

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Edward Guzmán

ANÁLISIS CORPORATIVO A NIVEL MACRO DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO) DE ARGENTINA Y EL PLAN DE SERVICIOS DE SALUD

2017



Citar como: Guzmán, E. (2017). Análisis corporativo a nivel macro del Programa Médico Obligatorio (PMO) de Argentina y el plan de servicios de salud. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

DEDICATORIA.

A Dios, por ser mi Padre fiel, por guiarme y darme las fuerzas necesarias para enfrentar cualquier obstáculo en mi caminar. Gracias por estar siempre conmigo, por amarme y por ayudarme a cumplir una de mis tantas metas. Todo te lo debo a Ti.

A mi Padre y a mi Madre, por impulsarme a seguir adelante día a día, sin ustedes no hubiera podido llegar hasta aquí. Son mi ejemplo a seguir de ser fuertes, perseverantes y llenos de fe. Por ustedes soy lo que soy hoy.

A Karla Fernández, por ser a parte de mi esposa, mi mejor amiga, mi mejor consejera y mi mayor apoyo y soporte. Gracias por siempre mantenerte firme a mi lado en este camino, sin ti no hubiera sido posible.

A mi familia y amigos, por su preocupación y apoyo hacia mí.

AGRADECIMIENTOS.

Gracias, es la mejor palabra para expresar cuanto apreciamos la mano que se ha tendido sobre nosotros, el gesto de solidaridad, de amor incondicional que se nos ofrece, con ella hacemos saber a alguien lo especial e importante que son en momentos de necesidad.

Al Mag. Arturo Schweiger y el Dr. Carlos Díaz, directores de la Maestría y especialización respectivamente, por abrirme las puertas para la continuación de mi formación académica, además por sus enseñanzas y todo lo aprendido a lo largo de la especialización.

De igual modo a la coordinadora de la carrera de Economía y Gestión Mag. Ruth Litmanovich por su disposición y apoyo en todo momento de la especialidad.

A mis compañeros del curso quienes formaron parte de esta etapa de crecimiento académico, que desde el primer día se fueron forjando nuestros lazos de amistad y compañerismo.

También a todo el equipo de la Universidad Isalud, por todo el servicio brindado, desde su Rector el Dr. Rubén Torres, el Rector Honoris Dr. Ginés González García, así como todo el cuerpo docente, empleados y colaboradores, gracias totales.

ÍNDICE

1. Introducción	2
1.1 Objetivo general.	3
1.2 Objetivos específicos.....	3
1.3 Metodología.	3
2. Sistema de Salud de la República Dominicana.....	4
2.1 Contexto	5
2.2 Rectoría	6
2.3 Sistema Dominicano de Seguridad Social	6
3. Sistema de Salud de Argentina	9
3.1 Contexto.	10
3.2 Rectoría	11
3.3 Estructura y cobertura obras sociales.....	13
4. Plan Básico de Salud. “(PMO) vs (PDSS)”	15
4.1 PDSS (República Dominicana).....	16
4.1.1Regímenes	16
4.1.2 Beneficios.....	17
4.2 PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (Argentina).....	18
4.2.1 MODELO DE FINANCIAMIENTO	18
5. Tablas Comparativas.....	21
Tabla 1. Indicadores macro-económicos.....	21
Tabla 2. Otros Indicadores.	21
Tabla 3. Cobertura del PMO y PDSS.	21
6. Comentarios del autor.	23
7. Conclusión.....	25
8. Bibliografía	26

1. Introducción

Los países en desarrollo como lo son Argentina y Republica Dominicana, buscan diferentes tipos de estrategias para prestar servicios a su población, los cuales consideran importantes y de gran beneficio. Muchas de estas acciones buscan, garantizar el derecho a la salud y mejorar la equidad. Claros ejemplos son el PMO en Argentina y el PDSS en la Republica Dominicana, los cuales incluyen unas series de servicios independientemente de la condición social, laboral, económica y del régimen financiero a que pertenezca el individuo.

