

ANÁLISIS CUMPLIMIENTO

acuerdos posibilitaron el SFS

DIDA LOGRA LAS
METAS
enero - agosto 2015



618,741
Asistencias

7,970
Asesorías Médicas

12,851

Reclamaciones
recibidas

9,304

Reclamaciones
resueltas



Cerca de 5 millones
de afiliados atendidos
desde el 2002

Miles de materiales
de información
y promoción
del SDSS
distribuidos
a nivel nacional.



15 oficinas a
nivel nacional



31 Puntos de
Información

32 Programas TV
111 Programas RADIO
17 Retransmisiones CTC
446 Entrevistas realizadas
a nivel nacional



EMPRESAS VIOLAN 87-01

COBERTURA UNIVERSAL

CRÉDITOS

DIRECTORA

Nélsida Marmolejos
nmarmolejos@dida.gov.do

ENCARGADO DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

Xiomara de Coo
decoo@dida.gov.do

ASESORA DE COMUNICACIÓN DE LA DIRECCIÓN

Nexcy de León
ndeleon@dida.com.gov

ENCARGADA DEPTO. DE COMUNICACIÓN

Julissa Magallanes
jmagallanes@dida.gov.do

SUB-ENCARGADA DEPTO. DE COMUNICACIÓN

Katiuska Brito
kbrito@dida.gov.do

ENCARGADO DE RELACIONES PÚBLICAS

Ramón Paulino
rpaulino@dida.gov.do

PERIODISTA

Yanny Pérez Fil
yaperez@dida.gov.do

FOTOGRAFÍA

Franklin Marte
franklinmartefotografia@gmail.com

EDICIÓN Y COORDINACIÓN

Rafael Alonso
alorafael@gmail.com

DISEÑO DIAGRAMACIÓN

Omar Cornelio
info@omarcornelio.com

ORIENTACIÓN

DE LA DIRECCIÓN



Los afiliados del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) deben recibir información veraz del funcionamiento de las instancias que lo integran y del comportamiento de los proveedores y prestadores de servicios de salud que les permitan decidir con certeza respecto a los servicios y derechos que les concede la Ley 87-01.

El SDSS tiene 14 años y en ese transcurso, hemos auspiciado estudios relacionados con el gasto de bolsillo en salud, de satisfacción del usuario, de medición de suministro de medicamentos en el Régimen Subsidiado e innumerables gestiones de defensa de los afiliados ante los organismos del Sistema.

En estos años, también hemos monitoreado y supervisado las diversas instancias y la forma como dispensan los servicios, las Unidades de Atención Primaria, las Estancias Infantiles, los centros hospitalarios y la integración de las comunidades en las actividades, indagatorias que nos permite afirmar que estamos en condiciones de dar a conocer a la sociedad estos hallazgos que en lo adelante, informaremos mediante este medio cumpliendo los mandatos de la Ley.

Esta institución está conformada por un grupo de profesionales de amplios conocimientos y sólidas experiencias, factores indispensables para cumplir exitosamente la labor que se ha puesto sobre nuestros hombros y que hemos asumido con responsabilidad y el deseo de que la ley que instituye el SDSS se cumpla.

Crear una conciencia derecho, disminuir malas experiencias, inculcar valores y criterios nuevos, servir con la finalidad de mejorar la eficiencia, calidad y el compromiso, es una ardua tarea que debemos alcanzar.

A través del presente medio, asumimos el reto de traducir en datos y estadísticas, los resultados y las ejecuciones del SDSS en esta revista que tiene en sus manos, en interés de que sea un medio, un instrumento veraz con las más acabadas informaciones sobre el avance de la conquista más importante de la sociedad dominicana, la Ley 87-01.



Sábados

11:00 a.m. - 12:00 m.
Canal 4, 4RD

Domingos

9:00 a.m. - 10:00 a.m.
Canal 45, Teleradio América



Luner a Viernes
8:00 p.m. - 8:30 p.m.
Dominicana 98.9 FM

Martes y Jueves
6:00 p.m. - 7:00 p.m.
Power 103.7 FM

CONTENIDO



3 ORIENTACIÓN DE LA DIRECTORA

6 LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN

8 FUNCIONAMIENTO DE LAS UNAP

10 INTERNET Y REDES SOCIALES

12 DIDANIT@S FELICES 2015



14 ANÁLISIS NIVEL CUMPLIMIENTO DISPOSICIÓN ESTABLECE EL COPAGO

29 EMPRESAS VIOLAN LEY 87-01

30 COBERTURA UNIVERSAL



32 CARÁCTER VINCULANTE DE LAS DECISIONES

22 COBERTURA Y PRESTACIONES DEL PDSS

34 DIDA LOGRA LAS METAS DEL 2015

40 PANAMÁ, CHILE Y URUGUAY

LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN

— SUPLEN LA FALTA DE ORIENTACIÓN A LOS AFILIADOS DEL SDSS —



Representante UAPSS en la Plaza de la Salud orienta a una afiliada del Seguro Familiar de Salud

La Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) puso en práctica una nueva modalidad para facilitar a los afiliados acceso a los beneficios y derechos garantizados por el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), instalando Puntos de Información en las clínicas y hospitales más importantes del país.

El modelo ejecutado mediante la creación de la Unidad de Asistencia en Prestadores de Servicios de Salud (UAPSS) procura la protección y el bienestar de los afiliados extendiendo los servicios de la DIDA en los centros médicos y hospitales a nivel nacional.

La medida permite a los afiliados disponer en las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) de un Punto de Información (PI) de la DIDA debidamente identificado en el cual pueden gestionar los servicios de la institución, presentar una queja o reclamación en el instante que lo necesiten.

Al mes de marzo de este año 2015, se habían instalado en 63 PSS a nivel nacional, brindándose 12 mil 328 orientaciones a 7 mil 595 usuarios y se recibieron 468 reclamaciones que fueron tramitadas y se les dio el seguimiento debido a las que lo ameritaban, la finalidad es continuar abarcando los principales centros de salud del país.



En CEDIMAT los afiliados a la seguridad social acuden a los puntos de información de la DIDA para orientarse sobre sus derechos.

Los Puntos de Información acercan la institución a los afiliados y permiten recibir sus reclamaciones, mejorar cuantitativa y cualitativamente la atención a la población en general, así como fortalecer la calidad de los servicios de salud contemplados en el Sistema.

La instalación de los PI se debe a que aún persiste el desconocimiento en una parte importante de la población de los beneficios de la Ley 87-01 sobre Seguridad Social, falta una cultura de reclamo y hay necesidad de orientación e información en los afiliados, lo que es considerado una lesión a los derechos de las personas.

Los afiliados del Seguro Familiar de Salud (SFS) consideran los PI un auxilio práctico, accesible y necesario, visión que ha contribuido a incrementar las orientaciones, reclamaciones y asistencias.

LA UAPSS CON MIRAS HACIA EL FUTURO

La experiencia con este nuevo modelo de atención al usuario será complementado con la instalación permanente de teléfonos inteligentes en las PSS para que los afiliados contacten por esa vía con la DIDA desde el centro u hospital.

La medida obedece a las funciones para las que la Ley 87-01 faculta a la DIDA de "Promover el SDSS e informar a los afiliados sobre sus derechos y deberes", como forma de Contribuir a su desarrollo abriendo paso al avance y evolución de la protección social en la República Dominicana.

FUNCIONAMIENTO DE LAS UNAP

NECESITA SER AJUSTADO

En el año 2014 la DIDA realizó 280 visitas de supervisión a Unidades de Atención Primaria (UNAP) de diferentes provincias con el propósito de verificar la calidad de los servicios suministrados a los usuarios del Seguro Familiar de Salud (SFS) que asisten a esos establecimientos de salud del país.

Las verificaciones efectuadas permitieron comprobar que el 97% de las UNAP están funcionando, sin embargo, esto no significa que cumplan con todos los requisitos para suministrar los servicios en las condiciones apropiadas

INFRAESTRUCTURAS

- El 92% posee el personal de salud necesario.
- El 38 % carece de infraestructura adecuada.
- El 95 % tiene salas de espera aceptables.
- El 85% tiene higiene interna y externa aceptable.
- El 89% tiene acceso a baños.

El 27% no tiene señalización completa.
El 73% es afectada por ruido en el entorno.

CAPACIDAD RESOLUTIVA.

Atenciones de emergencia, Servicios de Laboratorio y Rayos X.

Las consultas y diálogo con los beneficiarios del Seguro Familiar de Salud (SFS) que se asisten a las Unidades de Atención Primaria, arrojaron que:

- El 78% de las UNAP tiene servicio de emergencia permanente.
- El 84% no ofrece servicios de Rayos X
- El 66% carece de servicios de Laboratorio.
- El esperticio evidencia la poca capacidad resolutive que tienen las UNAP supervisadas, lo que ocasiona un gasto adicional al afiliado al trasladarse a otros centros de salud para obtener esos servicios.

Cuadro No.1

Servicios ofrecidos a los afiliados en las UNAP Enero-diciembre, 2014						
Atenciones	Emergencias	%	Laboratorios	%	Rayos x	%
Siempre	4 37 7	8	125	223	8	7
A veces	92	166	6	125	3	9
Nunca	33	6	371	664	718	4
Total	562	100	562	100	562	100

Fuente: módulo UNAP, DIDA

ENTREVISTADOS

En las 280 supervisiones se hizo entrevista a 562 personas de las cuales el 81%, es decir, 458 están afiliadas al Régimen Subsidiado, el 8%, 43 personas, al Régimen Contributivo, el 11%, 61 personas no están en ninguno de los regímenes del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

Cuadro No.2

Régimen de afiliación a que pertenecen las personas entrevistadas Enero- diciembre 2014		
Régimen	Total	%
Subsidiado	458	81
Contributivo	43	8
No Afiliado	61	11
Total	562	100

Fuente: módulo UNAP, DIDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS

El 48% de los afiliados entrevistados dijo no recibir todos los medicamentos indicados en el tiempo oportuno.

Cuadro No.3

Opinión de los afiliados de la entrega de medicamentos en las UNAP Enero-diciembre 2014		
Entrega de medicamentos	Usuarios	%
Siempre	293	52
A veces	243	43
Nunca	26	5
Total	62	100

Fuente: módulo UNAP, DIDA

SATISFACCIÓN SERVICIOS

En el cuadro 2 se observa que el trato dispensado a los afiliados por el personal de salud es reportado como bueno en un 90%, sin embargo, esta calificación se relaciona con el hecho de que las personas que asisten a las UNAP ven como una gracia las atenciones que les son dadas y, aunque carezcan de calidad, calidez, oportunidad y excelencia, manifiestan conformidad lo que se atribuye al escaso nivel de conciencia que tienen de que como ciudadanos, son sujetos de derecho y cuando suelen quejarse lo hacen denunciando falta de personal en los centros y se enfocan más en los servicios y las limitaciones que existe en esos establecimientos.

Cuadro No.4

Nivel de satisfacción de los afiliados con el servicio recibido Enero-diciembre 2014						
Trato recibido	Enfermería	%	Médico	%	Otro personal de Salud	%
Bueno	512	91	532	95	520	93
Regular ⁴	17		29	53	77	
Malo	92		10		10	
Total	562	100	562	100	558	99

Fuente: módulo UNAP, DIDA

INTERNET Y REDES SOCIALES

— INCREMENTAN CONTACTOS Y SERVICIO AFILIADOS SDSS —

La utilización de Internet tanto en la vida cotidiana de las personas como en las instituciones públicas y privadas ha hecho más accesible el conocimiento contribuyendo a la concienciación de los ciudadanos en los temas relacionados con el reclamo de sus derechos y de sus deberes.

La Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA) está a la vanguardia en el uso de las tecnologías enarbolando su lema: ORIENTA, DEFIENDE, INFORMA.

Convencidos de que la Internet es una

herramienta que juega un papel importante para comunicarse eficientemente con millones de personas, pequeños grupos o instituciones, la DIDA ha implementado herramientas tecnológicas especializadas las cuales sirven de soporte a sus estrategias de difusión del trabajo que realiza de manera continua.

El uso adecuado de las redes sociales ha permitido a la institución recibir retroalimentación de los afiliados a través de su portal Web www.dida.gob.do.

Estadísticas obtenidas mediante las herramientas de administración para webmaster



de Google, esta entidad puede afirmar más que orgullosa tener uno de los portales del país más visitados. A través del portal recibimos la visita de miles de personas de los Estados Unidos, México, España, Chile, Colombia, Argentina, Perú, Venezuela, Ecuador, Suiza, Uruguay, Costa Rica, Paraguay, Guatemala, Brasil, Panamá, El Salvador.

Las redes sociales también forman parte de las herramientas de difusión por su inmediatez e interactividad, aprovechamos este milagro tecnológico comunicacional de la telaraña para hacer llegar a los afiliados informaciones puntuales y de interés sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

A través de la página de Facebook: [didaseguridadsocial](#) y de la cuenta de twitter [@dida_rd](#) se reciben preguntas y comentarios los cuales son respondidas por el equipo de comunicación de esta institución.

Es nuestro deber hacer llegar a todos los dominicanos las informaciones sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social por esta tarea una de las principales que debemos cumplir en la defensa de los derechos de los ciudadanos, por lo mismo, ponemos a disposición de la población nuestra plataforma tecnológica.

YouTube es nuestro aliado en esta misión, a través de esta gran plataforma digital, están disponibles para los interesados del mundo los videos de los programas de Radio Y Televisión producidos por el departamento de Comunicación, a fin de llegar a los lugares más lejanos del país.

Puntos de Información

Listado De Afiliados Fallecidos Cuyos Beneficiarios No Han Solicitado La Pensión Por Supervivencia.
Hasta Octubre 2014



Calcula tu Pensión



Observatorio Nacional de la Calidad de los Servicios Públicos

Síguenos en las Redes



DIDANIT@S FELICES 2015

DISFRUTARON EN CAMPAMENTO DE VERANO

Niñas y niños hijos de empleados pertenecientes a la oficina de la DIDA en Santo Domingo participaron en un día de campamento organizado para propiciar la amistad y compañerismo entre las familias que prestan servicio en esta entidad.

