



COMISION EJECUTIVA PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD
Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSS2
Préstamo 7777-DO

**CONSULTORÍA ESPECIALIZADA PARA EVALUAR LA
SUSTENTABILIDAD FINANCIERA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO
DEL PLAN BÁSICO DE SALUD EN EL MARCO DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD Y EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
DE LA REPÚBLICA DOMINICANA**

PRODUCTO N° 4
INFORME FINAL

Nelson Hernández
Consultor

TABLA DE CONTENIDO

SIGLAS.....	4
INTRODUCCION.....	5
1 LA EVOLUCION RECIENTE DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN TERMINOS DE AFILIACION Y SERVICIOS	6
1.1 COMPORTAMIENTO DE LA AFILIACION	6
1.2 COMPORTAMIENTO DE LA DEMANDA DE SERVICIOS	11
1.2.1 PRODUCCIÓN DE SERVICIOS 2007 -2011.....	12
1.2.2 SERVICIOS PRESTADOS VÍA AUTORIZACIONES CALL CENTER.....	15
1.2.3 PRODUCCIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE REGISTROS DE SALUD	16
2 LA DINAMICA DE INGRESOS Y GASTOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD... ..	17
2.1 SITUACION FINANCIERA CONSOLIDADA.....	17
2.2 ANALISIS DE LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.....	19
2.2.1 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD	19
2.2.2 ANÁLISIS DE LA SOSTENIBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO	21
2.2.3 ANÁLISIS DE LA SOSTENIBILIDAD POR REGIÓN DE SALUD	23
2.2.4 ANÁLISIS DE LA SOSTENIBILIDAD POR TIPO SE SERVICIO	24
3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	28
3.1 CONCLUSIONES.....	28
3.2 RECOMENDACIONES	29

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población y Red de UNAPs por regiones	14
Tabla 2. Servicios prestados por la Red privada y autorizados por el Call Center	15
Tabla 3. Servicios prestados por la Red Hospitalaria y registrados en el SIRSS.....	16
Tabla 4. Ingresos y Gasto del Régimen Subsidiado de Salud	19
Tabla 5. Comportamiento de la Demanda según Sexo	22
Tabla 6. Comportamiento de la Demanda según grupos de edad	23
Tabla 7. Comportamiento de la Demanda según grupos de edad	24
Tabla 8. Costo por Afiliado según servicio	25
Tabla 9. Relación de los valores observados entre el 2010 (Enero) y 2011 (Diciembre).....	26

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Afiliación al Régimen Subsidiado 2007 2012	7
Gráfica 2. Composición de la Afiliación por grupos de edad.....	8
Gráfica 3. Comportamiento de la estructura de la afiliación por grupos de edad 2007 2012	8
Gráfica 4. Comportamiento de la distribución poblacional por regiones.....	9
Gráfica 5. Crecimiento de la afiliación por regiones 2007 2012	10
Gráfica 6. Evolución del Índice de Concentración Regional de la Afiliación 2007 2011	11
Gráfica 8. Numero de consultas de atención de niños y adolescentes.....	13
Gráfica 9. Numero de consultas de atención materno infantil.....	13
Gráfica 7. Numero de consultas del primer nivel de atención	14
Gráfica 10. Numero de consultas del nivel hospitalario	15
Gráfica 11. Balance Financiero Consolidado del Régimen Subsidiado	17
Gráfica 12. Equilibrio Financiero del RS.....	20
Gráfica 13. Valor de la Cápita de Equilibrio	20
Gráfica 14. Valor de la Cápita de Equilibrio por sexo.....	21
Gráfica 15. Valor de la Cápita de Equilibrio por grupo de edad	22
Gráfica 16. Comportamiento de la contratación con la Red Mixta	25
Gráfica 17. Comparación de pagos a la Red Mixta.....	27

SIGLAS

ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
BM	Banco Mundial
CERSS	Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
CNSS	Consejo Nacional de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
PARSS2	Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
PBS	Plan Básico de Salud
RS	Régimen Subsidiado
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SESPAS	Secretaría de Salud Pública
SISARIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
TSS	Tesorería de la Seguridad Social
UPC	Unidad de Pago por Capitación

INTRODUCCION

El presente documento corresponde al informe final de la consultoría para evaluar la sostenibilidad financiera del Régimen Subsidiado del Plan Básico de Salud en el marco del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad Social de la República Dominicana

El informe contiene los resultados de la evaluación de la sostenibilidad financiera del Régimen Subsidiado del Plan Básico de Salud y las recomendaciones para garantizar la cobertura de servicios a la población afiliada.

El informe se divide en las siguientes secciones. La primera presenta el comportamiento de la población afiliada y la evolución de la prestación de servicios en relación con los agregados nacionales. La segunda sección contiene el análisis de la información financiera y de los resultados de la evaluación de la sostenibilidad del Régimen Subsidiado. La tercera sección presenta las conclusiones y recomendaciones derivadas del trabajo.

El consultor agradece la colaboración prestada por el equipo técnico de la CERSS y de SENASA en el suministro de la información necesaria para realizar los análisis planteados en la metodología de trabajo.

Las opiniones y el contenido de este informe son de responsabilidad exclusiva del consultor y por lo tanto no comprometen a la CERSS, a SENASA ni a las instituciones involucradas en la ejecución de la consultoría y cualquier error u omisión en el presente documento es exclusiva responsabilidad del consultor.

1 LA EVOLUCION RECIENTE DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN TERMINOS DE AFILIACION Y SERVICIOS

Este capítulo presenta la evolución general de la afiliación en el Régimen Subsidiado de Salud y de la demanda de servicios de salud, teniendo en cuenta que la primera determina el volumen e ingresos vía la cápita que el sistema reconoce y la segunda el ritmo de gasto por la vía de la provisión de servicios, la tendencia y el comportamiento de estas dos variables resulta fundamental para interpretar los resultados financieros y para la evaluación de la sostenibilidad financiera del Régimen Subsidiado.

Como referencia es importante tener en cuenta que el Seguro Nacional de Salud (SENASA), creado por la Ley 87-01, es una Administradora de Riesgo de Salud (ARS) de naturaleza pública responsable del aseguramiento en salud. En este contexto, el aseguramiento en salud se garantiza para tres regímenes diferentes: i) el Contributivo destinado a los trabajadores del sector formal, ii) el contributivo-Subsidiado destinado a los trabajadores independientes y del sector informal donde el gobierno subsidiará parcialmente la afiliación y iii) el subsidiado destinado para aquellas personas pobres y vulnerables identificadas como tales, mediante el instrumento diseñado para la focalización de subsidios (SIUBEN). Para estos dos últimos grupos poblacionales el aseguramiento, vía el asegurador público SENASA, es de carácter obligatorio.

1.1 COMPORTAMIENTO DE LA AFILIACION

En el marco de la Ley de Seguridad Social se establece que el Seguro Familiar de Salud, que es un instrumento de protección social en el campo de la salud que garantiza la cobertura de servicios para los afiliados del Régimen Subsidiado y que incluye personas en condiciones de pobreza, trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como desempleados, discapacitados e indigentes¹. Este es el Plan de Beneficios y servicios que SENASA debe garantizar a los afiliados del RS.

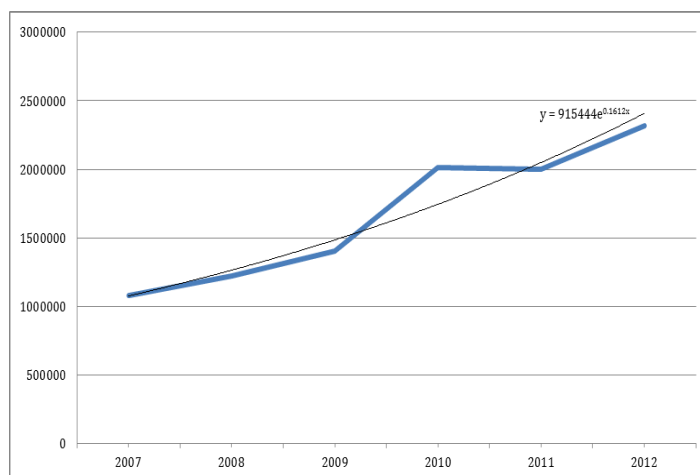
1.1.1. Tendencia en la afiliación al régimen Subsidiado

Al finalizar el 2003, año en que entró en vigencia el Régimen Subsidiado, SENASA tenía registrado un total de 41,500 afiliados con cobertura, durante los cuatro años siguientes se consolida el proceso de afiliación. Entre el 2007 y el 2011 se ha registrado una expansión gradual del Régimen Subsidiado y a Marzo del 2012 la afiliación había alcanzado las 231,330 personas, que representan cerca de 22% de la población total del país. Durante este periodo el crecimiento anual de la afiliación ha sido, en promedio, del 16%, sin embargo al analizar la dinámica de incorporación de nuevos afiliados por año se observa que entre los años 2007 y 2008 el crecimiento anual se situó por el orden del 14%, para el año 2009 se

¹ Suarez, Rosa M. Nuevo rol de los establecimientos de salud: reflexiones sobre las redes de servicios públicos de salud

presenta el mayor crecimiento del periodo (36%) en el año 2010 el ritmo de afiliación se estanca y durante el 2011 crece al 14%.