El Plan De Servicios De Salud (PDSS) en la República Dominica provee la asistencia médica fundamental, puesta efectivamente al alcance de todos los individuos y familias beneficiarias de la Seguridad Social, estimulando la participación de las mismas, logrando un beneficio superador en la inversión.

El Programa Médico Obligatorio (PMO) es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistencial. La obra social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.

Sin Embargo, según la Organización mundial de salud “Ningún país, por rico que sea, está en capacidad de proveer a toda la población de todas las tecnologías o intervenciones que podrían mejorar la salud o prolongar la vida“. Existe una brecha cada vez mayor entre las tecnologías disponibles y los recursos para número de tecnologías. En este trabajo veremos qué tan igual o discordantes están estos países entre sí, con relación a los paquetes de servicios de salud básicos que les ofrecen a sus poblaciones.

1.1 Objetivo general.

Elaborar un análisis comparativo a nivel macro del programa médico obligatorio (PMO) de argentina y el plan de servicios de salud (PDSS) de la república dominicana.

1.2 Objetivos específicos.

- Analizar el sistema de salud de la Rep. Dominicana y Argentina.
- Describir las prestaciones del PDSS, así como el financiamiento y beneficiarios a nivel macro.
- Describir las prestaciones del PMO, así como el financiamiento y beneficiarios a nivel macro.
- Identificar características comparables entre el PMO y PDSS.

1.3 Metodología.

El siguiente trabajo está realizado en base a revisión bibliográfica.

2. Sistema de Salud de la República Dominicana.

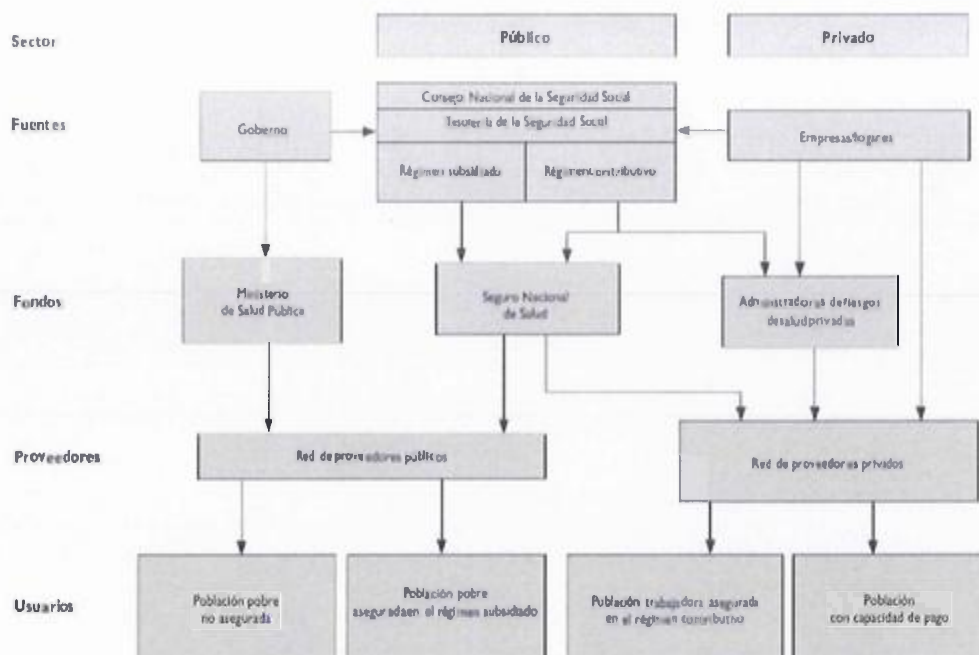
El sistema de salud dominicano está conformado por tres sub-sectores que son el sector público, el sector de la seguridad social y un sector privado. Los principales actores del sector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP), quien es el máximo órgano rector del sistema de salud, en lo que concierne al sector de la Seguridad Social que a su vez tiene a cargo el Seguro Familiar de Salud (SFS), las funciones regulatorias recaen en el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) que es el encargado de conducir el sistema, definir el Plan de servicios de Salud (PDSS) y su costo en concurrencia con la Superintendencia de Salud (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública.

