada uno de los dos subsistemas públicos (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSP – e Instituto Dominicano de Seguros Sociales – IDSS) había una integración vertical de la rectoría, del financiamiento y de la provisión de servicios. Se configuraba así un sistema de “silos aislados” y sin comunicación entre ellos, con implicaciones negativas para la equidad y para la eficiencia del sistema.

Para revertir esa situación, a comienzos de los años noventa, RD inició un proceso de discusión entre los actores clave del sector sobre una reforma de salud. El marco legal e institucional de la misma fue definido en dos leyes que se aprobaron en el año 2001: la Ley General de Salud (42-01) y la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01). Esta última, modificó estructuralmente la organización del sistema dominicano de salud, separando las funciones de rectoría, financiamiento y provisión de servicios. El nuevo marco legal consagró el deber del Estado de garantizar la salud a toda la población.

La Reforma creó el Seguro Familiar de Salud (SFS), que sigue la concepción de la “competencia regulada”, en la cual los aseguradores y los prestadores deben competir entre sí bajo un esquema fuertemente regulado. La operación del SFS está basada en tres regímenes de contribución establecidos según el ingreso y el tipo de vínculo laboral de la población. La población pobre, identificada por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) y adscrita a una Unidad de Atención Primaria (UNAP), está cubierta bajo el régimen subsidiado. El régimen contributivo cubre los trabajadores del sector formal (público y privado) y el régimen contributivo-subsidiado debería cubrir los trabajadores independientes y del sector informal[[2]](#footnote-2); pero el mismo todavía no se ha iniciado. El SFS asegura un conjunto mínimo de servicios que debe ser garantizado a toda la población dominicana afiliada (independiente del régimen al cual esté afiliada). Estos servicios están definidos en el Plan Básico de Salud (PBS).

Con la separación de funciones, la rectoría del sistema corresponde al MSP. Este ente sería el responsable de definir las políticas de salud, regular las actividades del sector, recoger información e interpretar la evidencia sanitaria para la toma de decisiones y la incorporación en las políticas nacionales.

La función de financiamiento se reparte entre varias instituciones. La regulación del financiamiento y del aseguramiento está a cargo del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Este traza las normas, define el contenido del PBS y el monto de las cotizaciones que tienen que hacer los titulares del régimen contributivo y la forma de recaudarlas. La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) recauda los aportes de seguridad social en base a las nóminas[[3]](#footnote-3) y entrega a las administradoras de riesgos de salud el per-cápita de su población afiliada. El régimen subsidiado es financiado en su totalidad con recursos fiscales. El régimen contributivo-subsidiado, si se hubiera implementado, se financiaría con contribuciones voluntarias y subsidios fiscales parciales.

El aseguramiento se realiza a través de entidades públicas y privadas llamadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). El Seguro Nacional de Salud (SENASA), la mayor ARS pública, provee el aseguramiento de la población afilada al régimen subsidiado. La población afilada al régimen contributivo puede asegurarse con cualquiera de las ARS, privadas o públicas. La población que todavía no está afilada a ningún seguro médico accede directamente a los servicios de salud públicos (gratuitos) o privados (mediante el pago de los servicios). El aseguramiento es vigilado por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), responsable por fiscalizar que las aseguradoras tengan la solvencia financiera necesaria para garantizar la calidad y la cantidad de los servicios de salud que demandan los asegurados.

La función de prestación de servicios es repartida entre los distintos prestadores de servicios, los cuales pueden ser públicos o privados y, estos últimos, con o sin fines de lucro. Los afiliados al régimen contributivo pueden elegir entre prestadores públicos o privados; los afiliados al régimen subsidiado sólo pueden ser atendidos en establecimientos públicos, siempre y cuando los servicios requeridos estén disponibles. Cuando no están disponibles, a principio, estarían recibiendo los servicios de proveedores privados vía convenios de compra de servicios con el MSP.

