



República Dominicana
“Año del Libro y la Lectura”

SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES
SISALRIL

MEMORIA 2007

Autoridades SISALRIL:

Lic. Fernando Rafael Caamaño Valdez
Superintendente

Lic. Fausto Pérez Espinosa
Director Administrativo y Financiero

Lic. Elías Pacheco Jaimes
Director Técnico

Lic. Francisco Aristy de Castro
Director de Asuntos Jurídicos

Ing. Ramón Flaquer Santana
Director de Tecnología de Información

Dr. Syed Jamal Yunas
Director Aseguramiento Régimen Contributivo

Lic. Víctor Araujo
Director Aseguramiento Régimen Subsidiado

Dra. Graciela Gil
Directora de Riesgos Laborales

Lic. Dario Pereyra Ramírez
Contralor

Lic. Jhonatan Natera Rosario
Auditor Interno

Lic. Gertrudis M. De Espinal
Subdirectora Técnica

Dra. Mercedes Carmen Adames
Subdirectora de Aseguramiento de Salud

Lic. Raúl Pérez Sang
Subdirector Administrativo y Financiero

**Av. 27 de Febrero No. 261, Ens. Piantini
Santo Domingo, Distrito Nacional
República Dominicana
Tel. 809-227-4050, Fax. 809-540-3640**

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

SOBRE LA SISALRIL

DIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS.....6

DIRECCIÓN TÉCNICA.....9

DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.....52

DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.....56

DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO EN RIESGOS LABORALES.....58

DIRECCION DE TECNOLOGIA DE INFORMACION.....61

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.....65

CONTRALORÍA.....66

GERENCIA DE PROYECTOS.....67

ANEXOS.....73



Mensaje del Superintendente

El Acuerdo para dar inicio al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, firmado el 19 de diciembre del año 2006, por el Excelentísimo Señor Presidente de la República Dominicana, Dr. Leonel Fernández Reyna y los integrantes de las Comisiones de la Cumbre Presidencial, marcó un hito histórico en la Reforma del Sector Salud, y un gran desafío para los actores del Sistema, en especial para la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

La SISALRIL consciente de sus responsabilidades legales sustentadas en las atribuciones que le confiere la Ley 87-01, y su compromiso moral de contribuir con la preservación de la salud de la población, trazó a principio del año 2007 la ruta crítica para llevar a cabo un proceso de evaluación, supervisión, regulación y reestructuración de los proyectos prevalecientes, con el interés de focalizar nuestras acciones en el diseño y la definición de estrategias de políticas en consonancia con el nuevo esquema del SFS, en aras de garantizar a los afiliados del contributivo los beneficios del Plan de Servicios de Salud-PDSS.

Dentro de este contexto, nuestras primeras acciones estuvieron focalizadas en revisar, completar y crear las normativas que permitieran el estricto cumplimiento de la Ley 87-01. En la misma dirección, se puso en práctica un mecanismo de supervisión a través del Sistema de Monitoreo Nacional (SIMON), para conjuntamente con las ARS, ARL, TSS, UNIPAGO y la DIDA regular, actualizar y hacer funcional la base de datos del Sistema.

La Superintendencia desplegó arduos esfuerzos para desarrollar la metodología y los esquemas de recepción y seguimiento de las informaciones generadas por las ARS. Cabe destacar que por primera vez se dispone de una metodología científica de evaluación periódica, seguimiento e indexación de los costos del PDSS, estructurada sobre la base de los datos que generará el nuevo Sistema de Información del SFS. Este modelo parametrizable permitirá integrar las informaciones, mediante la utilización de una estructura informática estandarizada y sistematizada.

El diseño de esta metodología estuvo a cargo de la firma española Antares Consulting y un equipo técnico multidisciplinario de la SISALRIL. La misma contó con el financiamiento del Banco Mundial, a través del PARSS-CERSS, siendo evaluada y aprobada por este Organismo.

Paralelo al avance de la plataforma que daría soporte al nuevo modelo de salud, se prepararon los estudios establecidos en la Ley 87-01 como requisitos para el SFS del Régimen Contributivo, y aquellos indispensables para medir el impacto del PDSS en los sectores vinculados al SFS. Asimismo, cabe resaltar los trabajos orientados a mejorar nuestra estructura interna y los proyectos para tecnificar, ampliar y remodelar el edificio de la SISALRIL.

Importante es resaltar que a finales del año 2007 y luego de tres meses de funcionamiento



del SFS del contributivo, la SISALRIL apoyada en las atribuciones que le confiere la Ley, inició un proceso de revisión a las coberturas de los servicios, medicamentos, tarifas, copagos y período de carencia del PDSS, con la finalidad de ampliar y mejorar los servicios de salud de la población afiliada, en respuesta a su perfil epidemiológico ajustado a las características de la demanda.

Con el objetivo de optimizar nuestro rol de supervisor, frente al SRL y el Régimen Subsidiado fueron creadas dos direcciones, e iniciamos la estructura de la Dirección de Administración de Subsidios, la cual será responsable de planificar, dirigir y controlar las acciones de los subsidios y accidentes no laborales.

En el contenido de esta memoria se presentan los trabajos desarrollados por las Direcciones que conforman el organigrama institucional, resaltando en cada área los principales logros, conforme a su misión, objetivos y metas.

Concluyo este mensaje expresando nuestro agradecimiento a las autoridades gubernamentales, y a todos los sectores que de una forma u otra nos ofrecieron su apoyo y colaboración para poder cumplir con los objetivos trazados, los cuales dejamos plasmados en este documento.



QUIENES SOMOS

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) es una entidad estatal, autónoma, con personería jurídica y patrimonio propio, dotada de un personal técnico y administrativo altamente calificado; la cual, a nombre y representación del Estado Dominicano ejerce las siguientes funciones:

- Velar por el estricto cumplimiento de la ley 87-01 y sus normas complementarias.
- Proteger los intereses de los afiliados.
- Vigilar la solvencia financiera del Seguro Nacional de Salud, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).
- Supervisar el pago puntual a las Administradoras y de éstas a las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS).
- Contribuir a fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

VISION:

Ser reconocida en el ámbito nacional e internacional como una institución modelo, por su efectiva vigilancia de las entidades vinculadas al Seguro Familiar de Salud y al Seguro de Riesgos Laborales, comprometida con la seguridad integral, necesidades y expectativas de la población, hacia la universalización de la Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales.

MISION

Garantizar el cumplimiento integro de los objetivos y principios sociales en materia de Salud y Riesgos Laborales, dictados por la Ley 87-01 y sus normas complementarias, para proteger los intereses de los afiliados.

VALORES

- Solidaridad - Trabajo en Equipo - Integridad - Flexibilidad
- Transparencia - Eficacia - Compromiso

DIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS

La Dirección de Asuntos Jurídicos, circunscribió los trabajos a la formulación de las normativas regulatorias del Sistema Dominicano de Seguridad Social, en lo relativo al SFS y SRL. Dentro de este esquema fueron elaboradas cuarenta y nueve (49) Resoluciones Administrativas y diez (10) Resoluciones para Habilitación de ARSs. A continuación el detalle de las mismas:

1. Resoluciones para Habilitación de las ARS (10).

No. RESOLUCIÓN	ARS HABILITADA
0024	LA COLONIAL
0025	MONUMENTAL
0026	PLAN SALUD
0027	UCEMED
0028	METASALUD
0029	GALENO
0030	ASEMAP
0031	RESERVAS
0032	BMI
0033	UASD

II. Resoluciones Administrativas de Carácter Normativo (39)

No. RESOLUCIÓN	FINALIDAD
102	Que ordena carga carteras ARS.
104	Actualización del RNC ante UNIPAGO
105	Listado de ARS Habilitadas al inicio SFS.
106	Proceso de Reafiliación
107	Proceso eliminación de doble cotizantes y doble afiliación del SDSS.

108	Sobre traspaso de afiliados entre ARS
Continuación Resoluciones Administrativas de Carácter Normativo.	
110	Sobre otros Planes de Salud ofertados y Administrados por las ARS
111	Aprueba Normativa de Gestión de Contratos.
112	Sobre aseguramiento al Sector Público
113	Sobre Promotores de Seguros de Salud
114	Sobre la gradualidad en el acceso a los servicios de salud.
115	Ordena a continuar utilizando el Manual para la evaluación y calificación de la discapacidad, de aprobación provisional.
116	Que deja sin efecto la Resolución Administrativa 114-2007
118	Que modifica la Resolución Administrativa No. 00062-2005
120	Que modifica la Resolución Administrativa No. 00043-2003 sobre los Estados Financieros
122	Sobre el acceso a la prestación de los servicios del PDSS.
123	Sobre la prestación de servicios en el primer nivel de atención.
124	Sobre la integración vertical de las ARS.
126	Traspaso por reclamación
127	Modificación de la Resolución No.122-07, sobre servicios del PDSS.
128	Sobre tarifas mínimas de honorarios profesionales
129	Sobre el costo inicial PDSS y catálogo de servicios
130	Sobre tarifas mínimas de honorarios profesionales para consultas del especialista con traslado hacia las emergencias.
131	Que autoriza venta de inmueble de ARS Plamedín.
132	Sobre reconocimiento y vigencia de los contratos entre ARS y PSS.

Continuación Resoluciones Administrativas de Carácter Normativo.

133	Sobre la garantía de los servicios a los afiliados en el proceso de traspaso por reclamación al iniciarse el SFS
134	Que ordena a la ARL comunicar decisión sobre reclamaciones y establecer plazo para interponer recurso de inconformidad.
135	Que ordena a las ARS el envío de informaciones sobre prestaciones.
136	Que prohíbe al IDSS (ARLSS) realizar transferencias de fondos provenientes del seguro de riesgos laborales a cuentas ajenas a la gestión de la administración de los riesgos laborales.
137	Sobre la contratación de farmacias por parte de las Administradoras de Riesgos de Salud
138	Que ordena el envío de los planes complementarios de la salud
139	Sobre la red de PSS y su actualización
140	Sobre la contratación prioritaria de los servicios del PDSS con las PSS
141	Sobre las ARS Autogestionadas o Auto-administradas
142	Sobre servicios de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, su reporte y su registro
144	Que deroga la Resolución No. 00137-2007 y regula la contratación de farmacias para el PDSS por parte de las ARS
145	Que regula procesos sobre afiliación de dependientes y fallecimiento del titular
146	Que regula varios procesos sobre afiliación y deroga la Resolución No.00145-2007
147	Sobre ampliación del PDSS y nuevas tarifas mínimas de honorarios profesionales

3. Resoluciones Administrativas de Carácter Interno (10).

No. RESOLUCIÓN	TEMA
099	Modifica Manual de Personal de la SISALRIL
100	Reclasificación de cargos y modificación Manual de Org. y Funciones
101	Modificación Manual de Organización y Funciones de SISALRIL
103	Modificación manual de Organización y Funciones SISALRIL
109	Modificación Manual de Personal
117	Modificación Manual de Personal
119	Modifica el Manual de Organización y Funciones de SISALRIL
121	Que crea la Dirección de Aseguramiento para el Régimen Subsidiado
125	Modificación Manual Funciones Sisalril
143	Que modifica el Manual de Organización y Funciones

De igual modo, jugamos un rol importante en las consultas y reclamaciones de diferentes agentes. En torno a estos aspectos citamos las principales acciones:

- **Casos Litigiosos.** La Dirección Jurídica se ocupó de la defensa de la SISALRIL con motivo de los recursos de apelación interpuesto por ADARS, por ante el Conejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), contra las Resoluciones Nos. 110-2007, 112-2007, 122-2007 y 132-2007.



Se asumió la defensa de la SISALRIL relativa a los recursos contenciosos administrativos interpuesto ASODEMU y FARMACARD por ante el Tribunal Contencioso Tributario y Administrativo, contra las Resoluciones Nos. 112-2007 y 144-2007, respectivamente.

Dimos respuestas a 16 casos de reclamaciones de afiliados y ARS sobre exclusiones y negociación de cobertura, y están en fase de conciliación y solución nueve casos. Otras acciones importantes fueron: la elaboración y legalización de contratos de cobro, servicios de asesoría y alquiler, y la participación en la preparación de licitaciones y sus respectivas actas.

DIRECCIÓN TÉCNICA

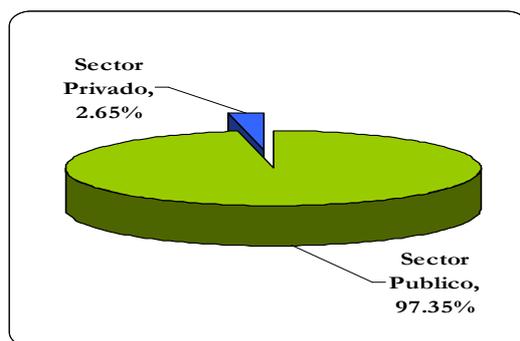
La Dirección Técnica en su misión de dar seguimiento al comportamiento de las variables demográficas, económicas y financieras de impacto en el SFS y el SRL, focalizó sus acciones en la elaboración de los estudios, diagnósticos e informes requeridos para implementar el SFS del Régimen Contributivo. Dentro de estos, presentamos los aspectos principales de los siguientes trabajos:

I. CONDICIONES SALARIALES DE LOS PENSIONADOS Y JUBILADOS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: APORTES Y COSTOS AL PBS-PDSS²- FEBRERO DEL 2007-

Una de las limitantes encontradas en la Ley 87-01, es que no establece el aporte porcentual al SFS para los pensionados y jubilados, delegando esta responsabilidad al CNSS según Art. 140, Párrafo 11. Ante esta ambigüedad, y por requerimiento del CNSS, se elaboró el presente estudio con la finalidad de identificar la población pensionada, evaluar sus condiciones económicas y posibilidades de aporte al PDSS para integrarlos como cotizantes del Régimen Contributivo.

Cobertura. Para el año 2006 se estimó un total de 136,119 pensionados y jubilados, de los cuales, el 97.3% procede del sector público¹, y un 2.7% del sector privado.

Los afiliados² del Gobierno Central se estiman en 244,823, en las Entidades Descentralizadas y Autónomas 11,312 y los Municipios 2,048; el sector privado concentra 7,030 afiliados.



Sectores	Cantidad de Pensionados 2006			Partic %
	Titulares	Depend.	Total Afiliados	
SECTOR PÚBLICO	132,514	125,668	258,182	97.35
Gobierno Central:	125,550	119,273	244,823	94.83
Pensionados Civiles y del IDSS	89,546	85,069	174,615	67.63
Cuerpo Militar	35,604	33,824	69,428	26.89
Otros Pensionados	400	380	780	0.30
Descentralizadas y Aut.	5,914	5,398	11,312	4.38
Municipios s)	1,050	998	2,048	0.79
SECTOR PRIVADO	3,605	3,425	7,030	2.65
Total General	136,119	129,093	265,212	100.00

¹ Incluye los 40,980 del IDSS.

² Se aplicó un coeficiente de dependencia de 0.95, estimado sobre la Encuesta de Mercado de Trabajo del Banco Central-Octubre 2006. (125,550 son titulares y 119,273 dependientes).

Edades y Sexos. El 70.7% de los pensionados y jubilados tienen edades entre 56 y 80 años, y están acogidos en la mayoría de los casos al sistema de pensión por vejez. El tiempo promedio de carrera contributiva está entre los 25 y 30 años. El recurso al retiro por invalidez predomina para jubilados por debajo de los cuarenta años de edad, y los mismos corresponden básicamente a trabajadores de empresas con categorías de riesgos II y III.

La composición por sexo es 71.1% para los hombres y 28.9% las mujeres. Esta relación predomina principalmente en las entidades financieras y en los ayuntamientos, siendo notorio en el sector privado. Sin embargo, en el Gobierno Central la relación se invierte, ocupando los hombres un 38.85% y las mujeres 61.15%.

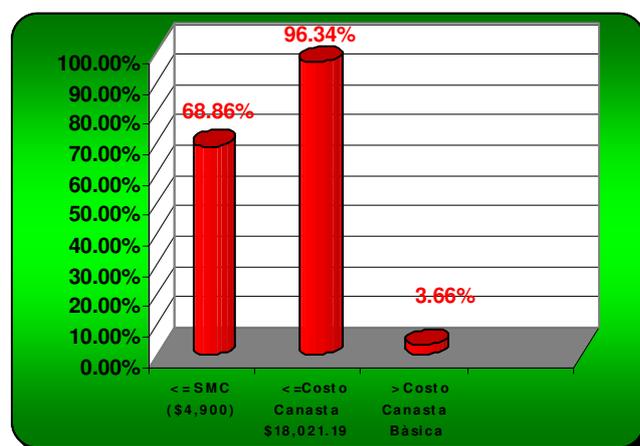
Características de los Salarios. Los salarios de los pensionados se caracterizan por la ausencia de una política de ajuste con los niveles de inflación.

Durante el 2006, el monto total de los sueldos y salarios pagados a los pensionados y jubilados ascendió a RD\$9,542.7 millones. A nivel sectorial los mayores sueldos los reciben las entidades descentralizadas RD\$17,433, en segundo lugar las empresas privadas RD\$13,865 y los salarios más bajos están en Gobierno Central RD\$5,089, y los Municipios RD\$3,076, al mes.

El 96.34% de los pensionados tienen sueldos mensuales de RD\$4,691.03. Este porcentaje recoge una escala que oscila entre RD\$2,600 y RD\$19,600 mensuales.

El 3.66% devengan salarios mensuales que sobrepasan los RD\$19,000. Este grupo corresponde básicamente a funcionarios del Estado y ejecutivos de empresas privadas.

Capacidad Salarios Vs. Costo Canasta Básica. De acuerdo a cifras del Banco Central, el costo de la Canasta Básica, alcanzó un valor de RD\$18,021.10 a diciembre del 2006. Al asociar este costo con los niveles de salarios mensuales de los pensionados, se aprecia que apenas un 3.66%, iguala y supera sus salarios de este monto; mientras el 96.34% está por debajo.



Seguro Médico y Servicios de Salud. El sistema de seguro médico de los pensionados se caracteriza por la coexistencia de variadas cotizaciones. Tradicionalmente el costo del seguro es compartido, empleador - patrón.

En cuanto a los jubilados civiles del Gobierno el 85% aproximadamente pierde los beneficios del seguro médico, y en caso de mantenerlo, debe autofinanciar el mismo.

Los pensionados del sector financiero público (Banco Central, Banco de reservas, Superintendencia de Bancos, etc.), reciben los mejores beneficios de salud, siendo



favorecidos con una cobertura que oscila entre 80, 90 y 100% de sus atenciones médicas. Las condiciones del seguro médico son diferentes para los pensionados de las instituciones públicas no financieras. En algunas, el costo del seguro es compartido empleador-pensionado, teniendo este último una contribución entre 1.4%, 3.0%, y hasta un 50% del salario mensual.

En cuanto a los jubilados de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, el Gobierno les garantiza el 100% de los servicios de salud en los Hospitales Militares

En el sector privado, algunas empresas ofrecen planes de seguro satisfactorio para los pensionados de categorías medias, y un seguro médico full para los ejecutivos. El costo del seguro puede ser financiado en un 70% y 100% por el empleador.

Aportes, Costos y Balance del PDSS: Conforme al Art. 140, Párrafo 1, los aportes de los pensionados al PDSS sustentados en el 8.53% alcanzarían RD\$814.0 millones y el costo con el per cápita de RD\$4,737 sería de RD\$1,256.3 millones, lo que arroja un déficit de RD\$442.3 millones al año.

Dado los mayores salarios que tienen los pensionados de las principales entidades financieras autónomas y descentralizadas, así como de algunas empresas privadas, estos sectores estarían en capacidad de autofinanciar el costo del PDSS. En las primeras se estima un superávit de RD\$51.9 millones y en la segunda de RD\$17.9 millones.

Propuesta de Cotización:

1) Fijar una tasa de cotización de 0.53% a los pensionados con salarios inferiores al costo mensual de la Canasta Básica. La diferencia de 8.0% con relación a la cotización establecida en el primer año estaría a cargo del empleador. (Estado)

La tasa de 0.53% tendría el efecto siguiente:
a) Incorpora unos 131,144 pensionados, que aportarían RD\$629.7 millones anual al PDSS, con costo de RD\$1,210.4 millones., resultando un déficit de RD\$580.7, el cual sugerimos sea financiado por el Estado, ya que el mismo concentra una cartera significativa de pensionados.

2) Disponer que los pensionados con salarios superiores a los RD\$19,000 mensuales coticen iguales que los empleados activos del contributivo. 70% - 30%. Bajo este escenario calificarían 4,976 pensionados que aportarían RD\$184,3 millones, con unos costos de RD\$45.9 millones, lo que arroja un balance positivo de RD\$138.5 millones. Esta diferencia atenuaría el déficit provocado por los grupos de bajos ingresos, y se aplicaría el principio de solidaridad que establece la Ley 87-01, (**Anexos Nos. 1 al 6**).