La actividad denominada "Campamento de Verano Didanitos Felices 2015" participaron 70 niñ@s y se realizó en el centro de diversión Pekepolis en interés de que disfrutaran sus vacaciones con actividades educativas y recreativas.

Pekepolis fue el escenario perfecto para que los infantes dieran rienda suelta a su imaginación y disfrutaran interpretando roles de adultos en actividades profesionales como modelos, bomberos, banqueros, mineros, dependientes de supermercados, alpinistas, entre otros papeles y juegos.

El campamento Didanitos 2015 fue coordinado por los departamentos de Recursos Humanos y de Administración de la DIDA como parte del programa dirigido a fortalecer el proceso educativo y fomentar desarrollo personal de los niños y niñas hijos de los empleados.



El *Carnet del Seguro Familiar de Salud* te garantiza asistencia en emergencia y a no pagar en ese caso, ni hacer depósito para internamiento, entre otros muchos beneficios. **¡Llévalo Siempre!**



¡Preséntalo!
y exige tus derechos

Para mayor información llama o visita las oficinas de la DIDA.

Centro de asistencia telefónica : (809) 472 1900
Opción 7

www.dida.gob.do / Info@dida.gov.do



[didaseguridadsocial](https://www.facebook.com/didaseguridadsocial)



[@dida_rd](https://twitter.com/dida_rd)



[/didard1](https://www.youtube.com/channel/UCdidard1)



**COMPROMETIDOS
CON TU BIENESTAR**
Orienta. Defiende. Informa.

ANÁLISIS SOBRE EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO

DISPOSICION QUE ESTABLECE EL COPAGO PARA EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO



José Selig Ripley
M. Sc. Salud Pública. M. Sc. Gestión y Dirección de Servicios de Salud /Consultor
DIDA, Santo Domingo, República Dominicana. Email: joseseligripley@yahoo.com



El acuerdo incluyó el establecer

un tope para los pagos que harían los afiliados, el que no debería superar los dos salarios mínimos cotizables (promedio de los salarios mínimos nacionales)

1. RESUMEN:

Se analizan las encuestas sobre gasto y satisfacción de los afiliados realizadas por la DIDA en 2010 y 2013 para el tema sobre cumplimiento de los acuerdos de 2006 para el inicio del SFS. Se evidencia el no cumplimiento de las obligaciones sobre monto de los pagos por la atención recibida y tope de los mismos. Se exponen las razones de ello y sus consecuencias.

2. ABSTRACT:

Expenditure surveys and member satisfaction conducted by the DIDA in 2010 and 2013 for the issue of compliance with the agreements of 2006 to the beginning of the SFS are analyzed. Non-compliance with the obligations on debt payments for the care and stop them is evident. The reasons for it and its consequences are discussed

3. PALABRAS CLAVES:

Copagos, equidad, montos a pagar, seguridad social.

3. KEYWORDS:

Copayments, equity, amounts payable, social security



1. INTRODUCCIÓN

En diciembre del 2006, entre el gobierno dominicano, representado por el señor presidente y el ministro de trabajo, los representantes en el Consejo Nacional de Salud del sector laboral, del sector empleador y otros actores, se firmó un acuerdo para iniciar el seguro familiar de salud (SFS).

Entre las conclusiones del acuerdo, se estableció la obligatoriedad de los afiliados de realizar pagos por concepto de atenciones en salud incluidas en el Plan de Servicios de Salud (PDSS) que sustituyó al Plan Básico de Salud (PBS) que establece la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Sobre la base del acuerdo, los afiliados al SFS deben pagar una cuota fija por los servicios de consulta ambulatoria, que parecería ser una cuota moderadora, dado que parecería que trata de "regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso". También deben cubrir un porcentaje de la tarifa de las demás atenciones incluidas en el PDSS, excepto para aquellas clasificadas como prevención y promoción, las emergencias y la atención al parto sin cesárea, pagos estos que, por definición, resultan ser copagos dado que son un "monto pagado por el paciente que cubre parcialmente el costo de la atención de salud recibida".

El acuerdo incluyó el establecer un tope para los pagos que harían los afiliados, el que no debería superar los dos salarios mínimos cotizables (promedio de los salarios mínimos nacionales).

Estas decisiones, tomada casi diez años atrás, se mantienen. A consecuencia de ellas, los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social, por concepto de las llamadas "cuotas moderadoras" pagan alrededor de 8 mil millones de pesos por año. Resultan decisivas para que una gran parte de los, 600 mil afiliados del régimen contributivo del SDSS pasen a atenderse en los establecimientos de salud públicos para evadir los pagos que están obligados a realizar, según denuncia pública a través de la prensa nacional presentada por la dirección del Seguro Nacional de Salud (SENASA).

Sin embargo, pese a la trascendencia que supone, no se ha presentado informe alguno acerca de la implementación y desarrollo de estas decisiones que perjudican al afiliado y a la legitimidad del SDSS en sentido general.

Resulta imprescindible el poder valorar la operatividad de estas decisiones con la finalidad de identificar riesgos a la protección de los afiliados y como vía para demostrar la capacidad de SDSS de implementar las acciones que le corresponden y de velar por el cumplimiento de las mismas entre los actores del SDSS.

Más que evaluar la decisión sobre el pago por las atenciones en salud, de lo que se trata es de evaluar el desarrollo del SDSS desde el punto de vista del afiliado.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Se aborda el tema de los pagos que deben realizar los afiliados por concepto de las atenciones en salud recibidas, para lo cual se han revisado los estudios realizados por la DIDA sobre gastos y satisfacción de los afiliados con la finalidad de destacar los niveles de cumplimiento de las decisiones sobre la proporción del gasto a cubrir por el afiliado por las atenciones en salud y sobre el límite de los pagos teniendo como referencia el monto acumulado de dos salarios mínimos cotizables.

2.1 TIPO DE ESTUDIO

En cuanto al nivel de profundidad del conocimiento que genera, es un estudio de tipo descriptivo. En cuanto a la relación temporal, es un estudio transversal que utiliza información generada con anterioridad a la investigación.

2.2 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para el estudio se emplearon fuentes de información indirectas. Se revisaron los informes de las encuestas sobre gastos en salud y satisfacción de usuarios realizadas por la DIDA en el 2010 y en el 2013 y sus respectivas bases de datos.

Los estudios de la DIDA son de tipo descriptivo que levanta la información a partir de encuestas realizadas a afiliados (fuente directa) captados en los proveedores de servicios de salud que fueron visitados por los encuestadores en las provincias donde la DIDA cuenta con oficinas.

En ambos casos, el universo del estudio lo fueron los afiliados del régimen contributivo de los que se trabajó una muestra de ellos con representatividad a nivel nacional para cada servicio o atención en salud incluidas en el estudio utilizando utilizó el método aleatorio simple sin reposición para proporciones con población total conocida para cada uno de los servicios o atenciones en salud indicadas, empleando la siguiente fórmula:

Cuadro No.1

$n = \frac{N z^2}{(N-1)e^2 + z^2} \frac{P(1-P)}{P(1-P)} \quad (a)$

Fuente: módulo UNAP, DIDA

Los valores de P que emplearon se establecieron a partir de los reportes de utilización de los servicios por parte de los afiliados al SFS del régimen contributivo presentados por SISALRIL, convertidos en una proporción del total de la frecuencia de uso de los servicios por parte de los afiliados, dado que cada vez que un afiliado recibe una atención representa una oportunidad de entrevistarlos.

El nivel de confianza o porcentaje de seguridad que existe para generalizar los resultados obtenidos, fue de un 95 %, para un valor de Z = 1.96. El porcentaje de error admitido (e) para el cálculo de la muestra, fue de un 10 % (0.1).

2.3 LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información requerida por el estudio se obtuvo a través de la revisión de los informes sobre los estudios realizados por la DIDA ya mencionados y sus soportes, empleando las técnicas para la revisión documental que implica el reunir, seleccionar y analizar informaciones incluidas en documentos elaborados.

La revisión de la documentación y de las bases de datos, se centro en los capítulos relativos al monto pagado por los afiliados y su relación con el monto a pagar.

La información identificada como de interés para el estudio, se procedió a copiar íntegramente en un archivo en formato word a manera de una ficha documental para favorecer el análisis exigido.

2.4 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información se aplicaron técnicas propias del análisis matemático/estadístico y las relativas al juicio de expertos, sobre todo lo que concierne a las técnicas para la reflexión y discusión de los hallazgos, la formulación y contrastación de teorías e hipótesis.

Las estadísticas principales empleadas fueron proporciones, valores promedios con sus respectivos desvíos estándar y diferencias de valores entre el gasto establecido y el real.

Los valores de los pagos a realizar por los afiliados que sirvieron de base para el análisis de la información fueron los siguientes:

- Emergencias: sin pago de diferencias
- Consulta ambulatoria: RD \$ 100.00
- Hospitalización: 15 %.
- Cirugía: 10 %.
- Parto normal: sin pago de diferencias

- Parto por cesárea: 20 %.
- Apoyo diagnóstico: 20 %.

El monto del salario mínimo cotizante se tomó de las informaciones de las instituciones del SDSS. Para el primer estudio (2010) se estableció en RD \$ 6,481.00 y para el 2013 en RD \$ 8,645.00. El tope de dos salarios mínimos para la encuesta del 2010 es de RD \$ 12,962.00; para la segunda encuesta fue de RD \$ 17,290.00.

3. RESULTADOS

El 77.69% de los afiliados entrevistados en el 2010 indicaron haber realizado algún pago por la atención recibida. En el 2013, esta proporción asciende a 80.73 % y a 84.93 % si retiramos de la base de datos las entrevistas a afiliados de la ARS Salud Segura por no haberse encuestado en los centros de salud del IDSS en la primera encuesta.

Los valores de los pagos promedios realizados por los afiliados, en sentido general, resultan mayores nominalmente los del 2013 en comparación con el 2010, excepto para las atenciones al parto (fisiológico y por cesárea), como se observa en la tabla número 1.

Los mayores incrementos en el monto del pago realizado por los afiliados corresponden a las atenciones de emergencias (+150.74 %), seguidas de las consultas ambulatorias (+52.01 %), los estudios diagnósticos (+25.55 %) y las cirugías (+22.26 %). Las hospitalizaciones no presentaron un incremento importante, apenas de un 0.4 %, por lo que se puede afirmar que no hubo variación en el monto pagado. Los pagos por la atención al parto decrecieron, un 4.14 % en el parto fisiológico y un 7.88 % en las cesáreas.

Tabla .1 | Pagos promedios por atención y por año

Atenciones	Pago promedio (RD \$)	
	2010	2013
Cirugía ⁵	,900.63	7,213.89
Consulta ambulatoria	278.81	423.96
Emergencia	217.06	544.19
Estudio Diagnósticos	594.95	746.94
Hospitalización	5,182.88	5,203.06
Laboratorio		263.54
Parto fisiológico ³	,917.00	3,755.00
Parto por cesárea	10,710.72	9,866.25

Fuente: módulo UNAP, DIDA

El cumplimiento de las disposiciones sobre el pago de las diferencias a que obligan al afiliado es bajo en el 2010 y aun más bajo en el 2013, excepto para las atenciones al parto vía cesárea, como se evidencia en la tabla número 2.

Los pagos por consultas ambulatorias cayeron en términos de cumplimiento con lo pautado en un 40.11 % en el 2013 en relación al 2010. Corresponde al mayor cambio en sentido negativo. Le sigue el parto fisiológico (-29.53 % de cumplimiento), estudios diagnósticos (-16.71 %), hospitalización (-11.13 %), emergencia (-3.77 %) y cirugía (-1.86 %). Por el contrario, en el caso de las cesáreas, se evidenció un incremento en el cumplimiento de la proporción del pago a realizar por el afiliado de un 48.47 %.

Tabla .2 | Proporción de pagos según el % permitido por atención y por año

Atenciones	%	
	2010	2013
Cirugía ³	0.43	28.57
Consulta ambulatoria ⁶	8.60	28.49
Emergencia	87.108	3.33
Estudio Diagnósticos	60.464	3.75
Hospitalización	30.361	9.23
Laboratorio		7.41
Parto fisiológico ⁴	2.86	13.33
Parto por cesárea	33.358	1.82

Fuente: módulo UNAP, DIDA

Para el caso del cumplimiento del tope para el pago de dos salarios mínimos cotizables, nos encontramos con una situación totalmente diferente.

El nivel del cumplimiento es bastante alto, excepto para el caso de las cesáreas en el 2010. Los valores observados en el 2013 son mayores que los del 2010, por lo que se expone una tendencia a mejorar el cumplimiento de la norma.

Tabla .3 | Proporción de cumplimiento tope pagos de dos salarios mínimos cotizables por atención y por año

Atenciones	%	
	2010	2013
Cirugía ⁹	1.30	92.00
Estudio Diagnósticos	100.00	100.00
Hospitalización	90.919	5.65
Laboratorio		100.00
Parto fisiológico	100.00	100.00
Parto por cesárea	41.679	0.01

Fuente: módulo UNAP, DIDA

A pesar de esta mejoría en el nivel de cumplimiento, aun se identifican un poco menos del 5% (4.35 %) de los casos de hospitalización que no cumplen con lo normado, también un 8 % de las cirugías y un 10 % de las cesáreas.

4. DISCUSIÓN

La decisión de incluir copagos, aun se refieran como cuotas moderadoras, no cuenta con el soporte legal necesario. Su regulación en cuanto el monto a pagar por las atenciones recibidas y el tope de estos pagos significa una medida complementaria que pretende reducir los aspectos negativos que trae consigo y restar algún margen de insatisfacción que habría que esperar se presente entre los afiliados.

De ahí la importancia de garantizar el cumplimiento de estas decisiones pues, de lo contrario, la tendencia esperada sería la de traspasar aun más el costo de las atenciones a los afiliados, provocando mayores márgenes de inequidad en el acceso y en el uso de los servicios de salud.