Gráfica 1. Afiliación al Régimen Subsidiado 2007 2012



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

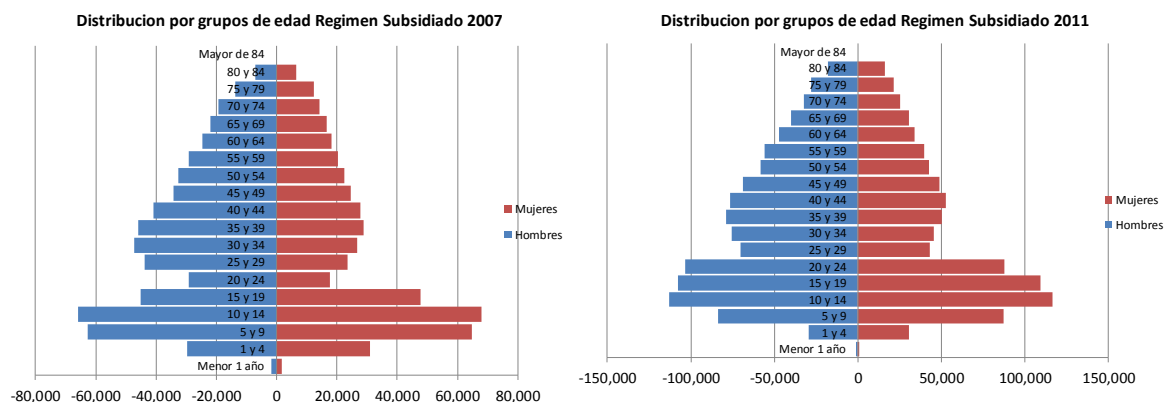
1.1.2. Composición de la afiliación por grupos de edad

La composición demográfica del Régimen Subsidiado del Seguro Familiar de Salud se caracteriza, en términos generales, por una alta presencia femenina, cuya mayoría ejerce la titularidad, y por una cantidad significativa de menores de edad registrados como dependientes. En la relación titular/dependiente, en el caso de la afiliación de hombres, los datos indican que el 38.1% de ellos ejerce la titularidad; mientras que el 61.9% tiene condición de afiliado dependiente.²

La estructura de la afiliación por edades muestra un predominio importante de población joven en los afiliados, en efecto el 50% de los afiliados a diciembre del 2011 tienen menos de 24 años y el predominio de mujeres en las edades jóvenes, este patrón impone una carga específica a la demanda y a la provisión de servicios. Como se verá más adelante este patrón particular tiene una incidencia en la estructura del costo de los servicios por afiliado.

² SISALRIL. Régimen Subsidiado del SFS: Logros y avances de una conquista social. Boletín SISALRIL. Año 3, No. 33 Octubre 2010.

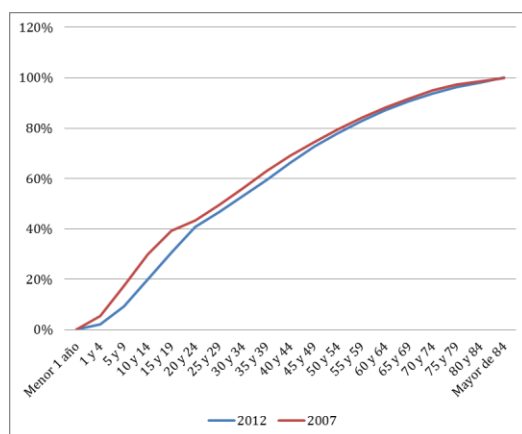
Gráfica 2. Composición de la Afiliación por grupos de edad



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

La grafica adjunta permite observar que prácticamente no hay un cambio importante en el patrón de distribución por edades entre el 2007 y el 2011, lo cual se evidencia con la comparación de la evolución del grado de concentración de la afiliación por grupos de edad que se presenta en el grafico siguiente. Allí se aprecia que la composición por edades no tiene cambios significativos. Aunque la estructura no ha cambiado, la expansión en la cobertura y el consiguiente aumento en la demanda de servicios han tenido implicaciones en el gasto en servicios de salud del RS.

Gráfica 3. Comportamiento de la estructura de la afiliación por grupos de edad 2007 2012



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

1.1.3. Distribución regional de la afiliación

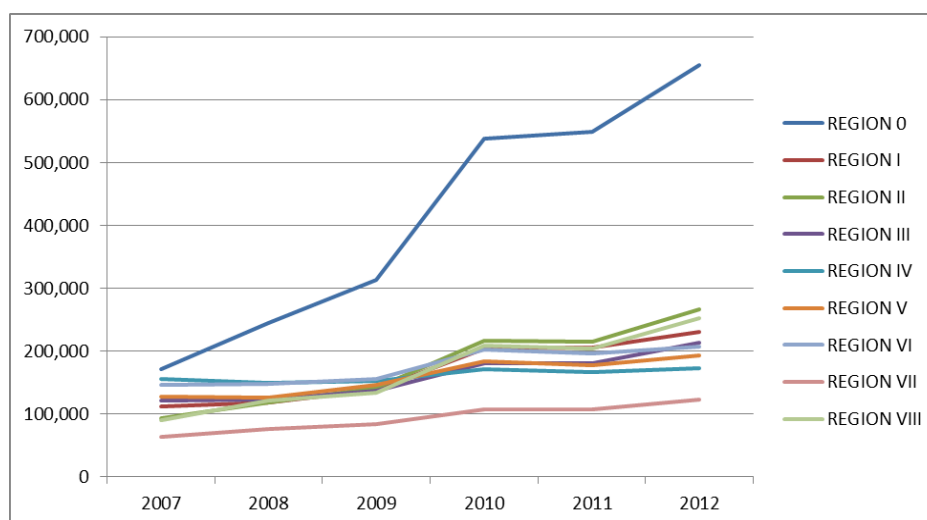
Otra dimensión que resulta de importancia en el análisis de la afiliación es la distribución regional, dado que la expansión del RS estaba orientada a cubrir prioritariamente a la población pobre, en los primeros años la afiliación se concentró en las regiones de mayor pobreza y progresivamente fue entrando en regiones menos pobres y en áreas urbanas.

Desde el punto de vista regional la distribución de la afiliación se basa en la conformación regional del país que esta integrado por nueve regiones así:

- Región O Distrito Nacional y las Provincias Santo Domingo
- Región I San Cristóbal, Peravia, San José de Ocoa
- Región II Santiago, Puerto Plata y Espaillat
- Región III San Francisco de Macorís (Duarte), María Trinidad Sánchez, Salcedo y Samaná
- Región IV Barahona, Bahoruco, Independencia y Pedernales
- Región V San Pedro de Macorís, Hato Mayor, La Romana, El Seibo y La Altagracia
- Región VI Azua, San de la Maguana y Elias Piña
- Región VII Valverde Mao, Monte Cristi, Dajabón y Santiago Rodríguez
- Región VIII La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez

La estructura de la afiliación para la región 0 (Distrito Nacional) presenta un fuerte crecimiento a partir del 2009 hasta alcanzar en el 2012 concentrar cerca de la cuarta parte de afiliación nacional y otras regiones con crecimientos importantes son la región 2 y la 8.

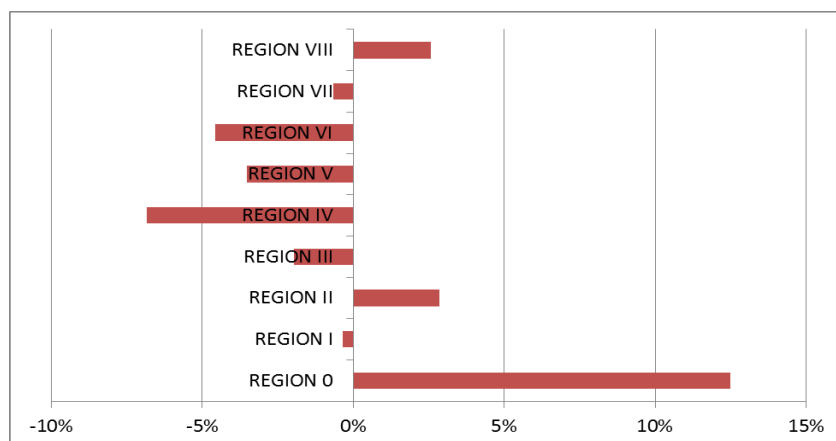
Gráfica 4. Comportamiento de la distribución poblacional por regiones



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

El análisis comparativo del crecimiento de la afiliación entre el 2007 y el 2012 por regiones indica que las regiones que han tenido el mayor crecimiento son la 8, la 2 y la 0, el resto de regiones han disminuido el ritmo de crecimiento anual en la afiliación.

Gráfica 5. Crecimiento de la afiliación por regiones 2007 2012



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

Como consecuencia de esta tendencia se observa una recomposición regional en la afiliación entre 2007 y 2011, especialmente aumenta afiliación en región 0 y alcanza el 28% de los afiliados al RS.