El sector privado comprende a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de la salud.

Los fondos de la seguridad social provienen del gobierno dominicano, el cual destina un per cápita para cubrir a los afiliados del régimen subsidiado (RS) y de las cotizaciones de empleados y empleadores privados. Estos fondos los recauda la TSS, que depende del CNSS. La TSS transfiere a cada ARS un pago total correspondiente a la cantidad de sus afiliados multiplicado por un per cápita determinado. Las ARS se encargan de contratar a los prestadores de servicios de salud.

El principal ARS pública, el SENASA, afilia a la población pobre subsidiada y paga a los prestadores (principalmente a la red del MSP) los servicios acordados. Para otorgar todas las prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud para el segmento de población incluido en el RS, también paga a proveedores privados sin fines de lucro.

El SENASA también afilia a una parte de los empleados del gobierno dominicano y a trabajadores contributivos del sector privado que la seleccionan como ARS. Las ARS privadas sólo pueden afiliar población contributiva y vender planes privados de seguros de salud. Finalmente, hay un grupo de la población que tiene capacidad de pago y adquiere servicios de salud en establecimientos privados mediante pagos de bolsillo.



Rathe M, Moliné A. Sistema de salud de República Dominicana. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S255-S264.

2.1 Contexto

La República Dominicana comparte la isla La Española con Haití. Tiene 48 442 km² y una población según los datos de la organización mundial de la salud (OMS) es de 10,528,000 habitantes en el 2015, 51.1% mujeres y 49.9% hombres. La densidad es de 201 hab/km² y la tasa de crecimiento poblacional anual es de 1.4%.

La esperanza de vida al nacer es de 72.8 años, 75.3 las mujeres y 70.4 los hombres (2014). 71.2% de la población total reside en zonas urbanas. En 1950 la población tenía una esperanza de vida al nacer de 46 años, 149 de cada 1000 nacidos vivos morían antes de cumplir su primer año y 65% de las muertes ocurrían antes de los 15 años de edad y sólo el 12.6% ocurrían después de los 64 años. Para 2005 la esperanza de vida al nacer se había incrementado a 71.4 años, en la actualidad la esperanza de vida es de 72.8 años, 75.3 las mujeres y 70.4 los hombres (2014). 71.2% de la población total reside en zonas urbanas. Según datos de los indicadores básicos de salud para el 2015, realizados por el MSP, la OPS y la OMS.

2.2 Rectoría

El artículo 8 de la Ley General de Salud (42-01) asigna las funciones de rectoría del Sistema Nacional de Salud del país al MSP. No obstante, se reconoce que las funciones de rectoría se ejercen en forma compartida con otras instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil. Estas funciones han sido desarrolladas por dicho Ministerio.

Conjuntamente con el (MSP) La supervisión del sistema está a cargo de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) quien vigila a las ARS. Existe una entidad dedicada a la defensa de los usuarios llamada a la Seguridad Social (DIDA) que fue concebida desde el diseño del sistema.

La supervisión de los proveedores y la vigilancia de la calidad recaen en el Ministerio de Salud Pública, dentro de su función de rectoría, a través del Viceministerio de Garantía de Calidad.

La Ley de Seguridad Social (87-01) establece que los establecimientos de salud deben estar habilitados previamente por el MSP. El país cuenta con normas para esos fines, en el país existen más 9,000 establecimientos de salud.

2.3 Sistema Dominicano de Seguridad Social

Es un Sistema de protección social público creado mediante dos herramientas jurídicas que son la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) (Ley 87-01). Su carácter es universal, obligatorio, solidario, plural e integral a fin de otorgar los derechos constitucionales a la población; y regular y desarrollar los deberes y derechos recíprocos del Estado y los ciudadanos en lo referente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad. Este sistema aglutina, articula, normatiza y supervisa, todas las instituciones públicas, privadas y mixtas dedicadas a actividades principales o complementarias de Seguridad Social en la República Dominicana. En el cual deben estar registrados todos los

ciudadanos y ciudadanas dominicanos; y extranjeros residentes legalmente en el país.