Los hallazgos presentados nos muestran un perfil mixto en cuanto a cumplimiento del mandato sobre el pago por las atenciones en salud recibidas pero que, en última instancia tienden a perjudicar a los afiliados y al SDSS por cuanto no le permite avanzar en el tema de aseguramiento universal, sobre todo porque se genera la condición de asegurado parcial dado que no puede acceder a las atenciones que le corresponden por derecho, ni avanzar para lograr las metas de disminución del gasto de bolsillo.

El mandato de realizar cobros directos a los afiliados por las atenciones recibidas se cumple en alrededor de un 80 %, tanto en el 2010 como en el 2013. Algunas ARS aun no asumen esta modalidad de financiamiento como es el caso del SEMMA y Salud Segura. La tendencia es a reducir esa proporción que aun no paga por las atenciones, al parecer sin preocuparse por las inconformidades que genera.

La insatisfacción de los afiliados por tener que pagar por las atenciones recibidas, medida solo en el 2010, en la mayoría de los casos, supera el 50 % de los entrevistados, exceptuando los casos de partos fisiológicos, cirugías y medicamentos.

La vigilancia al cumplimiento de las proporciones de pago que le corresponde a los afiliados ha sido poco efectiva o inexistente. Alarma el hecho de que todas las atenciones, excepto las cesáreas, muestran niveles bajos de cumplimiento de lo establecido y que aun, peor, la tendencia evidenciada sea la de desmejorar mas en este punto.

La lógica que parece prevalecer es la siguiente: la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) tiende a reducir el pago por atenciones a los proveedores de servicios de salud con lo que reduce sus gastos e incrementa su rentabilidad. A su vez, los proveedores traspasan esta disminución del pago a los afiliados.

El afiliado, el último eslabón de esta cadena, se ve obligado a pagar más por las atenciones bajo riesgo de no recibirlas o acude a los establecimientos de salud públicos donde no se permite el pago directo, reduciendo con ello su gasto pero traspasando fondos para poblaciones subsidiadas a poblaciones no subsidiadas y generando mayores ahorros y mas rentabilidad a las ARS.

Esto se corresponde con una lógica de mercado donde se considera la salud como una mercancía y no como un derecho. Los principios que sustentan el SDSS se afectan aun más con la no vigilancia del cumplimiento de lo establecido sobre el tema en cuestión, sobre todo los valores relativos a universalidad, integralidad, unidad, equidad, solidaridad y de libre elección.

En el caso del cumplimiento del tope de dos salarios mínimos cotizables, donde se exhibe un alto nivel de cumplimiento, lejos de parecer un logro de las instituciones que les corresponde velar por ello, parece que es el producto de dejar que el monto del pago lo decidan las leyes del mercado.

En primer lugar, para los casos de atenciones como la mayoría de los estudios diagnósticos y de laboratorio, así como para las atenciones al parto, la probabilidad de que se presente el caso de un cobro por encima del valor de dos salarios mínimos cotizables, son bastante bajas, por lo que los altos márgenes de cumplimiento se deben a las tarifas de las atenciones recibidas, teniendo en cuenta que la presencia de las instituciones que vigilan por el cumplimiento de las normas no resultaron efectivas para el tema de la proporción de pago que le corresponde al afiliado.

En segundo lugar, para el caso de las atenciones con alta probabilidad de superar el monto de dos salarios mínimos cotizables, la cotización social que obliga la ley, el copago que ha decidido el CNSS y, además, un pago por encima de lo establecido, supone una alta carga económica para los afiliados que, en gran medida, dificulta el acceso a los servicios que les corresponden.

El carácter inelástico de la demanda tiende a perderse a medida que se incrementa el pago por el servicio, sobre todo por la baja capacidad adquisitiva de los afiliados y la existencia de una oferta paralela que no obliga a realizar pagos por las atenciones recibidas, lo que obliga al proveedor a mantenerse dentro de los márgenes que el afiliado puede pagar, teniendo como argumento el mandato del SDSS.

El incremento evidenciado en lo que respecta al nivel de cumplimiento del tope para los pagos, parece corresponderse más al incremento del salario mínimo cotizable entre los años que a algún otro factor, dado que permite aumentar los pagos y con ello, pudieran incluirse algunos de los casos que no cumplían con lo establecido.

La presencia del ente regulador es mínima. Pudiera afirmarse que se trata de un problema de desarrollo institucional. También puede que sea consecuencia de un posicionamiento ideológico. En todo caso, no se corresponde con un desarrollo del SDSS desde las necesidades de los afiliados.

5. CONCLUSIONES

Es más que evidente que las decisiones tomadas a partir del acuerdo que promovía el inicio del SFS para el régimen contributivo fueron asumidas por todos los actores del SDSS involucrados. El pago directo por las atenciones en salud recibidas es una realidad omnipresente que tiende a generalizarse todavía más como una respuesta al financiamiento del PDSS.

La puesta en práctica de la decisión de incluir pagos directos no ha sido bien ejecutada. Los montos que realizan los afiliados son mucho mayores que los establecidos. La desregulación ha sido la norma en la práctica y solo parece contenerse por el bajo poder adquisitivo de los afiliados y por la oferta de no pago que aún conserva una buena parte de los proveedores públicos.

La capacidad del SDSS de velar por el cumplimiento de las regulaciones que asume, para este caso, ha sido muy limitada. La lógica del mercado es quien dirige el desenvolvimiento del SDSS en lo que respecta al pago por las atenciones en salud.

La situación descrita permite identificar riesgos a la protección de los afiliados y a la legitimidad del SDSS.

6. BIBLIOGRAFÍA

[1] ALAMES. *La lucha por el derecho a la salud en América Latina. Compilación Eduardo Espinoza. Editorial Universitaria. San Salvador. 2014.*

[2] Castillo, A.; Selig, J. *Introducción a los determinantes sociales y la equidad en salud. Curso Gestión de los Determinantes Sociales de la Salud. OIU. 2013.*

[3] DIDA. *La revista. Foro Regional Latino-americano sobre protección social: seguridad social y defensoría ciudadana. Año 3, Número 5. Diciembre 2014.*

[4] Fleury, S.; Costa, L. *Participación, democracia y salud. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina. 2012.*

[5] Gómez, R.; Rodríguez, F.; Martínez, O; y otros. *Gestión de políticas públicas y salud. Ponencia presentada en la III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud" Octubre 7 y 8 de 2004. Universidad de Caldas. Manizales. Colombia. 2004.*

[6] Giedion, U.; Alfonso, E.; Diaz, Y. *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence.*

Universal Health Coverage Studies Series (UNICO) No. 25. The World Bank. Washington DC, 2013.

[7] Laurel, C. *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. Colección CLACSO-CROP. CLACSO. Buenos Aires, Argentina. 2013.*

"<http://biblioteca.clacso.org.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf>" U

[8] Laurel, A. *Premisas falsas de la reforma de salud universal. La Jornada, Miércoles 27 de noviembre de 2013. México. 2013.*

[9] Lizardo, J. Editor. *Pobreza rural en América Latina y la Republica Dominicana. Desafíos para el diseño y gestión de políticas y programas sociales Ed. Mediabyte. Santo Domingo, Republica Dominicana. 2002.*

[10] Ministerio de Salud Pública. *Gasto nacional en salud 2013. Vice ministerio de Planificación y Desarrollo. Republica Dominicana. 2014.*

[11] Oliver, T. *The politics of public health policy. Annu. Rev. Public Health 2006. 27:195–233. Washington. 2006.*

[12] OMS. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra. 2008.*

[13] OMS. *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. OMS. 2010.*

[14] OPS. *Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía metodológica. OPS/OMS. Washington, 2000*

[15] Selig, J. *Relaciones entre movimientos sociales y gobiernos, los límites de la democracia liberal. XIII Congreso Latinoamericano de Medicina social. ALAMES. El Salvador. 2014.*

[16] Selig, J. *Universalismo y Ciudadanía: debate sobre las reformas de la salud y seguridad social en América Latina y Europa. El caso Dominicano, tendencias y resultados. Congreso Latinoamericano de Medicina social. ALAMES. El Salvador. 2014.*

[17] Sen, A. *¿Por qué la equidad en salud? Texto del discurso leído en la III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud. York, Reino Unido, 23 de julio de 2001. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002*

[18] Sengupta, A. *Universal Health Coverage: Beyond rhetoric. Occasional Paper No. 20 – NOVEMBER 2013. Municipal services project. Canadá. 2013.*

[19] Tanahashi, T. *Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization, 56 (2): 295-303 (1978).*

[20] Titelman, D.; Uthoff, A. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Volumen II. CEPAL. Fondo de Cultura Económica. Chile. 2000.*

Los afiliados del **Seguro Familiar de Salud (SFS)** del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), deben portar su **Carnet Siempre**.



El *carnet* del Seguro Familiar de Salud te garantiza asistencia en emergencia y a no pagar en este caso ni hacer depósito para internamiento. **¡Llévalo siempre!**

Para orientación e información llama o ven a la DIDA.

Centro de asistencia telefónica : (809) 472 1900
Opción 7

www.dida.gob.do / info@dida.gov.do



[didaseguridadsocial](https://www.facebook.com/didaseguridadsocial)



[@dida_rd](https://twitter.com/dida_rd)



[/didard1](https://www.youtube.com/didard1)



**COMPROMETIDOS
CON TU BIENESTAR**
Orienta. Defiende. Informa.



SFS

Seguro Familiar de Salud

Plan Básico de Salud

No. de afiliado: 490385

Nombre del afiliado: MARCOS DELANCE DELGADO

No. de cédula: 224-0008209-9

Fecha de nacimiento: 19/05/1996

¡Preséntalo!

y exige tus derechos

El *Carnet* de la ARS te acredita a ti y tu familia como afiliados al Seguro Familiar de Salud (SFS) y además pueden:

- Ser atendidos aunque el empleador esté atrasado hasta 60 días en los pagos de la Seguridad Social.
- No pagar diferencia por encima del monto legalmente fijado: RD\$19,710.00 o dos salarios mínimos nacional.
- No permitir exclusión de medicamentos en internamiento.
- No pagar material gastable y/o desechable en internamiento.
- No pagar servicio de luz en los centros de salud.
- Hacerse todos los análisis que necesiten.
- No pagar honorarios médicos por encima de lo contratado ni de manera directa, siempre que estén en la Red de Prestadores de Servicios de Salud.
- No ser retenidos por deudas.



DIDA

COMPROMETIDOS
CON TU BIENESTAR

Orienta. Defiende. Informa.

COBERTURAS Y PRESTACIONES DEL PDSS

NO SATISFACEN NECESIDADES DE AFILIADOS



La falta de cobertura para medicamentos, estudios diagnósticos, materiales gastables, cirugías y de análisis clínicos, están entre las más dramáticas de las limitaciones que afectan a los afiliados del Seguro Familiar de Salud (SFS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado, constató la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA) mediante un estudio de las consultas de asesorías médicas del pasado año 2014.

La afirmación se extrae de las asesorías médicas ofrecidas por la DIDA relacionadas con las coberturas, servicios y medicamentos demandados por los asegurados, las cuales el año pasado subieron un 74% evidenciando la grave traba en el acceso de la población a los beneficios del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) creado para garantizar la protección integral de los dominicanos y extranjeros legalmente radicados en el país.

El incremento de la demanda por cobertura de los servicios de salud está entre los retos de mayor

prioridad que el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) debe solucionar, la DIDA, en su función de defensora del afiliado y supervisora del Sistema, está en obligación de informar a las autoridades los problemas que limitan el cumplimiento de los objetivos de la Ley 87-01 y proponer solución a los mismos favorables a los afiliados.

De 2010 al 2014 mediante las asesorías médicas la DIDA detectó que, en gran medida, la falta de cobertura para algunos servicios y medicamentos dificulta que los afiliados disfruten las prestaciones otorgadas por la seguridad social, situación que con el paso de los años se ha agravado.

Esta situación adquiere carácter dramático cuando se trata de los medicamentos y servicios para tratar las enfermedades de alto costo y complejidad.

Los trámites del periodo señalado evidencian una tendencia progresiva en los servicios con cobertura que, muchas veces, son negados, y en

los sin cobertura, atribuido esto a que muchas prestaciones contenidas en el Plan de Servicios de Salud (PDSS), son negadas por los Prestadores de Salud y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) haciendo necesaria la intervención de la DIDA para garantizar el derecho al afiliado.

La situación se ha agravado en los últimos dos años (2012-2014) cuando las indicaciones médicas sin coberturas identificadas en las consultas de asesorías médicas, subieron significativamente de 3 mil 429 en el año 2012 a 7 mil 938 en el 2013, nivel que para el 2014 se mantuvo alcanzando la cifra de 11 mil 266 indicaciones sin coberturas.

En términos relativos estos incrementos porcentuales se registraron el orden de 67%, 70% y 74%, respectivamente. Ver cuadro y gráfico 1.

En el año 2014 la DIDA ofreció 15 mil 295 consultas de asesorías médicas representando un incremento de 34% en relación al 2013 cuando se dieron 11 mil 412.

- El 70% de las consultas correspondió a afiliados del Régimen Contributivo en tanto que el 30% restantes a afiliados del Régimen Subsidiado.

- El 81% de de las 9 mil 078 asesorías por medicamentos no tenía cobertura en el PDSS.

- El 70% de las consultas por Estudios diagnósticos carecía de cobertura.

- El 52% de las 3 mil 259 consultas solicitadas en el 2014 por cirugías no tenía cobertura.

- El 64% de las consultas por pruebas de laboratorio no tenía cobertura.