Un aspecto importante que SENASA debe analizar es la relación entre el proceso de expansión de la afiliación y la distribución espacial de la pobreza para determinar si la ampliación de la cobertura ha seguido un patrón en función de la dinámica de la pobreza.

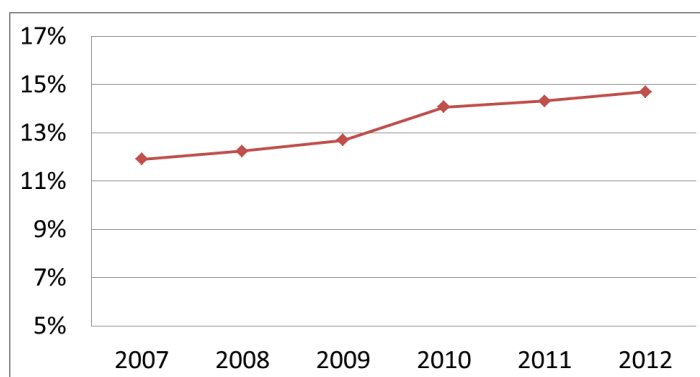
Finalmente y con el propósito de medir la tendencia en la concentración en la afiliación por regiones se utilizó el IHH (índice de Herfindahl-Hirschmann) para medir el grado de concentración en la afiliación:

$$IHH = \sum_{i=1}^n P_{it}^2$$

Donde P_{it} es la participación de la región i en el año t^3 . Este índice combina, información del número de regiones con la distribución de los tamaños de participación en la afiliación en el RS. Los resultados indican que a pesar del aumento en el peso de la región 0, el grado de concentración ha aumentado entre el 2007 y el año 2011.

³ Su valor oscila entre $1/n$ (concentración mínima) si todas las regiones tienen la misma participación en el mercado y 1 (concentración máxima).

Gráfica 6. Evolución del Índice de Concentración Regional de la Afiliación 2007 2011



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

Este resultado es importante desde el punto de vista de la demanda de servicios puesto que el mayor dinamismo en la incorporación de afiliados de áreas urbanas (Distrito Nacional y las Provincias Santo Domingo, Santiago, Puerto Plata y Espaillat y La Vega) ha traído como consecuencia una mayor demanda de servicios hospitalarios y servicios especializados de apoyo diagnóstico y de tratamiento.

1.2 COMPORTAMIENTO DE LA DEMANDA DE SERVICIOS

Como se indicó, desde el punto de vista de los servicios el SDSS establece un Plan Básico de Salud que define los servicios específicos para el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo. De acuerdo con la normativa “El PDSS (Plan De Servicios De Salud) provee la asistencia médica fundamental, puesta efectivamente al alcance de todos los individuos y familias beneficiarias de la Seguridad Social, estimulando la participación de las mismas, logrando un beneficio superador en la inversión”.

Por su parte el Plan Básico de Salud está conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales que incluyen: a) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; b) la atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio; c) atención especializada, tratamientos complejos, hospitalización y asistencia quirúrgica; d) 100% del medicamento ambulatorio para la población subsidiada y 70% para la contributiva y contributiva subsidiada; e) exámenes de diagnósticos; f) atenciones odontológica pediátrica y preventiva; g) fisioterapia y rehabilitación, y h) prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a personas con discapacidad. En este contexto, las Administradoras de Riesgos de Salud Privadas y Públicas deberán implementar un modelo de atención que incluya los tres niveles de complejidad⁴.

Los niveles de complejidad tienen la siguiente capacidad resolutoria:

- El primer nivel de atención incluye atención primaria y primer nivel de complejidad. Médico general y/o familiar, personal auxiliar y/o paramédico y/o otros profesionales

⁴ Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). Descripción del Catálogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS). Santo Domingo, Febrero 2007

de la salud no especializados. Los Servicios cubiertos por el primer nivel de atención incluyen: i) Promoción y Prevención, ii) Atención medico asistencial, iii) Prevención Secundaria. En este Nivel de Atención, se cuenta con 1,195 Unidades de Atención Primaria UNAP. Además de estos establecimientos, hay 6 establecimientos del Primer Nivel de Atención especializados que facturan a través del SIRS, y que contribuyen a desconcentrar la demanda hospitalaria.

- El Segundo Nivel Complejidad o de Especialidades Básicas ambulatorias y Hospitalarias atiende los problemas no resueltos en el primer nivel, cuenta con mayor recurso diagnóstico y terapéutico para la atención de casos de baja y mediana complejidad y que pueden requerir hospitalización, cuenta con las especialidades básicas. Para este nivel se cuenta con una red de 122 establecimientos. 102 de nivel II A con 102 establecimientos con especialidades básicas, y 21 II B con 21 con especialidades básicas y otras especialidades complementarias.
- El tercer nivel de complejidad o especialidades no Básicas Ambulatorias y Hospitalaria incluye la atención de eventos de alta complejidad de alto riesgo, y costo comprende a hospitales e institutos que tiene recurso de alta tecnología para los casos complejos no resueltos en los niveles anteriores , cuentan con especialidades y además realizan importante labores de docencia e investigación. Para este nivel se cuenta con nivel III A, con 14 hospitales generales especializados de referencia regional y nacional, los III B agrupan 7 hospitales especializados de referencia nacional.

Para la prestación de los servicio SENSE se apoya en las regiones de salud del Ministerio de salud que articulan una Red de Servicios Salud (RSS), mediante la implementación de un sistema de referencia y contrarreferencia desde las UNAP a los hospitales municipales, provinciales y regionales de sus distintas jurisdicciones territoriales. Como se indicó en el marco del SDSS en proveedor principal de los servicios del RS es la Red Publica a quien SENASA compra sus servicios.

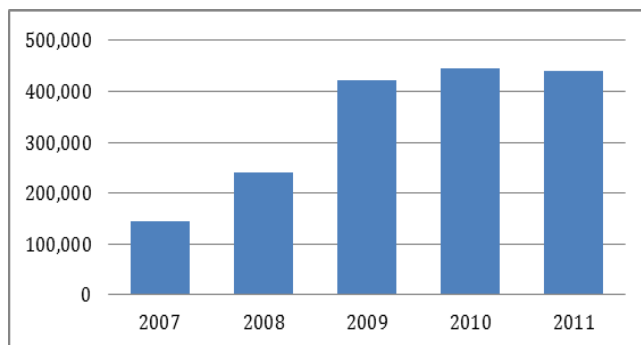
Además, existen ONG y Fundaciones que otorgan sus servicios a los afiliados del Régimen Subsidiado, en las que se destacan Orden de Malta (con sus dos clínica: una en Herrera, ubicada en Santo Domingo Oeste y otra en Monte Plata), BRA DOMINICANA, ubicada en Monte Plata, entre otras.

1.2.1 Producción de servicios 2007 -2011

El análisis del comportamiento de los servicios prestados entre el 2007 y el 2011 muestra un crecimiento importante en la demanda de servicios en los tres niveles de atención, aunque hay un subregistro importante de información las cifras dan cuenta de esta tendencia.

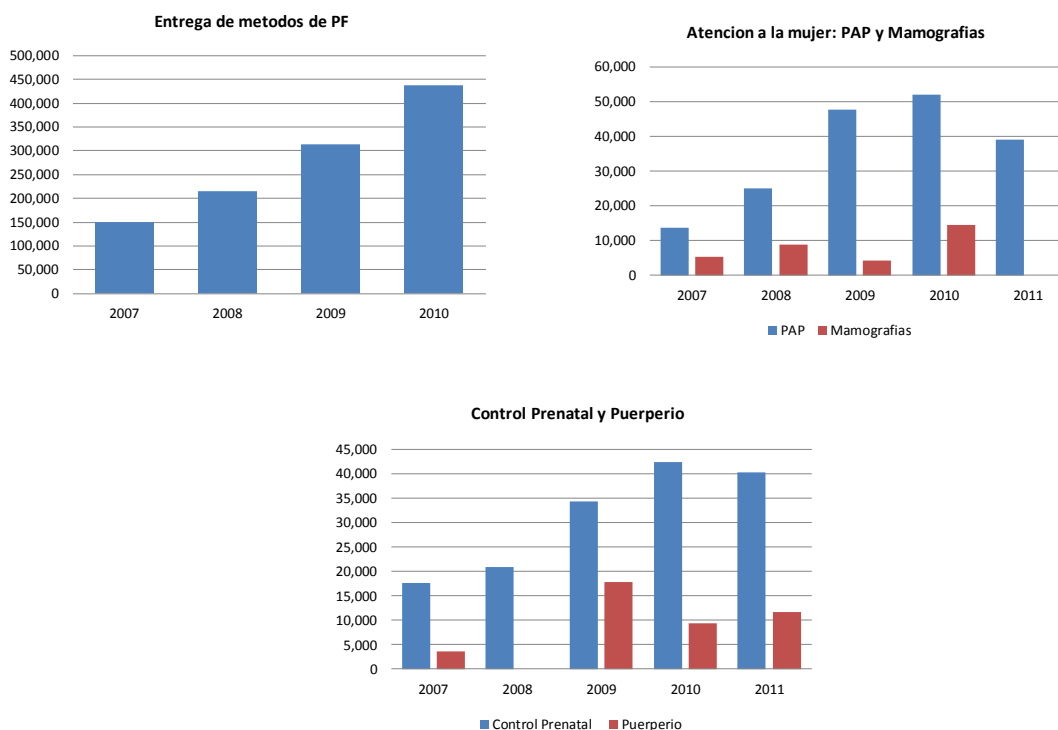
La atención de Niños y Adolescentes muestra como entre el 2007 y el 2011 el número de consultas pasa de 143,300 a 440,119, prácticamente se triplica. Los servicios de atención a la mujer (Planificación Familiar, PAP y Mamografías) también muestran un amplio crecimiento y prácticamente se triplican en el periodo, así como el control prenatal y el control al puerperio.