II. FONAMAT: REQUERIMIENTO DE RECURSOS AFILIADOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

A solicitud del CNSS, la SISALRIL formó parte de la comisión técnica para apoyar el funcionamiento del FONAMAT. En ese sentido, participamos en la preparación de los estudios actuariales sobre accidentes de tránsito acontecidos en el país, los cuales sirvieron de soporte para trazar la siguiente estrategia en torno a los afiliados del contributivo.

A mediados de 2007, el Gobierno Central dispuso una partida de RD\$100.0 millones para cubrir los gastos por accidentes de tránsito sucedidos en el período enero - septiembre del 2007. El total de afiliados se estimó en 2,214,344 personas, de los cuales 1,006,520 son titulares y 1,207,824 dependientes.

El número total de accidentes de tránsito de los afiliados al contributivo alcanzaría 3,128 casos, un promedio de 1,042 por cuatrimestre. De estos accidentes el 45.6% corresponderían a accidentes con heridas leves, el 30.3% heridas moderadas, 16.2% heridas graves y el 8.2% conllevarían muerte.

De los recursos asignados, RD\$74.4 millones se destinarían al pago de accidentes de tránsito y RD\$1.7 millones para los servicios por muerte. El resto será utilizado para el programa de prevención de accidentes, reserva de contingencia y gastos administrativos de las ARS.

La prima promedio mensual se calcula en RD\$11.29, asignándose RD\$8.40 para servicios médicos, RD\$0.20 servicios por muerte y RD\$2.69 a los demás gastos. (**Anexo No. 1**).

COMPONENTES DEL FONOMAT	RECURSOS DISPONIBLES Y POBLACIÓN AFILIADA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO PERIODO SEPT.-DIC. AÑO 2007			PROYECCIÓN RECURSOS Y POBLACIÓN AFILIADA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO PERIODO SEPT.-DIC. AÑO 2008		
	Recursos Asignados (RD\$)	Total Afiliados	Prima Mensual (RD\$)	Total Recursos (RD\$)	Total Afiliados	Prima Mensual (RD\$)
1. Servicios médicos por accidentes tránsito	74,401,305	2,214,344	8.40	92,247,990	2,500,000	9.22
1.1. Heridas leves	7,531,031	2,214,344	0.85	9,337,503	2,500,000	0.93
1.2. Heridas moderadas	18,235,858	2,214,344	2.06	22,610,104	2,500,000	2.26
1.3. Heridas graves	48,634,416	2,214,344	5.49	60,300,382	2,500,000	6.03
2. Servicios por muerte	1,731,784	2,214,344	0.20	2,147,188	2,500,000	0.21
Subt-total	76,133,089	2,214,344	8.60	94,395,177	2,500,000	9.44
3. Programa de Prevención de Accidentes	2,900,184			5,663,711		
4. Administración de FONOMAT	-			-		
5. Reserva para contingencias*	966,728		2.69	1,887,904		3.30
Sub-total	80,000,000			101,946,792		
6. Gastos Administrativos	20,000,000			25,486,698		
Total General (RD\$)	100,000,000		11.29	127,433,489		12.74

Fuente: SISALRIL-Dirección Técnica: Estimado con datos del ONAPRES, Banco Central, y Estudio "Cálculos Actuariales del FONAMAT-CNSS- Junio 27,2005.

III. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: IMPACTO ECONOMICO Y SOCIAL DEL INICIO DEL SFS-PDSS

Este trabajo tuvo como finalidad medir el impacto del Régimen Contributivo en el SFS. a continuación los principales resultados:

Cobertura afiliados: Con el inicio del SFS, el total de afiliados al Régimen Contributivo se

estima en 1,357,741, de los cuales 1,020,858 son titulares y 336,883 dependientes.

Durante el período octubre 2007-febrero 2008, se agregarían unos 630,389 afiliados, sumando la cartera total 1,988,130 afiliados, el 64.3% cotizantes y un 35.7% dependientes.

Régimen Contributivo: Proyección Cobertura de Afiliados / Septiembre 2007 - Febrero 2008

Detalle	Población Total Afiliada						Incremento Octubre 2007-Febrero 2008
	Al 1ro. de Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	
Total Afiliados	1,357,741	1,474,542	1,595,982	1,722,059	1,852,776	1,988,130	630,389
Titulares	1,020,858	1,072,394	1,123,931	1,575,467	1,227,004	1,278,540	257,682
Dependientes	336,883	402,148	472,051	546,592	625,772	709,590	372,707

Fuente: Tesorería de la Seguridad Social, (TSS). Agosto 2007.

Cobertura PDSS Vs. Servicios Médicos ARSs. Al relacionar la cobertura de los servicios que se ofrecerán a través del PDSS con la oferta actual de las ARSs, se observan beneficios cualitativos y cuantitativos a favor del PDSS.

La prima per cápita anual de RD\$4,737.00 del PDSS, resulta inferior en RD\$1,090.46, respecto al per cápita de RD\$5,827.46 que reciben las ARS por venta de los servicios de salud. Este valor excluye a las principales ARS que operan sin fines de lucro, así como al SENASA.

El costo per cápita del PDSS, aún siendo inferior en un 23%, ofertará una mayor cobertura de servicios médicos, y el mismo se extenderá a todos los afiliados del contributivo, sin exclusión por edad y morbilidades de las personas, como acontece en el modelo de aseguramiento tradicional.

En este sentido, es importante destacar la garantía de las prestaciones del PDSS por 60 días cuando el afiliado titular queda cesante de su trabajo³.

La canasta del PDSS incorpora importantes servicios que tradicionalmente no son ofertados por las ARSs, tales como: Promoción y Prevención que constituyen la base fundamental para el cambio positivo en el comportamiento epidemiológico de la población, lo que se traduce en una reducción del gasto en salud para el mediano y largo plazo. El per cápita de este renglón es de RD\$403.2 al año, lo que significa un ingreso mensual de RD\$45.6 millones para las ARS por el total de los afiliados a septiembre 2007, y de RD\$66.8 millones a febrero del 2008.

³ Artículo 14. Reglamento sobre Aspectos Grales. de Afiliación SFS-RC.

Asimismo, el PDSS brindará los servicios de alto costo y máximo nivel de complejidad por un per cápita anual de RD\$226.02; Además de algunos servicios de rehabilitación que tampoco son ofertados por las igualas médicas tradicionales

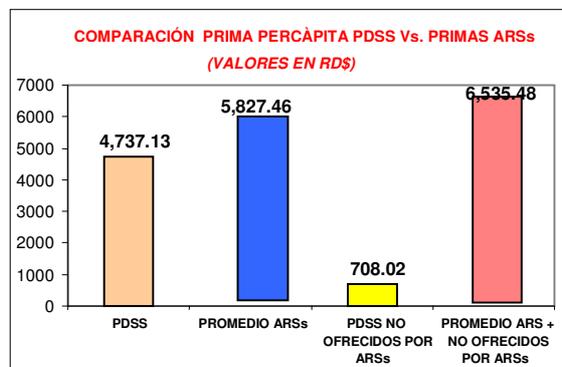
Al agregar el valor per cápita de los servicios adicionales del PDSS por RD\$708.02 anuales al per cápita de las ARS (RD\$5,827.46), el mismo alcanzaría un valor de RD\$6,535.48, lo que incrementaría el costo actual del financiamiento de la salud, bajo el supuesto de que estas empresas estuviesen brindando

Es importante señalar que el libre acceso⁴ a los servicios de salud para las personas afiliadas al Sistema antes del inicio del SFS, conjuntamente con el proceso de concienciación del afiliado, abriría la posibilidad para que los recursos asignados al grupo “promoción y prevención” se mantengan en reservas de las ARS, o que los mismos puedan ser utilizados para compensar una posible desviación de la frecuencia de uso de los servicios, conforme lo establece la Resolución 122 de fecha 3 de julio 2007.

Aportes y costos PDSS. Los aportes totales al PDSS durante el período septiembre 2007 – febrero 2008, alcanzarían RD\$7,115.8 millones; mientras los costos serían RD\$3,944.0 millones, resultando un saldo favorable de RD\$3,171.7 millones.

Aportes y costos según quintiles de Ingreso. Al analizar las estimaciones de los aportes y costos del PDSS en el semestre septiembre 2007 – febrero 2008, según quintiles de

una cobertura de servicios similar a la del PDSS.



ingreso y grupos de afiliados, se observa el comportamiento siguiente:

Los titulares registrados en las nóminas de la TSS con sueldos menores e iguales a RD\$10,000 alcanzan un total de 858,595 personas; sus aportes al PDSS serían RD\$2,471.9 millones, y los costos RD\$2,648.7 millones, arrojando un déficit de RD\$176.8 millones. Dicho déficit será financiado con los superávits generados por los trabajadores que devengan salarios superiores a los RD\$10,000 mensuales. (Principio de solidaridad de la Ley 87-01)

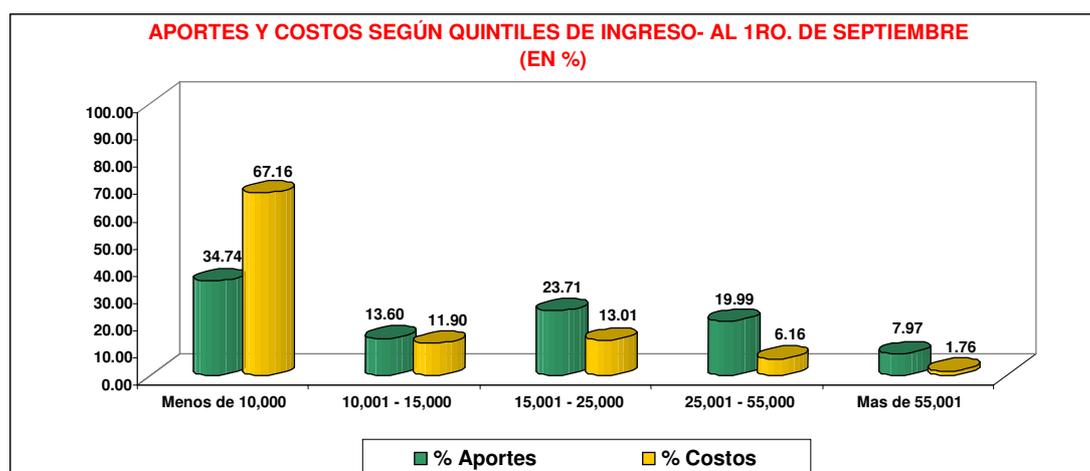
Los empleados con salarios entre RD\$10,001 y RD\$15,000 aportarían RD\$967.6 millones, y sus costos serían de RD\$469.5 millones, propiciando un balance positivo de RD\$498.1 millones.

Los titulares que perciben ingresos entre RD\$15,001 y RD\$25,000 aportarán RD\$1,686.8 millones, y sus costos serían RD\$513.1 millones, arrojando un balance favorable de RD\$1,173.7 millones.

⁴ Resolución 122-2007, SISALRIL.

El segmento de empleados situado entre RD\$25,001 y RD\$55,000 aportarán RD\$1,422.2 millones, sus costos serán RD\$243.1 millones, resultando un superávit de RD\$1,179.1 millones.

El último quintil comprende un total de 22,451 titulares con salarios por encima de los RD\$55,001, los cuales aportarán al PDSS RD\$567.3 millones; sus costos serían RD\$69.5 millones, arrojando un balance positivo de RD\$497.7 millones.



Impacto Social del SFS-PDSS. La diferencia de un 23% entre los per cápitas del PDSS y las ARS, tendría un efecto favorable en los ingresos de los trabajadores del contributivo, así como en las finanzas de los sectores público y privado.

La variación absoluta del costo per cápita anual, estimada en RD\$1,090.46, generaría un ahorro en el mes de septiembre de aproximadamente RD\$123.4 millones, el cual beneficiaría fundamentalmente al 67.2% de los cotizantes con ingresos inferiores al 50% del costo de la Canasta Básica de Bienes y Servicios⁵. Al mes de febrero del 2008 dicho ahorro alcanzaría un valor estimado de RD\$180.7 millones.

La contribución fija de 2.86% del salario de los empleados tendría un efecto de solidaridad hacia los grupos de menores ingresos, cuyo costo de los servicios del PDSS sería compartido y/o compensado por los cotizantes de mayores ingresos.

En el semestre analizado, el segmento más pobre recibiría un subsidio de RD\$176.8 millones para compensar el déficit de sus aportes.

El inicio del SFS con un saldo favorable de RD\$517.1 millones da una señal de estabilidad en el corto plazo para el Sistema Dominicano de Seguridad Social en Salud. En términos sociales, la entrada del PDSS beneficiaría de forma significativa a los afiliados del contributivo con una cobertura

⁵ Estimada en RD\$20,000 mensuales. según datos del Banco Central.

más amplia de servicios, lo que tendría un efecto favorable, debido a la reducción esperada en las tasas de morbilidad y mortalidad, por la prevención de enfermedades infecciosas, cardiovasculares y cánceres, elevándose así la esperanza de vida de la población, (**Anexos 1 al 6**)

IV. IMPACTO MODIFICACIÓN LEY 87-01 Y RESOLUCIÓN 129-07 SOBRE SALARIOS AFILIADOS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Transferencia Aportes del 1% de Pensiones al SFS-PDSS. Mediante modificación a la Ley 87-01, realizada en agosto del 2007, se estableció mantener constante el aporte del 9.0% correspondiente al 4to. año para el Sistema de Pensiones de los cotizantes afiliados al Régimen Contributivo. Con esta reforma, la contribución de un 10% que establece la Ley 87-01 para el 5to. año se deja sin efecto, provocando una disminución de un 1% en los aportes de los trabajadores y patronos al Sistema de Pensión.

La tasa invariable del 9% sobre una base tope de 20 salarios mínimos cotizables, mantuvo fijo el porcentaje aplicable al salario de los cotizantes en pensiones, no obstante haberse elevado en un 15.0% el SMC, el cual pasó de RD\$4,900 a RD\$5,635 en agosto del 2007.

La contribución del 1% desmontada a Pensión fue transferida al SFS-PDSS, incrementándose así la tasa de cotización de un 8.53% a 9.53%.

Este cambio, a diferencia de pensiones alteró la tasa de contribución al PDSS⁶, al moverse de 2.56 a 2.86% para los trabajadores y de

5.97 a 6.67% para empleadores, lo que significa un aumento de 11.7% en el aporte a salud, el cual será aplicado sobre una base tope de diez (10) SMC.

Adicional, por efecto del incremento de 15.0% en el SMC, la escala salarial de contribución pasaría de RD\$49,000 a RD\$56,350, originándose a partir de este rango un mayor aporte en salud con relación al desmonte por pensiones.

A consecuencia de este impacto, y considerando la masa salarial de agosto 2007⁷, el monto de los recursos transferidos de Pensiones a salud ascendería a RD\$126.6 millones en agosto, equivalente a un valor anual de RD\$1,519.5 millones.

De los aportes anuales reducidos a pensiones RD\$455.9 millones impactarán directamente el salario de los empleados y RD\$1,063.6 millones al presupuesto de las empresas.

El 81.77% de los recursos desmontados, provienen de los grupos con salarios inferiores a RD\$45,000 mensuales, los cuales representan el 97.13% del total de afiliados al Régimen Contributivo; mientras que el 2.87% de los grupos con salarios por encima de este salario aportarían el 18.23 por ciento.

En el entendido, de que tanto para Pensión como para Salud, se aplicara la cotización según Ley 87-018, la Reforma tendría un impacto positivo en los ingresos de los empleados en las diferentes actividades económicas, especialmente en los grupos de menores ingresos.

⁶ Resolución 163-02 del CNSS, agosto 2007.

⁷ Masa salarial al 8-8-07 RD\$12,662.9 millones para un total de 1,046.5 trabajadores. Datos de la DTI – TSS.

⁸ Artículo No. 56: 9% para el 4to. año y 10% para el 5to. año

En el marco de este enfoque, la modificación de la citada Ley, en contraste con el incremento de 15.0% en el SMC, beneficiará principalmente, al 97.13% de los empleados afiliados al contributivo que devengan salarios por debajo e igual a los RD\$45,000 mensuales, resultando con mayores ventajas, los titulares con salarios entre RD\$3,471 y RD\$7,352 mensuales, los cuales dentro de este intervalo agrupan al 67% de esta población.

Para estos grupos, la congelación en 1% de los aportes a pensiones significa un ahorro mensual de RD\$103.5 millones, el cual podrán transferir para financiar el aumento de 11.7% de los aportes al PDSS, sin que el mismo signifique una reducción en los niveles de ingreso de los empleados y patronos. El ahorro anual se estima en RD\$1,242.5 millones, de los cuales RD\$372.8 millones corresponden a los empleados y RD\$869.8 millones a los patronos.

Sin embargo, las medidas de políticas adoptadas tendrán un efecto diferente para los afiliados que reciben salarios por encima RD\$45,000, debido al impacto combinado del aumento de 11.7% en los aportes al PDSS y de 15.0% en el SMC, lo que consecuentemente originaría un desplazamiento alcista en la escala del salario a ser gravado, al pasar de RD\$49,000 a RD\$56,350 mensuales.

A excepción del rango que sobrepasa los RD\$100,000, los cotizantes en sus diferentes categorías salariales tendrán un mayor gasto en salud con relación a pensiones. Los aportes adicionales al PDSS se estiman en RD\$133.4 millones al mes de agosto, frente a

una reducción de RD\$126.6 millones en los aportes de pensiones, resultando un balance de RD\$6.8 millones como carga del PDSS.

Recursos Adicionales al PDSS Vs. Desmonte 1% de Pensiones. El balance adicional al PDSS sobre el monto de pensiones, estimado en RD\$6.8 millones al mes de agosto 2007 y RD\$81.7 millones al año 2008, impactaría en apenas 0.29% el salario de los contribuyentes⁹ con sueldos superiores a los RD\$45,000 mensuales. Dentro de este grupo, la mayor carga (1.03%), corresponderá a los cotizantes con salario promedio de RD\$58,172 al mes, mientras que en las demás categorías salariales dicho impacto oscila entre 0.21 y 0.89 por ciento.

DETALLE	SFS-PDSS		PENSIONES	SALARIO TOPE COTIZABLE (RD\$)
	TASAS APORTES (%)	COSTO PERCÁPITA (RD\$)	TASAS APORTES (%)	
Anterior	8.53	394.75	9.0	49,000
Actual	9.53	483.33	9.0	56,350
Variación %	11.7	22.4	0.0	15.0

Es importante destacar que este efecto se revierte en los cotizantes que perciben salarios por encima de RD\$100,000 mensuales, los cuales pagarán un promedio mensual de RD\$4.6 millones en salud y 6.4 millones en pensiones, arrojando un superávit de RD\$1.9 millones a favor del PDSS. Este segmento representa el 13% (3,845 personas) del total de los titulares comprendido en el rango analizado, y contribuye con el 28% aproximadamente de la masa salarial.

⁹ Total afiliados cotizantes con salarios por encima de RD\$45,000 mensuales 29,991 personas, según datos DTI.TSS.



En términos de per cápita, el balance promedio adicional de RD\$226.96 al mes respecto a Pensiones, representa un 46.96% con relación

al costo per cápita aprobado de RD\$483.33 mensuales. En consonancia con el comportamiento observado en los parámetros analizados a nivel de los afiliados que superan los RD\$45,000 de salarios mensuales, el costo adicional per cápita para el rango de menor ingreso sería de RD\$30.23, constituyendo un 6.26% del PDSS oficial.

En cambio, la carga adicional del per cápita se hace más pronunciada a medida que aumentan los niveles de salarios, observándose que en algunos casos los afiliados con ingresos entre RD\$55,000 y RD\$70,000 mensuales, deberán pagar un aumento promedio de 15% aproximadamente con relación al costo de RD\$483.33 aprobado en el Acuerdo 19 de diciembre del 2006. (Anexos 1 al 3).

V. PLANES COMPLEMENTARIOS, VOLUNTARIOS E INDEPENDIENTES Y ESPECIALES DE MEDICINA PREPAGADA

Las Administradoras de Riesgos de Salud, atendiendo a las Resoluciones Nos. 157-03 y 110-07, elaboraron y remitieron sus planes de salud a la SISALRIL para fines de evaluación y aprobación.