Cuadro.1 | Trámites coberturas servicios de salud por años (2009-2014)

Año	Con Cobertura	Sin Cobertura	Total
2009	388	312	700
2010	491	854	1,345
2011	1,477	2,289	3,766
2012	1,668	3,429	5,097
2013	3,474	7,938	11,412
2014	4,029	11,266	15,295
Total General	11,527	26,008	37,615

Fuente: Base de datos DIDA

Gráfico 1 | Trámites coberturas servicios de salud por años (2009-2014)

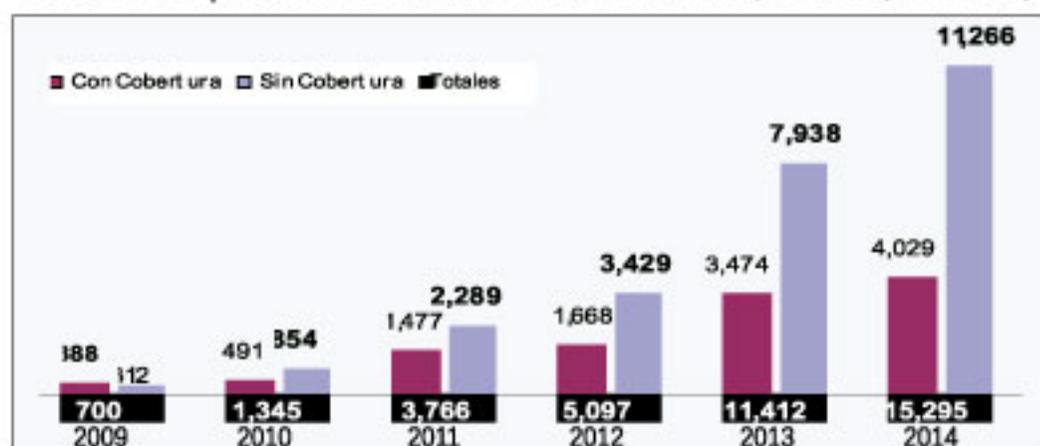
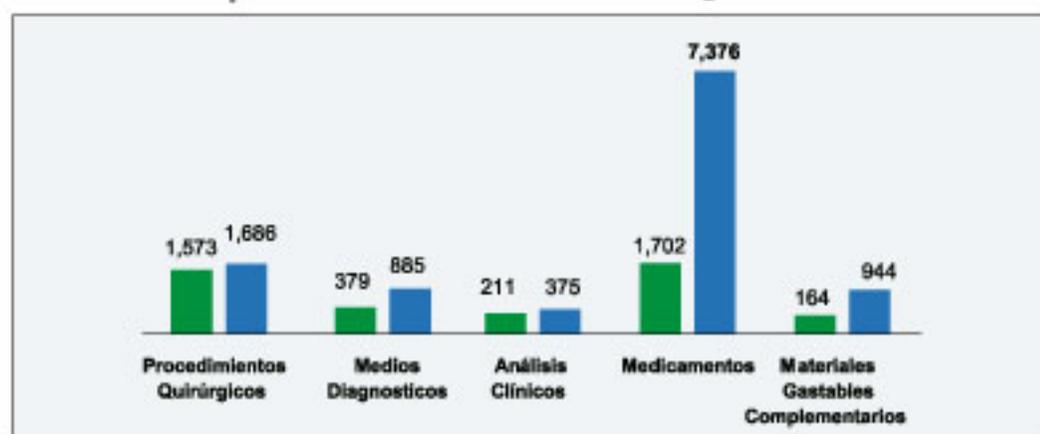


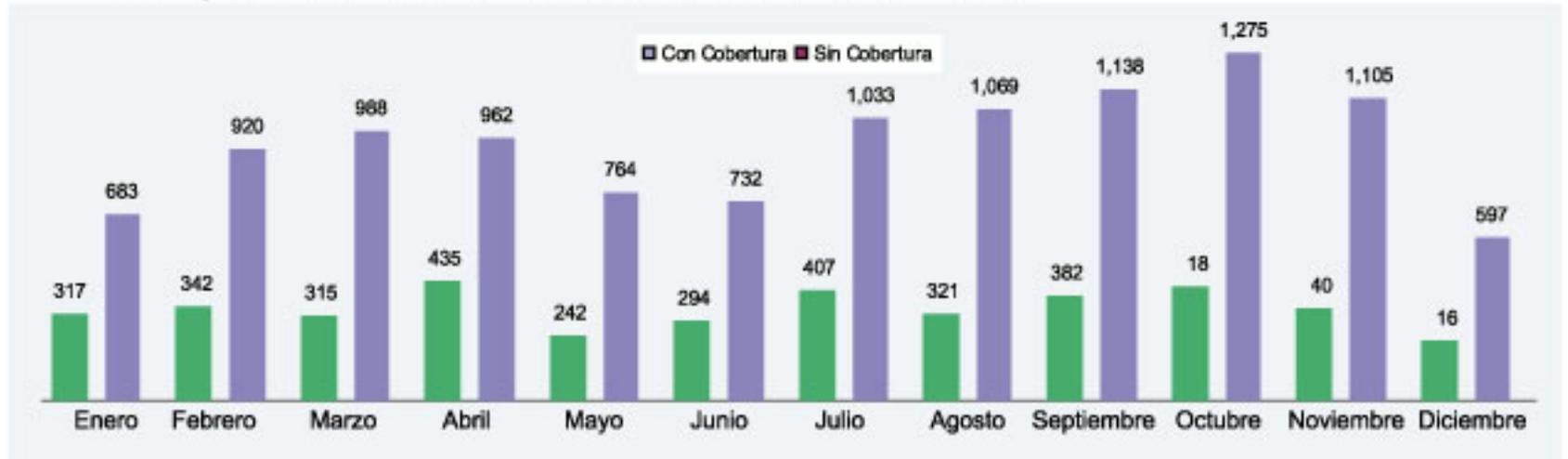
Gráfico .2 | Consultas asesorías médicas según servicios Año 2014



Cuadro .2 | Consultas de asesorías médicas según servicios Año 2014

Año	Con Cobertura	Sin Cobertura	Total
Enero	317	683	1,000
Febrero	342	920	1,262
Marzo	315	988	1,303
Abril	435	962	1,397
Mayo	242	764	1,006
Junio	294	732	1,026
Julio	407	1,033	1,440
Agosto	321	1,069	1,390
Septiembre	382	1,138	1,520
Octubre	418	1,275	1,693
Noviembre	340	1,105	1,445
Diciembre	216	597	813
Total General	4,029	11,266	15,295

Gráfico .3 | Comparativo sobre el nivel de coberturas de salud por mes 2014



Fuente: módulo UNAP, DIDA

COBERTURAS Y CIRCUNSTANCIAS ADVERSAS A LOS AFILIADOS

El análisis de los trámites de cobertura más solicitados por servicios no incluidos en (el) los catálogos de los Planes de Servicios de Salud permite establecer que los medios diagnósticos, los materiales gastables complementarios, los análisis clínicos, procedimientos quirúrgicos y falta de cobertura de medicamentos, son los cinco grandes renglones a priorizar al momento de actualizar las coberturas del Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

La gran cantidad de material gastable; medicamentos; medios diagnósticos; análisis clínicos y procedimientos quirúrgicos no incluidos en (el) los catálogos del Plan de Servicios de Salud o PDSS evidencian la falta de integralidad de las prestaciones como manda la Ley 87-01 y la descripción del Catálogo de Servicios.

Esta situación implica que muchas personas con problemas de salud no obtengan un tratamiento oportuno y adecuado según sus necesidades. De hecho esta inequidad afecta no solo la calidad de los tratamientos a los usuarios, si no también calidad de los servicios de los Prestadores de Servicios de Salud, y en el peor de los casos, es una exclusión significativa en el suministro de la asistencia de salud a los grupos sociales más vulnerables que deben costearse los servicios

De cada renglón la DIDA ha seleccionado diez procedimientos o insumos considerados

fundamentales para una buena cobertura a los afiliados ahorrando tiempo y gastos innecesarios al Sistema y mayor calidad a los servicios a ofrecer a los ciudadanos.

Los medios diagnósticos sean del tipo de imágenes no invasivas y poco riesgosas para el paciente como la microscopía especular, biopsias, arteriografía de cerebro, entre otros medios que facilitan tratar apropiadamente las enfermedades del ojo, de tiroides u otros órganos, del cerebro y el sistema nervioso central, como las malformaciones y accidentes cerebrovasculares, segunda causa de muerte de los 45 a los 64 años de edad, y los tumores que para ser diagnosticados necesitan de estas pruebas incluidas a las acciones médicas de cualquier sistema de salud del mundo, no están contempladas en el PDSS.

La Microscopía Especular es un estudio de alto valor para determinar el estado del endotelio corneal para planificar cirugías en el segmento anterior del ojo y para estudiar enfermedades que afectan la transparencia de la cornea, que al no estar en el PDSS, debe ser costeada por el afiliado.

Las biopsias dirigidas de tiroides u otros órganos deben ser incluidas pues permiten tomar una muestra bajo visión directa del tejido afectado para diagnóstico seguro de cáncer reduciendo así las incomodidades del procedimiento anterior y sus errores, motivo suficiente para que sean incluidas en las coberturas, así como los demás renglones contenidos en el siguiente cuadro.

I. MEDIOS DIAGNOSTICOS

Cuadro .3 | Médios Diagnósticos

MEDIOS DIAGNÓSTICOS
1. BIOPSIA SONODIRIGIDA DE NODULO TIROIDEO
2. BIOPSIAS SONODIRIGIDAS DE OTROS ORGANOS
3. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIAS Y DE OTROS ORGANOS
4. ARTERIOGRAFIA CEREBRAL Y DE OTROS ORGANOS
5. COLANGIO RESONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES
6. TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA
7. RASTREO CORPORAL TOTAL
8. MICROSCOPIA ESPECULAR
9. URODINAMIA
10. ECOGRAFIA MODO A+B

Fuente: módulo UNAP, DIDA

II. MATERIAL GASTABLE COMPLEMENTARIOS

En el caso de los materiales gastables complementarios para las cirugías ortopédicas como los de osteosíntesis no están en el PDSS aunque muchos de los procedimientos sí, pese a que la resolución 175-09 expresa: material gastable y/o desechable que sea necesario para brindar o dar soporte al procedimiento o servicio requerido debe estar incluido en el catálogo.

El costo de los materiales es incosteable para la mayoría de los afiliados puesto que cuestan 10 y 50 veces sus salarios factor que los condena a ser tratados a media, a usar materiales inadecuados que no dan los mejores resultados o no ser sometidos al procedimiento, como sucede con la operación de hernias discales para la que se utiliza material gastable costo.

Los Kits de hemodiálisis, pese a estar incluidos para las enfermedades renales en el renglón de alto costo, y tiene disponible un millón de pesos de cobertura, su entrega se limita a veces a discreción.

Las hemodiálisis son tratamientos terminales paliativos de una enfermedad mortal y costosa para las personas que la padecen y si se suman los kits para su realización, el costo es inalcanzable ya que la diálisis se practica tres veces por semana. ver cuadro 4

Cuadro .4 | Materiales Gastables complementarios

MATERIALES GASTABLES COMPLEMENTARIOS
1. MATERIALES D E OSTEOSINTESIS PARA F RACTURA DE HUESOS LARGOS
2. MATERIALES GASTABLES PARA ARTROSCOPIA
3. STENT PARA OTRAS ARTERIAS NO CORONARIAS
4. MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA HERNIAS DISCALES
5. MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA VERTEBRECTOMIAS
6. INJERTOS OSEOS LIOFILIZADOS EN PASTAS O CHIPS
7. MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA ARTRODESIS
8. VALVULAS PARA HIDROCEFALIA
9. VALVULA AHMED
10. KIT DE HEMODIALISIS

Fuente: módulo UNAP, DIDA

III. ANÁLISIS CLÍNICOS

Los medios diagnósticos son de uso frecuente en las enfermedades a que van dirigidos, son pruebas costosas y no están en el catálogo de servicios y se realizan por ser indispensables en el tratamiento y clasificación de algunas enfermedades, como las pruebas de inmunohistoquímicas para el cáncer; el test del aliento para diagnóstico y seguimiento de la gastritis producida por el helicobacter pylori y las pruebas de HVC RNA y las cargas virales básicas para seguimiento y tratamiento de las hepatitis, enfermedad de fuerte impacto social y carácter preventivo que debe ser responsabilidad del Estado. Ver cuadro 5

Cuadro .5 | Análisis Clínicos

ANÁLISIS CLÍNICOS
1. TEST DE ALIENTO
2. PANEL DE ANTICUERPOS REACTIVOS
3. ANTIGENOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD
4. INMUNOHISTOQUIMICA PARA CANCER
5. CARGA VIRAL PARA HEPATITIS
6. GENOTIPO PARA HEPATITIS
7. CUANTIFICACION EN SANGRE DE VIT.D3
8. HCV RNA CUANTITATIVO
9. HCV RNA CUALITATIVO
10. ANTICUERPOS ANTI MICROSOMICOS

Fuente: módulo UNAP, DIDA

IV. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Como en los casos anteriores, se observa que estos servicios son de uso frecuente entre las consultas demandadas, es el caso de la cirugía correctora del varicocele (patología de una alta incidencia en la población joven), el empleo de las litotricias y la colocación de marcapasos.

Procedimientos como las radioterapias 3D Y Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT) en uso rutinario en los países avanzados por sus ventajas sobre las anteriores técnicas y sus mejores resultados, así como las braquiterapias y la embolización percutánea, sustitutiva de la técnica cruenta y desventajosa usada años atrás para tratar lesiones de vasos sangrantes en cualesquier parte del cuerpo, tampoco están en el PDSS condenando al afiliado a hipotecar sus bienes y a buscar ayuda en las instancias que las proporcionan y se sabe que no siempre esa ayuda llega. Ver cuadro 6

Cuadro .6 | Materiales Gastables complementarios

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
1. VARICOCELECTOMIA
2. TERAPIA VAC
3. RADIO TERAPIA EXTERNA 3D
4. EMBOLIZACIONES ENDOVASCULARES
5. CIRUGIA GAMMAKNIFE
6. LIPTOTRIPCIA
7. CIRUGIA FACOEMULSIFICACION
8. BRAQUITERAPIA
9. ANGIOPLASTIAS NO CORONARIAS
10. C OLOCACION DE M ARCAPASOS DESFIBRILADOR INTERNO

Fuente: módulo UNAP, DIDA

V. MEDICAMENTOS

Este segmento se refiere a medicamentos que no están en la lista de las medicinas ambulatorias, se mencionan a modo de ejemplo, por tratarse de los más demandados, de más altos precios y por condicionar la vida o la muerte de los afiliados.