Gráfica 7. Numero de consultas de atención de niños y adolescentes



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

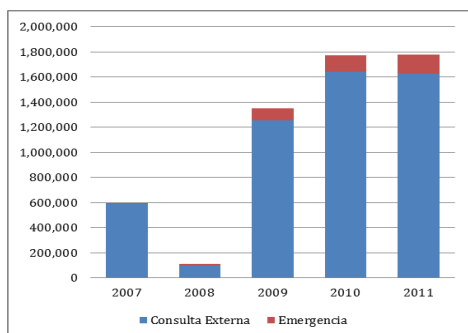
Gráfica 8. Numero de consultas de atención materno infantil



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

A nivel general lo servicios prestados a través del primer nivel de atención muestran un crecimiento importante especialmente en lo relacionado con consulta externa, atenciones de emergencia.

Gráfica 9. Numero de consultas del primer nivel de atención



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

Para la prestación de estos servicios se utiliza la red de UNAPs que presenta una distribución regional que evidencia las limitaciones en la capacidad resolutive de la oferta y como la distribución de la oferta no esta relacionada con la población afiliada.

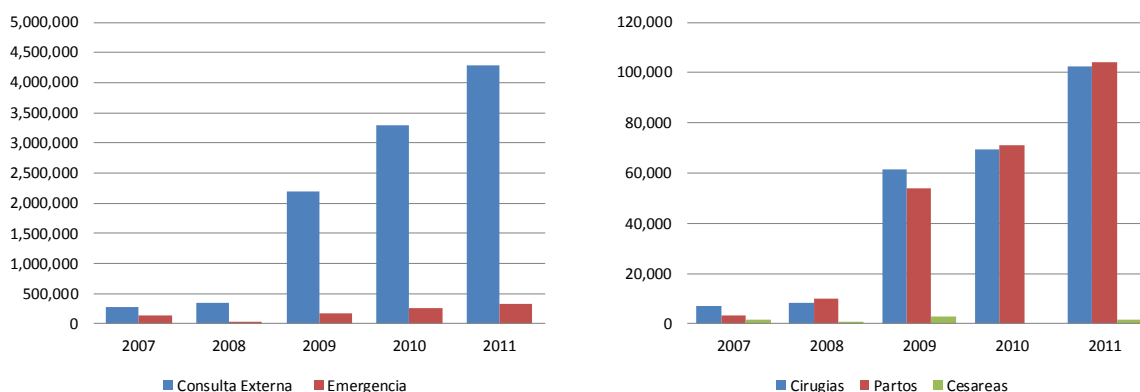
Tabla 1. Población y Red de UNAPs por regiones

Región	UNAP	Afiliados	Afiliados/UNAP
0	151	549,473	3,639
I	153	205,375	1,342
II	146	215,376	1,475
III	96	181,275	1,888
IV	137	166,924	1,218
V	151	177,698	1,177
VI	120	195,670	1,631
VII	127	107,394	846
VIII	114	204,251	1,792
Total	1,195	2,003,436	1,677

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

En lo relacionado con la atención hospitalaria se observa un incremento significativo en las consultas, la atención de emergencias y los casos de hospitalización, para este caso es importante indicar que, en los últimos años, estos servicios se han venido prestando a través de la contratación de proveedores de la Red Privada, conformada por proveedores privados y organizaciones sin fines de lucro.

Gráfica 10. Numero de consultas del nivel hospitalario



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

1.2.2 Servicios prestados vía autorizaciones Call Center

De acuerdo con el diseño del SDSS para el Régimen Subsidiado habrá un comprador y un proveedor de servicios de origen público, conformándose lo que podría denominarse un “pseudo mercado de competencia interna”⁵. En este caso SENASA actúa como comprador único en representación de los afiliados y por otro lado la SESPAS, representada por las Unidades de Atención P Segundo Nivel Complejidad o de Especialidades Básicas ambulatorias y Hospitalarias Primaria (UNAPs) y los hospitales públicos distribuidos en el país en nueve regiones, la cual hará las veces de vendedor único de servicios.

Tabla 2. Servicios prestados por la Red privada y autorizados por el Call Center

Servicios	2008	2009	2010	2011
Apoyo Diagnóstico (Dx) en Internamiento y Ambulatorio	8591	139051	332793	550836
Atención Ambulatoria	10152	116853	339158	504520
Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad	596	12997	17772	31703
Cirugía	297	9333	20618	33895
Emergencia	3114	20760	58474	93164
Hospitalización	57	834	2117	8954
Partos	17	438	1593	3271
Rehabilitación	2779	32115	80438	145385

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

Sin embargo ante el aumento en la demanda y las deficiencias en la oferta de servicios de la red pública, SENASA ha incorporado la modalidad de contratación de servicios con

⁵ Morales, Luis El Seguro Familiar de Salud en República Dominicana: Una reforma impostergable. En el nuevo modelo del sistema de salud: inicios, rutas y dificultades. Santo Domingo, 2009.

proveedores privados y en la tabla adjunta se indica la tendencia que registra la demanda de estos servicios. Al estimar el crecimiento anual promedio entre el 2008 y el 2011 se observan los siguientes valores: Apoyo Diagnóstico en Internamiento y Ambulatorio (139%), servicios de atención Ambulatoria (130%), Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad (132%), cirugías (158%), emergencias (113%), hospitalización (169%), atención del parto (175%) y rehabilitación (132%).

1.2.3 Producción del Sistema Integrado de Registros de Salud

Desde el 2009 con la implementación del Sistema Integral de Registro de Salud (SIRS) se ha facilitado el proceso de pago a los Prestadores de Servicios de Salud, el cual tiene como soportes principales, los registros primarios hospitalarios, el expediente clínico y las facturas que avalan la realización de procedimientos clínicos quirúrgicos en la oferta de servicios a los afiliados. A través del SIRS, SENASA puede obtener informaciones relacionadas con la demanda y producción de servicios hospitalarios, facturación y montos de las atenciones médicas de acuerdo a las características y variables de interés. En la práctica este es un sistema de facturación que se ha venido implementando en los hospitales y que constituye un avance en los mecanismos financieros de regulación financiera, aunque el sistema requiere la actualización y revisión de la estructura tarifaria el SIRS ha sido el instrumento que ha regulado la relación de transferencias y pagos entre SENASA y la red de hospitales públicos.

En la tabla adjunta muestra que entre el 2008 y el 2011 el crecimiento anual de algunos servicios prestado por la red hospitalaria pública es muy alto, por ejemplo Rehabilitación (103%), Apoyo Diagnóstico en Internamiento y Ambulatorio (79%), Partos (77%), atención Ambulatoria (68%), Cirugía (72%), emergencia (70%) y Hospitalización (59%). Esto obedece en primer lugar a la organización del registro de información⁶ pero también a un aumento real en la demanda de servicios.

Tabla 3. Servicios prestados por la Red Hospitalaria y registrados en el SIRSS

Servicios	2008	2009	2010	2011
Apoyo Diagnóstico (Dx) en Internamiento y Ambulatorio	234286	1407360	1977054	2538654
Atención Ambulatoria	85455	507161	622752	667037
Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad	1318	3301	214	319
Cirugía	7978	52187	48744	68679
Emergencia	30144	155776	199271	245945
Hospitalización	51905	203257	242768	307233
Partos	9954	53397	69389	100758
Rehabilitación	229	939	3651	5018

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

De todas formas las cifras anteriores de demanda hacia la red mixta y hacia los hospitales muestra un incremento en la demanda no solo en servicios de promoción y prevención sino en servicios diagnóstico y atención especializados.