Este proceso conllevó un análisis exhaustivo a cada uno de estos planes, el cual implicó la

designación de un código único de identificación, verificación de los nombres, precios y modalidad, validación de las

NOMBRE PLANES ARS HUMANO	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
--------------------------	-----------------	---------

de Servicios de Salud, contratos de aseguramiento del afiliado; coberturas de los servicios de salud y medicamentos, diseño de los Formatos F-C1 y F-C2, reuniones con representantes de las ARS y publicación en la página Web de la SISALRIL. Sustentados en este proceso de análisis, se formularon los siguientes trabajos:

Primera Etapa: Evaluación de los Planes de Salud remitidos por las ARS en mayo de 2007.

Esta primera etapa tuvo como soporte las comunicaciones que remitieron las ARS acompañadas de sus diferentes tipos de planes de salud, y en respuesta a la misma se informó a cada ARS sobre el estatus de sus planes, bajo el esquema estándar descrito a continuación:

ARS HUMANO: En su comunicación de remisión de los Planes Complementarios, Planes Voluntarios o Independientes y Planes Especiales de Medicina Prepagada, esta ARS facilitó todas las informaciones requeridas por esta Superintendencia conforme lo establecido en la Resolución N° 157-03. En consideración, dichos planes fueron aprobados.

Plan Esencial	Complementarios	230001
Plan Esencial	Voluntarios Independientes	230002
Plan Esencial	Especiales de Medicina Prepagada	230003
Plan Fundamental	Complementarios	230004
Plan Fundamental	Voluntarios Independientes	230005
Plan Fundamental	Especiales de Medicina Prepagada	230006
Plan Superior	Complementarios	230007
Plan Superior	Voluntarios Independientes	230008
Plan Superior	Especiales de Medicina Prepagada	230009
Plan Royal	Complementarios	230010
Plan Royal	Voluntarios Independientes	230011
Plan Royal	Especiales de Medicina Prepagada	230012
Plan Max	Complementarios	230013
Plan Max	Voluntarios Independientes	230014
Plan Max	Especiales de Medicina Prepagada	230015
Plan Platinum	Complementarios	230016
Plan Platinum	Voluntarios Independientes	230017
Plan Platinum	Especiales de Medicina Prepagada	230018
Plan de Salud Inter. Clasic	Voluntarios Independientes	230019
Plan de Salud Inter. Clasic	Especiales de Medicina Prepagada	230020
Plan de Salud Inter. Executive	Voluntarios Independientes	230021
Plan de Salud Inter. Executive	Especiales de Medicina Prepagada	230022
Plan de Salud Inter. Premium	Voluntarios Independientes	230023
Plan de Salud Inter. Premium	Especiales de Medicina Prepagada	230024
Plan Vital	Complementarios	230025

ARS BMI: En su comunicación de remisión de los Planes Complementarios, Planes Voluntarios o Independientes y Planes Especiales de Medicina Prepagada, esta ARS facilitó todas las

informaciones requeridas por esta Superintendencia conforme lo establecido en la Resolución N° 157-03. En consideración, dichos planes fueron aprobados.

NOMBRE PLANES ARS BMI	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Plan Excelsius I	Complementarios	070001
Plan Excelsius I	Voluntarios o Independientes	070002
Plan Excelsius I	Especiales de Medicina Prepagada	070003
Plan Excelsius II	Complementarios	070004
Plan Excelsius II	Voluntarios o Independientes	070005
Plan Excelsius II	Especiales de Medicina Prepagada	070006
Plan Excelsius III	Complementarios	070007
Plan Excelsius III	Voluntarios o Independientes	070008
Plan Excelsius III	Especiales de Medicina Prepagada	070009
Planes Nacionales	Complementarios	070010
Planes Nacionales	Voluntarios o Independientes	070011
Planes Nacionales	Especiales de Medicina Prepagada	070012
Plan de Asistencia en Viajes	Complementarios	070013
Plan de Asistencia en Viajes	Voluntarios o Independientes	070014
Plan de Asistencia en Viajes	Especiales de Medicina Prepagada	070015
Plan de Medicinas Ambulatorias	Complementarios	070016
Plan de Medicinas Ambulatorias	Voluntarios o Independientes	070017
Plan de Medicinas Ambulatorias	Especiales de Medicina Prepagada	070018
Planes Dentales	Complementarios	070019
Plan Visual	Complementarios	070020

ARS UNIVERSAL: En su comunicación de remisión de los Planes Complementarios y Planes Voluntarios o Independientes, esta ARS facilitó todas las informaciones requeridas por

esta Superintendencia conforme lo establecido en la Resolución N° 157-03. En consideración, dichos planes fueron aprobados.

NOMBRE PLANES ARS UNIVERSAL	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Complementa Servicios Hospitalarios o de Internamiento	Complementarios	140001
Aumento Red de Referencia y Contra Referencia	Complementarios	140002
Plan Óptimo	Complementarios	140003
Plan Óptimo	Voluntarios o independientes	140004
Plan Supremo	Complementarios	140005
Plan Supremo	Voluntarios o independientes	140006
Plan Exclusivo	Complementarios	140007
Plan Exclusivo	Voluntarios o independientes	140008

ARS ISSPOL: De acuerdo a comunicación remitida, los Planes Complementarios evaluados presentaron las siguientes limitantes:

- Como servicios adicionales al PDSS sólo ofrecerán los Planes Complementarios, los cuales aparecen designados con los nombres en asteriscos *, **, ***. No se describe su modalidad; sin embargo, por sus características se infiere que son individuales y colectivos.

- No presentan el modelo de contrato de aseguramiento.
- No presentan los nombres de las PSS contratadas y sus coberturas.
- No presentan el estudio de Suficiencia técnica y financiera.

En consideración, estos planes están pendientes de ser aprobados por la SISALRIL.

NOMBRES PLANES ARS ISSPOL	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
A)* X**	Complementarios	720001
B)* XX**	Complementarios	720002
C)* XXX**	Complementarios	720003

*Nombres SISALRIL

** Nombres remitidos ARS-ISSPOL

ARS SALUD SEGURA: La presentación de los Planes Complementarios de esta ARS no cumple con los requisitos de:

- Copia de contrato de aseguramiento

- Estudios de suficiencia técnica y financiera.

Estos planes fueron aprobados, baja la salvedad de que los documentos faltantes serán enviados en un período entre 30 y 120 días.

NOMBRES PLANES ARS SALUD SEGURA	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Plan Comfort	Complementarios	020001
Plan Tecnológico	Complementarios	020002
Plan Extremo	Complementarios	020003
Plan Farmasalud	Complementarios	020004
Plan Móvil Salud	Complementarios	020005
Plan Óptico Refractorio	Complementarios	020006
Plan Dental Premium	Complementarios	020007
Premium Plus	Complementarios	020008
Plan de Servicios de Salud Padres Seguros	Voluntarios o Independientes	020009
Plan de Servicios de Salud Familia Segura	Voluntarios o Independientes	020010
Plan de Servicios de Salud Asistente Doméstica	Voluntarios o Independientes	020011



ARS SEMMA: En la comunicación de remisión de los Planes Complementarios de esta empresa no se incluyó la siguiente información relativa a:

- Estudio de la Suficiencia técnica y financiera.

Estos planes fueron aprobados, bajo la condición de que los documentos faltantes deberán ser enviados en un período de 120 días.

NOMBRES PLANES ARS SEMMA	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Plan Complementario ARS SEMMA	Complementarios	420001

ARS COLONIAL: En su comunicación de remisión de los Planes Complementarios, esta ARS facilitó todas las informaciones requeridas por esta Superintendencia

conforme a lo establecido en la Resolución N° 157-03. En consideración, dichos planes fueron aprobados.

NOMBRES PLANES ARS COLONIAL	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Extra	Complementarios	250001
Premium	Complementarios	250002
Ultra	Complementarios	250003
Summa	Complementarios	250004

ARS GALENO: En la comunicación de remisión de los Planes Complementarios de esta empresa no se incluyeron las siguientes informaciones:

- Copia del contrato de aseguramiento de los afiliados en el plan.
-

- Nombres de las PSS contratadas y sus coberturas.
- Suficiencia técnica y financiera de dichos los planes.

En consideración, estos planes están pendientes de ser aprobados por la SISALRIL.

NOMBRES PLANES ARS GALENO	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Plan Dorado	Complementarios	040001
Plan Plateado	Complementarios	040002
Plan Fácil	Complementarios	040003
Plan Prebea	Complementarios	040004

ARS CMD: En la comunicación de remisión de los Planes Complementarios de esta empresa no se incluyeron las siguientes informaciones:

- Nombre de las PSS contratadas y cobertura.
- Suficiencia técnica y financiera de los planes a ofertar.
- Copia del contrato de aseguramiento.

NOMBRES PLANES ARS CMD	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Plan I	Complementarios	010001
Plan II	Complementarios	010002
Plan Dental	Complementarios	010003
Plan Óptico	Complementarios	010004
Plan de Enfermedades catastróficas	Complementarios	010005
Plan Geriátrico	Complementarios	010006
Plan Últimos Gastos	Complementarios	010007

ARS PALIC: En su comunicación de remisión de los Planes Complementarios, Planes Voluntarios o Independientes y Planes Especiales de Medicina Prepagada, esta ARS facilitó todas las informaciones requeridas

por esta Superintendencia conforme a lo establecido en la Resolución N° 157-03. En consideración, dichos planes fueron aprobados.

NOMBRES PLANES ARS PALIC SALUD	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Plan A	Plan Complementario	490001
Plan B	Plan Complementario	490002
Plan C	Plan Complementario	490003
Plan Médico Hospitalario P.P.O	Voluntarios o Independientes	490004
Plan Médico Hospitalario Servimedic	Voluntarios o Independientes	490005
Plan Familia Sana	Voluntarios o Independientes	490006
Plan Prestige	Voluntarios o Independientes	490007
Plan Prestige Internacional	Especiales de Medicina Prepagada	490008

ARS UCEMED. En la comunicación de remisión de los Planes Complementarios de esta empresa, no se presentaron las informaciones siguientes:

- Estudios de suficiencia técnica y financiera de los planes ofertados.

- Nombres de las prestadoras que participan en el plan y las coberturas contratadas.
- Copia del contrato de aseguramiento.

En consideración, estos planes fueron aprobados preliminarmente.

NOMBRES PLANES - ARS UCEMED	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Empresarial Excelencia A	Complementarios	510001
Empresarial Excelencia B	Complementarios	510002
Empresarial Excelencia C	Complementarios	510003
Empresariales de Luxe A	Complementarios	510004
Empresariales de Luxe B	Complementarios	510005
Ejecutivo	Complementarios	510006
Plan Medicina Ambulatoria 3,550	Complementarios	510007
Plan Medicina Ambulatoria 3,550	Voluntarios o Independientes	510008
Plan Medicina Ambulatoria 5,000	Complementarios	510009
Plan Medicina Ambulatoria 5,000	Voluntarios o Independientes	510010
Plan Medicina Ambulatoria 7,500	Complementarios	510011
Plan Medicina Ambulatoria 7,500	Voluntarios o Independientes	510012
Plan Medicina Ambulatoria 10,000	Complementarios	510013
Plan Medicina Ambulatoria 10,000	Voluntarios o Independientes	510014
Plan Medicina Ambulatoria 15,000	Complementarios	510015
Plan Medicina Ambulatoria 15,000	Voluntarios o Independientes	510016
Plan Medicina Ambulatoria 20,000	Complementarios	510017
Plan Medicina Ambulatoria 20,000	Voluntarios o Independientes	510018
Plan Catastróficas 350,000	Complementarios	510019
Plan Catastróficas 350,000	Voluntarios o Independientes	510020
Plan Catastróficas 500,000	Complementarios	510021
Plan Catastróficas 500,000	Voluntarios o Independientes	510022
Plan Catastróficas 1,000,000	Complementarios	510023
Plan Catastróficas 1,000,000	Voluntarios o Independientes	510024

ARS SENASA: En la comunicación de remisión de los Planes Complementarios de esta empresa, no se presentaron las informaciones siguientes:

- Nombres y descripción de las coberturas de los planes

- Suficiencia técnica y financiera de los planes
- Nombres de la Red de las Prestadoras y las coberturas contratadas
- Copia del contrato de aseguramiento

En consideración, estos planes están pendientes de ser aprobados.

NOMBRES DE LOS PLANES	TIPOS DE PLANES	PLANES
Plan Premium SENASA	Complementario	52001
Plan Odontológico Plus	Complementario	52002
Plan Integral	Complementario	52003



ARS YUNEN: En su comunicación de remisión de los Planes, esta ARS facilitó todas las informaciones requeridas por esta

Superintendencia conforme lo establecido en la Resolución N° 157-03. En consideración, dichos planes fueron aprobados.

NOMBRE PLANES ARS YUNEN	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Plan Opcional 1	Complementarios	130001
Plan Opcional 2	Complementarios	130002
Plan Opcional 3	Complementarios	130003
Odontología Dominicana Básico Individual	Complementarios	130004
Odontología Dominicana Básico Individual	Voluntarios o Independientes	130005
Odontología Dominicana Empresarial Individual	Complementarios	130006
Odontología Dominicana Empresarial Individual	Voluntarios o Independientes	130007
Odontología Dominicana Primium Individual	Complementarios	130008
Odontología Dominicana Primium Individual	Voluntarios o Independientes	130009
Odontología Dominicana Primium Plus Individual	Complementarios	130010
Odontología Dominicana Primium Plus Individual	Voluntarios o Independientes	130011
Odontología Dominicana Platinum Individual	Complementarios	130012
Odontología Dominicana Platinum Individual	Voluntarios o Independientes	130013
Plan Dental Salud Bucal Básico Individual	Complementarios	130014
Plan Dental Salud Bucal Básico Individual	Voluntarios o Independientes	130015
Plan Dental Salud Bucal Empresarial Individual	Complementarios	130016
Plan Dental Salud Bucal Empresarial Individual	Voluntarios o Independientes	130017
Plan Dental Salud Bucal Premium Individual	Complementarios	130018
Plan Dental Salud Bucal Premium Individual	Voluntarios o Independientes	130019
Plan Dental Salud Bucal Platinum	Complementarios	130020
Plan Dental Salud Bucal Platinum	Voluntarios o Independientes	130021
FARMACARD Marca & Genérico 3,000	Complementarios	130022
FARMACARD Marca & Genérico 3,000	Voluntarios o Independientes	130023
FARMACARD Marca & Genérico 5,000	Complementarios	130024
FARMACARD Marca & Genérico 5,000	Voluntarios o Independientes	130025
FARMACARD Marca & Genérico 10,000	Complementarios	130026
FARMACARD Marca & Genérico 10,000	Voluntarios o Independientes	130027
FARMACARD Marca & Genérico 20,000	Complementarios	130028
FARMACARD Marca & Genérico 20,000	Voluntarios o Independientes	130029
FARMACARD Marca & Genérico 40,000	Complementarios	130030
FARMACARD Marca & Genérico 40,000	Voluntarios o Independientes	130031
Plan Servicios Funerarios Últimos Gastos	Complementarios	130032
Plan Servicios Funerarios Últimos Gastos	Voluntarios o Independientes	130033



ARS SEMUNASED: En la comunicación de remisión de los Planes Complementarios y Voluntarios o Independientes, esta empresa no incluyó las siguientes informaciones:

- Nombres de las PSS y las coberturas contratadas.

- Suficiencia técnica y financiera de los planes a ofertar.
- Copia del contrato de aseguramiento.

En consideración, los Planes de esta ARS fueron aprobados preliminarmente.

NOMBRE PLANES - ARS SEMUNASED	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Plan Oro	Complementarios	340001
Plan Diamante	Complementarios	340002
Plan Diamante Ejecutivo	Complementarios	340003
Medicamentos Ambulatorios	Complementarios	340004
Plan Enfermedades Catastróficas 500,000.	Voluntarios o Independientes	340005
Plan Enfermedades Catastróficas 1,000,000	Voluntarios o Independientes	340006
Plan Últimos Gastos 50,000	Voluntarios o Independientes	340007
Plan Últimos Gastos 75,000	Voluntarios o Independientes	340008

ARS PLAMEDIN. En la comunicación de remisión de sus Planes Complementarios, esta empresa dejó de enviar las siguientes informaciones:

- Nombres de las PSS y las coberturas contratadas.

- Suficiencia técnica y financiera de los planes a ofertar.
- Copia del contrato de aseguramiento.

En consideración, los Planes de esta ARS fueron aprobados preliminarmente.

NOMBRE PLANES ARS PLAMEDIN	TIPO PLANES	CODIGOS
Standard	Complementarios	200001
Supreme	Complementarios	200002
Excellence	Complementarios	200003

ARS ASEMAP: En su comunicación de remisión de los Planes Complementarios, esta ARS no reportó los siguientes requisitos:

- Nombres de las PSS y cobertura contratada.

- Copia del contratos de aseguramiento de los planes a ofertar.

Estos planes fueron aprobados, baja la condición de que los documentos faltantes deberán ser enviados en un período de 30 días.

NOMBRE PLANES ARS ASEMAP	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Solidario	Complementarios	360001
Amor	Complementarios	360002
Paz	Complementarios	360003
Amor y Paz	Complementarios	360004
Medicamentos Ambulatorios	Complementarios	360005
Plan Funerario y/o de Ultimos Gastos:	Complementarios	
Básico	Voluntarios o Independientes	360006
Plus	Voluntarios o Independientes	360007
Coral	Voluntarios o Independientes	360008
Premium	Voluntarios o Independientes	360009
Planes de Gastos Médicos por Enfermedades Graves	Especiales de Medicina Prepagada	360010

ARS- RESERVAS: De acuerdo a comunicación de fecha 27 de los corrientes, esta ARS no remitió los siguientes requisitos mínimos establecidos en el Art. 4 de la Resolución No.157-03 del CNSS:

- Nombres de las prestadoras que participan en el plan y las coberturas contratadas

- Copia del contrato de aseguramiento
- Suficiencia técnica y financiera de los planes ofertados.

En consideración, estos planes están aprobado de manera preliminar.

NOMBRES PLANES ARS RESERVAS	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Plan Complementario I	Complementarios	560001
Plan Complementario II	Complementarios	560002
Plan Familiar 675	Voluntarios o Independientes	560003
Plan Familiar 570	Voluntarios o Independientes	560004

ARS GRUPO MÉDICO ASOCIADO: En su comunicación de remisión de los Planes Complementarios, esta ARS no reportó los siguientes requisitos:

- Copia del contrato de aseguramiento.

- Nombres de las PSS contratadas y sus coberturas.
- Suficiencia técnica y financiera de los planes a ofertar.

En consideración, estos planes fueron aprobados de manera preliminar.

NOMBRES PLANES ARS GMA	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Imperial	Complementarios	060001
Real	Complementarios	060002

ARS MONUMENTAL: En la comunicación de remisión de los Planes Complementarios de esta empresa no se incluyeron la siguiente información:

- Suficiencia técnica y financiera de los planes a ofertar.

En consideración, estos planes fueron aprobados.

NOMBRES PLANES ARS MONUMENTAL	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Completo	Complementarios	180001
Mayor	Complementarios	180002
Superior	Complementarios	180003
Máximo	Complementarios	180004
Real	Voluntarios o Independientes	180005
Real	Complementarios	180006
Estelar	Voluntarios o Independientes	180007
Estelar	Complementarios	180008
Monumental	Voluntarios o Independientes	180009
Monumental	Complementarios	180010
Gerencial	Voluntarios o Independientes	180011
Gerencial	Complementarios	180012
Ejecutivo	Voluntarios o Independientes	180013
Ejecutivo	Complementarios	180014
Empresarial	Voluntarios o Independientes	180015
Empresarial	Complementarios	180016

ARS APS: En su comunicación de remisión de los Planes Complementarios, Planes Voluntarios o Independientes y Planes Especiales de Medicinas Prepagadas, esta ARS no reportó los siguientes requisitos:

- Análisis de la suficiencia técnica y financiera de estos planes propuestos.

- Nombre de las PSS contratadas y cobertura contratada con cada una de ellas.
- Copia del modelo de contrato de aseguramiento.

En consideración, estos planes aprobados de forma preliminar.

NOMBRES PLANES ARS APS	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Básico	Complementarios	030001
Ejecutivo	Complementarios	030002
Global	Complementarios	030003
VIP	Complementarios	030004
Mundial	Complementarios	030005
Ámbar Voluntario	Voluntarios o independientes	030006
Perla Voluntario	Voluntarios o independientes	030007
Onix Voluntario	Voluntarios o independientes	030008
Esmeralda Voluntario	Voluntarios o independientes	030009
Premier 1	Especiales de Medicina Prepagada	030010

ARS SIMAG: En su comunicación de remisión de los Planes Complementarios, y Planes Voluntarios o Independientes, esta ARS no reportó los siguientes requisitos:

- Análisis de la suficiencia técnica y financiera de estos planes propuestos.

- Nombre de las PSS y cobertura contratada.

Estos planes fueron aprobados, baja la condición de que los documentos faltantes deberán ser enviados en un período entre 30 y 120 días.