Se trata de medicamentos contra el cáncer que pese a que en el Seguro Familiar de Salud (SFS) el afiliado dispone de un millón de pesos, que es insuficiente y urge aumentarlo, no están contenidos y a los afiliados no les queda más que resignarse a morir.

Medicamentos para el tratamiento de las hepatitis y el VIH/sida, enfermedades de alto impacto social y de Estado, no están, falta que posibilite el aumento de la morbilidad y prevalencias de esas enfermedades y por supuesto el aumento del gasto de bolsillo de los afiliados.

Para los medicamentos ambulatorios se destinan 3 mil pesos los cuales son poco para adquirir medicinas dentro de la cobertura como serían las albuminas, hormona del crecimiento, factor de coagulación e insulinas, entre otros. Ver cuadro 7

Cuadro .7 | Medicamentos más solicitados

MEDICAMENTOS MÁS SOLICITADOS
1. ACIDO ZOLEDRONICO
2. ACIDO MICOFENOLICO
3. AZACITADINE
4. CAPECITABINE
5. BICALUTAMIDA
6. GENCITABINE
7. BEVACIZUMAB
8. CETUXIMAB
9. INTERFERON
10. RIBAVIRINA

Fuente: módulo UNAP, DIDA

LA COBERTURA UNIVERSAL

EN SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL



Por: Zully Arias
Coordinadora Centro Asistencia Telefónica
DIDA

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que el acceso universal a la salud y su cobertura universal implica que todas las personas y las comunidades reciban estas atenciones sin discriminación alguna y mediante servicios integrales, adecuados, oportunos, de calidad y de acuerdo con las necesidades.

Estas atenciones deben incluir medicamentos de calidad, seguros eficaces y asequibles,

a la vez que se garantice que el uso de esos servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad.

En ese sentido, los esfuerzos que realicen los países para dar cumplimiento al acceso universal deben ser integrales y armónicos, incluyendo las soluciones a los problemas actuales y futuros para lo que la Organización Mundial de la Salud





(OMS) y la OPS recomiendan implementar cuatro políticas públicas esenciales para una efectiva estrategia regional de acceso universal en salud y cobertura universal en salud:

- a) **Ampliar** el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades;
- b) **Fortalecer** la rectoría y la gobernanza;
- c) **Aumentar** y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y
- d) **Fortalecer** la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.

Entre los principales desafíos que los países de América Latina tienen en común están:

- a) **Los altos** niveles de desprotección, pobreza y desigualdad;
- b) El Alto nivel de informalidad laboral;
- c) La necesidad de aumentar los niveles de protección contributiva;
- d) La necesidad de generar un espacio fiscal para protección no contributiva; y
- e) La necesidad de proteger en caso de desempleo.

Para la República Dominicana acercarse a esa universalidad, ha sido sometida a grandes

transformaciones sociales y a reformas de las políticas sectoriales a través de diferentes instrumentos legales como la promulgación en el año 2001 de las leyes 42-01 y 87-01 que crean el Sistema Nacional de Salud y el Sistema Dominicano de Seguridad Social, las que apenas tienen 13 años y por el drástico cambio que implican sus disposiciones, las estructuras para su funcionalidad, están siendo adaptadas a la realidad social y económica de forma gradual, lo que significa que aún falta mucho por experimentar para ejecutar sus mandatos.

Ahora bien, pese a que falta mucho por hacer, en poco tiempo se ha logrado afiliar a la seguridad social más de 4 millones de dominicanos y muestra de ello es, que nos encontramos en situaciones similares a otros países de América Latina que tienen un sistema instalado de salud y seguridad social desde hace más de cien años.

Todo lo anterior es importante en virtud de que la salud, como bien de carácter social, aporta significativamente a la conservación del capital humano y a la producción, factores claves en el desarrollo sustentable de las sociedades, puesto que mientras más salud existe, más disminuye la tasa de mortalidad, menos es el gasto de bolsillo y el gasto público, menos pensiones y mayores capacidades productivas. ¡Una población saludable representa el desarrollo y el avance hacia la estabilidad social y económica de la misma!



Dentro de las medidas a tomar por las

autoridades es preciso enfocarse en reducir el gasto de bolsillo en salud de la población eliminando los copagos ilegales que directamente se cobra a los afiliados para obtener servicios de salud, poner en vigencia el Plan Básico de Salud (PBS) y los niveles de atención contemplados en las citadas leyes.

Datos recopilados por la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA) revelan que desde el año 2003 al 2014, 4 mil 492 empresas incurren en evasión y elusión violando los artículos 145 y 203 de la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).



Total de Reportes Directos / Denuncias Realizadas
Junio 2003- Diciembre 2014.



EMPRESAS VIOLAN LA LEY 87-01

DE SEGURIDAD SOCIAL DESDE INICIO SDSS

Los datos fueron obtenidos de las quejas sometidas por afiliados activos cuyos empleadores incumplen los artículos 145 y 203 sobre la responsabilidad por los daños y perjuicios que se causaren al afiliado y a sus familiares cuando por incumplimiento de la obligación de inscribirlo, notificar los salarios efectivos o los cambios de estos, o de ingresar las cotizaciones y contribuciones a la entidad competente, no pudieran otorgarse los beneficios que corresponden.

Desde que la DIDA detectó la irregularidad en los inicios del Sistema, empezó a remitir Reportes Periódicos de Empresas en Faltas al titular del Ministerio de Trabajo y Presidente del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) con copia al Tesorero de la Seguridad Social y a los Superintendentes de Salud y de Pensiones con la finalidad de contribuir a desaparición definitiva de la elusión y evasión en el sistema de protección social.

Los reportes se generan de las denuncias incoadas por los afiliados en la institución de forma directora mediante un formulario creado para esos fines y por la detección interna de casos productos de evidencias comprobadas a través de las diferentes solicitudes elevadas por los afiliados.

En el gráfico de la ilustración se presentan las empresas en faltas reportadas por las acciones fraudulentas de empleadores poco escrupulosos en el cumplimiento de la legislación que protege a los trabajadores y empleados del país.

La DIDA remite los Reportes de Empresas en falta al titular del Ministerio de Trabajo cumpliendo estrictamente la Ley 177-09 que en el artículo 3 reza:

"Los únicos funcionarios competentes para comprobar y levantar actas de infracción por las violaciones penales cometidas por los empleadores, por la no inscripción de sus trabajadores en el Sistema Dominicano de Seguridad Social y por la falta de pago de las cotizaciones a dicho sistema, prevista en la Ley 87-01, son los inspectores de trabajo al servicio de la Secretaria de Estado de Trabajo".

La evasión y la elusión en primer lugar perjudican al trabajador y en segundo lugar al equilibrio económico del SDSS, puesto que cada vez que un empleador evade pagar el monto real de la cotización, el empleado o trabajador, no recibe los beneficios consagrados en el Sistema y al mismo tiempo se reduce la recaudación que lo sustenta.



CARÁCTER VINCULANTE

DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL: UN CASO..



Por: Marlen Berroa Martich,
Encargada del Depto. Jurídico
DIDA

El artículo 60 de la Constitución de la República Dominicana consigna un aspecto social de carácter universal que debe ser observado y, sobre todo, garantizado oportunamente so pena de convertirse en un derecho social-fundamental de carácter justiciable: "Toda persona tiene derecho a la seguridad social. El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y la vejez."

De allí se desprende que el Tribunal Constitucional mediante la sentencia No. 0203-13 emitida el 13 de noviembre de 2013 revocara la sentencia No. 008-2012 dictada por el Tribunal Superior Administrativo (TSA) de fecha 31 de enero de 2012 a través de la cual ordenó a la Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura (ARLSS) pagar la pensión por discapacidad a favor del señor Juan Prebisterio Meli.

El recurso de revisión constitucional en materia de Amparo fue incoado por el señor Meli a quien la ARLSS le negó la pensión alegando que la lesión que padecía era degenerativa producto de su edad y no por el accidente laboral que tuvo el 31 de octubre del 2007 cuando tenía 72 años de edad.

El TC consideró que el Tribunal Superior Administrativo, al afirmar que la ARLSS no había vulnerado los derechos fundamentales a Meli, incurrió en "errada aplicación de una norma jurídica constitucional" y señala que contrario al criterio del TSA los hechos descritos vulneran



sus derechos fundamentales de igualdad, protección de la persona de la tercera edad y con discapacidad y a la seguridad social consagrados en los artículos 39, 57,58 y 60 de la Constitución.

LA JUSTICIA TARDÍA ES INJUSTICIA

Otro punto neural de la sentencia es la importancia de la oportunidad de parte de los órganos del Estado en la prestación de servicios y el respeto a los plazos legales de los procesos, porque el no cumplimiento es incompatible en un Estado Social de Derecho eficiente y celero, lo que en el caso ventilado no hizo la ARLSS, ya que el señor Meli recibió respuesta de su solicitud cuatro años después, sin que el tiempo se detuviera a su favor, sino muy por el contrario, con una lesión degenerativa que implicaría serias violaciones a sus derechos fundamentales como el derecho a la vida y a la dignidad humana.

Un aspecto tratado y no menos importante de la pieza judicial resalta la jerarquía constitucional de los tratados internacionales, los cuales son de aplicación directa e inmediata por los tribunales y los órganos del Estado por lo que los poderes públicos deben aplicar las normas relativas a los derechos fundamentales y garantías en el sentido que mas favorezca a la persona titular

TE DE LAS DECISIONES

de los mismos (artículo 74 de la Constitución), lo que consideran no hizo el juez de Amparo en la sentencia objeto de revisión.

Este fallo se convierte en un hito, un paradigma que busca el reconocimiento de derechos fundamentales que siempre han existido pero que en la medida en que los actores tomen conciencia y actúen sobre los mismos, en esa justa medida serán reconocidos. Vemos como la jurisprudencia constitucional en torno a la dignidad y el derecho a la vida no hace relación exclusivamente a la moral o a la vida biológica, sino que abarca también las condiciones de vida correspondientes a la dignidad intrínseca del ser humano.

CARÁCTER VINCULANTE DE LAS SENTENCIAS DEL TC

Las decisiones del Tribunal Constitucional son definitivas e irrevocables y constituyen precedentes vinculantes para los poderes públicos y todos los órganos del Estado, es decir que a partir de esta sentencia lo anteriormente expuesto, decidido en la misma, se convierte en un preliminar que debe utilizarse como referente obligatorio y directo en todos los casos de problemática similar, lo que significa una rica transformación del ordenamiento jurídico dominicano.

En el año 2010, específicamente el día 26 de enero, la República Dominicana recibe un acta de nacimiento renovada, en la que se proyectan retos trascendentales al engranaje político social dominicano, pues impone la necesidad de que los derechos colectivos pasen a un primer plano. Esto en virtud de que pasó de ser un Estado protector de los Derechos fundamentales de sus ciudadanos, a un Estado garantista de los mismos, tal y como lo establece el Artículo 8 de la precitada obra legislativa y el cual transcribimos

a continuación:

“Es función esencial del Estado, la protección efectiva de los derechos de la persona, el respeto de su dignidad y la obtención de los medios que le permitan perfeccionarse de forma igualitaria, equitativa y progresiva, dentro de un marco de libertad individual y de justicia social, compatibles con el orden público, el bienestar general y los derechos de todos y todas.”

A esto se suma la creación del Tribunal Constitucional (TC) con la finalidad de que se garantice la supremacía de la Constitución, la defensa del orden constitucional y la protección de los derechos fundamentales y cuyas decisiones son definitivas e irrevocables además de que constituyen precedentes vinculantes para los poderes públicos y todos los órganos del Estado “Social y Democrático de Derechos”.

Este ensayo nos permite establecer que, en el ordenamiento constitucional propio del Estado social, el reconocimiento de que el sujeto es pasible de derechos implica que el Estado está en la obligación de garantizarlos.

Todo Estado social de derecho ha de estar fundado en el respeto de la dignidad humana, entendida ésta como el merecimiento de un trato especial que tiene toda persona por el hecho de ser tal. Equivale, sin más, la facultad que tiene toda persona de exigir de los demás un trato acorde con su condición humana. De esta manera, la dignidad se erige en un derecho fundamental, de eficacia directa, cuyo reconocimiento general compromete el fundamento político del Estado.

Hemos establecido la obligatoriedad de la protección de los derechos fundamentales, y en virtud de ello se confirma que toda norma que no es observada se deriva en consecuencias para el que incurre en la falta, sea de hacer o no hacer.

DIDA LOGRA LAS

Y AVANZA EN 2015

Los años 2014 y 2015 han sido de grandes logros para la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA), sobre todo en lo que respecta a la misión de promover y defender el derecho constitucional de todas las personas a la seguridad social para su protección en todas las etapas de la vida, contribuyendo así al desarrollo de una cultura de derecho que promueve el establecimiento de un piso de protección social progresivo, para la reducción de la pobreza y la desigualdad.

Especialmente este año la DIDA está en camino de cumplir y superar todas las metas propuestas, tanto en lo referente a su Plan Operativo Anual (POA 2015), el cual está vinculado a la Ley Orgánica Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2013-2016, las Metas Presidenciales 2013-2016, el Plan Estratégico del Sistema Dominicano de la Seguridad Social 2014-2018, y el Plan Estratégico DIDA 2015-2019

INFORME AÑO 2015

En lo que va de este 2015 las asistencias se incrementaron en un 35.3%, al pasar de 457,135 asistencias en el período enero-agosto 2014 a las 618, 741 en el mismo período del año 2015.