El sistema de Dominicanos de seguridad social está regulado por varias instituciones como lo son El Consejo Nacional de la Seguridad Social (SDSS), la Tesorería de la Seguridad Social (ISS), la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), el Seguro Nacional de Salud (SENASA), las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), las Proveedoras de servicios de Salud (PSS) y las entidades públicas, privadas o mixtas con o sin fines de lucro. Que realizan funciones complementarias de seguridad social.

Hasta hace poco, el grueso de la población estaba cubierto teóricamente por un sistema público abierto financiado con impuestos generales. Sin embargo, a partir de 2001, se crea un nuevo marco legal para el sistema de salud, integrado por un conjunto amplio de leyes, reglamentos, normas y disposiciones administrativas provenientes de distintas instancias e instituciones estatales.

En términos de cobertura, a fines de 2009, 34% de la población estaba afiliada al nuevo sistema de seguridad social. De este total, 61% estaba afiliada a través del régimen contributivo y 39% a través del régimen subsidiado. Todas estas personas están afiliadas a una administradora de riesgos de salud (ARS) que recibe por cada una de ellas un per cápita de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS). El usuario del régimen contributivo puede escoger entre los proveedores privados que le ofrece la ARS de su elección. El usuario del régimen subsidiado sólo puede estar afiliado a la ARS pública, que se denomina Seguro Nacional de Salud (SENASA), y utiliza los servicios de la red de provisión pública o los hospitales privados sin fines de lucro especializados. Cuando no existen los servicios en el sector público, el SENASA paga por ellos en el sector privado. Estos usuarios tienen preferencia al utilizar los hospitales y clínicas públicas, pues su lista de espera es menor y tienen acceso a medicamentos.

En la actualidad, según el SISALRIL el 70% de la población está afiliada a un tipo de cobertura, de estos el 51% está afiliada al régimen contributivo y el 49% al régimen subsidiado, el restante 30% de la población total no cuenta aún con cobertura de salud y

por lo tanto, se mantiene en el sistema antiguo, es decir, se atiende en la red de provisión pública integrada que administra el Ministerio de Salud Pública (MSP) o paga con dinero de su bolsillo a los proveedores del sector privado.