NOMBRE DE LOS PLANES SIMAG	TIPO PLAN	CODIGO
Plan Cobertura Adicional Habitación 1,000	Complementarios	050001
Plan Cobertura Adicional Habitación 1,500	Complementarios	050002
Plan Cobertura Adicional Habitación 2,000	Complementarios	050003
Complemento Catastrófico	Complementarios	050004
Medicina de Marca y Genérico 3,000	Complementarios	050005
Medicina de Marca y Genérico 5,000	Complementarios	050006
Medicina de Marca y Genérico 10,000	Complementarios	050007
Medicina de Marca y Genérico 20,000	Complementarios	050008
Clásico (07)	Voluntarios o independientes	050009
Ejecutivo (07)	Voluntarios o independientes	050010
Premier (07)	Voluntarios o independientes	050011
Trébol	Voluntarios o independientes	050012

ARS SDS: En la comunicación de remisión de los Planes Complementarios a ofertar les faltó la siguiente información:

- Nombre de las PSS y cobertura contratada.

- Copia del contrato de aseguramiento. Estos planes fueron aprobados, bajo la condición de que los documentos faltantes deberán ser enviados en un período de 30 días.

NOMBRE PLANES ARS SDS	TIPO PLAN	CODIGO
Planes Complementario más Salud	Complementarios	270001
Plan Complementario Extra Salud	Complementario	270002

ARS FUTURO: En su comunicación de remisión de los Planes Complementarios, esta ARS no reportó los siguientes requisitos:

- Suficiencia técnica y financiera de los planes.

- Copia del contrato de aseguramiento.

En consideración, estos planes fueron aprobados.

NOMBRE PLANES ARS FUTURO	TIPOS PLANES	CODIGOS
Programa Futuro complementario Mega	Complementarios	210001
Programa Futuro Complementario Master	Complementarios	210002
Programa Futuro Complementario Ultra	Complementarios	210003
Plan Futuro Dental	Complementarios	210004

ARS FUERZAS ARMADAS (FFAA): Esta institución informó que a la fecha no ha elaborado sus planes complementarios, debido a que sus "servicios están exclusivamente limitados al PDSS establecido por el CNSS". En la misma, señalan que una vez definidos algunos aspectos financieros, procederán a elaborar dichos planes.

- Estudios de Suficiencia técnica y financiera
- Nombres de las PSS y cobertura contratada.
- Copia del contrato de aseguramiento.

En consideración, estos planes fueron aprobados de forma preliminar.

ARS RENACER: En la comunicación de remisión de los Planes Complementarios, y Planes Voluntarios o Independientes, esa ARS no reportó las siguientes informaciones:

NOMBRE PLANES ARS RENACER	TIPO PLAN	CODIGO
---------------------------	-----------	--------

Plan Caribe	Complementarios	430001
Plan Caribe	Voluntarios o independientes	430002
Plan Indico	Complementarios	430003
Plan Indico	Voluntarios o independientes	430004
Plan Atlántico	Complementarios	430005
Plan Atlántico	Voluntarios o independientes	430006
Plan Pacífico	Complementarios	430007
Plan Pacífico	Voluntarios o independientes	430008

ARS METASALUD: En la comunicación de remisión de los Planes Complementarios, y Planes Voluntarios o Independientes, esa ARS no reportó las siguientes informaciones:

- Nombre de las PSS y cobertura contratada.

- Copia del contrato de aseguramiento.
- Suficiencia técnica y financiera de los planes a ofertar.

En consideración, estos planes están aprobados preliminarmente.

NOMBRES PLANES ARS METASALUD	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
Plan Estrella Plus	Complementarios	630001
Plan Estrella Plus	Voluntarios o Independientes	630002
Plan Estrella	Complementarios	630003
Plan Estrella	Voluntarios o Independientes	630004
Plan Fácil Cover	Complementarios	630005
Plan Fácil Cover	Voluntarios o Independientes	630006
Plan Geriátrico	Complementarios	630007
Plan Geriátrico	Voluntarios o Independientes	630008

ARS IGMAM: En la comunicación de remisión de los Planes Complementarios, y Planes Voluntarios o Independientes, esa ARS no reportó las siguientes informaciones:

- Nombre de las PSS y cobertura contratada.

- Copia del contrato de aseguramiento.
- Suficiencia técnica y financiera de los planes a ofertar.

En consideración, estos planes están aprobados preliminarmente.

NOMBRES PLANES ARS IGMAN	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
--------------------------	-----------------	---------

VIP	Complementarios	530001
Ejecutivo	Complementarios	530002
Especial	Complementarios	530003
VIPLUS	Voluntarios o Independientes	530004
VIP	Voluntarios o Independientes	530005
Ejecutivo	Voluntarios o Independientes	530006
Intermedio	Voluntarios o Independientes	530007
Especial	Voluntarios o Independientes	530008
Vejez Dorada	Complementarios	530009
Vejez Dorada	Voluntarios o Independientes	530010
Maternidad a Madres Solteras	Complementarios	530011
Maternidad a Madres Solteras	Voluntarios o Independientes	530012
Últimos Gastos Funerarios	Complementarios	530013
Últimos Gastos Funerarios	Voluntarios o Independientes	530014
Medicinas Ambulatorias RD\$ 4,000.00	Complementarios	530015
Medicinas Ambulatorias RD\$ 4,000.00	Voluntarios o Independientes	530016
Medicinas Ambulatorias RD\$ 3,500.00	Complementarios	530014
Medicinas Ambulatorias RD\$ 3,500.00	Voluntarios o Independientes	530015
Medicinas Ambulatorias RD\$5,000.00	Complementarios	530016
Medicinas Ambulatorias RD\$5,000.00	Voluntarios o Independientes	530017
Medicinas Ambulatorias RD\$ 7,500.00	Complementarios	530018
Medicinas Ambulatorias RD\$ 7,500.00	Voluntarios o Independientes	530019
Medicinas Ambulatorias RD\$ 10,000.00	Complementarios	230020
Medicinas Ambulatorias RD\$ 10,000.00	Voluntarios o Independientes	530021

PLAN SALUD. En la comunicación de remisión de los Planes Complementarios, esa ARS no reportó las siguientes informaciones:

- Estudio de suficiencia técnica y financiera.

- Nombres de las PSS y las coberturas contratadas.
- Copia del contrato de aseguramiento.

En consideración, estos planes están aprobados de forma preliminar.

NOMBRES PLANES ARS PLAN SALUD	TIPOS DE PLANES	CODIGOS
A*	Complementario	500001

* Debido a que la ARS no indicó el nombre del Plan se le asignó el A.

VI. SEGUNDA ETAPA. AUDITORÍA A LAS ARS SOBRE PLANES DE SALUD. (PERÍODO 15 AL 19 OCTUBRE 2007)

32

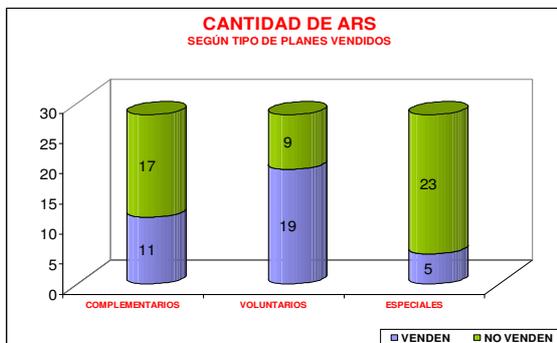
OBJETIVO. Monitorear y supervisar el cumplimiento de los requerimientos de los



Planes Complementarios, Voluntarios o Independientes y Especiales de Medicina Prepagada, según las normativas y disposiciones legales establecidas por la SISALRIL.

HALLAZGOS GENERALES.

- De las 28 ARS Auditadas, el 39.29% están vendiendo Planes Complementarios, 67.86% Planes Voluntarios o Independientes y el 17.86% los Planes Especiales de Medicina Prepagada.



- Un total de 22 ARS entregaron las coberturas de los Planes Complementarios en los Formatos FC-1 y FC-2, cumpliendo así con el requisito de la Resolución No. 138-07 de la SISALRIL. Estas empresas están ofertando 202 Planes Complementarios.

Actualmente dos (2) ARS están en proceso de revisión pro-activa con la SISALRIL, y cuatro (4) han manifestado no estar vendiendo Planes Complementarios, lo que justifica la ausencia de los citados formatos y otras informaciones.

- Las cuatro ARS que no están vendiendo Planes Complementarios, argumentaron que prefieren esperar el desempeño del PDSS durante un período razonable, para valorar las actividades a complementar.

ARS CON PLANES APROBADOS

ARS	# PLANES	ARS	# PLANES	ARS	# PLANES
APS	8	ISSPOL	14	SALUD SEGURA	3
ASEMAP	2	LA COLONIAL	17	SDS	2
BMI	9	META SALUD	3	SEMMA	1
FUTURO	4	PALIC SALUD	8	SEMUNASED	16
GALENO	3	PLAMEDIN	3	SIMAG	18
GMA	2	PLAN SALUD	1	UNIVERSAL	23
HUMANO	34	RENACER	4	YUNEN	16
IGMAN	11				

- De las 22 ARS con Planes Complementarios, el 36% no había logrado vender ningún Plan, aunque sí los estaba mercadeando.

- En lo relativo a la revisión de facturas, recibos de ingreso y contratos de los afiliados, las anomalías son mínimas, con la salvedad de que algunos contratos no aparecen firmados por el afiliado, debido a que los planes son contratados y pagados por el empleador.



- Algunas ARS están vendiendo Planes Voluntarios a afiliados del Régimen Contributivo, tanto individualmente como a través de su empleador; en algunos casos corresponden con afiliados al PDSS y en otros a empleados que su empresa aún no ha afiliado al Sistema. Esta situación amerita una supervisión inmediata.
- Se evidenciaron variaciones en los precios de algunos Planes Aprobados por la SISALRIL. Se observó que esta situación se produce por la facturación de varios planes en una sola cuenta, reducción de la prima según el número afiliados, tasa de siniestralidad y/o descuento por pronto pago.

- Cruce de carteras de afiliados de los diferentes Planes de Salud y reorganización.
- Auditorías periódicas a los Planes de Salud.
- Seguimiento a las quejas o reclamaciones derivadas de los Planes de Salud.



ACCIONES INMEDIATAS SISALRIL A SER EFECTUADA EN FECHA 29 OCTUBRE AL 16 DE NOVIEMBRE 2007.

- Envío de comunicaciones a las ARS sobre los resultados de las auditorías.
- Revisión exhaustiva de cada una de las coberturas de los Planes Complementarios Vs. Cobertura PDSS (FC-1 y FC-2).
- Validación y publicación definitiva en la página Web de la SISALRIL.

VII. TERCERA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE LOS PLANES DE SALUD OFRECIDOS POR LAS ARS HABITALIDAS (AL MES DE NOVIEMBRE DE 2007). 34

Luego de dos meses de haberse implementado el SFS, la SISALRIL procedió a levantar un diagnóstico de los Planes Complementarios, Planes Voluntarios o Independientes, y Planes Especiales de Medicinas Prepagadas, con el objetivo de



conocer el desempeño de las ARS durante los meses de septiembre y octubre del año 2007.

Características Generales. Al mes de noviembre del 2007, las ARS habían reportados a la Superintendencia, un total de 475 Planes de Salud, de los cuales el 44% (209) corresponden a Planes Complementarios, un 41.89% (199) a Planes

Voluntarios o Independientes y el 14.11% (67) son Especiales de Medicina Prepagada.

De las 29 ARS habilitadas, 24 remitieron Planes Complementarios, un número similar de 24 ARS envió Planes Voluntarios, y 8 ofrecen los Especiales de Medicina Prepagada.

. DETALLE	TIPOS DE PLANES		
	COMPLEMENTARIOS	VOLUNTARIOS O INDEPENDIENTES	ESPECIALES MED. PREPAGADA
CANTIDAD ARS	24	24	8
% ARS CON PLANES	83%	83%	28%
TOTAL ARS Hab.	29	29	29

Como se desprende de este cuadro, una misma ARS puede estar vendiendo diferentes tipos de planes.

Las ARS con mayor número de planes son: Humano 88, SEMUNASED 37, Colonial 35, Universal y APS 33 ambas y SIMAG con 28. Estas seis empresas agrupan el 53.5% del total de los planes mercadeados¹⁰. Por otro lado, las ARS que tienen la menor cantidad de planes son: SEMMA y Plan Salud con 1 y 2 planes respectivamente.

Planes Complementarios. Para la presentación de los Planes Complementarios, la SISALRIL mediante la Resolución No. 138-07 estableció los Formatos FC-1 y FC-2¹¹,

con la finalidad de que las ARS remitieran las coberturas de los servicios adicionales al PDSS para fines de evaluación, validación y aprobación. Igualmente se publicó en la página Web de la Superintendencia el "Instructivo de Uso Formato Remisión Planes Complementarios", con el objetivo de orientar y facilitar el trabajo de llenado de ambos Formatos.

Bajo este esquema, las 24 ARS con Planes Complementarios cuentan con un total de 209 variedades de planes, de los cuales 128 están diseñados en el Formato FC-2, y 81 en el Formato FC-1. Atendiendo a las características de ambos formatos, un 38.76% de estos planes están conformados como paquetes complementarios al PDSS; mientras el 61.24% son planes individuales para productos o servicios específicos.

35

En el Formato FC-2 se reportaron los siguientes planes: 50 con cobertura de

¹⁰ Complementarios, Voluntarios o Independientes y Especiales de Medicina Prepagada.

¹¹ **FC-1: Formato para los Planes Complementarios ofrecidos como un conjunto de servicios (paquetes).** Utilizado para los PC compuestos por un conjunto de servicios. **FC-2: Formato para los Planes Complementarios ofrecidos como servicios individuales.** Utilizado para integrar o ampliar un servicio determinado, tales como: medicinas, alto costo, últimos gastos, entre otros.



Medicamentos, 38 Odontológicos, 15 para Enfermedades Catastróficas o Alto Costo, 15 concernientes a Últimos Gastos, y 9 planes calificados en “otros”, referentes a cesantía, ambulancia, etc.

La distribución de los planes complementarios en el Formato FC-2, a nivel de ARS es la siguiente:

ARS	No. Planes en FC-2
HUMANO	29
UNIVERSAL	21
SIMAG	14
YUNEN	13
COLONIAL - SEMUNASED	12
ISSPOL	10
IGMAN	6
BMI	4
APS - PALIC	3
FUTURO	1

El cuadro a continuación muestra la cantidad de planes complementarios diseñados en el Formato FC-1 por las 24 ARS mencionadas, y en el mismo se aprecia que 6 de las principales presentaron 5 planes; mientras en las demás ARS la cantidad varía desde 1 hasta 4 planes.

Distribución por ARS	FC-1
APS - BMI - HUMANO - IGMAN - COLONIAL - PALIC (6)	5
ISSPOL - MONUMENTAL - SEMUNASED - SIMAG - RENACER (5)	4
FUTURO - GALENO - META SALUD - PLAMEDIN - RESERVAS - SALUD SEGURA - YUNEN (7)	3
ASEMAP - GMA - SDS - UNIVERSAL (4)	2
SEMMA - PLAN SALUD (2)	1

Tipos de Servicios Ofrecidos en Planes Complementarios. El análisis cualitativo realizado a nivel de las coberturas de

servicios de los 209 planes complementarios, indica que el 42.6% están complementando medicamentos ambulatorios adicional al PDSS, seguido por atenciones de alto costo con 36.1%, y servicios de odontología un 35.1%.

Para algunos servicios de Apoyo Dx, Atención Ambulatoria, Promoción y Prevención y Emergencias, el número de planes es mínimo.

Desde el punto de vista de las Administradoras que ofrecen el mismo tipo de servicio de salud, tenemos: Atenciones de Alto Costo un total de 20 ARS, Hospitalización 20 ARS, Odontología y Partos y Cesárea 19 ARS. Los servicios de menor oferta son: Rehabilitación 5 ARS, Promoción y Prevención 6 ARS y Emergencia 7 ARS.

Es importante destacar que los servicios individuales no contemplados en el PDSS (Últimos Gastos y Ambulancia), están siendo ofertados por un total de 15 ARS, lo que podría ser un indicador de la necesidad de los mismos para la población dominicana. Este panorama se muestra en el gráfico a continuación.

El siguiente cuadro recoge el promedio de planes¹² por ARS que ofrecen igual servicios, predominando los medicamentos con un total de 86 planes para 13 ARS, es decir, un promedio de 6.62 planes/ARS. Para los demás grupos, los promedios oscilan entre 3.74 y 1.92 planes por ARS.

GRUPOS SERVICIOS	No. ARS	No. PLANES	PROMEDIO PLANES/ARS
------------------	---------	------------	---------------------

¹² Número de planes iguales relacionados con ARS que lo ofrecen. (# Planes / # ARS)

Medicamentos			
Ambulatorios	13	86	6.62
Odontología	19	71	3.74
Atenciones Alto Costo	20	73	3.65
Ambulancia	15	47	3.13
Rehabilitación	5	15	3.00
Hospitalización	20	59	2.95
Partos y Cesáreas	19	56	2.95
Cirugía	14	40	2.86
Promoción y Prevención	6	17	2.83
Últimos Gastos	15	42	2.80
Emergencia	7	16	2.29
Atención Ambulatoria	9	19	2.11
Apoyo Dx.	13	25	1.92

Planes Voluntarios y Planes Especiales de Medicina Prepagada. De un total de 109 Planes Voluntarios, HUMANO tiene 27, ASEMAP y SEMUNASED 21 cada una, y UCEMED 15 planes. Estas ARS concentran el 42% del total.

las ARS: CMD, FF.AA, SEMMA, UASD y YUNEN, a la fecha no habían remitido Planes Voluntarios a la SISALRIL.

Planes Especiales de Medicina Prepagada, sólo ocho (8) ARS han reportado, entre las cuales se destacan: APS y Humano con el 63% de un total de 67 planes.

VIII. SUPERVISIÓN Y DESEMPEÑO DE LAS ARS y ARL.

El esquema establecido en la ruta crítica abarcó una efectiva gestión de supervisión y monitoreo a las ARS, la cual se desarrolló

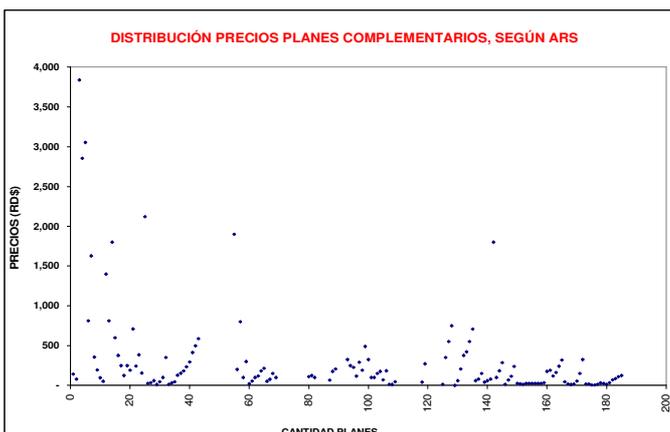
Prima per cápita de los planes de salud. Dada las características de los planes de salud, las primas cobradas a los afiliados varían en función de la cobertura de los servicios y la población objetivo. Esta situación se evidencia en el siguiente diagrama de dispersión, en el cual se ilustran los precios en el eje de las ordenadas (Y) y la cantidad de planes en el eje de las abscisas (X).

Los precios mensuales de los complementarios oscilan desde RD\$1,431.34 hasta RD\$15.0, este último subsidiado en parte por la ARS. (promedio RD\$299.75). La prima de los Voluntarios se encuentra en un rango de RD\$1,424.10 y RD\$66.17, (promedio de RD\$671.179). Los precios de los Especiales de Medicina Prepagada varían desde RD\$2,638.71 hasta RD\$25.0 mensual.

Afiliación. El total de afiliados a los planes de salud fue de 1,089,275 en septiembre, y de 972,914 octubre, equivalente a un promedio de 1,031,095 afiliados. La mayor afiliación le corresponde a HUMANO y PALIC con 50.33% y 18.11% respectivamente, mientras el resto de las ARS agrupa el 31.56 por ciento. **(Anexos Nos. 1 al 4)**

mediante un proceso de depuración a las empresas existentes, implementación de resoluciones y normativas, auditorías operativas y financiera, y evaluación a los estados financieros.

A diciembre del 2006 existían veintitrés (23) ARS habilitadas, de las cuales tres (3) traspasaron su cartera de afiliados: CARIBALICO, GRUMACA y BIENESTAR TOTAL. La primera vendió a UNIVERSAL; GRUMACA fue adquirida por PALIC y





BIENESTAR TOTAL por la ARS FUTURO; en tanto que SCS quedó deshabilitada. En marzo del 2007, la SISALRIL habilitó nueve (9) ARS, elevándose a un total de 28 las ARS habilitadas.