El nivel de cumplimiento de las asistencias según lo planificado para el período enero-agosto es de 94%. De estas asistencias, 48,003 se dieron a través de las nuevas oficinas locales que fueron abiertas a finales del año 2014 y 18,002 en las UAPSS.

Las reclamaciones se incrementaron en un 16%, al pasar de 11,081 en el periodo enero-agosto 2014 a 12,851 en el mismo periodo del año 2015.

El nivel de cumplimiento de las reclamaciones recibidas según lo planificado para el periodo enero-agosto es de 98 %.

INFORMACIÓN Y ASESORÍA LEGAL

En promedio, hasta el 30 de agosto las informaciones y asesoría legal brindada por la DIDA en lo que va de año se ha incrementado en un 35% con respecto al año 2014, aunque tomando en cuenta que las de Puerto Plata, Mao, San Juan de la Maguana e Samaná e Higüey comenzaron a funcionar en julio del año pasado.

De todas las oficinas, las de La Vega y Azua han sido las que mayor asistencia han prestado a los usuarios este año. La Vega pasó de 2,162 el año pasado a 6,475 hasta agosto de 2015, para un incremento del 199%, mientras que Azua asistió en el 2014 a 4,014 usuarios y para agosto había atendido a 9,539, para un 138%.

A estas oficinas les siguen San Pedro de Macorís, que en 2014 atendió a 32,637 usuarios y hasta agosto de 2015 había brindado asistencia a 64,121 personas, para un incremento del 96%.

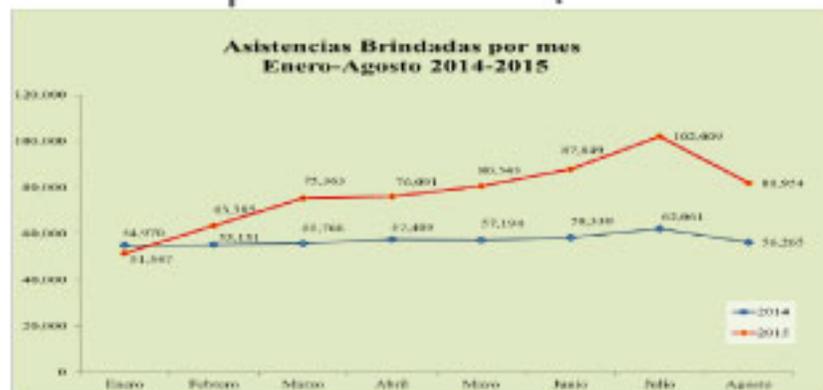
A San Pedro de Macorís le sigue Megacentro, en el municipio Santo Domingo Este, que en 2014 atendió a 11,676 afiliados y en 2015 ha asistido a 20,074, subiendo al 72%, mientras que Barahona el año pasado atendió a 16,263 y para agosto de 2015 llevaba 27,109, por lo que ha incrementado las atenciones en un 67%.

En la sede central de la DIDA en la ciudad de Santo Domingo el año 2014 se atendieron 259,015 usuarios y hasta el 30 de agosto de este año se habían atendido 316,553, para un aumento del 22%.

METAS DEL 2014

Sin embargo, las oficinas de San Francisco de Macorís y la OPTIC este año figuran con números negativos con respecto al 2014. El año pasado San Francisco de Macorís atendió 10,919 usuarios y hasta agosto de este año había atendido a 9,888, para una disminución del -9%, mientras que la oficina de la OPTIC el año pasado prestó asistencia a 32,673 personas y hasta agosto del presente año apenas había atendido a 6,919, para una drástica caída del -79%.

Gráfico .A | Asistencias brindadas por mes



Fuente: módulo UNAP, DIDA

COBERTURA DEL SFS EN 2015

Hasta el 30 de agosto de este año también se habían realizado 7,970 asesorías médicas. Sin embargo, hay que destacar que de éstas el 74% no tenía cobertura en el PDSS de este porcentaje, el 66% corresponde a los medicamentos siendo el servicio más afectado.

De enero a agosto se asesoraron 1,711 cirugías, de las cuales 787 tenían cobertura y 924 no tenían; 717 estudios, de los cuales 203 están cubiertos y 514 no; 4,707 consultas sobre medicamentos, de los que la ínfima cantidad de 789 figuraban como cubiertos mientras que 3,918 no figuraban.

También se asesoraron 310 consultas sobre laboratorios, con 196 cubiertos y 116 sin cobertura; se dieron 922 asesorías sobre material gastable, de los que 88 figuraron como cubiertos y 437 no están cubiertos.

En total, de las 7,970 consultas, 6,61 figuran como cubiertas mientras que 5,909 no tienen cobertura.

Gráfico .B | Asesorías médicas



Fuente: módulo UNAP, DIDA

RECLAMACIONES

Hasta el mes de agosto de este año la DIDA había recibido 12,851 reclamaciones, las que a su vez se convirtieron en defensoría legal, siendo la sede central en la ciudad de Santo Domingo la que más recibió, con 5,361 afiliados atendidos.

Luego le siguen la oficina de Santiago, con 1,708; San Pedro de Macorís 1,683; La Romana 857; Barahona 740, Puerto Plata 557, Megacentro 453, San Francisco de Macorís 346, Mao 278, La Vega 230, Azua 212, Higüey 207, Bávaro 89, San Juan de la Maguana 73 y Samaná 57.

Entre las reclamaciones más recibidas figuran trámites sobre cobertura en medios diagnósticos, corrección de datos personales en el SUIR, tardanza en la entrega de carnés de las ARS, Cambio de ARS por más de 6 meses sin cotizar al SDSS, Solicitud de baja en el SUIR por figurar en nómina de su ex empleador, retraso en el pago del subsidio por lactancia, denegación de entrega del estado de cuenta, trámite de asesoría legal sobre el SFS en cobertura de materiales de osteosíntesis y denegación de devolución de aportes por estar afiliados en reparto.

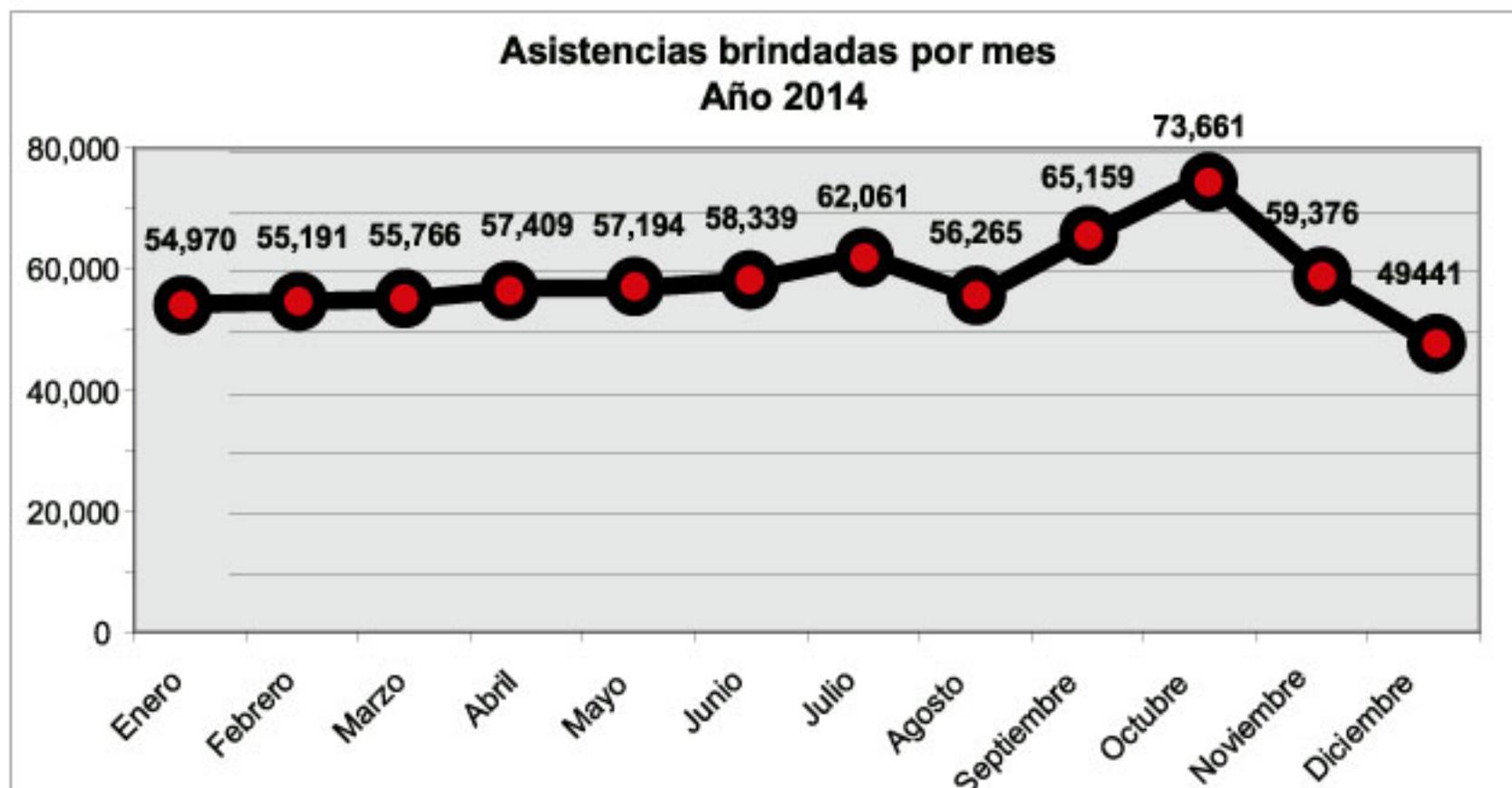
También tardanza en la entrega de certificación de años cotizados a la ley 1896 por el IDSS, solicitud de seguimiento de procesos de afiliación al Régimen Subsidiado, trámite de asesoría legal sobre SDVS respecto a traspaso de CCI a reparto, Retraso en el pago de subsidio por maternidad, solicitud de traspaso de reparto a CCI, denegación de devolución de aportes por figurar activo en nómina, solicitud de traspaso por mala prestación de servicio de una ARS, denegación de afiliación de pensionados al plan transitorio especial de salud, solicitud de seguimiento al proceso de afiliación y solicitud de reverso de traspaso a una ARS.

INFORME AÑO 2014

El pasado año 2014 la DIDA también avanzó notablemente en su objetivo de contribuir al avance y consolidación de la protección social en el país, concediendo a 704,772 afiliados servicios de información, orientación y asesorías legales que, en relación a los suministrados en el año 2013, experimentaron un aumento del 33%.

El 63% de las asistencias, 444 mil 098, se dieron a afiliados (as) residentes en el Distrito Nacional y el Gran Santo Domingo y el 37%, 260 mil 674 a usuarios del interior del país donde las asistencias subieron un 5% en relación con las concedidas el año anterior al pasar de un 32% a un 37% el año pasado.

El incremento de la concesión de los servicios regionales se debió a la apertura en el mes de agosto de cinco nuevas oficinas en San Juan de la Maguana, Puerto Plata, Higuey, Mao y Samaná y a los Puntos de Información (PI) instalados en Prestadores de Servicios de Salud (PSS), concediendo 20 mil 177 servicios de orientación, información y defensoría a los usuarios.



WWW.
dida.gob.do



info@dida.gob.do



**COMPROMETIDOS
CON TU BIENESTAR**
Orienta. Defiende. Informa.



didaseguridadsocial



@dida_rd

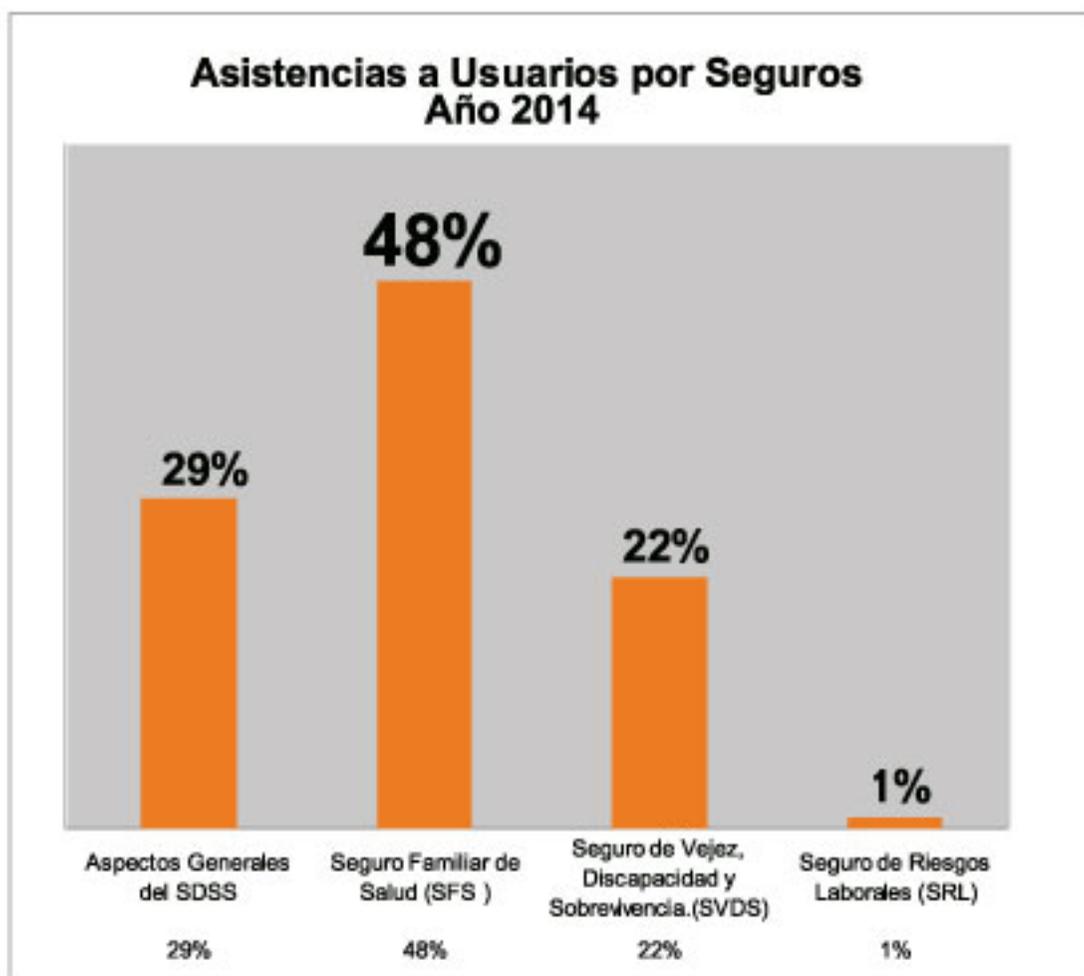
YouTube

/didard1





Gráfico No. 4



Fuente: módulo UNAP, DIDA

LOS SEGUROS

De los tres seguros vigentes en el Sistema, el 48% de las asistencias la tuvo el año pasado, el Seguro Familiar de Salud (SFS) que es el seguro que registra la mayor frecuencia de uso de servicios, solicitud de información y de defensoría.