SISALRII
Superintendencia de Salud
y Riesgos Laborales

Informaciones y Estadísticas



Powered By **SIMON**

República Dominicana: Población Afiliada en el Seguro Familiar de Salud por Año y Mes de Cobertura según tipo de Régimen y Sexo del Afiliado.										
PERÍODO DESDE: 2007-01 HASTA: 2017-07										
Período de Cobertura		Seguro Familiar de Salud			Régimen Subsidiado			Régimen Contributivo		
Año	Mes	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2016	Enero	6,676,777	3,255,378	3,421,399	3,312,909	1,568,690	1,744,219	3,363,868	1,686,688	1,677,180
2016	Febrero	6,647,487	3,236,299	3,411,108	3,271,976	1,542,873	1,729,103	3,375,431	1,693,426	1,682,005
2016	Marzo	6,738,890	3,290,870	3,446,020	3,277,009	1,545,939	1,731,070	3,459,881	1,744,931	1,714,950
2016	Abril	6,772,527	3,305,928	3,466,599	3,298,747	1,555,307	1,743,440	3,473,780	1,750,621	1,723,159
2016	Mayo	6,801,325	3,319,766	3,481,559	3,299,848	1,554,853	1,743,997	3,502,485	1,764,913	1,737,572
2016	Junio	6,809,320	3,324,835	3,484,485	3,308,606	1,562,113	1,746,493	3,500,714	1,762,722	1,737,992
2016	Julio	6,880,290	3,362,901	3,518,289	3,341,396	1,579,650	1,761,746	3,538,894	1,782,351	1,756,543
2016	Agosto	6,878,247	3,358,376	3,519,871	3,339,504	1,577,015	1,762,489	3,538,743	1,781,361	1,757,382
2016	Septiembre	6,914,424	3,374,810	3,539,814	3,348,988	1,580,614	1,768,374	3,565,436	1,793,996	1,771,440
2016	Octubre	6,930,316	3,383,488	3,546,828	3,347,307	1,579,589	1,767,718	3,583,009	1,803,899	1,779,110
2016	Noviembre	6,925,862	3,380,076	3,545,786	3,351,214	1,580,151	1,771,063	3,574,648	1,799,925	1,774,723
2016	Diciembre	6,938,356	3,384,848	3,553,508	3,347,069	1,575,596	1,771,470	3,591,288	1,809,250	1,782,038
2017	Enero	6,934,717	3,382,964	3,551,753	3,336,777	1,569,262	1,767,515	3,597,940	1,813,702	1,784,238
2017	Febrero	7,011,561	3,425,445	3,586,116	3,386,786	1,598,470	1,788,316	3,624,775	1,826,975	1,797,800
2017	Marzo	7,016,814	3,422,006	3,594,808	3,365,104	1,582,223	1,782,881	3,651,710	1,839,783	1,811,927
2017	Abril	7,066,221	3,454,302	3,611,919	3,337,092	1,565,917	1,771,175	3,729,129	1,888,385	1,840,744
2017	Mayo	7,095,882	3,471,145	3,624,737	3,319,679	1,555,480	1,764,199	3,776,203	1,915,665	1,860,538
2017	Junio	7,110,928	3,477,635	3,633,293	3,318,030	1,553,987	1,764,043	3,792,898	1,923,648	1,869,250
2017	Julio	7,127,023	3,486,154	3,640,869	3,299,421	1,544,702	1,754,719	3,827,602	1,941,452	1,886,150

3. Sistema de Salud de Argentina

El sistema de salud de la Argentina tiene su origen en formas de atención, que primero fueron de caridad, y luego organizándose alrededor de mutuales de distintas comunidades que se formaron como consecuencias de las corrientes migratorias del siglo 19 y comienzos del 20.

Fue de la mano del canciller Bismarck en 1883 que crea el seguro legal de enfermedades de los trabajadores, luego se complementa con el seguro de accidentes y en 1889 la jubilación. Recién en 1927 se comienza a hablar de seguro de desempleo, este nuevo sistema se financiaba con una imposición o cotización al salario y con este dinero se brindaba atención a la enfermedad, con aportes del empleado y luego con la contribución patronal que mejoro el sistema. En Argentina esto tuvo un gran empuje en la década de 1970. Es el origen de lo que hoy conocemos como el sistema de obras sociales.

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados también en su interior: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado.