La última habilitación se produjo el 31 de agosto del 2007 a la ARS UASD, mediante la Resolución No.33-07, alcanzado un total 29 ARS.

1. AUDITORÍAS REALIZADAS A LAS ARS Y ARLSS.

Amparándonos en los Literales d) y f), de los Art. 176 y 206 de la Ley 87-01, fueron levantadas auditorías a dieciséis (16) ARS habilitadas, y una (1) a la ARLSS. De igual modo, se levantaron auditorías focalizadas a instrumentos financieros específicos de las ARS, con la finalidad de comprobar y regular el cumplimiento de las atribuciones legales en torno al margen de solvencia, capital financiero y otros.

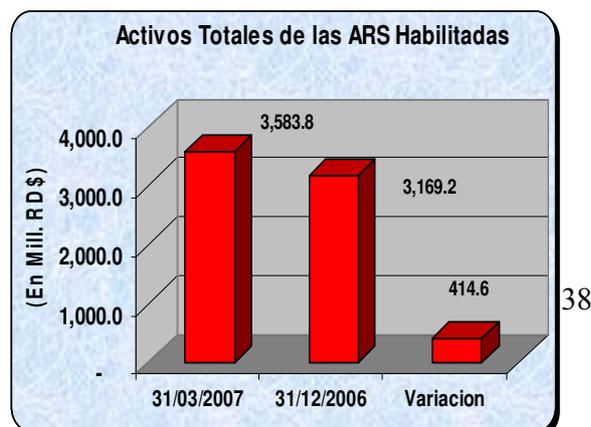
Los hallazgos de estas auditorías han servido de soporte a la SISALRIL para trazar lineamientos de políticas orientados a corregir las debilidades detectadas, y a la vez fortalecer el control interno y funcionamiento de las ARS.

Además del dinámico proceso de supervisión que mantenemos a las ARS y ARLSS, analizamos de forma periódica los estados financieros de estas empresas, dentro de los cuales destacamos algunas evaluaciones efectuadas en períodos calve para el cumplimiento de nuestra estrategia de trabajo:

2.- SITUACIÓN FINANCIERA DE LAS ARS AL 31 DE MARZO DEL DE 2007.

Este trabajo contempló un análisis de los estados financiero de 16 ARS, que a esa fecha habían remitidos estos documentos a la SISALRIL: ARS UNIVERSAL, GMA, SEMMA, SALUD SEGURA, RENACER, IGMAN, SIMAG, FF. AA., PALIC, SENASA, YUNEN, SEMUNASED, HUMANO, CMD, FUTURO, PLAMEDIN

Activos. Al 31 de marzo del año 2007, las dieciséis ARS consideradas en este estudio registraron activos totales por RD\$3,583.8 millones, que comparado con el balance a diciembre del 2006, RD\$3,169.2 millones, reflejan un aumento absoluto de RD\$414.6 millones, y un crecimiento del 13.1 por ciento.



Este aumento fue consecuencia del incremento en las cuentas inversiones a corto plazo RD\$229.6 millones, cuentas por cobrar, RD\$121.9 millones, y efectivo en caja y bancos RD\$47.3 millones.

El cuadro a continuación, muestra la composición y el aporte de las principales cuentas de los activos al 31 de marzo del 2007.



Cuentas	Monto (En Mill. RD\$)	(%)
Inversiones a corto plazo	1,240.00	34.6
Documentos y cuentas por cobrar	781.3	21.8
Propiedad, planta y equipos	507.9	14.2
Efectivos en caja y bancos	377.7	10.5
Subtotal	2,906.80	81.1
Otras cuentas	677	18.9
Total de Activos	3,583.80	100

Cinco (5) de las dieciséis ARS, contribuyen con el 74.7% de los activos totales, (RD\$3,583.80 millones), distribuidos de la forma siguiente: HUMANO RD\$842.8 millones, SENASA RD\$646.5 millones, PALIC RD\$491.3 millones, UNIVERSAL RD\$349.6 millones, SEMMA RD\$347.5 millones; mientras el resto participa con RD\$906.1 millones.

Dentro de los activos, las inversiones a corto plazo de PALIC, SENASA y HUMANO, representan el 65.2%, equivalente a RD\$808.7 millones, siendo PALIC la de mayor peso, con 28.0 por ciento.

Respecto a PALIC, las inversiones a corto plazo constituyen un 70.7% del total de sus activos (RD\$ 491.3 millones). Estas inversiones se encuentran en Certificados Financieros en instituciones no relacionadas.

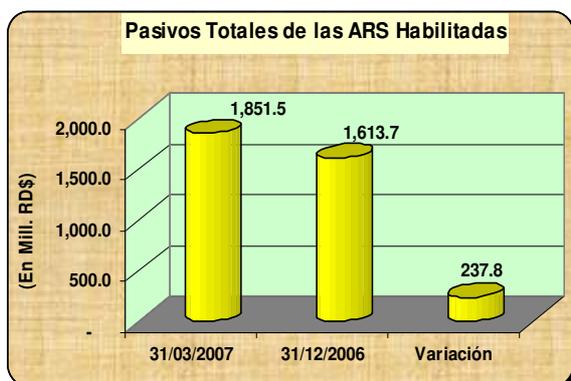
Con relación al SENASA, las inversiones a corto plazo representan un 40.9% del total de sus activos (RD\$646.5 millones), y las mismas están depositadas en Certificados Financieros en el Banco de Reservas, de las cuales RD\$50.0 millones se encuentran en garantía de un préstamo aprobado para remodelación, adecuación y equipamiento del edificio adquirido por esta institución en junio del 2006.

Las inversiones a corto plazo de HUMANO, ocupan el 23.3% del total de sus activos (RD\$842.8 millones). El 19.2% de estas inversiones están depositadas en dólares en instituciones del exterior, y el resto en instituciones del sistema financiero nacional.

En otro orden, la partida documentos y cuenta por cobrar representa un 21.8% del total de activos (RD\$3,583.8 millones) de las dieciséis ARS, destacándose HUMANO y UNIVERSAL con 40.6% y 18.2% del total de cuentas por cobrar; mientras que las demás ARS representan el 42.2% restante.

Es importante destacar que el incremento de los activos totales no fue mayor debido a la reducción de RD\$28.4 millones y de RD\$5.6, millones en las inversiones a largo plazo, y en la cuenta propiedad, plantas y equipos. Las ARS con disminución en sus inversiones a largo plazo fueron UNIVERSAL RD\$239 millones, y SIMAG RD\$3.4 millones, mientras que la ARS FF. AA redujo su cuenta propiedad, planta y equipo en RD\$7.8 millones.

Pasivos: Al 31 de marzo 2007, el total de pasivos ascendió a RD\$1,851.5 millones, superior en RD\$237.8 millones con relación al 31 de diciembre de 2006, lo que significa un incremento de 14.7%.



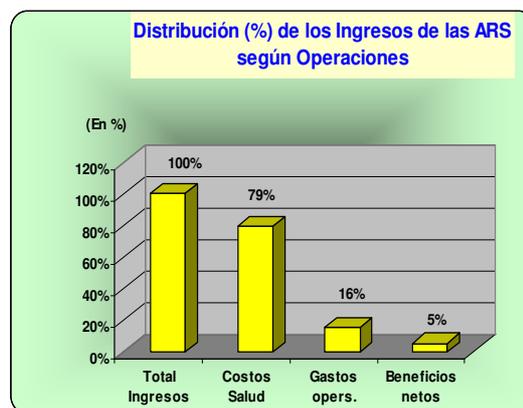
El aumento de los pasivos se debió principalmente, al crecimiento de las partidas: cuentas por pagar RD\$196.4 millones, impuestos sobre la renta RD\$18.9 millones, y comisiones por pagar RD\$18.2 millones.

Dentro del pasivo, las cuentas por pagar alcanzaron RD\$1,436.7 millones, representado el 86.18% del total. Las ARS con mayores niveles de pasivos fueron: HUMANO RD\$708.9 millones, SENASA RD\$394.7 millones, PALIC RD\$270.9 millones y UNIVERSAL RD\$221.1 millones, mientras que el resto asumió compromisos por RD\$255.90 millones.

Patrimonio. Al 31 marzo del 2007, el patrimonio total de las ARS ascendió a RD\$1,732.3 millones, mayor en RD\$176.8 millones al balance a diciembre del 2006, (RD\$1,555.5 millones). Este aumento es consecuencia del incremento en las cuentas fondo patrimonial variable (ARS sin fines de lucro) RD\$117.9 millones, de los resultados acumulados RD\$92.0 millones, y de los ajustes de años anteriores RD\$47.9 millones. Las ARS de mayor participación en el total del patrimonio fueron: SENASA y HUMANO, con RD\$78.0 millones y RD\$40.7 millones, respectivamente.

Dentro de la cuenta patrimonio, las utilidades alcanzaron un valor de RD\$143.2 millones, producto de los beneficios obtenidos en el primer trimestre del año 2007.

Estado de Resultados: Al 31 de marzo, el total de ingresos de las ARS por venta de servicios ascendió a RD\$2,611.3 millones. Adicional, hubo ingresos por RD\$33.8 millones provenientes de intereses de inversiones en certificados financieros e ingresaron RD\$10.9 millones de operaciones no típicas de su actividad principal.



Las ARS con mayores niveles de ingresos fueron: HUMANO RD\$963.8 millones, UNIVERSAL RD\$335.4 millones, SALUD SEGURA RD\$300.5 millones, PALIC RD\$299.9 millones y SENASA RD\$240.8 millones. Los costos por servicios de salud ascendieron a RD\$2,070.7 millones, equivalentes a un 79.0% del total de ingresos.

Los gastos generales y administrativos alcanzaron RD\$406.5 millones, significando un 15.5% del total de ingresos. La distribución por ARS fue: HUMANO con RD\$120.5 millones, SENASA RD\$56.3



millones, UNIVERSAL RD\$45.8 millones y PALIC con RD\$44.6 millones.

los beneficios netos ascendieron a RD\$143.2 millones, equivalente a un 5.5% del total de los ingresos. En orden de importancia HUMANO obtuvo beneficios netos por RD\$40.7 millones, en tanto que SALUD SEGURA y PALIC alcanzaron beneficios del orden de RD\$10.7 y RD\$10.6, respectivamente.

ARS	Ingresos/ Servicios	Costos Salud	Gastos Oper.	Beneficios Netos	(%) Benef/ Ingresos
HUMANO	963.8	785.5	20.5	40.7	4.2
UNIVERSAL	335.4	285.6	45.8	4.6	1.4
SALUD SEGURA	300.5	270.0	19.9	10.7	3.6
PALIC	299.9	248.9	44.6	10.6	3.5
SENASA	240.8	166.5	56.3	4.9	2.0
Sub Total	2,140.4	1,756.5	287.1	71.5	3.3
Otras ARS	470.9	314.2	119.4	71.7	2.1
Total General	2,611.3	2,070.7	406.5	143.2	5.5



3. OPERACIONES FINANCIERAS PRINCIPALES ARS DURANTE LOS TRES PRIMEROS MESES INICIO SES DEL CONTRIBUTIVO

Este informe presenta el resultado de las operaciones de seis de las principales ARS desde el 1ro. de septiembre al 30 de noviembre del año 2007. Es importante señalar que la ARS Salud Segura no está incluida, debido a que no había remitido sus estados financieros del mes de noviembre.

Ingresos, Costos y Beneficios Netos:

Durante el trimestre septiembre - noviembre de 2007, los ingresos totales por venta de servicios de salud de las principales ARS registraron un monto de RD\$3,175.9 millones; mientras los costos fueron RD\$2,554.9 millones, arrojando un beneficio neto de RD\$160.4 millones, equivalente a un 5.05% de los ingresos, y una siniestralidad promedio de 80.45 por ciento.

Los recursos procedentes del PDSS ascendieron a RD\$1,360.1 millones; mientras sus costos alcanzaron RD\$1,047.5 millones; obteniéndose un beneficio neto de RD\$116.5 millones, es decir un 8.6% de los ingresos.

Los ingresos por concepto de operaciones privadas registraron RD\$1,815.4 millones; los costos totalizaron RD\$1,507.4 millones, resultando un beneficio neto RD\$43.9 millones,

equivalente a un 2.42% de los recursos captados.

La ARS SEMMA resultó tener el mayor nivel de utilidad, 32.4%, le sigue PALIC con 16.8%, y UNIVERSAL 10.7%. Cabe destacar que HUMANO a pesar de ser la ARS de mayor volumen de operaciones, sus beneficios están por debajo del 4%, mientras que SDS está bordeando una situación de pérdidas al generar un 1% de utilidad y SENASA con el disparo de sus costos en el mes de noviembre tiene una pérdida acumulada por un 13.4%.

En el trimestre, los gastos administrativos u operacionales totalizaron RD\$422.2 millones, representando 13.29% de los ingresos totales. De estos gastos RD\$176.3 millones corresponden al PDSS y RD\$ 245.9 millones a las operaciones privadas.

Los gastos financieros alcanzaron RD\$ 15.5 millones, distribuidos en RD\$6.0 millones para el PDSS y RD\$9.5 los servicios privados.

Los cuadros a continuación muestran el comportamiento de las operaciones financieras de las principales ARS a nivel global, y desagregadas:

Cuadro No. 1
INGRESOS, COSTOS Y BENEFICIOS NETOS DEL PDSS y PRIVADO SEGÚN ARS
CONSOLIDADO DEL 01 SEPTIEMBRE AL 30 NOVIEMBRE 2007
(VALORES EN RD\$)

ARS	Ingresos	Costos	Gastos Operacionales	Beneficios Netos	Siniestralidad	(%) Benef.
UNIVERSAL	421,741,631	296,071,340	63,886,698	45,087,549	70.2	10.7
SDS	165,779,923	133,850,502	28,852,053	1,697,366	80.7	1.0
PALIC	444,708,213	284,927,330	71,920,538	74,695,245	64.1	16.8
HUMANO	1,211,087,602	1,021,130,468	136,725,883	40,681,932	84.3	3.4
SENASA	663,994,469	659,331,174	98,459,115	(88,896,977)	99.3	(13.4)
SEMMA	268,580,856	159,613,589	22,381,501	87,153,261	59.4	32.4
Total General	3,175,892,694	2,554,924,403	422,225,788	160,418,376	80.4	5.1

Cuadro No. 2
INGRESOS, COSTOS Y BENEFICIOS NETOS DEL PDSS SEGÚN ARS
CONSOLIDADO DEL 01 SEPTIEMBRE AL 30 NOVIEMBRE 2007
(VALORES EN RD\$)

ARS	Ingresos	Costos Salud	Gastos Operacionales	Beneficios Netos	Siniestralidad	(%) Benef.
UNIVERSAL	218,372,844	153,395,030	33,019,012	23,307,414	70.2	10.7
SDS	90,935,156	73,345,952	15,953,792	891,584	80.7	1.0
PALIC	219,837,817	140,973,200	35,077,135	37,189,447	64.1	16.9
HUMANO	510,585,945	430,464,018	57,685,148	17,151,143	84.3	3.4
SENASA	137,613,718	135,946,792	20,230,085	(17,552,738)	98.8	(12.8)
SEMMA	183,107,154	113,416,353	14,344,650	55,549,071	61.9	30.3
Total General	1,360,452,634	1,047,541,346	176,309,822	116,535,921	77.0	8.6

Cuadro No. 3
INGRESOS, COSTOS Y BENEFICIOS NETOS DEL PRIVADO SEGÚN ARS
CONSOLIDADO DEL 01 SEPTIEMBRE AL 30 NOVIEMBRE 2007
(VALORES EN RD\$)

ARS	Ingresos	Costos Salud	Gastos Operacionales	Beneficios Netos	Siniestralidad	(%) Benef.
UNIVERSAL	203,368,787	142,676,310	30,867,686	21,780,135	70.2	10.7
SDS	74,844,767	60,504,550	12,898,261	805,781	80.8	1.1
PALIC	224,870,396	143,954,130	36,843,403	37,505,798	64.0	16.7
HUMANO	700,501,657	590,666,450	79,040,735	23,530,789	84.3	3.4
SENASA	526,380,752	523,384,382	78,229,030	(71,344,238)	99.4	(13.6)
SEMMA	85,473,702	46,197,236	8,036,851	31,604,190	54.0	37.0
Total General	1,815,440,060	1,507,383,057	245,915,966	43,882,455	83.0	2.4

Activos, Pasivos y Patrimonio. Al mes de noviembre, los activos totales de las ARS seleccionadas registraron un valor de RD\$3,738.4 millones, dentro de sus cuentas se destacan: inversiones a corto plazo con RD\$1,557.0 millones (41.7%) ; documentos y cuentas por cobrar RD\$682.7 millones (18.3%); efectivo en caja y bancos RD\$429.5 millones (11.5%) y propiedad, planta y equipo RD\$423.8 millones, (11.3% del total). según muestra el cuadro a continuación, Las ARS HUMANO y SANASA representaron el 50.1% de los activos totales.

ARS	Millones RD\$	Distribución %
UNIVERSAL	502.6	13.4
SDS	149.6	4.0
PALIC	637.4	17.1
HUMANO	1,015.8	27.2
SENASA	894.4	23.9
SEMMA	538.6	14.4
Total	3,738.4	100.0

Los pasivos totales alcanzaron un valor RD\$2,245.5 millones, destacándose las cuentas por pagar con un monto de RD\$1,763.0 millones, equivalente al 78.5% de los pasivos totales; las partidas acumulaciones y retenciones por RD\$127.6 millones, préstamos por pagar a largo plazo RD\$113.1 millones, y documentos por pagar a corto plazo RD\$101.3 millones. Las ARS HUMANO y SENASA representaron el 34.0% y el 29.9% respectivamente de los pasivos.

Al mes de noviembre, el patrimonio total alcanzó RD\$1,492.9 millones, dentro de las cuentas con mayor participación tenemos: Resultado del ejercicio por RD\$481.8 millones (32.3%), balance patrimonial variable RD\$414.3 millones (27.8%) y el capital pagado con RD\$348.0 millones (23.3%). Las

ARS SEMMA y PALIC tienen el 52.1% del patrimonio.

ARS	Millones RD\$	Distribución %
UNIVERSAL	183.9	12.3
SDS	57.7	3.9
PALIC	296.5	19.9
HUMANO	252.0	16.9
SENASA	222.1	14.9
SEMMA	480.7	32.2
Total	1,492.9	100.0

4. OPERACIONES FINANCIERA DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2007

Al 30 de noviembre 2007, la ARLSS había reportado 7,383 accidentes de trabajo, cuyas prestaciones ascendieron a RD\$121.1 millones. En pensiones de sobrevivencia y discapacidad permanente se registraron 95 y 28 casos, y se efectuaron pagos por RD\$3.3 millones y RD\$848. mil, respectivamente.

El pago de subsidio por incapacidad temporal fue de RD\$121.1 millones, y las indemnizaciones por pérdida de miembro RD\$6.4 millones. Los desembolsos para gastos médicos sumaron RD\$56.9 millones y los subsidios por discapacidad permanente RD\$42.3 millones. Cabe destacar, que a esa fecha, el programa de prevención de riesgos contaba con RD\$4.4 millones.

Los activos totales ascendieron a RD\$4,893.1 millones, que comparado con el balance a diciembre 2006, RD\$3,337.5 millones, refleja un aumento de RD\$1,555.6 millones, debido a un incremento de 93.2% en las inversiones en certificado financieros de corto plazo y largo plazo. Por otra parte, la cuenta efectivo en caja disminuyó en RD\$10.0 millones,



motivada por la transferencia de una proporción del excedente de la ARL al 31 de diciembre 2005, ascendente a RD\$11.8 millones.

El total de pasivos ascendió a RD\$9.6 millones, inferior en 8.6% con relación al 31 de diciembre 2006. Dicha disminución fue consecuencia del descenso en las siguientes cuentas: provisiones RD\$456 mil, y acumulaciones y retenciones a pagar RD\$1.8 millones, lo que evidencia el cumplimiento de sus compromisos de corto plazo.

El patrimonio total ascendió a RD\$4,883.5 millones, superior en RD\$1,557.8 millones al balance diciembre 2006, producto del aumento de 71.8% en la partida resultados acumulados. Al 30 de noviembre 2007, la ARL recibió por cotizaciones de empleadores RD\$1,504.3 millones, y RD\$299.7 millones por concepto de intereses por inversiones en certificados financieros de corto y largo plazo.

Las reclamaciones por servicios pagadas ascendieron a RD\$113.2 millones, los gastos generales y administrativos fueron RD\$113.1 millones. El exceso de ingresos sobre los gastos y reclamaciones por servicios representó un 104.8% del total de ingresos.