⁶ Corrección del subregistro y mejoramiento de los procesos de captura del SIRSS

2 LA DINAMICA DE INGRESOS Y GASTOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

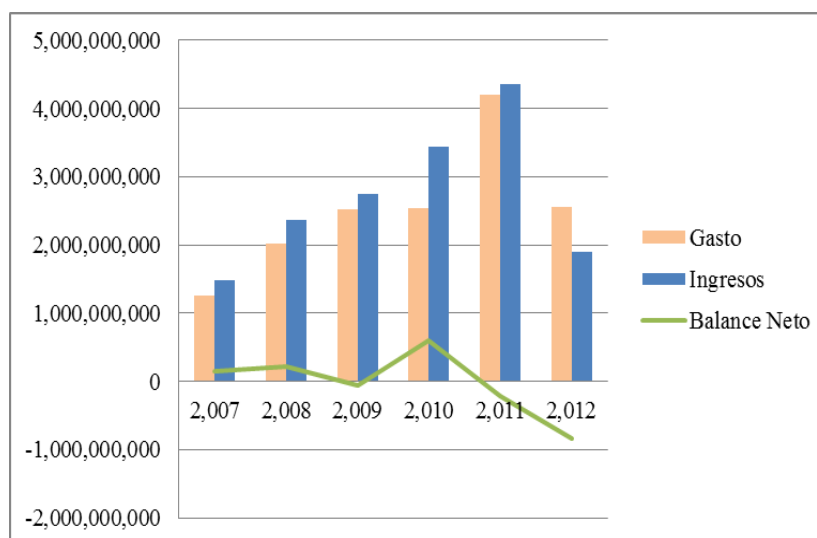
En esta sección se presenta el balance financiero del Régimen Subsidiado de Salud con base en las cifras de los balances financieros de SENASA, los resultados indican como a partir del 2011 el RS entra en déficit por un aumento en el gasto en la provisión de servicios para los afiliados. En la segunda parte se presentan los resultados de la sostenibilidad financiera del RS, a través del análisis se identifican los principales factores que han incidido en el déficit del RS.

2.1 SITUACION FINANCIERA CONSOLIDADA

El balance consolidado de la Régimen subsidiado indica que a partir del 2011 el RS entra en déficit a Diciembre del 2011 este alcanza los \$RD215 millones y para marzo del 2012 es de \$RD845 millones⁷. Es importante anotar que sin incluir los gastos de administración, que incluyen los gastos generales y administrativos y los gastos de ventas de servicios el RS presenta déficit, a partir del 2012.

Es decir que el resultado operacional muestra signos de déficit a partir del 2012. Sin embargo al considerar el gasto total del RS (Operación mas administración) el déficit se inicia en el primer trimestre del 2011.

Gráfica 11. Balance Financiero Consolidado del Régimen Subsidiado



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

⁷ Basados en cifras preliminares del cierre contable.

Los ingresos del RS provienen de la cápita que gira la Tesorería de la Seguridad Social con base en la población afiliada, este valor se fijó desde Octubre del 2002 en RD\$181.37 por mes por afiliado y no ha tenido cambios desde esa fecha a pesar de los efectos inflacionarios y a los mayores costos en la prestación de los servicios. Dentro de los ingresos totales de SENASA los recursos asignados para el régimen subsidiado representan cerca del 33% en el 2007 cuando se inició la afiliación al RS representaban el 17%.

La configuración de la operación financiera del régimen subsidiado de salud del SDSS se basa en los recursos fiscales que aporta el Gobierno y que recauda la TSS y transfiere a la ARS SENASA como un pago total correspondiente a la cantidad de sus afiliados multiplicado por la cápita. El SENASA, afilia a la población pobre subsidiada y paga a los prestadores (principalmente a la red del MSP) los servicios acordados y las prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud.

El gasto para la prestación de los servicios de SENSA está conformado por los siguientes rubros:

- Primer Nivel de Atención
- Hospitales Red Pública
- Pagos Servicios fuera de la Red Pública
- Medicamentos Ambulatorios
- Servicios de Alto Costo
- Fondo de Reinversión Red Pública
- Otros

El gasto para el primer nivel de atención comprende las transferencias que SENSA hace a las Direcciones Regionales de Salud para la prestación de servicios a través de las unidades de atención primaria y los hospitales. Este pago en la práctica no está condicionado al cumplimiento de metas y resultados y es complementario al presupuesto histórico que asigna el Ministerio de Salud a las Regiones de Salud.

El pago a los hospitales de la Red Pública, que es complementario al presupuesto histórico que la SESPAS entrega a la red de hospitales, se realiza a través del SIRSS, el pago de servicios fuera de la red pública se autoriza a través del Call Center, los medicamentos se financian a través de PROMESE, los servicios de alto costo se financian a través de proveedores públicos y de la red mixta.

Los fondos de Reinversión Red Pública corresponden a unos recursos que se asignaron en el periodo 2008-2009 para fortalecer la capacidad resolutive de los hospitales mediante la entrega de recursos para mejorar la infraestructura y equipamiento de los Hospitales principalmente. En el año 2011 se entregaron RD\$13,7 millones al Vice Ministerio de Redes de Salud para el apoyo fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud.

En la tabla adjunta se indica la evolución general de los componentes del ingreso y del gasto del RS, estas cifras adicionalmente sirvieron de base para la estimación de la sostenibilidad financiera del RS, estos valores fueron desagregados por mes, por servicios y por afiliado y con base en ellos se corrió el modelo para la estimación de los indicadores de desempeño actuarial y de suficiencia de la cápita.

Tabla 4. Ingresos y Gasto del Régimen Subsidiado de Salud
(\$RD)

AÑO	INGRESOS	DRS	SIRS	CALL CENTER	MEDICAMENTOS	GASTOS ADMON	GASTO
2007	1,486,363,281				36,000,000	222,954,492	258,954,492
2008	2,361,932,573	1,077,515,115	100,154,229	135,176	39,500,000	354,289,886	1,571,594,406
2009	2,747,210,031	1,257,658,998	594,703,626	23,783,712	111,328,764	412,081,505	2,399,556,605
2010	3,446,974,005	807,519,991	719,128,309	1,009,110,866	133,138,268	517,046,101	3,185,943,535
2011	4,365,759,366	1,001,240,876	905,131,271	1,851,960,606	175,000,000	654,863,905	4,588,196,657

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

Es importante anotar que estas cifras tienen una variación con relación a la información consolidada de los estados financieros porque provienen de los resultados operacionales y dado que los sistemas de información en SENASA no están adecuadamente integrados no fue factible utilizar una misma fuente de información. De todas formas las diferencias de información nos son significativas y no afectan los resultados en términos de la sostenibilidad financiera del RS. Sin embargo, si evidenciaron los problemas estructurales que SENASA enfrenta en la operación integral de sus sistemas de información por la falta de articulación entre las áreas de gestión de servicios, el área financiera, el área de informática. La falta de información consistente y oportuna es un factor de primer orden para la administración del negocio de aseguramiento en salud que le corresponde a SENASA.

2.2 ANALISIS DE LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

A efectos de determinar la viabilidad financiera del Régimen Subsidiado dada la estructura actual de beneficios y el cubrimiento poblacional y de identificar los factores determinantes de desbalance financiero en esta sección se presenta el análisis de la sostenibilidad financiera y de su evolución. Este análisis esta soportado en la utilización del modelo de la sostenibilidad financiera que la CERSS contrató a través de otra consultoría, para este caso el modelo se aplicó para el periodo 2009 a 2011⁸

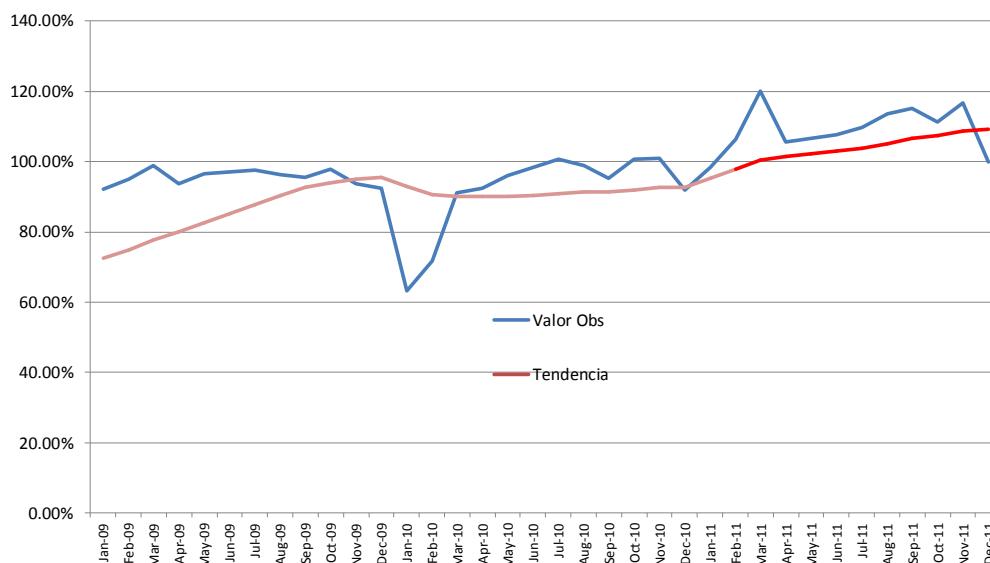
2.2.1. Sostenibilidad Financiera del Régimen Subsidiado de salud

Al considerar los ingresos y los diferentes componentes del gasto del RS la medición del equilibrio financiero a través de la razón combinada (incluido el IBNR), muestra que a partir del marzo del 2011 la cápita es insuficiente y el RS entra en déficit. Sin embargo los resultados operacionales puntuales muestran que desde el 2009 la cápita ha estado en límites cercanos al 100% y desde el segundo semestre del 2010 ya empieza a mostrar una tendencia clara de desbalance financiero. Las cifras de la tendencia⁹ muestran que el desbalance efectivo del RS es evidente a partir del primer trimestre del 2011.