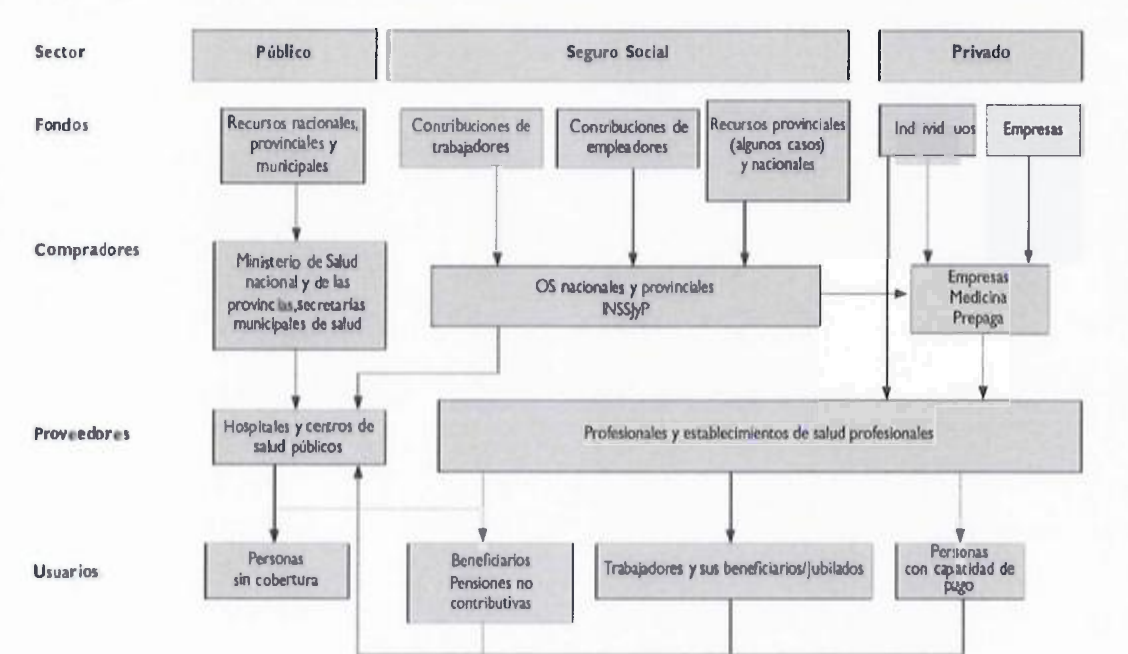
El sector público está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago, aproximadamente 14.6 millones de personas en 2008.

El sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales (OS), que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Finalmente, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias.

El sector privado incluye: a) a los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a OS específicas o a sistemas privados de medicina prepaga; b) los establecimientos asistenciales, contratados también por las OS, y c) las

entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga (EMP), que incluyen un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Este sector comprende también a las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud, pero no operan ni como OS ni como medicina prepaga.

Las OS nacionales y las EMP tienen la obligación de atender el Programa Médico Obligatorio (PMO) dispuesto por el MS, cuyo cumplimiento es supervisado por la SSS dependiente de dicho ministerio. El PMO comprende un conjunto de prestaciones muy amplio y los medicamentos respectivos. Este programa cubre 95% de las causas de consulta ambulatoria, atención quirúrgica y hospitalaria, atención odontológica, salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos.



Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S96-S 108.

3.1 Contexto.

La población de Argentina pasó de 32.6 millones de habitantes en 1990 a 44 millones estimados en 2016; 49% son hombres y 51% mujeres. Cuenta con una tasa de crecimiento de 0.91%. Alrededor de 92% de la población habita en zonas urbanas y un tercio de la población reside en la zona metropolitana de Buenos Aires, ciudad que concentra, además, 40% del PIB.

Argentina presenta una estructura poblacional en franco proceso de envejecimiento. El porcentaje de adultos mayores pasó de 2.5% en 1895 a 3.9% en 1947 y 10% en 2010. Este proceso se debe a la congruencia de varios factores: el descenso sostenido de la tasa de fecundidad, que pasó de siete hijos por mujer a finales del siglo XIX a 2.2 hijos en 2008; el descenso de la mortalidad general, que pasó de 17 a 7.6 defunciones por 1000 habitantes entre 1947 y 2008, y el incremento de la esperanza de vida al nacer, que pasó de 40 años en 1947 a 75 años en 2008, contando actualmente con 78,1.

3.2 Rectoría

El gobierno nacional fija los objetivos centrales del sistema a través del MS que cumple una función de conducción y dirección política del sistema de salud en su conjunto. El MS tiene a su cargo las funciones de normalización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional.

El MS cuenta con diversos organismos descentralizados, entre ellos la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT). También dependen del MS, como remanentes de las políticas de descentralización, algunos hospitales y la entidad más grande del sistema de OS, el INSSJyP. El MS también administra ciertos programas especiales como son los programas de inmunizaciones, maternidad e infancia, y VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), creada en 1996 como organismo descentralizado del MS, cumple un rol relevante. Goza de autonomía administrativa, económica y financiera, y es un ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional de Seguros de Salud.