X. DISEÑO METODOLOGÍA EVALUACIÓN PERIÓDICA, SEGUIMIENTO E INDEXACIÓN DE COSTO DEL PLAN BÁSICO DE SALUD

El diseño de esta metodología estuvo a cargo de la empresa española Antares Consulting y un equipo multidisciplinario de la SISALRIL. Se contó con financiamiento del Banco Mundial a través del PARSS - CERSS, y fondos de esta Superintendencia como contrapartida del Gobierno Dominicano.

Esta metodología surge en cumplimiento al Acápite 15 del Acuerdo para el inicio del SFS-PDSS del Régimen Contributivo, firmado el 19 de diciembre de 2006, la misma fue remitida al CNSS en fecha 05 de septiembre de año 2007, según oficio No. 7305-07, y estamos en espera de su aprobación.

A continuación describimos un resumen de los principales aspectos esbozados al momento del diseño de esta metodología, cuya plataforma técnica, permite su actualización en función de la evolución del modelo del PBS.

Marco jurídico: Son varias las leyes, reglamentos y acuerdos que rigen la formulación y actualización periódica del PBS, así como el soporte de esta metodología:

- Ley General de Salud, No. 42-01, promulgada el 8 de marzo de 2001.
- Ley No. 87-01 que crea el SDSS, promulgada el 9 de mayo de 2001.
- Reglamento para la organización y regulación de las ARS, aprobado por el CNSS, mediante Resolución No. 47-04 del 3 de octubre del 2002.
- Reglamento sobre el SFS y el PBS, aprobado por el CNSS, mediante

Resolución No. 48-13 del 10 de octubre de 2002, entre otras normativas y reglamentos.

- **Definición del Plan Básico de Salud.** El Plan Básico de Salud (PBS) es una canasta estandarizada de servicios de salud y medicamentos que, dentro del Seguro Familiar de Salud, tiene derecho toda la población afiliada al Sistema Nacional de la Seguridad Social.

Antecedentes. El diseño y la formulación del PBS, descansa en investigaciones realizadas por expertos nacionales e internacionales del área de la salud, así como en una data de 15 años de registros estadísticos que permitieron conocer el perfil epidemiológico de la población dominicana. Este conjunto de herramienta sirvió de base para elaborar la Versión 1.4 del PBS, aprobada en octubre del año 2002 por el CNSS.

A partir de la Versión 1.4, el procedimiento metodológico para actualizar el costo per cápita del PBS se fundamentó en la indexación periódica de las tarifas y los costos, utilizando los índices de precios del grupo salud y la variación del tipo de cambio. Asimismo se actualizaron los indicadores de población, frecuencia y demanda de los servicios médicos. Esta metodología estuvo vigente hasta septiembre del 2006, y culminó con el costo per cápita de la Versión 1.13, el cual arrojó un valor RD\$6,067.00 anual.

En Abril del 2006, se creó la Cumbre Presidencial de la Seguridad Social, con la finalidad de concensuar con los miembros del CNSS un costo per cápita del PBS viable para la sostenibilidad del SFS. Derivado de esta



Cumbre se firmó el 19 de diciembre del 2006, el Acuerdo para dar inicio al SFS, mediante un Plan de Servicios de Salud (PDSS) a ser desarrollado gradualmente hasta contemplar todos los servicios establecidos en la Ley 87-01.

El PDSS mantiene una cobertura de servicios y medicamentos similar al PBS; pero se incorporan modalidades de copagos, cuotas moderadoras fijas, cuotas moderadoras variables, y período de gradualidad para algunos servicios. Asimismo, el Acuerdo modifica la Resolución del CNSS No. 51-06 del 30 de octubre de 2002 que establece el Catálogo de Prestaciones del PBS para adecuarlo a los nuevos requerimientos del PDSS.

De igual modo, se modifica la Resolución del CNSS No. 51-06 del 30 de octubre de 2002 para que el costo del PDSS del Contributivo sea fijado de acuerdo al nuevo catálogo de prestaciones. Se establece un per cápita de RD\$4,737.00 anual. En el acápite 15 se responsabiliza a la SISALRIL de la presente metodología.

Aspectos conceptuales. Son diversas las variables que influyen en el comportamiento del costo del PBS. Algunas son variables intrínsecas del Sistema, otras son incorporadas al modelo, con el objetivo de regularlo e incentivar la utilización de determinados servicios frente a otros.

La metodología permitirá acopiar un conjunto de información, mediante una estructura informática estándar y sistematizada (base de datos), a partir de la cual se calcularán las variables demográficas, económicas y financieras, así como los

ponderadores para cada uno de los procedimientos, grupos y subgrupos de servicios del PDSS.

Principales variables que influyen en el cálculo de costo del PBS - PDSS:

- **Demanda de servicios médicos y medicamentos:** Conjunto de servicios de salud y medicamentos utilizados por la población enferma durante un período de tiempo determinado.
- **Frecuencia uso de los servicios (FU):** Es la repetición en el uso o número de veces que los afiliados utilizan los servicios médicos y medicamentos del PBS.
- **Tarifa (T):** Son las tarifas que las ARS pagarán a las PSS por cada servicio del PBS ofertado a los afiliados del Sistema.
- **Cuota moderadora fija (CMF):** Es el aporte en dinero que pagará el afiliado al utilizar un servicio del PBS que tiene cuota. La cuota moderadora fija se aplicará al **Grupo 2, atención ambulatoria:** El acuerdo establece una cuota moderadora fija de RD\$100.00 a las consultas.
- **Cuota moderadora variable (CMV):** Es el aporte en dinero que debe pagar el afiliado al utilizar un servicio que conlleve este tipo de cuota. El valor de este aporte equivale a un porcentaje de la tarifa (T).
- **Copago:** Es una modalidad de cuota moderadora variable, la cual se aplicará a los Medicamentos Ambulatorios. El Acuerdo fija un per cápita de RD\$3, 000 anual. El afiliado pagará el 30% de este valor (copago).

- **Tope del afiliado (TA):** Es el valor máximo de cuota moderadora que pagará un afiliado por la utilización del servicio. El citado acuerdo establece que el afiliado pagará un 20% del valor de la prestación, hasta un tope máximo de 2 salarios mínimos cotizables, (estimado en RD\$ 4,900 según Acuerdo citado). Esto quiere decir que el afiliado pagará el 20% del valor de la prestación, siempre que el mismo no sobrepase los RD\$ 9,800. En caso de que el valor del 20% exceda este monto, el afiliado solamente pagará el equivalente a dos SMC y la diferencia se cargará a la ARS.
- **Tope del sistema (TS):** Es el valor máximo que el sistema cubrirá por la prestación de un servicio al afiliado. Este tope se define por año de afiliación. El tope del Sistema se aplicará a las prestaciones Grupo 9, Atenciones de alto costo y máximo nivel de complejidad: El Sistema pagará según Acuerdo citado un máximo de RD\$ 150.000 al año. En caso de que el servicio sobrepase este monto, el afiliado deberá costear la diferencia, es decir, pagará un valor adicional a los RD\$ 9,800 estipulados como máximo de dos SMC.

Actualización periódica del costo del PBS: El trabajo de elaboración de la metodología ha ido más allá de la definición del modelo teórico. El valor añadido de esta metodología ha sido la identificación y solución de las limitaciones de base del modelo original que dificultaban su operatividad y disminuían su fiabilidad. Las tres limitaciones principales del PBS, sobre las que la SISALRIL desplegó arduos esfuerzos para garantizar la fiabilidad de los cálculos del nuevo modelo son las siguientes:

1. **Nivel de desglose del catálogo de prestaciones.** Fueron desagregados, estandarizados y armonizados los procedimientos médicos del PBSS, con la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), actualizada al año 2006 y los Códigos SIMON definidos por la SISALRIL. El nuevo catálogo incorpora los siguientes grupos de procedimientos:

Tabla No. 1

Códigos	Grupos de procedimientos del PDSS
1	Consultas
2	Laboratorio
3	Anatomía patológica
4	Radiología convencional
5	Estudios radiológicos
6	Mamografías
7	T.AC.
8	R.M.
9	Densitometría ósea
10	Ecografías
11	Neumología
12	Pruebas cardiológicas
13	Pruebas neurológicas
14	Endoscopias
15	Material sanitario
16	Fármacos
17	Vacunas
18	Sistemas de movilización/inmovilización/ortopédicos/ortesis
19	Prótesis
20	Rehabilitación
21	Otras técnicas de tratamiento
22	Diálisis
23	Hotelería
24	Uso de aparataje
25	Actos de enfermería
26	Medicina Nuclear
27	Otros honorarios médicos
28	Hemoterapia
29	Odontología
30	Actos Quirúrgicos/anestésicos

3. Definición de una base de datos. Un valor agregado importante de la metodología es la creación del Conjunto Mínimo Básico de Datos, (CMBD), compuesto por 18 campos, el cual recoge las informaciones que cualquier gobierno necesita para planificar, presupuestar, financiar, y conocer la

utilización, costes y eficiencia del Sector Salud. Los países europeos trabajan con el CMBS desde 1982, y EE.UU., desde el año 1974. La tabla No. 2 muestra el detalle de los indicadores del CMD para la República Dominicana.

Tabla No. 2

Nombre del Campo	Descripción Conjunto Mínimo Base Datos (CMBD)
ARS	Número único asignado a cada ARS.
PSS	Número único asignado a cada PSS.
NSS	Número de Seguridad Social del afiliado.
Episodio	Número único para una secuencia de servicios relacionados, prestados a un afiliado, dentro de un proceso de atención.
Tipo de atención	Uno de los dos tipos de atención que se ofrecen al afiliado: emergencia y programada.
Tipo de servicio	Caracterización del tipo de servicio prestado al afiliado: ambulatorio, hospitalización médica y quirúrgica, o prevención y promoción.
Cobertura	Son los procedimientos, servicios y medicamentos provistos o realizados al afiliado. Este campo seguirá la codificación del catálogo de prestaciones del PDSS, establecida por el SISALRIL.
Subgrupo PBS	Es el código que identifica el subgrupo del catálogo de prestaciones en el que se realiza el acto. Ej: <i>1.9 – hipertensión arterial</i> .
Fecha de autorización	Fecha en la que la PSS solicita la autorización de prestación del servicio a la ARS.
Fecha de apertura	Fecha en la que la ARS registra la autorización en su sistema.
Fecha de realización	Fecha en la que la PSS presta el servicio al afiliado. En el caso de hospitalización, esta será la fecha de ingreso.
Fecha de pago	Fecha en la que la ARS paga a la PSS por el servicio prestado.
Plan	Número del plan que el afiliado tiene contratado y que cubre el servicio prestado. Este campo seguirá la codificación de los planes aprobados por la SISALRIL.
Monto reclamado	Es el monto que la PSS reclama a la ARS por la prestación del servicio al afiliado. Deberá ser equivalente a la tarifa establecida entre la ARS y la PSS para el servicio.
Monto pagado por la ARS	Es el monto que la ARS paga a la PSS, por el servicio prestado al afiliado.
Monto pagado por el afiliado	Es la cuota moderadora fija o variable, o copago, pagado por el afiliado por el servicio prestado.
Fecha de egreso	Fecha de egreso del afiliado hospitalizado.
Circunstancia del egreso	Circunstancia del egreso del afiliado hospitalizado: fallecimiento, transferencia a otro centro o alta.



El procedimiento metodológico para el cálculo del costo del PBS abarca tres pasos básicos:

1. Seguimiento del costo real. Este cálculo se realizará mensualmente, por tipo de procedimientos, subgrupos y grupos del PBS y para el total del Sistema. Estas mediciones se realizarán a nivel de afiliados, ARS, y para un conjunto de indicadores económicos y financieros. Su cálculo se apoya en las informaciones reales generadas por el Sistema, las cuales deberán ser remitidas por las ARS, a través de su CMBS en los esquemas establecidos por la SISALRIL en el SIMON.

2. Seguimiento del costo indexado. Este cálculo se realizará mensualmente, por servicio, y para el total del Sistema. Se utilizarán los indicadores de inflación y tipo

de cambio. De esta forma, la SISALRIL podrá comparar la evolución del costo indexado con el costo real, y detectar posibles distorsiones en la actualización de las tarifas negociadas entre las ARS y las PSS.

3. Estimación de la prima en función de cambios en las variables. La SISALRIL ha desarrollado un modelo, que le permite recalcular los montos cubiertos de cada tipo acto y servicio incluido en el PBS, en función de los valores que se definan para la frecuencia de uso, cuota moderadora fija, cuota moderadora variable, tope del afiliado, tope del sistema, entre otras variables.



XI. CATALOGO DE COBERTURAS DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS, VOLUNTARIOS O INDEPENDIENTES Y ESPECIALES DE MEDICINA PREPAGADA.-

El Catálogo de Cobertura de los Planes de Salud fue diseñado con el objetivo de estandarizar y armonizar los códigos CUPS de los servicios y/o procedimientos de salud que ofertan las ARS a través de los Planes Complementarios, Voluntarios y Especiales de Medicina Prepagada.

El trabajo se inició sobre la base del Catálogo de Prestaciones del PDSS, cuyos códigos y nomenclaturas se fundamentan en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), actualizada al año 2006 y los Códigos SIMON definidos por la SISALRIL para los servicios e intervenciones médicas no consideradas en esta clasificación. Ambos conformaron el universo de los códigos CUPS.

La Dirección de Tecnología de la Información de la SISALRIL generó una base de datos con más de 7,000 procedimientos de los CUPS. Esta base de datos contiene, aproximadamente 1,691 coberturas incluidas en el PDSS, y 5,880 no incluidas, estas últimas fueron incorporadas al catálogo de cobertura de los planes de salud, y ubicadas en sus respectivos grupos y subgrupos del PDSS, y en otros grupos creados para clasificar los procedimientos no compatibles con los del PDSS.

Se revisaron y validaron con especialistas del área de la salud las asignaciones de los procedimientos en sus respectivos grupos y subgrupos del PBS, con la finalidad de garantizar la correcta distribución de los mismos, tanto por niveles de atención como por tipo de cobertura.

El Catálogo de Cobertura de los Planes de Salud tiene un valor agregado al incorporarle **la columna que identifica la descripción de las coberturas de los procedimientos a nivel de subgrupo de la clasificación CUPS, es decir, a nivel de los tres primeros caracteres.**

Un aspecto a señalar es que en este catálogo no se incluyeron las clasificaciones CUPS correspondientes a consultas, servicios de medicamentos, habitación en hospitalización, salas de servicios quirúrgicos, entre otros, en razón de que a estas coberturas les fueron asignados códigos propios de la SISALRIL, "Códigos SIMON"

De forma cuantitativa, el grupo Cirugía, concentra el 61.58% de los procedimientos, Apoyo Dx un 25.20%, Intervenciones no Quirúrgicas 7.91%, Odontología el 3.74% y al resto de los grupos del PDSS le corresponde el 1.56% del total.

Las ARS podrán acceder a este catálogo de cobertura a través de la página WEB para codificar los procedimientos y/o servicios ofertados en cada tipo de plan. Estas informaciones serán remitidas a la SISALRIL en los formatos establecidos.

DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Durante el año 2007, la Dirección de Servicios de Salud pasó a ser Dirección de Aseguramiento para el Régimen Contributivo-DARC-, con la función principal de gestionar, monitorear y supervisar las diferentes fases del SFS, en el ámbito de los servicios de salud del afiliado, ARS-PSS. A continuación presentamos un resumen de las principales actividades:

I. Revisión y Actualización del Catalogo de Prestaciones de Servicios de Salud. La creación del Catálogo de Prestaciones del PDSS, integrado a la metodología de costeo del PBS, requirió en una primera etapa la participación del equipo médico de esta Dirección, el cual tuvo la responsabilidad de homologar y codificar los procedimientos del PDSS con el Código Único de Procedimientos en Salud (CUPS).

En una segunda fase se llevó a cabo un proceso de revisión gradual de los procedimientos incluidos en cada etapa de actualización del catálogo, para garantizar que las coberturas incorporadas respondieran al perfil epidemiológico de la población, y fueran ubicadas en sus respectivos grupos y subgrupos del PBS.

Durante los meses octubre-noviembre 2007, junto a la Gerencia de Proyectos, se revisaron los servicios del PDSS para ampliar la cobertura de algunos renglones no considerados en el mismo, dentro de los cuales citamos: cirugías, odontología, laboratorio, y otros servicios que estaban marcados con gradualidad en la primera

versión del PDSS, adicionándose aquellos imprescindibles por la alta demanda, como es el manejo del politraumatismo y gran quemado.

II.- Revisión y Actualización del Catalogo de Medicamentos. Realizamos la Revisión, actualización y publicación de los medicamentos incluidos en la oferta de las prestaciones farmacéuticas ambulatorias del PDSS. Para obtener este resultado evaluamos el **Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales**, y procedimos a homologarlo con el **Listado de Medicamentos esenciales**, se incorporaron formulas que son fundamentales para ser utilizadas en el primer nivel y se eliminaron aquellas formulas que están en desuso.

Asimismo, formamos parte de la subcomisión creada por la Comisión de Seguimiento a los trabajos del SFS, para operativizar el reglamento de prescripción y dispensio de medicamentos, elaboración del formato de receta única, diseño en coordinación con la SESPAS y la CERSS de los talleres de capacitación al personal de salud sobre el uso de la Receta Unica.

III. Elaboración Manual de Actividades del PDSS. Diseñamos un manual o guía de las actividades cubiertas por el PDSS, dirigida a los actores del Sistema, con el objetivo fundamental de explicar el alcance y la cobertura del PDSS. De igual Manera, elaboramos una Guía para las Prestaciones Farmacéuticas que explica como utilizar estas

prestaciones. Ambos materiales están publicados en nuestra página Web.

IV. Supervisión de las ARS. Durante el periodo enero - marzo 2007, convocamos a las 23 ARS habilitadas y las 13 no habilitadas a esa fecha, con el objetivo de intercambiar opiniones acerca de su desempeño. En consideración fueron adoptadas las siguientes decisiones:

Las ARS con una cartera de afiliados por encima de 40,000 y con un nivel de cumplimiento por superior al 75% de los requisitos establecidos por la SISALRIL (HUMANO, PALIC SALUD, UNIVERSAL, YUNEN, GMA) se les ratificó su habilitación, también fue confirmada la habilitación de otras ARS que tenían una cartera de afiliados menor y un nivel de cumplimiento aceptable (CMD, SENASA Régimen Contributivo, SALUD SEGURA, RENACER, SEMMA, APS, IGMAN, SDS, ISSPOL, FFAA, PLAMEDIN, SIMAG, FUTURO, SEMUNASED.

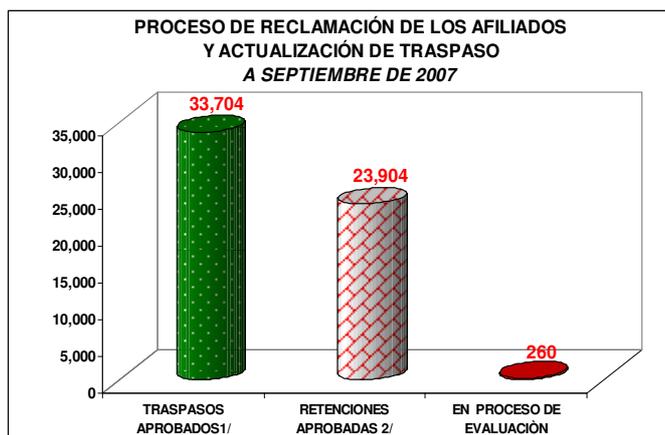
Se les revocó la acreditación temporal y su habilitación, a las ARS que habían sido acreditadas y habilitadas y no mostraron interés en continuar en el Sistema.

Durante marzo de 2007, nueve (9) ARS que habían sido acreditadas temporalmente en el año 2002, fueron supervisadas alcanzando un nivel de cumplimiento de un 85% o más, otorgándole su habilitación inmediata, estas ARS son: COLONIAL, MONUMENTAL, PLAN SALUD. METASALUD- SINATRAE; RESERVAS; GALENO; UCEMED; y ASEMAM. Posteriormente en el mes agosto fue habilitada la ARS-UASD.

Estas 28 ARS habilitadas cargaron sus carteras de afiliados en UNIPAGO, las cuales a enero del presente año, alcanzan un total de 1,825,837 afiliados, distribuidos en 1,181,694 titulares y 644, 143 dependientes.

V. Traspaso de las ARS por Reclamación para Afiliados Dislocados.

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), en base a la Resolución N° 126 del 2 de Agosto del 2007 "Traspaso por Reclamación," realizó la evaluación a las reclamaciones de los afiliados al PDSS para el traspaso de ARS, durante el mes de septiembre del 2007.