Las consultas legales a empresas y personas en aspectos relacionados a la Ley 87-01 sumaron 492 y se entregaron 700 comunicaciones a raíz de las certificaciones de aportes generadas en la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) a empresas afiliadas, profesionales de Derecho, personas e instituciones.

ASESORÍAS MÉDICAS

Datos relevantes arrojan las Asesorías y las consultas Médicas respecto a las dificultades de los afiliados para obtener los beneficios del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), registrándose deficiencias en las coberturas de los servicios para las

enfermedades de alto costo y complejidad como confirman los siguientes datos:

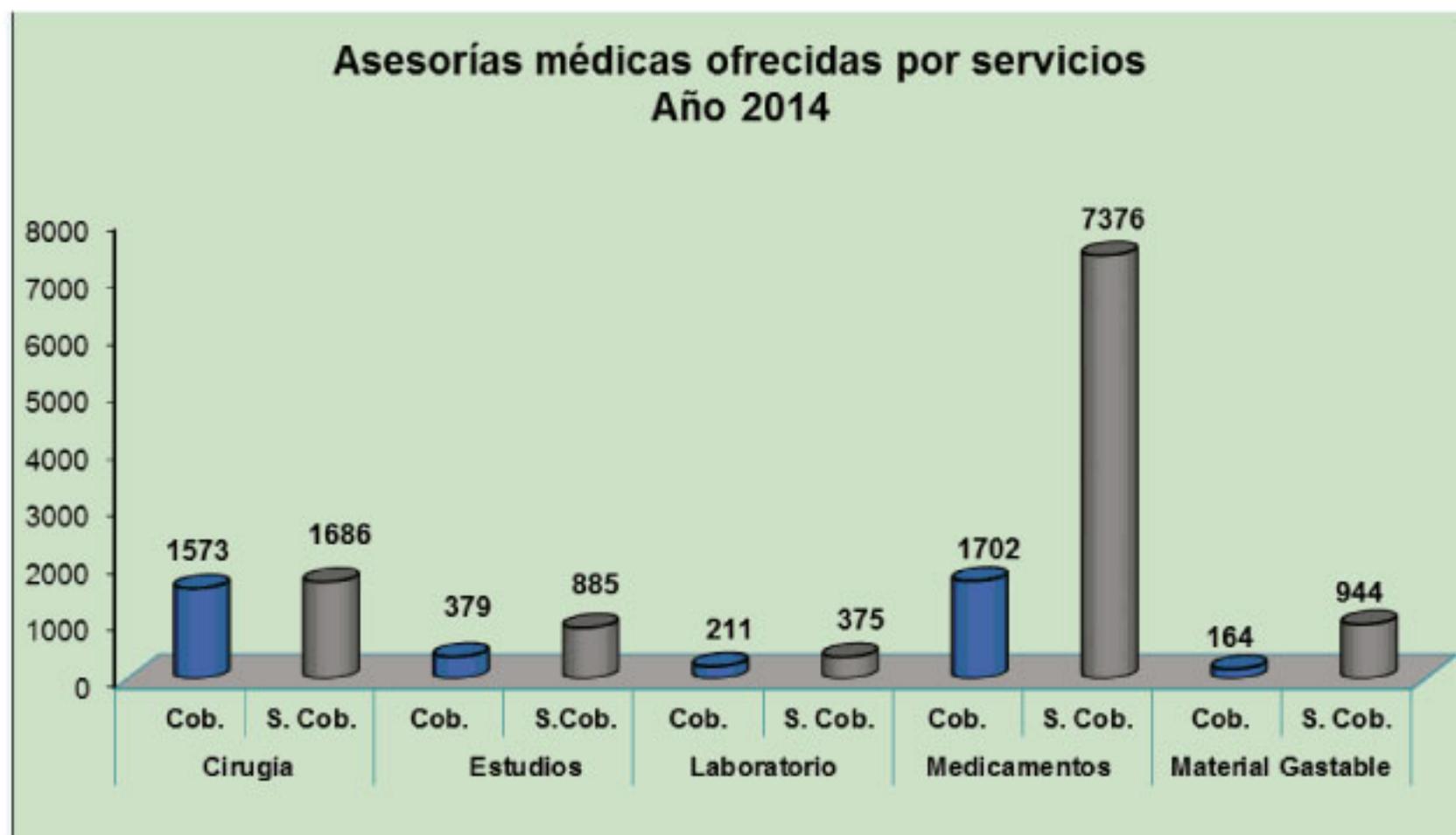
Las asesorías médicas ascendieron a 15 mil 295 aumentando un 34% con relación a 11 mil 412 dadas en el 2013. De estas el 30% corresponden a afiliados del Régimen Subsidiado y el 70% a los del Régimen Contributivo.

Los medicamentos son la más dramática de las limitaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS); de 9 mil 078 asesorías dadas, el 81% no tenía cobertura.

El 70% de las consultas sobre estudios diagnósticos carecía de cobertura. De 3 mil 259 consultas para casos de cirugía, el 52% no tenía cobertura. Las consultas de pruebas de laboratorio fueron 586, de las cuales, el 64% carecía de cobertura y apenas el 36% estaban cubiertas.

Se entregaron 9 mil 458 cartas de no

Gráfico No. 4



Fuente: módulo UNAP, DIDA

cobertura por la denegación de medicamentos y de procedimientos de salud no cubiertos por el PDSS y por agotamiento del límite de cobertura.

Los servicios de defensoría legal se superaron en un 20% pasando de 13 mil 729 concedidos en el 2013 a 16 mil 485 en el 2014, además se dio seguimiento a 6 mil 398 reclamaciones de años anteriores abiertas sin solución definitiva.

- 15 mil 293 reclamaciones recibieron solución definitiva, debido al establecimiento de mecanismos con las instancias del Sistema que permitieron la agilización de los casos.

- 12 mil 600 comunicaciones fueron tramitadas al CNSS y otras instancias del SDSS solicitando respuestas a situaciones que afectaban a los afiliados.

- En 46 reuniones las Comisiones Técnicas de Discapacidad (CTD) de SIPEN y la SISALRIL

de las que formamos parte, contribuimos a la aprobación de Mil 529 pensiones.

- Se realizaron 540 traspasos de Cuenta de Capitalización Individual (CCI) a Reparto, 29 fueron aplazados y 16 rechazados.

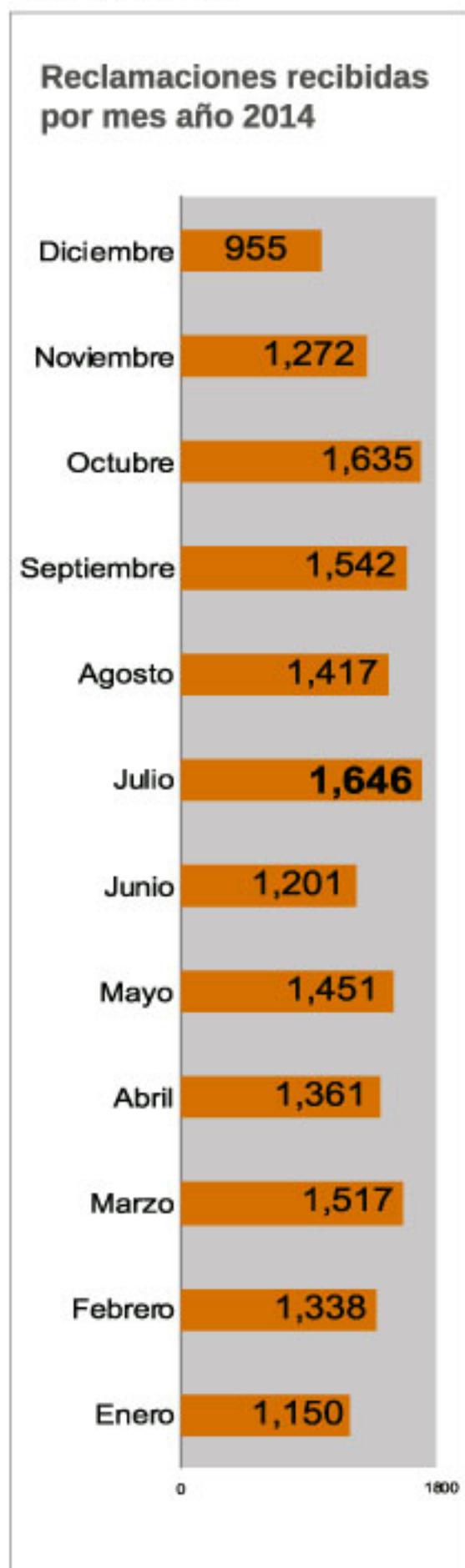
- 344 casos para fines de pensiones por la Ley 379; fueron remitidos a la Dirección General de Jubilaciones y Pensiones (DGJP).

- Fueron entregadas 5 mil 99 certificaciones de aportes de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y del Acuerdo Bilateral entre España y la República Dominicana.

- 954 empresas en faltas fueron reportadas al Ministerio de Trabajo, detectadas mediante la tramitación de solicitudes de certificaciones de aportes a la TSS.

Los detalles completos de la gestión 2014 de la DIDA la pueden ver en la página web www.dida.gob.do

Gráfico No. 5



Fuente: módulo UNAP, DIDA

Las funciones de la DIDA son muy amplias, debe dar seguimiento el funcionamiento del mismo, dedicación que entraña realizar defensorías que el año pasado sumaron 40 que condujeron a la aprobación de resoluciones emitidas por las instancias responsables de solucionar los reclamos interpuestos por la institución en representación de los afiliados afectados.

Gestiones llevadas a cabo por la institución ante el Consejo Nacional de la Seguridad Social para ampliar el acceso de los afiliados a los beneficios de la Ley 87-01, ayudaron a que el organismo rector del Sistema, emitiera varias resoluciones y medidas favorables a los asegurados.

Entre las decisiones tomadas el año pasado por las autoridades debidas a gestiones de la institución se encuentran las resoluciones 335-01 y la 250-08 de indexaciones de las pensiones y el envío de los borradores de las resoluciones a la DIDA para sus observaciones antes de ser aprobadas por el organismo, solicitud de que se aplique el Artículo 201 de la Ley 87-01 del pago de las prestaciones del SRL, para que las prestaciones económicas se entreguen en base a diez salarios mínimos, entre otras iniciativa que amplían el acceso de los afiliados a los beneficios de la seguridad social.

En el 2014 se difundieron 4 campañas para informar a la población los beneficios del SDSS y sus seguros y de los servicios de la institución a nivel nacional, llegando los mensajes a más de dos millones de personas a través de la radio, la televisión, redes sociales y los programas producidos por el departamento de Comunicación.

Una de las actividades más importantes realizadas para contribuir al desarrollo del SDSS fue la celebración en el país del Foro Regional Latinoamericano Protección Social, Seguridad Social y Defensoría Ciudadana, los días 3 y 4 de diciembre de 2014 el cual permitió evaluar los avances en protección social en consonancia a las actuales tendencias mundiales.

Al evento, organizado conjuntamente con el Consejo Internacional del Bienestar Social (CIBS), participaron todas las instancias del SDSS, las organizaciones sindicales y empresariales, la OMS/OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Procuraduría del Paciente de Puerto Rico, entre otras importantes entidades nacionales e internacionales.

Los encargados de hacer estas indagatorias son los técnicos de seguridad social de las 14 oficinas de la institución siguiendo instrucciones de la Dirección y el departamento de Planificación y Desarrollo.

DISTANCIAS UNAP Y VIVIENDAS.