⁸ Salazar, Gustavo. Consultoría para el dimensionamiento de viabilidad financiera del régimen subsidiado de salud de Republica Dominicana. Informe final, Septiembre 2012.

⁹ Que incorporan el promedio móvil de los últimos 12 meses

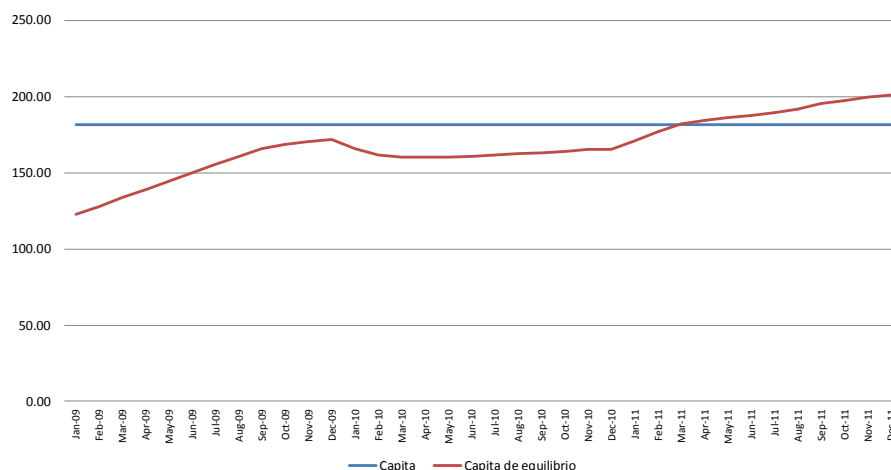
Gráfica 12. Equilibrio Financiero del RS



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

Este resultado es uno de los mas importantes de este trabajo porque muestra que a Diciembre del 2011 la cápita de equilibrio es de \$RD201,14, lo cual indica que el valor actual requiere un ajuste del orden del 7.5%, con relación a la cápita que el sistema reconoce por afiliado.

Gráfica 13. Valor de la Cápita de Equilibrio



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

En las secciones siguientes se analiza el equilibrio financiero del RS desde el punto de vista de las componentes más relevantes que influyen en la estructura de servicios del sistema, como la estructura de edad, la composición por sexo, la estructura de afiliación por regiones , la

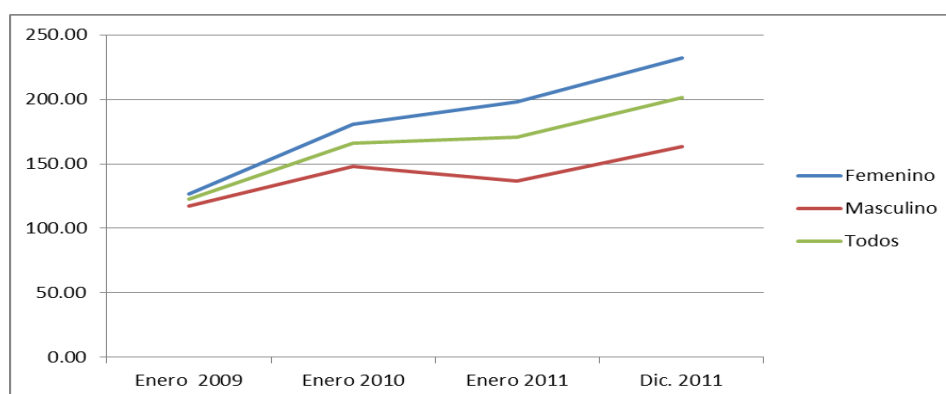
estructura de los servicios demandados y las modalidades de provisión (red privada vs red mixta), el análisis de la suficiencia de la cápita para estas variables indica que es necesario garantizar que la cápita capture la estructura y los cambios temporales en las variables de demanda para que se garantice la sostenibilidad del RS.

2.2.2. Análisis de la Sostenibilidad por grupos de edad y sexo

El análisis de la sostenibilidad del RS desde el punto de vista de la composición por sexo y de la estructura por edad indica que entre el 2009 y el 2011, en la medida en que se ha expandido la afiliación, se evidencia un cambio importante en el comportamiento de la cápita por sexo y por grupos de edad.

En efecto, en primer lugar, la tendencia de los requerimientos de la cápita para la población femenina ha aumentado entre el 2009 y el 2011, esto se relaciona con el aumento en la demanda de servicios relacionados con la atención a la mujer y especialmente los controles prenatales y el parto. Particularmente, a partir del año 2010 el valor de la cápita para atención de la población femenina muestra que es insuficiente y que supera el valor reconocido por el sistema. En la grafica adjunta se indica el comportamiento en la cápita efectivamente gastada para hombres y mujeres.

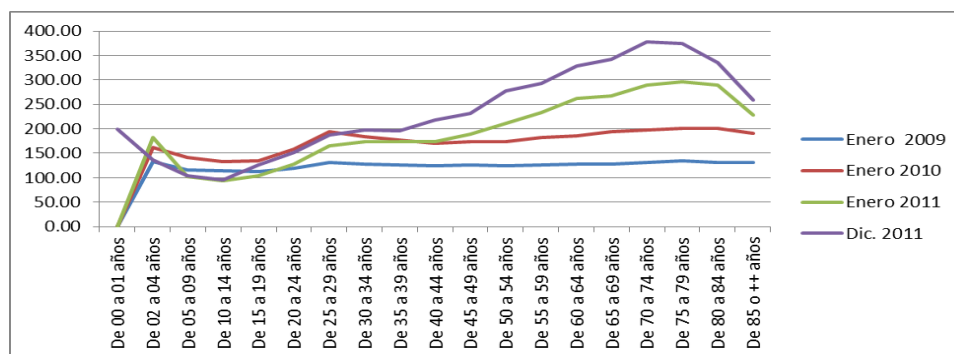
Gráfica 14. Valor de la Cápita de Equilibrio por sexo



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

En segundo lugar, el comportamiento de la cápita de equilibrio por grupos de edad también muestra cambios importantes entre el 2009 y el 2011, en la medida en que la afiliación se ha ampliado y la demanda de servicios se ha incrementado se evidencia un desequilibrio en el valor de la cápita para los grupos de edad entre 25 y 75 años. Como se indicó anteriormente la estructura poblacional no ha cambiado significativamente, pero el aumento en la afiliación ha generado cambios en el patrón de la demanda de servicios por grupos de edad. En la grafica adjunta se presenta la evolución del gasto por afiliado en los diferentes grupos de edad.

Gráfica 15. Valor de la Cápita de Equilibrio por grupo de edad



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

Teniendo en cuenta que el Sistema reconoce un Valor Único de Pago Capitado, que es independiente de la composición de la demanda de los servicios, porque es un valor que incluye la estructura de riesgos y de aseguramiento y que esta cápita no ha sido actualizada desde el 2002 es factible que los cambios en la estructura de la demanda hayan afectado la suficiencia de este valor.

Para confirmar los hallazgos anteriores a continuación se presenta la tendencia en las frecuencias de reclamación por sexo y grupo de edad, las cuales muestran un aumento entre el 2009 y el 2011, y evidencian el patrón cambiante en la utilización y la demanda de servicios del RS, este mismo patrón se repite en el comportamiento de las variables de costo por caso, costo por afiliado y en consecuencia en la suficiencia de la cápita.

Tabla 5. Comportamiento de la Demanda según Sexo (Frecuencia de reclamación)

Sexo	Enero 2009	Enero 2010	Enero 2011	Dic. 2011
Femenino	2.07	2.27	2.31	2.32
Masculino	2.03	2.13	2.14	2.15
Total	2.05	2.21	2.24	2.24

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

El análisis comparativo de la variación de la frecuencia de utilización de los servicios de salud para los diferentes grupos de edad muestra, como patrón general, que a medida que aumenta la edad, mayor es la demanda en el número de servicios. Para el caso específico de los grupos de edad mayores a 24 años el valor capitado se torna insuficiente.