Sobre la base de las informaciones suministradas por la Dirección de Defensa de los Afiliados (DIDA), la SISALRIL en su primera etapa evaluó un total de 57,868 reclamaciones, teniendo como resultado 33,704 traspasos aprobados¹³, equivalente al 58.24%, 23,904 retenciones aprobadas¹⁴, un 41.31%, y 260 casos están en proceso de evaluación, 0.45 por ciento.

¹³ Reclamaciones de traspasos aprobadas.

¹⁴ Reclamaciones rechazadas por no cumplir con los requisitos de la Resolución No 126.



Las ARSs de destino, COLONIAL, HUMANO, SALUD SEGURA y PALIC SALUD, concentran el 75.83%, con una participación de 40.97%, 16.48%, 9.67% y 8.71% respectivamente. (Anexo No. 1)

Para la evaluación de estas reclamaciones, la SISALRIL al mes de octubre había procesado seis (6) grupos según la fecha de recepción, a saber:

Grupo uno (1), conformado por las ARS APS y COLONIAL, las cuales tienen 11,632 casos, equivalente al 20.10% del total. Todas las reclamaciones de traspaso fueron aprobadas.

Grupo dos (2), integrado por 9 ARS, con un total de 124 reclamos, un 0.21%. Solo queda un caso en proceso de evaluación.

Grupo tres (3), constituido por 17 ARS, agrupa el 23.13% para un total de 13,383 reclamaciones, las cuales tienen 5,718 traspasos aprobados, 7,406 retenciones aprobadas y 259 en proceso de evaluación.

Grupo cuatro (4), formado por 22 ARS con 18,045 reclamaciones, 31.18% del total. La evaluación de las mismas arrojó 7,848 traspasos aprobados y 10,197 casos en proceso de evaluación.

Grupo cinco (5), integrado por 13 ARS, concentran 8,513 reclamaciones, equivalente al 14.71% del total. Los resultados fueron 4,839 traspasos aprobados y 3,674 retenciones aprobadas.

Grupo seis (6), constituido por 21 ARS, con un total de 6,171 reclamaciones, equivalente a

10.66%, de las cuales 3,544 corresponden a traspasos aprobados y 2,627 a retenciones aprobadas.

Al mes de diciembre del 2007, se atendieron unas 62,959 reclamaciones de afiliados, teniendo como resultado 39,564 traspasos aprobado, equivalente al 62.8%.

Del total de las reclamaciones, 17,570 fueron casos procesados y rechazados (27.9%) por no cumplir con la resolución y disposiciones legales, los pueden considerarse como una solución al reclamo, que junto a los aprobados representaron un 90.7% de las reclamaciones totales, estando en su etapa final de procesamiento 3,011 reclamaciones.

VI. Habilitación de Promotores de Seguros de Salud. Durante todo el año se llevaron a cabo 17 convocatorias para Habilitación de Promotores de Seguros de Salud, resultando un total de 352 promotores aprobados y 286 reprobados, un total de 638 promotores examinados.

Otras actividades de importancia fueron: Elaboración de una propuesta para referencia y contrarreferencia de pacientes, formando parte de la comisión encargada del tema junto con la SESPAS; Auditoria de salud a los Contratos de Gestión de la ARS SENASA con sus prestadoras, contratados para ofertar los servicios para el Régimen Contributivo.

- Diseño de un formulario, en colaboración con la DTI y la Gerencia de Proyectos, para la supervisión y monitoreo de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS); clasificación y revisión del tipo de Prestadoras de Servicios de Salud (PSS); Visita de



supervisión a las recientes instalaciones de los Centros de Atención Primaria (CAPS), para verificar el cumplimiento de los estándares mínimos.

- Participación en Evaluación al Proyecto de Bioseguridad y manejo de residuos peligrosos en los Hospitales”

de la Región Este, auspiciado por Redsalud; así como la participación permanente en actividades de capacitación, foros de discusión, cursos y talleres de orientación a los actores y afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) a nivel nacional.

DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

La SISALRIL inicia en el 2007 un nuevo modelo de monitoreo y control del Régimen Subsidiado, con mayor formalidad, continuidad y precisión, con el objetivo de supervisar que la entrega de servicios de salud a los afiliados, se realice con calidad y eficiencia. Para la consecución de este objetivo, se crea el 01 de julio del 2007, la Dirección de Aseguramiento para el Régimen Subsidiado, realizando las acciones de inspección y valoración de los procesos de afiliación, prestación de servicios de salud y manejo de recursos.

Para alcanzar este objetivo fueron visitados en las diferentes regiones del país un total de 27 Hospitales; 97 Unidades de Atención Primaria; 4 Direcciones Regionales, y 6 Direcciones Provinciales. Estas acciones se llevaron a cabo a través de un recorrido por 14 provincias, 42 municipios y 29 distritos municipales.

En los tres niveles de atención, se verificaron los siguientes aspectos:

- Aplicación y funcionamiento del PBS.
- Manejo del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Entrega de medicamentos.
- Servicio y atención al usuario.
- Ratificación de las UNAP priorizadas.
- Utilización de los protocolos de atención.
- Infraestructuras y equipamiento de las PSS.
- Coordinación de trabajos entre SeNaSa y la Red de Servicios de Salud.
- Periodicidad de charlas y entrenamientos.

- Eficacia en la entrega de las prestaciones.
- Calidad en los Recursos humanos.
- Actividades de promoción y prevención de la salud.
- Capacidad resolutoria del SeNaSa y la Red de Servicios de Salud.
- Análisis de las estadísticas de salud.

Los trabajos de supervisión comprendieron la revisión de los contratos para la Prestación de Servicios de Salud, entre la Red de Servicios Públicos -SESPAS y el SeNaSa, realizando para ello quince (15) reuniones con representantes del SeNaSa del nivel central y regional.

Se efectuó la validación del proceso diseñado por el Sistema Único de Beneficiarios para la captación de los posibles elegibles al Sistema, así como el flujo de los valores consignados por el Presupuesto Nacional a la Tesorería de la Seguridad Social, y las erogaciones de fondos que se han realizado al SeNaSa para la administración de este régimen.

Los hallazgos derivados de este monitoreo, han servido para impulsar el desarrollo de acciones correctivas, la evaluación y análisis de procesos, y para la elaboración conjunta SISALRIL y el SeNaSa, de nuevas estrategias de supervisión, que induzcan al prestador a cumplir con lo establecido en los contratos.

En el mes de julio del 2007, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales-SISALRIL- y el Programa Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD-, firmaron un convenio de cooperación con el objetivo



de fortalecer la capacidad institucional de la SISALRIL para desarrollar con más eficiencia y eficacia la gestión de supervisión y monitoreo del Régimen Subsidiado.

El proyecto descansará sobre un marco conceptual, cuyo objetivo es la implementación de un modelo automatizado

para la captación de informaciones a nivel nacional, donde la SISALRIL podrá manejar grandes cantidades de datos de las diferentes regiones de salud, permitiendo el desarrollo de análisis, cruces y toma de decisiones oportunas.



DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO EN RIESGOS LABORALES

La Dirección de Aseguramiento en Riesgos Laborales (DARL) tiene a su responsabilidad supervisar y monitorear el componente del Seguro de Riesgos Laborales en aplicación del Artículo 206 de la Ley 87-01. Acogido a nuestra misión citamos los principales logros:

I. Supervisión y monitoreo en la TSS.

Objetivo. Supervisar y monitorear la gestión de cobertura de afiliación, cotización y dispersión del recaudo por concepto del SRL a nivel de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y UNIPAGO.

A través del Sistema de Monitoreo de la SISALRIL (SIMON), se mantuvo un seguimiento a la afiliación del SRL con una frecuencia quincenal en el primer semestre del 2007, de acuerdo a las expectativas y aprestos de la entrada en vigencia del SFS, con la finalidad evaluar su impacto en la cobertura de afiliación del SRL, donde pudo observarse un incremento en la afiliación de un 17% en relación a diciembre, 2006.

En el mismo sentido, y con la misma frecuencia, se monitoreó el comportamiento de las cotizaciones, vigilando por el impacto en los ingresos a raíz de la Resolución del CNSS, que como consecuencia de las negociaciones con los sectores económico ante la entrada del SFS, manda la disminución de las primas de cotización del SRL, así como la disminución a 4 salarios mínimos nacionales como tope de cotización.

En otro sentido, se realizaron acercamientos con la Tesorería de la Seguridad Social y

UNIPAGO para conciliar y validar en campo la dispersión de los ingresos por el mencionado concepto, recuperándose una diferencia de recursos a favor de la SISALRIL.

Se trataron temas tendentes a complementar e implementar mejoras en los procesos y procedimientos de la dispersión, así como aspectos pendientes aún de regular como: la retención de las contribuciones para el SFS frente a incapacidades temporales de origen laboral y la automatización de la calificación de la categoría de riesgos de las empresas, entre otros. Asimismo debatimos aspectos con la TSS dirigidos a colaborar y mediar en la situación de la Secretaría de Estado de Educación y el INABIMA, por la incidencia en el SRL con la retención de las cotizaciones del SRL, tema hoy resuelto por el CNSS.

II. Supervisión y Monitoreo de la Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura (ARLSS).

Objetivo. Supervisar y monitorear la gestión de la administración de los riesgos laborales.

Se realizaron 28 visitas a la Administradora de Riesgos Laborales con la intención de validar expedientes en campo, recolectar información diversa (estadísticas, reclamaciones, etc.), seguimientos a correctivos de los resultados de la auditoría, monitoreo de la calidad de los procedimientos internos en la gestión de reconocimiento y otorgamiento de las prestaciones.



III.- Auditoria Integral de la ARLSS.

Objetivo. Validar la gestión administrativa y financiera de la ARLSS e identificar procesos objeto de mejoras en la calidad de la gestión del reconocimiento de las prestaciones de los trabajadores.

Dicha auditoria fue practicada por las áreas técnicas de supervisión de gestión administrativa y financiera de la SISALRIL (área auditoría técnica y aseguramiento), sus resultados se exponen en la página Web de la institución. Destacan dentro de los mismos, el fomento y seguimiento a los correctivos de lugar, tales como: Las medidas para la adopción de mejoras en el Sistema de Información de la ARLSS, mejoras de los procesos de la gestión administrativa y financiera de la ARLSS, adaptación del Catálogo de Cuentas a las exigencias SISALRIL, agilización en el reconocimiento y otorgamiento de las prestaciones, la funcionalidad de la Comisión de Riesgos y Tarifas.

IV. Normas Complementarias

Objetivo. Cumplir con el Artículo 176 literal (k) de la Ley 87-01, sobre propuestas de aspectos no contemplados en el SRL. La SISALRIL sometió en el 2do. Trimestre, la propuesta DARL sobre Accidentes en Trayecto, aprobada por el CNSS en sesión ordinaria por la Resolución No. 168-02 del 04 de octubre, 2007. Igualmente, se canalizó al CNSS una propuesta complementaria al Reglamento de Dispensación de Medicamentos aún pendiente de dictamen.

Está en revisión la propuesta que manda a la ARLSS crear las reservas de capitales constitutivos como herramienta técnica para

garantizar la sostenibilidad de las pensiones por discapacidad, viudedad y orfandad. Se realizaron las propuestas relativas a las balas perdidas y de reorganización de la Comisión de Riesgos y Tarifas, pendientes de aprobación.

Participamos en la preparación de las resoluciones siguientes: Resolución Administrativa SISALRIL No. 000136-07 relativa a prohibir transferencias de la ARLSS a cuentas diferentes a las creadas para el propósito del SRL, la 000115-07 sobre el Manual de Discapacidad para el reconocimiento y otorgamiento de las prestaciones, Resolución Administrativa SISALRIL 000134-07, sobre el tratamiento de la ARLSS a las reclamaciones de los usuarios del SRL.

V. Auditoria de las Reclamaciones.

Objetivo. Brindar soporte técnico al área jurídica en la investigación y dictamen de los recursos de inconformidad elevados a la SISALRIL.

Se atendieron y canalizaron al área jurídica 47 casos de reclamaciones cursadas vía la DIDA, 143 casos sometidos por la ARLSS y 07 reclamaciones extendidas directamente por usuarios.

En el proceso de tratamiento técnico se entrevistaron a 16 usuarios, se recibieron 04 visitas, se atendieron vía telefónica aproximadamente 600 consultas.



VI. Estudio de Valuación Actuarial

Objetivo: Vigilar por la sostenibilidad del SRL. Es necesario destacar el apoyo técnico a solicitud de esta Superintendencia de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en la realización conjunta de un **estudio de valuación actuarial**, iniciado en el 4to trimestre del presente año, con el objetivo de identificar la situación real a mediano y largo plazo con el actual financiamiento, y prever y/o tomar las medidas de lugar que garanticen la sostenibilidad del Seguro de Riesgos Laborales.

VII. Prevención de Riesgos Laborales.

Objetivo. Colaborar con el desarrollo de una política nacional de PRL. La SISALRIL ha tenido una participación activa como miembro titular en el Consejo Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (CONSSO), asistiendo a las reuniones bimensuales convocadas, y contribuyendo con una

propuesta de Plan Operativo Anual del CONSSO.

VIII. Otras actividades

Objetivo: Colaboración y Desarrollo de temas relacionados a los Riesgos Laborales: destacamos: Consejo Nacional de la Discapacidad (CONADIS), participando en el consenso de la actualización de la Ley que les rige, en foros de orden tripartito y colaboración con entidades internacionales: Organización Panamericana de la Salud (OPS) en materia de discapacidad y sistema de información, el Instituto Gestión de la Administración Pública de España, el Instituto Nacional de Gestión de la Administración Pública (INAP), Intercambio aula virtual para los actores del Sistema con la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social y la Mutua Española Ibermutuamur en temas relacionados y dirigidos a desarrollar la gestión de administración de los riesgos laborales.

DIRECCION DE TECNOLOGIA DE INFORMACION

Durante el proceso de desarrollo de la ruta crítica establecida por la SISALRIL para cumplir con el mandato y lineamientos estratégicos de dar inicio al SFS del Régimen Contributivo, la DTI, en su misión de ofrecer apoyo logístico y tecnológico a las áreas misionales y administrativas, realizó una labor de supervisión, monitoreo, seguimiento, interno y externo con las instituciones involucradas en el Sistema, especialmente: ARS HABILITADAS, UNIPOGO, TSS y la DIDA: Bajo esta temática desplegamos esfuerzos en los procesos siguientes:

I. Carga de los Afiliados Titulares y Dependientes con Cédulas, y Menores de Edad sin Cédula

Este proceso fue establecido bajo la Resolución Administrativa No. 102-2007, con el objetivo de crear una base de datos de afiliados unificada de las ARS.

Para alcanzar este proceso, las ARS enviaron a UNIPAGO sus carteras de titulares y dependientes con sus respectivas cédulas, y dependientes menores sin cédula en los formatos (Layout) preestablecidos para tales fines; institución que los procesó, registró los afiliados, y segregó aquellos que cumplían con los requisitos establecidos en el Layout; resultando 1, 498,424 afiliados titulares y dependientes con cédula, y 367,569 afiliados dependientes menores de edad sin registro de cédula en la Base de Datos de UNIPAGO.

II. Corrección de RNC inválidos en la carga de afiliados titulares

Debido a que la mayoría de los RNC reportados en los registros de los afiliados fueron cargados con informaciones incorrectas, y en razón de que estos registros eran fundamentales para la identificación de los empleadores contribuyentes al Sistema, se emitió la Resolución Administrativa 104-2007, la cual ordena la actualización de los RNC inválidos sobre la carga de los afiliados titulares y dependientes. Como resultado de este proceso se obtuvo 452,132 registros corregidos en la Base de datos de afiliados unificada de UNIPAGO, lo cual representó un 85.16 % a la solución de la corrección de RNC inválidos.

III. Proceso de Reafiliación. Para dar cumplimiento a la Resolución Administrativa No. 106-2007, los empleados y sus dependientes que en fecha 6 de marzo del 2007, no estaban inscritos en una ARS habilitada, tenían el derecho de seleccionar una ARS de la lista de habilitación definitiva que publicó esta Superintendencia en esa misma fecha. Esta actividad generó 127,000 nuevos afiliados registrados en la Base de Datos de UNIPAGO.

IV. Eliminación Definitiva de la Doble Afiliación. En atención a la Resolución No. 107-2007, y con el propósito de eliminar las duplicaciones de afiliados del sistema de aseguramiento, se llevó a cabo una labor de supervisión a todo este proceso. Se logró eliminar totalmente la doble afiliación, la cual ascendía a 250,000 afiliados aproximadamente.

V. Sistema de Información y Monitoreo Nacional, (SIMON). Con el objetivo de garantizar un flujo sistemático, transparente y eficiente de las informaciones generadas por las ARS, ARL y las demás entidades asociadas al Sistema, fue publicado en septiembre del 2007, el Sistema de Información y Monitoreo Nacional (SIMON) en la WEB de la SISALRIL.

Al partir del mes de septiembre, se han implementado y mejorado los esquemas para el envío de informaciones de las ARS a través del SIMON, vía Internet. Dentro de estos se destacan:

- Esquema 0005: el cual debe ser utilizado por las ARS para enviar sus balances de comprobación al corte de cada mes.
- Esquema 0026: Mantenimiento de la Red Prestadoras de Servicios de Salud Institucionales, mediante el cual las ARS deberán mantener actualizada su red de Prestadoras de Servicios de Salud a ser utilizadas por los afiliados al SFS Régimen Contributivo.
- Esquema 0027 Mantenimiento de los médicos contratados: Bajo este esquema las ARS deben mantener actualizado el balance o novedades de sus médicos contratados que ofrecen servicios del PDSS y otros planes de salud dentro del SFS.
- Esquema 0031 Afiliados a Planes Complementarios y Especiales de Medicina Prepagada: Este instrumento será utilizado por las ARS para reportar periódicamente los afiliados al PDSS, que

también tienen contrato de estos dos tipos de planes.

- Esquema 0033 Afiliados Titulares a Planes Voluntarios: Instrumento diseñado para que las ARS reporten aquellos afiliados titulares del núcleo familiar que no pertenecen al SFS, en razón de ser un trabajador del mercado informal (Cuenta Propia), retirado o pensionado.
- Esquema 0034 Afiliados Dependientes a Planes Voluntarios: Este formato será utilizado por las ARS para reportar aquellos afiliados Dependientes del núcleo familiar que no están en el SFS, debido a que trabajan de manera informal (Cuenta Propia), son retirados o pensionados.
- Esquema 0035 Prestaciones de Salud a los afiliados del SFS: Mediante esta estructura las ARS remiten mensualmente las prestaciones de servicios de salud provistas a los afiliados del Régimen Contributivo.
- Diseño, construcción y formulación del modulo que servirá de apoyo para el flujo de las informaciones que remitirán las ARS para el cálculo del costo del PDSS. Dicho módulo incluye todas sus interfaces y consultas para registro de costos de cada procedimiento o cobertura de servicio del PDSS. Para la estructuración de esta herramienta se utilizó el modelo desarrollado por la Firma Internacional Antares Consulting y la Dirección Técnica de la SISALRIL.



VI. SERVICIOS A CLIENTES EXTERNOS DE LA SISALRIL.

La SISALRIL atendiendo a las normativas establecidas por la Oficina Presidencial de Tecnología de Información y Comunicación (OPTIC), diseñó un nuevo portal electrónico, con la finalidad de adecuarnos a los requerimientos del nuevo esquema y facilitar el suministro y transparencia de las informaciones en el ámbito institucional.

El nuevo portal electrónico contribuyó a facilitar la elaboración de los siguientes trabajos:

- Publicación de un formulario interactivo para dar servicios a la población.
- Publicación de un nuevo formulario electrónico de solicitud de información especializado para la Oficina de Acceso a la Información (OAI), el cual tiene una herramienta para dar seguimiento automatizado, lo que le permite manejar de forma particular cada uno de los casos y dar monitoreo al status y tiempo de cada solicitud.
- Publicación de la consulta interactiva de las Redes de Prestadoras de Servicios de Salud de la ARS, con la finalidad de que los afiliados al SFS puedan instruirse en Internet, según la provincia y el tipo de prestadora que están requiriendo.
- Publicación consulta interactiva de los Planes Complementarios, a partir de la cédula y/o número de seguridad social (NSS) de los afiliados al SFS. Mediante este mecanismo los afiliados pueden observar

las coberturas de servicios de salud contratadas en su plan complementario.