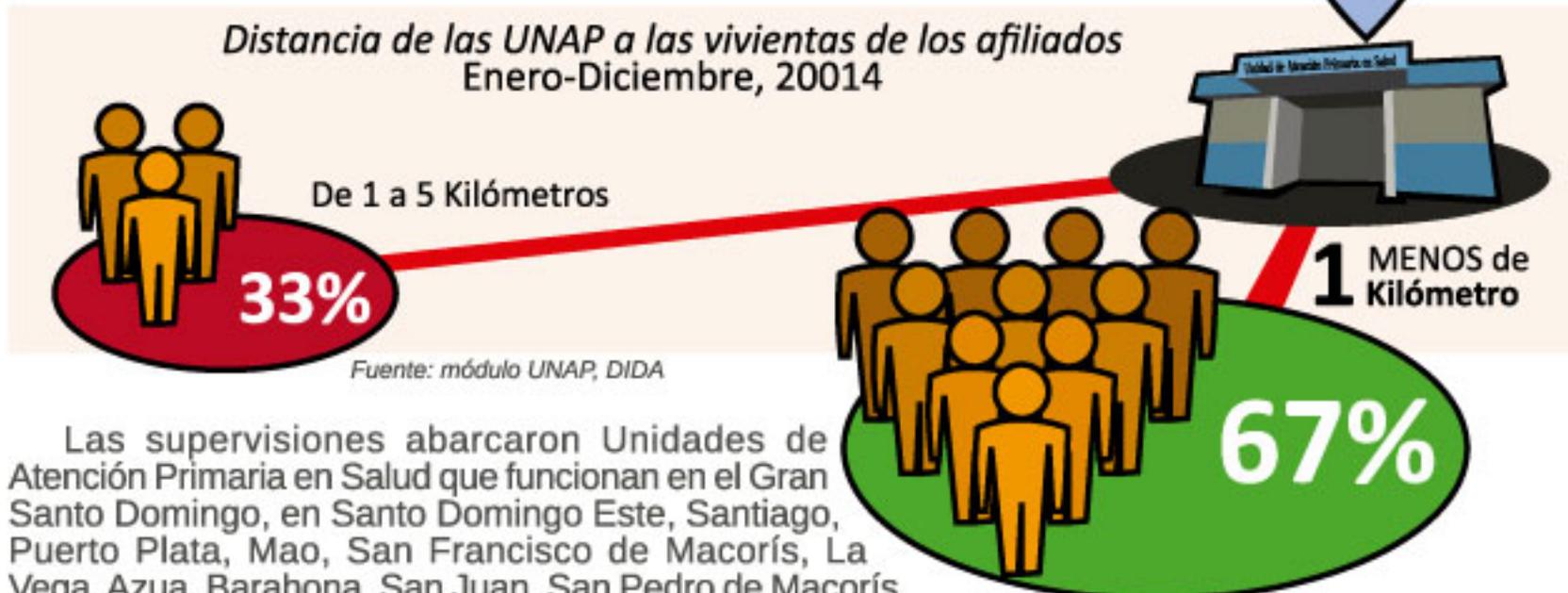
El 67% de los entrevistados sobre este aspecto dijo residir a menos de un kilómetro, el 33% a más de un kilómetro de distancia de la Unap que le corresponde recibir atención en salud.

Cuadro no. 5

Distancia de las UNAP a las viviendas de los afiliados Enero -diciembre, 2014		
Distancia de la UNAP	Usuarios	%
menos de 1km	375	67
De 1 a 5km	187	33
Total	562	100

Fuente: módulo UNAP, DIDA

Gráfico no. 5



Las supervisiones abarcaron Unidades de Atención Primaria en Salud que funcionan en el Gran Santo Domingo, en Santo Domingo Este, Santiago, Puerto Plata, Mao, San Francisco de Macorís, La Vega, Azua, Barahona, San Juan, San Pedro de Macorís, La Romana, Higuey y Bávaro.

Los técnicos comprobaron las condiciones en que funcionan esos centros integrantes del Primer Nivel de Atención y recogieron las opiniones de los beneficiarios y usuarios de la calidad y oportunidad de los servicios y el cumplimiento de las responsabilidades del personal que labora en esos lugares.

También evaluaron el equipamiento que poseen los centros, su capacidad de resolución, la entrega de medicamentos, distancia que recorren los pacientes para llegar a esos lugares y opinión del usuario del trato dispensado por el personal médico.

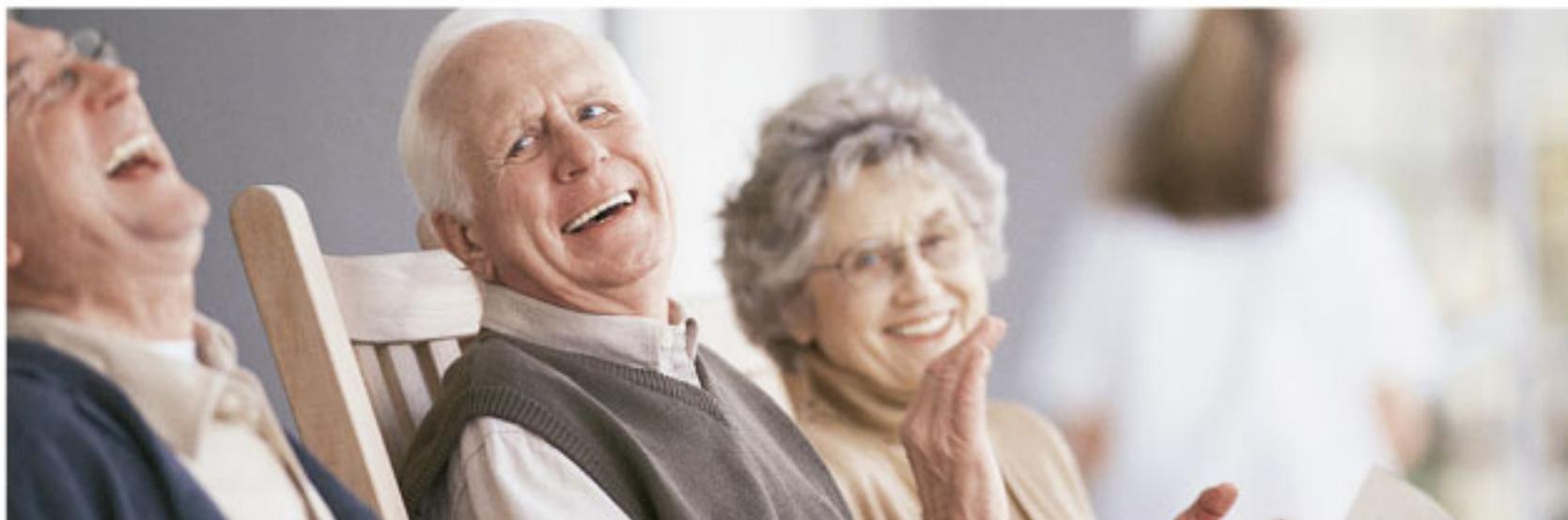
Las comprobaciones se hicieron mediante visitas en las que se levanta información de las condiciones del espacio, infraestructura física, mobiliario, equipamiento, y se entrevista a las personas siguiendo un cuestionario elaborado para tales fines.

Las supervisiones permitieron conocer la situación de cada UNAP e informarla a las autoridades correspondientes con las recomendaciones y sugerencias para solucionar las falencias detectadas a los fines de que sean corregidas.

Las Unidades de Atención Primaria (UNAP) constituyen la puerta de entrada al Primer Nivel de Atención. Su responsabilidad es vigilar y atender de manera integral el ambiente y la salud de las personas que conviven en un mismo espacio geográfico-poblacional, afiliadas al Régimen Subsidiado de acuerdo a la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, en ese sentido la DIDA cumple con realizar supervisiones en esos centros para garantizar que sus servicios lleguen a los afiliados con calidad y oportunidad.

PANAMÁ, CHILE Y URUGUAY

LOS MEJORES PAÍSES PARA ENVEJECER EN LATINOAMERICA



Los tres mejores países para envejecer en América son Panamá, Chile y Uruguay, mientras que los tres menos recomendables son Honduras, Venezuela y Paraguay, quedando la República Dominicana en el cuarto lugar de primer grupo.

El dato está contenido en el índice global de envejecimiento correspondiente al año 2015 presentado recientemente por Help Age International, reporte que enfoca los aspectos de seguridad de ingresos, estado de salud, competencias y entornos favorables para las personas envejecientes.

Las puntuaciones relativamente altas obtenidas por Panamá, Chile y Uruguay pueden atribuirse en gran medida a la existencia y a la efectividad de políticas estatales, con una orientación de políticas sociales en general y de políticas de envejecimiento en particular.

Mientras que en República Dominicana, Paraguay, Venezuela y Honduras las políticas estatales no son suficientes para garantizar una vejez digna, lo que indica que además de las que se vienen aplicando en los últimos años se hace necesario una mayor atención oficial hacia las personas envejecientes.

En las clasificaciones y valores de América Latina y el Caribe, República Dominicana ocupa el lugar 62 en el índice general, mientras que en seguridad de ingresos se sitúa en el 80, estado de salud 39 y 57 en competencias.

¿POR QUÉ PANAMÁ?

El país centroamericano ocupa el puesto 20 en el índice global con un destacado logro en lo referido a las competencias entre su población que llegó a la vejez.

Esto es que las personas mayores en Panamá tienen mejores niveles de educación y acceso a



empleo que el resto de América Latina.

Colombia está por encima de Italia, Portugal y Grecia en el índice de envejecimiento global.

Otro aspecto del istmo centroamericano que destaca del promedio regional es la garantía de ingresos para la población mayor de 65 años.

El informe de Help Age señala que la buena colocación de Panamá se debe "en gran medida a la existencia y a la efectividad de políticas estatales, con una orientación de políticas sociales en general y de políticas de envejecimiento en particular".

Panamá tiene una tasa de empleo del 98,3% para personas entre 55 y 64 años, posiblemente en respuesta a los bajos ingresos provenientes de la jubilación, destaca Help Age.

También tiene buenas puntuaciones en el dominio de salud, una posición moderada respecto a la cobertura de pensiones y una tasa de pobreza del 17,7%.

Además, la ley para asegurar los derechos de las personas mayores está en espera de aprobación por el congreso. Panamá es, también, un país que muestra una elevada tasa de envejecimiento. Según el último informe del Centro de Investigaciones de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Panamá (julio de 2015), hasta junio de este año, la nación istmeña cuenta con 302.120 personas con 65 o más años.

SUBDESARROLLO ENVEJECIENTE

De acuerdo con Help Age International, actualmente hay alrededor de 901 millones de personas de 60 años y más en todo el mundo, lo cual representa el 12% de la población global, y para el 2030 esta cifra habrá aumentado a 1.400 millones, lo que representará el 16,5 %, y en 2050 ascenderá a 2.100 millones; es decir el 21,5% de la población global.

"Las personas de 60 y más años son actualmente más numerosas que los niños menores de cinco; en 2050 serán más numerosas que los niños de menos de 15. Estos cambios demográficos son más veloces en el mundo en vías de desarrollo, el cual en 2050 será el lugar de residencia de ocho de cada 10 personas de 60 años y más" señala.

LOS TRES MEJORES

A nivel global Suiza, Suecia y Noruega ocupan los tres primeros puestos, Alemania queda en el cuarto y Estados Unidos en el noveno.

En el podio del índice global de envejecimiento se encuentran tres europeos: Suiza, Suecia y Noruega. Alemania quedó en cuarto lugar y Estados Unidos en el noveno.

El estudio es elaborado de manera anual por Help Age International. El reporte se enfoca en cuatro aspectos: seguridad de ingresos, estado de salud, competencias y entornos favorables.

Otro aspecto de Panamá que destaca del promedio regional es la garantía de ingresos para la población mayor de 65 años.



¿POR QUÉ MEDIR EL BIENESTAR EN LA VEJEZ?

Help Age International observa que "envejecer es una experiencia que todos vamos a experimentar. Actualmente, en todos los países del mundo, la población de más de 60 años es el grupo etéreo de mayor crecimiento.

El hecho afecta de manera profunda nuestra economía, nuestras formas de vivir y nuestras aspiraciones personales y profesionales. Aunque no siempre se ve así, el envejecimiento demográfico global es el mayor hito del desarrollo.

¡ Estamos más cerca de ti !

RECUERDE

Tenemos puntos de información en las principales PSS.



REGIÓN NORTE

Santiago de los Caballeros:

Av. Benito Monción #40,
Centro de la ciudad.
Teléfono: (809) 583-0126

San Francisco de Macorís:

Calle Colón #72, esq. Salomé Ureña.
Plaza Universo, Local 104. Primer Nivel.
Teléfono: (809) 725-5950

La Vega:

Calle Juan Rodríguez, esq. Colón Apto
1-07, Plaza Jiminián.
(Cámara de Comercio y
Producción de La Vega)
Teléfono: (809) 573-2256

Mao, Valverde:

Calle Sánchez #41, Plaza Caldera.
Teléfono: (809) 572-2888

Puerto Plata:

Calle 12 de Julio #51,
esq. Padre Castellanos.
Teléfono: (809) 261-9843

Samaná:

Calle Peter Vanderhort,
esq. Francisco del Rosario Sánchez.
Teléfono: (809) 538-3892

SANTO DOMINGO

Santo Domingo Sede Principal:

Avenida Tiradentes #33, Ensanche Naco.
Torre de la Seguridad Social Presidente Antonio
Guzmán Fernández.
Teléfono: (809) 472-1900, Fax (809) 563-3488
www.dida.gob.do / info@dida.gov.do

Centro de Atención Presencial del Ciudadano Punto GOB de la OPTIC:

Av. San Vicente de Paúl, esq. Carretera Mella,
Plaza Comercial Megacentro,
Santo Domingo Este.

REGIÓN ESTE

San Pedro de Macorís:

Av. Independencia #98.
Teléfono: (809) 529-3171

La Romana:

Av. Gregorio Luperón #13.
Teléfono: (809) 813-4748

Bávaro - Verón:

Carretera Verón, Plaza Reynoso, 2do. Piso,
Punta Cana.
Teléfonos: (809) 552-1335 - (809) 323-9258

Higuey:

Duvergé #4, esq. Duarte.
Teléfono: (809) 746-2985

REGIÓN SUR

Barahona:

Calle Anacaona #17,
esq. María Montez, 2do piso.
Teléfono: (809) 524-2217

Azua:

Calle Dr. Armando Aybar #82.
Teléfono: (809) 521-2200

San Juan de La Maguana:

Av. 16 de Agosto #81,
(Ayuntamiento Municipal).
Teléfono: (809) 557-2564

Para mayor información llama o visita las oficinas de la DIDA.

Centro de asistencia telefónica : **(809) 472 1900**
Opción 7

www.dida.gob.do / info@dida.gov.do



[didaseguridadsocial](https://www.facebook.com/didaseguridadsocial)



[@dida_rd](https://twitter.com/dida_rd)



[/didard1](https://www.youtube.com/channel/UCdidard1)



COMPROMETIDOS
CON TU BIENESTAR

Orienta. Defiende. Informa.