El siguiente factor de mayor importancia es la implementación de un nuevo modelo de atención. Según la reforma, los establecimientos públicos se organizarían en red bajo los SRS – organismos autónomos responsables por la provisión de los servicios de salud en los tres niveles de atención. El primer nivel de atención sería la puerta de entrada de la red[[4]](#footnote-4). La legislación vigente también propone que los hospitales privados y públicos (con gestión autónoma) operen dentro del contexto de redes funcionales, donde se articularían con los demás proveedores públicos y privados. En la práctica, todavía no se ha logrado esta articulación al interior de las redes – ni en relación a los prestadores públicos ni en relación a los prestadores privados[[5]](#footnote-5). Como mencionado anteriormente, todavía falta autonomía y capacidad de gestión para que los SRS organicen y gestionen las redes; no existe un buen planeamiento territorial para organizar la oferta de servicios (de acuerdo a la demanda); la atención primaria no es resolutiva y la población accede directamente a los niveles secundario y terciario de salud; los pacientes no son referenciados entre los niveles de atención; y no existe un sistema unificado de información y gestión clínica que permita la integralidad de la atención. Una atención primaria que actúa efectivamente como puerta de entrada del sistema y se articula en red tendría un impacto significativo en la reducción de costos, eliminación de duplicidades y últimamente en el aumento de la eficiencia del sistema.

Por último, cabe destacar que el Catálogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS) encuentra deficiencias en su diseño y está desactualizado, tanto en contenido como en costos. La actualización continua del Catálogo del PDSS es un requisito clave para lograr una asignación eficiente y eficaz de los recursos, al incluir intervenciones costo-efectivas para responder a la doble carga de enfermedad. Los demás desafíos no son tan limitantes como les tres mencionados anteriormente y su impacto es similar en la problemática de la eficiencia del sector salud. Esto no implica dejar de lado su abordaje puesto que resueltos los otros problemas estos se podrían convertir en el siguiente cuello de botella.

En la determinación de la problemática de cobertura en el sistema de seguridad social, el factor más importante es el diseño fragmentado de los regímenes de la seguridad social sin un sustento sobre la factibilidad operativa y fiscal de implementación de regímenes con obligaciones y subsidios diferenciados por condición laboral y nivel de salario en un contexto de alta informalidad, como se propuso en la Ley de Seguridad Social. Es por eso importante generar avances en la ley y las reglamentaciones que permitan incluir a todos los trabajadores al SDSS y focalizar los subsidios solo por criterios de pobreza extrema, con criterios robustos. El siguiente factor es que la implementación parcial de los regímenes del SDSS genera desincentivos a la participación en el régimen contributivo ya implementado. Dentro del régimen contributivo, es importante desarrollar estrategias de información para poder aumentar los incentivos a afiliarse y cotizar.  En general, educar sobre la importancia del ahorro para la vejez y su valoración como beneficio, ayuda a generar un contexto favorable a la cobertura en seguridad social.

1. Esta sección es parte del diagnóstico presentado en la nota técnica de salud para la estrategia del Banco en RD (2013-2016) [↑](#footnote-ref-1)
2. Estimase que cerca del 57% de los trabajadores en la RD están en sector informal (2010). Fuente: Cuentas Nacionales de Salud Republica Dominicana: Informe Gasto Público en Salud 2011. Viceministerio Planificación y Desarrollo 2012. [↑](#footnote-ref-2)
3. Los aportes a la nómina han sido fijados a 10% del salario (7% cubierto por el empleador y 3% por el empleado), con un tope equivalente a 10 salarios mínimos. [↑](#footnote-ref-3)
4. Diversos estudios sugieren que la conformación de redes articuladas podría mejorar la accesibilidad del sistema; reducir la fragmentación del cuidado asistencial; mejorar la eficiencia global; evitar la duplicación de infraestructura y servicios; disminuir los costos de producción; y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2010. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas 4, Washington D.C. [↑](#footnote-ref-4)
5. A pesar de que en el régimen contributivo existe la separación de funciones y la autonomía de gestión, no se ha logrado a que los proveedores privados funcionen en red. [↑](#footnote-ref-5)