VII. MEJORAMIENTO INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS TECNOLÓGICOS

Con la finalidad de mejorar la infraestructura tecnológica y el servicio de la institución se realizaron las siguientes actividades: Implementación de herramientas de seguridad: Antivirus, AntiSpam, contra intrusos para la protección de la Red de la SISALRIL; Instalación de Servidor de Correo Exchange 2003; Implementación de Punto de acceso y Red de datos, Telefonía para la habilitación de las nuevas áreas de la primera planta del edificio de la SISALRIL; mantenimiento y resguardo de la infraestructura tecnológica de la institución; charlas de motivación al personal de la institución sobre la razón e importancia de gestión de Seguridad de Información.

VIII. SERVICIOS DE APOYO INTERINSTITUCIONALES

A propósito de materializar las labores periódicas de apoyo a interinstitucional se ejecutaron las siguientes actividades:

- Procesamiento de la Base de Datos de pensionados para informe al CNSS para la determinación de porcentaje adecuado a cobrar para su afiliación al SFS.
- Elaboración de informes sobre los dobles afiliados de empresas de Zonas francas para la Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo.



- Realización de una Auditoría de Gestión de Seguridad de Información a la ARL.
- Participación en el proceso de Auditoría de la Cámara de Cuentas de la República Dominicana en las áreas de tecnología de información de la SISALRIL.
- Participación en el proceso de Auditoría de la Contraloría del Consejo Nacional de la Seguridad Social en las áreas de tecnología de información de la SISALRIL.
- Realización de 1,761 servicios relacionados con Asistencias a Usuarios, Cuentas de Acceso y Correo Electrónico, Telé conferencias y publicaciones en el portal.
- Procesamiento de mas de 24,000,000 millones de registros para generación de consultas y cuadros estadísticos de las informaciones recibidas periódicamente de la TSS- UNIPAGO, ARL y las ARS.
-



DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.

ASPECTOS FINANCIEROS

Desviaciones más Significativas. Período Enero-Septiembre 2007

Déficit de RD\$26.1 MM de los aportes que debió recibir ésta Superintendencia debido a la no entrada en vigencia del Seguro Familiar de Salud en Junio de 2007 y la posposición del recaudo hasta Septiembre de 2008.

Superávit de RD\$14.2MM por recaudo adicional por Riesgos Laborales, debido a la entrada de Inabima al SDSS.

Superávit de RD\$3.0 por subvención adicional para compensar el déficit por la no entrada en vigencia del PDSS en Junio de 2007.

En resumen los ingresos de la SISALRIL presentan un déficit de **RD\$8.6 MM** por debajo de lo presupuestado en el año.

Debido a la incertidumbre para la puesta en vigencia del PDSS ésta Superintendencia fue conservadora en la ejecución de los gastos y hasta el mes de Septiembre de 2007 se quedaron sin ejecutar **RD\$18.4 MM**, debido a que fue en éste mes que entró en vigencia del PDSS.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

Infraestructura

Con la finalidad de adecuar nuestras instalaciones físicas, hemos incurridos en inversiones y gastos acorde a las necesidades de equipamiento y reordenamiento de las áreas. En ese orden hemos habilitado las facilidades de acceso a la institución.

CONTRALORÍA

OBJETIVOS: La Contraloría como área de asesoría y control previo Planifica, Programa, y ejecuta acciones para evaluar de manera efectiva la aplicación de los procedimientos y las Normas de Controles Internos, así como también labor de vigilancia y revisión en las operaciones de la Institución, de acuerdo al manual de organización y funciones, reglamentos, convenio y contratos vigentes, así como las regulaciones propias de Administración Públicas y las Normas Internaciones.

RESULTADOS.

- Realizamos vigilancia de las transacciones relacionadas con los recursos financieros de la Superintendencia, función principal de esta área que consistía en efectuar revisiones de todos los ingresos recibidos y los cheques emitidos, Así como también los exámenes periódicos de los registros contables.
- Revisamos mensualmente los Estados Financiero que son una responsabilidad del Despacho del Superintendente. Estos incluye el mantenimiento de registros contables y controles internos adecuados, la selección y aplicación de políticas contables apropiadas, y las protecciones de los activos. Los Estados Financieros son realizados con veracidad y oportunidad, como son los casos de: Estados de Resultados, Estados de Flujos de Efectivos y Estado de Origen y Aplicación de Fondos, etc.

- Verificamos el seguimiento a todos los registros que estén fundamentado con los Principios de Contabilidad y las Normas Internacional de Auditoria (NIA), las Normas Internas de Auditoria Gubernamental, (NIAGU), de la Contraloría General de la Republica. Lo que facilita tener un adecuado Control Interno, que permita salvaguardar los recursos que se recibe de forma efectiva y oportuna, y tener el control de todos los documentos estén justificados con sus soportes.

Revisamos mensualmente el proceso de la ejecución presupuestaria, teniendo en cuenta la importancia de que el presupuesto sea ejecutado tal como fue programado por las Direcciones, reconociendo la importancia del presupuesto por excelencia para las instituciones. Así como verificamos las variaciones entre los programados y los ejecutados, para hacer las recomendaciones de lugar.

GERENCIA DE PROYECTO

La SISALRIL, consciente de la dificultad de la puesta en marcha de todos los proyectos transversales que componen el desarrollo del PBS, creó en el 2007 la Gerencia de Proyecto para la implantación y mejora de todas las actividades que se llevarían con el lanzamiento y desarrollo del PDSS del régimen contributivo del SFS. A groso modo se pueden considerar como funciones principales de esta gerencia las coordinaciones de tres grandes proyectos:

1. Catalogo de Prestaciones del PDSS
2. Metodología de Costo, Evaluación Periódica e Indexación del PBS.
3. Programas Operativos Anuales (CERSS- PNUD)

CATALOGO DE PRESTACIONES DEL PDSS

Mediante la consultoría de la empresa española Antares Consulting y un equipo

multidisciplinario interno de la SISALRIL, se asignaron las coberturas correspondientes a cada uno de los grupos y subgrupos del Catalogo, de acuerdo al perfil epidemiológico del país.

Completado y definido el Catalogo de Prestaciones del PDSS, la Gerencia de Proyectos inicia con la validación de la estructura, lo cual consistió en una revisión exhaustiva junto a la Dirección de Aseguramiento del Régimen Contributivo (DARC) de cada uno de los procedimientos y su correcta asignación en el catalogo, de forma que cumpliera con las normas y los protocolos médicos establecidos.

Como resultado de estas revisiones en Septiembre del 2007 inicia el SFS con 1,693 procedimientos, los cuales al ser distribuidos en el catalogo nos presenta la siguiente estructura:

Grupo Descripción	Total Procedimientos
1 Prevención y Promoción	112
2 Atención Ambulatoria	5
3 Servicios Odontológicos	30
4 Emergencia	122
5 Hospitalización	430
6 Partos	84
7 Cirugía	1,346
8 Apoyo Diagnóstico (Dx) en Internamiento y Ambulatorio	385
9 Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad	3,024
10 Rehabilitación	13
11 Hemoterapia	8
12 Medicamentos Ambulatorios	715
Total general	6,274



Cabe destacar que los 1,693 procedimientos pueden repetirse indistintamente en cada uno de los grupos y subgrupos del Catalogo de Prestaciones, como se observa en la sumatoria del cuadro anterior.

SEGUIMIENTO METODOLOGIA DE COSTO, EVALUACION PERIODICA E INDEXACION DEL PBS.

Para dar seguimiento al desarrollo de la metodología expuesta anteriormente, se elaboró junto a la Dirección de Tecnología de la Información (DTI) el Esquema 35, el cual contiene la estructura en formato estándar, de cómo deben crearse los archivos con las informaciones de las prestaciones de las ARS's con mayor facilidad e integridad, correspondiente a los 18 campos que plantea el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la metodología.

Para el envío de las informaciones a esta Superintendencia, las ARS's deben cumplir con los requerimientos y procedimientos (en cuanto a la estructura de la información) descritos en el Esquema 35.

La implementación del Esquema 35 como Sistema de envío de las informaciones de las prestaciones de las ARS's, se hace efectivo con la emisión de la Resolución 00135-07 de fecha 12 de septiembre de 2007.

Por el nivel de desglose del Catalogo de Prestaciones, ha sido muy difícil para las ARS's hacer la correcta clasificación de los procedimientos en los grupos y subgrupo correspondientes, por tanto, para lograr el óptimo funcionamiento del Esquema 35, se han preparado reuniones y talleres de orientación con las ARS's, lo cual ha

permitido lograr el envío de informaciones mejor depuradas y clasificadas. Estas reuniones han sido tanto grupales como individuales, y acompañadas de un seguimiento continuo para que las mismas puedan cumplir con el envío de las informaciones.

PROGRAMAS OPERATIVOS ANUALES (POA)

Con el objeto de fortalecer la capacidad institucional, la Superintendencia cuenta con proyectos de programas operativos anuales, tales como:

Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (Fase1)- PARSS1 CERSS: El Gobierno Dominicano y el Banco Mundial (BM) acordaron ejecutar un Programa de Préstamo Adaptable (APL) para dar continuidad al proceso de reforma del sector salud, a ser implementado entre el 2003 y el 2014.

El Comité Directivo para la ejecución de este programa está conformado por los titulares de la CERSS, SESPAS, SISALRIL, SENASA y PROMESE/CAL.

Dentro de los marcos del convenio la Superintendencia busca:

- Extensión de la Cobertura de los Servicios de Salud: Ampliar la cobertura del Plan Básico de Salud incorporando hasta 1,000,000 personas pobres, bajo la correcta supervisión y monitoreo.
- Implementación de la Legislación de la Reforma del Sector Salud: Apoyar la implementación de la Ley No.42-01 y



la Ley 87-01 mediante el desarrollo de los marcos regulatorios necesarios, estructuras organizativas, instrumentos financieros, programas de capacitación y Sistemas de Información.

- Monitoreo y Evaluación: Establecimiento de un sistema para monitorear y evaluar la ejecución del Proyecto.

De las actividades desarrolladas tenemos:

- Consultoría de Antares Consulting para el desarrollo de la Metodología de Costos, Evaluación Periódica e Indexación del PBS.
- Adquisición de Equipos y Software para la implementación del sistema SIMON.
- Upgrade Central Telefónica.

- Adquirir vehículos para supervisión y Monitoreo en las Regiones.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): El objetivo del proyecto es el fortalecimiento de la capacidad institucional de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para desarrollar con más eficiencia y eficacia las capacidades de gestión, supervisión y monitoreo de los servicios de salud otorgados al Régimen Subsidiado por el Seguro Nacional de Salud (SENASA) y sus prestadoras de servicios de salud afiliadas, lo cual contribuirá a facilitar la implementación eficiente y efectiva de los componentes de Salud y Riesgos Laborales de la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus normas complementarias, específicamente en el caso del Régimen Subsidiado de Salud.

AMPLIACIÓN DE LA COBERTRURA DE SERVICIOS DEL PDSS

A finales del año 2007 y luego de tres meses de funcionamiento del SFS del contributivo, la SISALRIL apoyada en las atribuciones que le confiere la Ley, emitió la Resolución No. 147-07, con el objetivo principal de ampliar las coberturas de servicios del PDSS. Las informaciones presentadas a continuación esquematizan los nuevos cambios introducidos al PDSS.

PDSS según Resolución 147: Amplia la cobertura en *Hospitalización*, en el caso específico de *habitación*, pasa de RD\$1,200 a RD\$1,800 por día.

Servicios de Odontología. Se elimina la gradualidad y se fija una Cuota Moderadora Variable¹⁵ para los siguientes servicios:

- * Consulta odontológica de urgencia.
- * Extracción cuerpo extraño-
- * Extracción dentaria.
- * Incisión y drenaje de absceso.
- * Tratamiento de la Gingivitis.
- * Tratamiento Osteomielitis.

- *Atenciones de Alto Costo.* Se eliminó la gradualidad para los servicios de Hemodiálisis Renal y Diálisis Peritoneal. Además se agregaron los tratamientos a Politraumatismos (trauma mayor) y a Quemaduras Graves (3er. Grado). Igualmente se amplió el límite por persona por año de RD\$150,000 a RD\$500,000 por prestación de servicios.

PDSS Acuerdo 19-12-07 Vs. PDSS Resolución 147-07

Prestaciones	PDSS Acuerdo		PDSS según Resolución	
	Monto/ Cobertura	CM/ Copago	Monto/ Cobertura	CM/ Copago
1 Prevención & Promociones	Ilimitada	No	Ilimitada	No
2 Atención Ambulatoria	Ilimitada	CMF	Ilimitada	CMF
3 Odontología	Ilimitada/ Gradual	CMV	Ilimitada	CMV
4 Emergencia	Ilimitada	CMV	Ilimitada	CMV
5 Hospitalización	Ilimitada	CMV	Ilimitada	CMV
6 Partos	Ilimitada	CMV	Ilimitada	CMV
7 Cirugía	Ilimitada	CMV	Ilimitada	CMV
8 Apoyo DX	Ilimitada	CMV	Ilimitada	CMV
9 Atención de alto costo	150 mil/pna/año - Grad	CMV	500 mil/pna/año	CMV
10 Rehabilitación	Ilimitada	CMV	Ilimitada	CMV
11 Hemoterapia	Ilimitada	CMV	Ilimitada	CMV
12 Medicamentos Ambulatorios	3,000 /pna/año	Copago	3,000 /pna/año	Copago
CMF = Cuota Moderadora Fija				
CMV = Cuota Moderadora Variable				

¹⁵ Cincuenta por ciento (50%) a cargo del afiliado, hasta dos (2) salarios mínimos

PDSS Acuerdo 19-12-07 Vs. PDSS Resolución 147-07, SEGÚN GRUPOS Y SUB-GRUPOS

Subgrupo	Prestaciones	PDSS Acuerdo		PDSS Resolución 147	
		Monto/ Cobertura	CM/ Copago	Monto/ Cobertura	CM/ Copago
3	Servicios Odontológicos				
3.1	Aplicación de Cariostáticos	Ilimitada	CMV	Ilimitada	CMV
3.2	Consulta de Urgencia	Gradualidad	CMV	Ilimitada	CMV
3.3	Consulta Preventiva, Terapia Fluorada	Ilimitada	CMV	Ilimitada	CMV
3.4	Consulta, diagnóstico, fichado y plan tratamiento	Ilimitada	CMV	Ilimitada	CMV
3.5	Detec., control de placa Bacteriana y enseñanza higiene bucal	Ilimitada	CMV	Ilimitada	CMV
3.6	Extracción de cuerpo extraño	Gradualidad	CMV	Ilimitada	CMV
3.7	Extracción dentaria	Gradualidad	CMV	Ilimitada	CMV
3.8	Incisión y drenaje de absceso	Gradualidad	CMV	Ilimitada	CMV
3.9	Tratamiento de la Gingivitis	Gradualidad	CMV	Ilimitada	CMV
3.1	Tratamiento de la Osteomielitis	Gradualidad	CMV	Ilimitada	CMV
9	Atenciones Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad				
9.1	Cirugía de Corazón Abierto para By Pass	150 Mil pna/año	CMV	500,000.00/ pna/año	CMV
9.2	Angioplastia	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.3	Valvuloplastia Mitral	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.4	Trasplante de Córnea	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.5	Hemodiálisis Renal	Gradualidad	CMV		CMV
9.6	Díalisis Peritoneal	Gradualidad	CMV		CMV
9.7	Trasplante Renal	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.8	Reemplazo Articular Cadera	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.9	Reemplazo Articular Rodilla	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.1	Reemplazo Articular Hombro	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.11	Columna: Cirugía Escoliosis	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.12	Columna: Espondilolistesis Total	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.13	Atención de Prematuros	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.14	Atención en Unidad de Cuidados Intensivos	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.15	Tratamiento del Cáncer Adultos	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.16	Tratamiento del Cáncer Pediátricos	150 Mil pna/año	CMV		CMV
9.17	Tratamiento a Politraumatismo				CMV
9.18	Tratamiento a Quemaduras Graves				CMV

	Actual PDSS	Nuevo PDSS
Grupos	12	12
Subgrupo	76	78
Coberturas 0	780	780
Coberturas Cups	913	1653
TOTAL COBERTURAS	1,693	2,433

En la siguiente tabla se presenta una comparación de las nuevas coberturas del PDSS con relación al PDSS anterior.

No. DE COBERTURAS				
Subgrupo		PDSS ACTUAL	NUEVO PDSS	DIFERENCIA
3.3	Consulta Preventiva, Terapia Fluorada		7	7
3.6	Extracción de cuerpo extraño		4	4
3.7	Extracción dentaria		16	16
3.8	Incisión y drenaje de absceso		4	4
3.9	Tratamiento de la Gingivitis		6	6
7.1	Cirugía General	116	174	58
7.4	Cirugías Dermatológicas	44	63	19
7.7	Neurocirugías	45	83	38
7.9	Cirugías Oftalmológicas	50	98	48
7.10	Cirugías Otorrinolaringológicas	62	122	60
7.11	Cirugías Pediátricas	418	457	39
7.12	Cirugías Urológicas	130	148	18
7.14	Cirugías Ortopédicas	136	360	224
7.15	Cirugías Ginecológicas	85	156	71
7.17	Neumología	18	62	44
8.2	Rayos X	44	79	35
8.3	Ecografías	17	22	5
8.5	Biopsias	68	79	11
8.6	Tomografía Axial Computarizada (TAC)	9	12	3
8.7	Resonancia Nuclear Magnética (RNM)	10	15	5
9.6	Diálisis Peritoneal	2	3	1
9.17	Tratamiento a Politraumatismo			?
9.18	Tratamiento a Quemaduras Graves			?
10.3	Aparatos y Prótesis	7	49	42
Total general				600



ANEXOS



DIRECCIÓN TÉCNICA

I. CONDICIONES SALARIALES DE LOS PENSIONADOS Y JUBILADOS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: APORTES Y COSTOS DEL PBS-PDSS"- FEBRERO DEL 2007

- Anexo No. 1. Cobertura Nacional de los Pensionados y Jubilados, y Salarios según Escala.
- Anexo No. 2. Relación Salarios Pensionados Vs. Costo Canasta Básica de Bienes y Servicios.
- Anexo No. 3. Aportes y Costos del PBS-PDSS de los Pensionados y Jubilados.
- Anexo No. 4. Balance del PDSS de los Pensionados y Jubilados.
- Anexo No. 5. Propuesta de Cotización de los Pensionados y Jubilados del Régimen Contributivo, Estimado 2007.
- Anexo No. 6. Financiamiento del Seguro Médico y Servicios de Salud de los Pensionados.

II. FONAMAT: REQUERIMIENTO DE RECURSOS AFILIADOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

- Anexo No. 1. Prima de Riesgos de los Accidentes de Tránsito Afiliados del Régimen Contributivo.
- Anexo No. 2. Número de Accidentes de Tránsito y Costos de los Servicios, Estimado Período 2005-2008

III. REGIMEN CONTRIBUTIVO: IMPACTO ECONOMICO Y SOCIAL DEL INICIO DEL SFS-PDSS

- Anexo No. 1. Comparación Prima Percápita PDSS Vs. Primas ARS.
- Anexo No. 2. Comparación Cobertura SFS-PDSS Vs. Sistema Aseguramiento Vigente (ARS).
- Anexo No. 3. Régimen Contributivo: Aportes del PDSS – Período Septiembre 2007 – Febrero 2008.
- Anexo No. 4. Aportes al PDSS por Rango Salarial Septiembre 2007 – Febrero 2008.
- Anexo No. 5. Costo del PDSS Población Contributiva, Septiembre 2007 – Febrero 2008.
- Anexo No. 6. Aportes al PDSS por Rango Salarial, Septiembre 2007 – Febrero 2008

IV. IMPACTO MODIFICACIÓN LEY 87-01 Y RESOLUCIÓN 129-07 SOBRE SALARIOS AFILIADOS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

- Anexo No. 1. Transferencia Aportes al SFS: Reducción 1% Pensiones e Incremento a 9.53% PDSS, Según empleados del Régimen Contributivo afiliados.
- Anexo No. 2. Impacto Modificación Ley 87-01 y Resolución 129 sobre el Salario de los Empleados del Régimen Contributivo, Según Escalas Salariales.
- Anexo No. 3. Recursos Adicionales al PDSS respecto Desmonte 1% de Pensiones, según Afiliados del Régimen Contributivo con Salarios Superiores a RD\$45,000.

VII. DE LOS PLANES DE SALUD OFRECIDOS POR LAS ARS HABITALIDAS (AL MES DE NOVIEMBRE DE 2007).

- Anexo No. 1. Cantidad de Planes de Salud Reportados por las ARS, Según Tipo de Planes.
- Anexo No. 2. Planes Complementarios Remitidos por las ARS, Según Formato y tipo de Planes.
- Anexo No. 3. Servicios según ARS y Planes.
- Anexo No. 4. Precio Promedio Planes de Salud de las ARS.