Los gobiernos provinciales son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus ministerios de salud. La coordinación entre la nación y las provincias no está suficientemente articulada, aunque en los últimos años se le ha dado especial impulso al Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por los ministros de las provincias y el ministro de la nación. El COFESA es el espacio para la construcción de consensos, establecimiento de metas, y adopción de políticas y decisiones compartidas entre sectores y jurisdicciones.

Existen políticas definidas que norman la formación de los profesionales de la salud a través de la Ley de Educación Superior de 1995, la cual establece una serie de requisitos para aquellas profesiones cuyo ejercicio está regulado por el Estado y que pudieran poner en riesgo la salud de la población. Para estas carreras se establecen procedimientos de acreditación que son responsabilidad de un organismo descentralizado del Ministerio de Educación, la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitarias (CONEAU). La ley también establece que las carreras de posgrado deben ser acreditadas por la misma entidad o por entidades reconocidas por el Ministerio de Educación.

A pesar de que el control sobre el desempeño profesional de los recursos humanos dedicados a la salud es una función constitucionalmente reservada a las provincias, el MS también lo ejerce a través del componente de Control del Ejercicio Profesional del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).

El PNGCAM, puesto en marcha en el año 2003, forma parte de un conjunto de políticas sustantivas e instrumentales de salud establecidas desde 1992 y concierne a todos los establecimientos nacionales de salud. El programa incluye varios componentes. El primero regula la habilitación y categorización de los establecimientos de salud por parte de comisiones integradas por entidades académicas y gremiales, financiadores y prestadores de servicios encargados de confeccionar las normas de organización y funcionamiento de los servicios. El segundo regula el ejercicio de los profesionistas de la salud (especialización, matriculación, certificación y recertificación profesional) con participación de todas las entidades vinculadas a este proceso. Aunque la certificación es un proceso voluntario, se vuelve obligatorio cuando el especialista desea anunciarse como tal. El tercer componente se vincula con la elaboración de guías y protocolos clínicos, así como de procedimientos de gestión de los servicios de salud. El cuarto se refiere a la implementación de indicadores y estándares de estructura, proceso y resultados en los servicios de salud, así como a la compatibilización de las modalidades de evaluación externa de la calidad y la gestión interna de calidad. Finalmente, el quinto componente se refiere a la oferta de asesoramiento y capacitación a las jurisdicciones provinciales, así como a la promoción de iniciativas de calidad.

3.3 Estructura y cobertura obras sociales.

Cuando se inició la seguridad social el ingreso era netamente contributivo, el 100% de la población eran asalariados. Hoy el ingreso contributivo en el sistema representa el 66%. Es importante pero no es el único recurso: hay integrado jubilados, monotributistas, monotributistas sociales, pasantes, personas con seguro de desempleo. Las Obras Sociales se financian también con otro tipo de beneficiarios que no son los que impone su convenio colectivo de trabajo.

En los últimos años, las obras sociales ganaron un fuerte protagonismo en la atención médica de la población. Y ese avance explica muchos de los conflictos políticos y económicos que envuelve a esas entidades y también a la medicina privada.

Según los datos del Censo 2010, las obras sociales, incluyendo al PAMI, cubren en forma directa o indirecta la atención médica de 22.603.791 personas, el 57% de la población. Otro 5,1% (2.029,716) está afiliado en forma voluntaria a una prepaga. Y el 1,8% (722,942) personas tiene planes de salud estatales.

Así, el 63,9% de la población tiene alguna cobertura médica de la Seguridad Social o privada, el 36,1% restante solo cuenta con el hospital público. A esta radiografía de la “cobertura de la salud” se agrega un dato no menor: de los beneficiarios de las obras sociales, el 18,5% (4,192.827) se atiende a través de una empresa prepaga. De esta manera, dos de cada tres personas que se atienden en prepagas provienen de las obras sociales.