Tabla 6. Comportamiento de la Demanda según grupos de edad
(Frecuencia de reclamación)

Grupo de edad	Enero 2009	Enero 2010	Enero 2011	Dic. 2011
De 00 a 01 años	0.00	0.00	0.00	2.26
De 02 a 04 años	2.10	2.23	2.20	2.19
De 05 a 09 años	2.03	2.13	2.15	2.13
De 10 a 14 años	2.02	2.09	2.11	2.10
De 15 a 19 años	2.02	2.09	2.12	2.15
De 20 a 24 años	2.03	2.14	2.15	2.18
De 25 a 29 años	2.06	2.25	2.24	2.25
De 30 a 34 años	2.06	2.25	2.26	2.26
De 35 a 39 años	2.06	2.24	2.26	2.26
De 40 a 44 años	2.06	2.23	2.26	2.27
De 45 a 49 años	2.06	2.25	2.28	2.30
De 50 a 54 años	2.07	2.28	2.31	2.34
De 55 a 59 años	2.08	2.30	2.34	2.37
De 60 a 64 años	2.08	2.32	2.37	2.40
De 65 a 69 años	2.09	2.33	2.38	2.41
De 70 a 74 años	2.09	2.35	2.40	2.42
De 75 a 79 años	2.09	2.35	2.39	2.41
De 80 a 84 años	2.09	2.33	2.36	2.36
De 85 o ++ años	2.08	2.26	2.28	2.27
Todos	2.05	2.21	2.24	2.24

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

2.2.3. Análisis de la Sostenibilidad por Región de Salud

Considerando la distribución de la afiliación por Regiones de Salud, en esta sección se presenta la tendencia en la suficiencia de la cápita por regiones y el comportamiento en la frecuencia de reclamación, con el propósito de mostrar los cambios en el tiempo y el impacto potencial de la restructuración de la demanda por regiones, definido por el aumento relativo en la afiliación en la región 0, en la sostenibilidad del RS.

Los resultados que se indican en la grafica adjunta indican que a partir del 2011 las regiones 0 y 8 han introducido inestabilidad en el sistema, mientras en conjunto de regiones (1 a 7) se mantiene dentro de rangos cercanos al valor de la cápita estas dos regiones presentan diferencias que superan 1.5 veces el valor de la cápita que el sistema reconoce por afiliado (Dic. 2011).

El comportamiento de la demanda de servicios (frecuencia de reclamación) del RS para las diferentes regiones indica que el número de promedio de servicios mensuales para los últimos 12 meses para todas las regiones se encuentra entre dos y tres, con un mínimo de 2.180 para la región IV. La mayor frecuencia con 2.390 se presenta en la región II, y en general se tiene un valor promedio ponderado para todas las regiones de 2.245.

La comparación del comportamiento en la demanda durante el año 2011 indica una estabilidad relativa en las regiones.

Tabla 7. Comportamiento de la Demanda según grupos de edad
(Frecuencia de reclamación)

Región	Enero 2009	Enero 2010	Enero 2011	Dic. 2011
Región de salud 0	2.04	2.01	2.01	2.01
Región de salud I	2.05	2.24	2.28	2.32
Región de salud II	2.10	2.29	2.32	2.29
Región de salud III	2.08	2.33	2.33	2.39
Región de salud IV	2.09	2.26	2.29	2.29
Región de salud V	2.05	2.18	2.18	2.18
Región de salud VI	2.03	2.25	2.27	2.25
Región de salud VII	2.05	2.20	2.25	2.25
Región de salud VIII	2.10	2.24	2.25	2.26
Total	2.05	2.35	2.38	2.38

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

2.2.4. Análisis de la Sostenibilidad por tipo de servicio

En relación a la cobertura o servicios que presta el RS a sus afiliados, en los últimos años debido a la expansión de la afiliación y al crecimiento del número de afiliados que presentan un patrón de demanda diferente (Región 0 Distrito Central por ejemplo) y ante las limitaciones en la capacidad resolutive de la Red de Prestación del Ministerio de Salud, SENASA abrió la contratación mixta con proveedores privados.

El informe de SENASA indica que “El monto autorizado a los establecimientos de salud de la Red Mixta y Privada durante el periodo, fue de RD\$2,327,357,107.47, superando con RD\$1,538,059,087.96 a los montos pagados a la Red Pública, lo que representa un 66% de ese monto. Esto pone de manifiesto la poca capacidad resolutive de la Red Pública para atender la demanda y necesidades de salud de la población afiliada”¹⁰

Esta comparación muestra la importancia en la contratación con la red mixta. Como se indicó anteriormente los principales servicios que se derivan hacia la red mixta son servicios de apoyo diagnóstico en internamiento y ambulatorio, servicios de atención ambulatoria, atenciones de alto costo y alto nivel de complejidad, cirugías emergencias, servicios de hospitalización, atención del parto y servicios de rehabilitación. (Ver tabla 2).

A nivel global la comparación de las frecuencias de utilización de los servicios a nivel global indica que entre el 2009 y el 2011 la frecuencia de reclamación para los principales servicios ha variado así: Hemoterapia (172.30), Rehabilitación (18.49), Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad (5.99), Apoyo Diagnóstico en Internamiento y Ambulatorio (4.89), Cirugía (4.68), Atención Ambulatoria (4.44), y Partos (3.98).¹¹

Asimismo el costo por afiliado indica los incrementos que han tenido entre el 2009 y el 2011, por ejemplo las atenciones de alto costo han aumentado 68 veces, la cirugías 15 veces. Estos

¹⁰ SENASA. Informe de Auditoría de Cuentas Médicas SIRS. Régimen Subsidiado. Año 2011.

¹¹ Estos valores son el resultado de la relación 2011/2009 e indican cuantas veces se ha aumentado la frecuencia de reclamación con respecto al 2009.

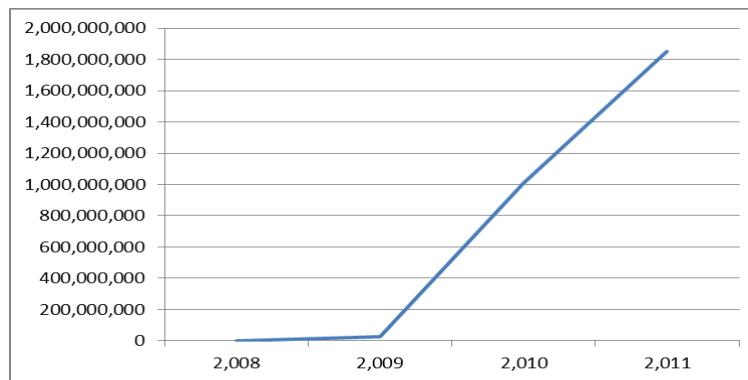
resultados conllevan dos elementos, por una parte las deficiencias propias en los sistemas de registro de los casos, pero también las diferencias en las tarifas aplicadas por los proveedores.

Tabla 8. Costo por Afiliado según servicio

Servicio	Enero 09	Enero 10	Enero 11	Dic 11	Tendencia
Apoyo Diagnostico (Dx) en Internamiento y Ambulatorio	2.91	10.82	29.32	33.12	
Atencion Ambulatoria	2.07	6.46	9.67	9.75	
Atenciones de Alto Costo y de Maximo Nivel de Complejidad	0.27	1.09	9.97	18.39	
Cirugia	1.25	5.74	15.15	18.32	
Coberturas Capitadas del PDSS	89.03	88.00	44.66	43.52	
Desconocido	0.36	3.23	14.07	11.01	
Emergencia	1.31	4.67	6.58	6.39	
Hemoterapia	0.00	0.00	0.34	0.46	
Hospitalizacion	2.17	8.94	7.23	13.22	
Medicamentos Ambulatorios	3.68	7.42	1.34	8.32	
Partos	1.21	4.62	5.08	6.08	
Rehabilitacion	0.01	0.11	1.96	2.39	
Servicios Odontologicos	0.00	0.00	0.00	0.00	
Total	104.26	141.09	145.36	170.97	

Las cifras indican el alto crecimiento en los recursos asignados a la contratación con la red privada, este aumento no ha estado acompañado de mecanismos de negociación y regulación de tarifas, estrategias de compra de servicios y mecanismos de auditoria a la calidad de los servicios. Este aumento descontrolado es uno de los factores que explica el desbalance del RS. En el grafico adjunto se indica la tendencia registrada en el gasto destinado a la contratación con la red mixta.

Gráfica 16. Comportamiento de la contratación con la Red Mixta (\$RD)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

El análisis comparativo del crecimiento entre el 2010 y el 2011 para las principales variables de demanda y costos para los proveedores públicos y privados muestra el aumento comparativo en el costo por caso y por afiliado con la red privada en comparación con la red pública, los aumentos no son proporcionales lo cual evidencia las deficiencias expuestas en el sistema de regulación de tarifas especialmente cuando se comparan los valores por caso. También se destaca el rubro de atenciones “desconocido” el cual se origina en problemas de registro de la información.

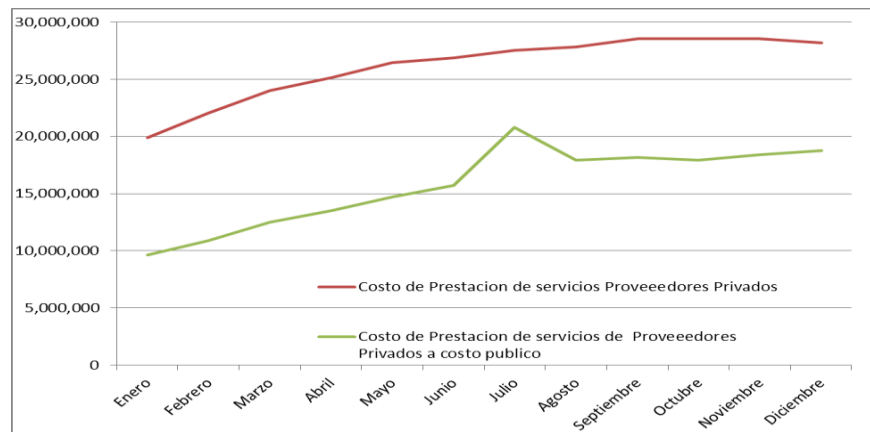
Tabla 9. Relación de los valores observados entre el 2010 (Enero) y 2011 (Diciembre)

Servicio	Frecuencia de Utilización		Costo por Afiliado		Costo por Caso	
	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público
Apoyo Diagnóstico en internamiento y ambulatorio	2.2	1.2	84.7	2.3	184.0	2.7
Atención Ambulatoria	2.1	1.1	283.1	1.3	580.9	1.4
Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad	1.2	1.1	13.3	15.1	16.5	17.0
Cirugía	2.0	1.0	14.5	3.0	28.8	3.0
Desconocido	2.8	1.3	6.9	2.5	19.2	3.2
Emergencia	1.5	1.1	34.2	1.2	50.6	1.3
Hemoterapia	1.9		558.2	1.4	1,063.6	65.5
Hospitalización	8.2	0.9	4.6	1.5	37.5	1.4
Medicamentos Ambulatorios	8.2	17.5	108.0	1.1	889.6	1.4
Partos	2.7	1.1	1.5	1.2	2.6	1.3
Rehabilitación	2.5	4.2	11.3	2.6	27.8	10.9
Total	2.2	1.1	15.0	2.0	32.7	2.3

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

Para dimensionar el efecto financiero que tiene la contratación con proveedores privados se realizó un ejercicio de medición para el año 2011 de que pasaría si los servicios prestados por la red privada se pagaran a los costos por caso de la red pública, sin tener en cuenta las diferencias en la calidad de los servicios, los resultados indican que los proveedores privados recibirían el 60% del valor pagado y la diferencia promedio en el año sería del orden de los RD\$124 millones.

Gráfica 17. Comparación de pagos a la Red Mixta (\$RD)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SENASA.

Los hallazgos anteriores indican que el rápido crecimiento en la contratación con proveedores privados exige un cambio en la operación de SENASA y un fortalecimiento de su capacidad para gestionar el negocio de aseguramiento en salud y los riesgos financieros para garantizar un sistema sostenible y regulado en el gasto basado en sistemas unificados de fijación y administración de tarifas, incentivos a la contratación y al mejoramiento en la calidad de los servicios.

3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta sección presenta las conclusiones más importante de las secciones anteriores y la recomendación de las decisiones que SENASA debe adoptare en el ámbito estratégico y operativo para enfrentar el desbalance financiero actual del Régimen Subsidiado de Salud.

3.1 CONCLUSIONES

La dinámica de la afiliación muestra que entre el 207 y el 2012 en numero de nuevos afiliados incorporados al RS crece, en promedio al 16% por año lo cual evidencia la gestión institucional en la ampliación de la cobertura, esta situación se ha traducido en una mayor demanda de servicios y las cifras indican aumentos importantes en la atención materno infantil, en los servicios de promoción y prevención y en los servicios de atención hospitalarios. Ante las limitaciones en la oferta publica SENASA ha iniciado desde el 2008 la contratación de servicios especializados (apoyo diagnostico, alto costo, rehabilitación y hemodiálisis, entre otros) con una red mixta conformada por proveedores privados y por organizaciones sin fines de lucros esta modalidad ha permitido resolver el aumento en la demanda pero ha tenido un efecto financiero debido a los mayores costos de estos servicios.

El Régimen Subsidiado presenta desde el año 2009 signos que evidencian un deterioro progresivo en su estabilidad financiera, sin embargo la insolvencia financiera se profundiza a partir de Marzo del 2011 y para diciembre del 2011 la cápita de equilibrio de \$RD 201.14, lo cual hace inminente te revisar el valor que esta vigente desde el 2002, junto con la adopción de otras medidas complementarias para inducir una mayor eficiencia técnica y financiera en el RS.

Aparte del aumento en los gastos de prestación de los servicios las causas del desbalance están asociadas a las diferencias en la demanda en los diferentes grupos de edad, en el perfil regional de la demanda y en los costos diferenciales de servicios. Aunque el valor de la cápita es una prima por riesgo es técnicamente recomendable que se revise para que incorpore las ponderaciones diferenciadores de estas variables.

El aumento en la contratación con la red mixta ha introducido distorsiones dentro del Régimen Subsidiado y el alto crecimiento en la contratación no ha estado acompañado de la implementación de mecanismos para regulara las tarifas, aprovechar las economías de escala en la contratación y para fijar incentivos que permitan generar ahorros en la escala de contratación. Es evidente que se registra un desbalance en el gasto por afiliado y por caso entre los proveedores privados y los públicos.

Frente al valor de la cápita es importante destacar que no hay información para determinar la eficiencia y suficiencia de los gastos de administración del RS, este es un rubro importante que tiene un efecto financiero del RS actualmente este valor se ha fijado en un 15%, pero no hay información para determinar su suficiencia.

Dentro de la gestión operacional de SENASA es importante fortalecer su capacidad de toma de decisiones mediante la institucionalización de una unidad responsable del seguimiento al desempeño operacional y financiero del RS bajo una perspectiva actuarial y soportado en una plataforma informática eficiente y en forma complementaria fortalecer el SIRSS como mecanismo para inducir una mayor eficiencia en la gestión hospitalaria y los mecanismos de regulación de la provisión a través de la Red Privada.

Finalmente, en SENASA es evidente la limitación de la Plataforma actual de Información y su incapacidad para administrar información con un enfoque de integralidad, disponibilidad y confiabilidad. El desarrollo informático de la institución no tiene un plan de sistemas indicativo y sus inversiones priorizan más el componente tecnológico que la reorganización de procesos.

3.2 RECOMENDACIONES

En el ámbito estratégico y político se recomienda:

- Proponer un “Plan de sostenibilidad financiera para el Régimen Subsidiado” que incluya un aumento de la cápita vinculado a un Plan de Gestión que incluya un marco de desempeño operativo y financiero y los cambios de orden técnico y organizacional. Como parte de este plan diseñar un plan de expansión de la cobertura actual y de la oferta de servicios para fortalecer competitivamente a SENASA.
- Conformar una Comisión Técnica de alto nivel para el seguimiento al desempeño del RS y de la definición de un plan de seguimiento con hitos y metas valorar el cumplimiento de las acciones del “Plan de Sostenibilidad financiera para el Régimen Subsidiado “
- Lograr un acuerdo y compromiso y apoyo político desde SESPAS para el abordaje de temas prioritarios del RS (reorganización y articulación de la Red de Servicios, sistemas de pago prospectivo para Hospitales, extensión del sistema de facturación de servicios, fortalecimiento de la red hospitalaria, convenios de gestión, introducción de modalidades de pago por desempeño, el fortalecimiento y expansión del SIRSS)

En el ámbito organizacional y técnico-operativo se recomienda:

- Actualizar el estudio técnico de la cápita considerando un análisis actuarial detallado que incluya los ajustes en el perfil epidemiológico de los afiliados, la caracterización de la demanda, el análisis de sensibilidad de la cápita a cambios en la estructura demográfica, los mecanismos de indexación y la valoración de la viabilidad fiscal de los ajustes en la cápita en un horizonte de mediano plazo.
- Restructurar los sistemas de información de la entidad mediante la modernización de la plataforma informática, el rediseño de procesos y procedimientos y la formulación de un Plan de Desarrollo de Sistemas que oriente esta restructuración. El Sistema de Información de SENASA debe ser integrado y que articule las diferentes áreas operativas y de gestión estratégica.

- Diseñar e institucionalizar dentro de la estructura organizacional una unidad de análisis de riesgo y aseguramiento en salud con un enfoque actuarial y financiero que le permita a la entidad disponer de una instancia de “inteligencia estratégica” que apoye a la Dirección General y a las Direcciones Técnicas y de Salud con instrumentos como: i) Tableros de Control, ii) Sistemas de gestión de riesgos y alertas tempranas, iii) Mecanismos adecuados de detección de cambios en tendencias y signos atípicos en estructura y dinámica de operaciones y gestión financiera. Esta es una acción prioritaria y de corto plazo que debe estar vinculada al “Plan de Sostenibilidad financiera para el Régimen Subsidiado”.
- Realizar estudios técnicos y el montaje de instrumentos para la gestión de las modalidades de contratación con la Red que incluya la revisión y propuesta de modelos de contratación y tarifas, el diseño de mecanismos regulatorios el diseño de sistemas de incentivos, el diseño e implementación de procesos y procedimientos para Auditoría Técnica de Tarifas y el diseño e implementación de sistemas de Auditoría del Control del gasto de los servicios
- Fortalecer el SIRSS o cualquier otro sistema de facturación de servicios como un mecanismo de mejoramiento en la gestión financiera de los hospitales y como mecanismo efectivo de regulación de gasto y de la oferta de servicios.
- Para el caso de las transferencias a las DRS evaluar modalidades que incluyan la combinación de un tramo fijo y un tramo en función del desempeño.