Eso se debe al crecimiento de la población y del empleo, al mayor número de pensiones no contributivas y de jubilados por la moratoria que tienen la cobertura del PAMI y a la inclusión de los monotributistas y del personal doméstico en el régimen de las obras sociales. Este avance permitió consolidar y agrandar el peso de los sindicatos, a la vez que se potenciaron algunos conflictos.

Las OSN participan dentro del sector de la seguridad social del mercado de salud. En 1993 la cobertura por parte de esta era del 51% hoy es del 47 %.

Existen 292 OOS de las cuales 207 son sindicales y el resto se distribuye en 27 personales de dirección 2 de administración y 53 de convenios etc.

De estas 20 concentra el 63 % del padron de beneficiarios y el resto el 37 %. Si analizamos por número de afiliados vemos que: 10 OSN tienen más de 100,000 afiliados, 80 OSN tienen entre 10,001 y 100,000 afiliados, 108 OSN tienen menos de 1,001 y 10,000 y 60 menos de 1,000. Esto se refleja luego en los problemas del financiamiento que será evaluado más adelante.

De los 19,566,471 beneficiarios de las OSN, OSECAC (2,424,403), OSPRERA (1,170,119), OSPECON (871,916), UPCN (609,870), GASTRONOMICOS (449,524) representan las 5 primeras. Esto hace una gran asimetría entre ellas ya que existen obras sociales grandes y obras sociales chicas.

Al tener relación directa con el mercado laboral las OSN no escapan a los problemas del mismo, en la crisis de los años 90 y con el aumento de la desocupación el porcentaje de afiliados fue disminuyendo y aquellas actividades que sintieron más la crisis fueron perdiendo afiliados agravando más su financiamiento.

En 1993 la cobertura del OSN era de 17,396,191 lo que representaba el 51,14% de la población, bajando a 44,4% en 1997 y luego en 2014 volviendo a subir a 19,566,471, que representa el 47,1% respecto a la población total, si bien aumentó en números absolutos no llegó al porcentaje de cobertura que tenían antes de la crisis. Las que más disminuyeron en número de afiliado fueron metalúrgicos, bancarios, telefónicos entre otros.

Sin embargo, el mayor progreso de las prepagas proviene de los acuerdos con las obras sociales, que se intensificó con el proceso de desregulación, iniciado en los años 90. Básicamente se trata de empleados de altos ingresos que pueden acceder con el aporte obligatorio a una cobertura mayor o están dispuestos a pagar la diferencia para disponer de un plan superior. También hay afiliados “corporativos” por acuerdos de las empresas directamente con las empresas prepagas.

Esa “desregulación” permitió a los afiliados cambiar de obra social y eso llevó a muchas entidades a realizar acuerdos con las prepagas, transfiriendo la obra social beneficiada del traspaso gran parte del aporte obligatorio. Muchas obras sociales se quejan del “descreme” que implica este fenómeno: los empleados de sueldos altos no las eligen. Y migran hacia las prepagas derivando aportes y pagando un adicional de bolsillo para acceder a planes superiores del PMO.

4. Plan Básico de Salud. “(PMO) vs (PDSS)”

Garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones para todos es una meta hacia la que toda sociedad quiere avanzar, más en una región tan desigual como América Latina y el Caribe. La cobertura universal es un objetivo importante para la mayoría de los países; sin embargo, el contexto para lograr una cobertura universal es difícil: cada día aumenta la presión sobre el gasto en salud.

El rápido desarrollo de la tecnología médica, los cambios epidemiológicos y el envejecimiento de la población son algunos de los factores que llevan a los países a incrementar su gasto en salud. Además, como resultado de mejores condiciones de vida y más acceso a información médica, la población tiene expectativas cada vez mayores de lo que debiera ofrecerle el sistema de salud. Al mismo tiempo, los recursos para la salud no han crecido a la par de la demanda, lo que ha generado una brecha creciente.

Los planes explícitos de beneficios pueden considerarse así una concreción del derecho a la salud. El universalismo básico como principio rector de la política social en la región, promovido por el Banco Interamericano del Desarrollo (BID) y por otros organismos internacionales, promueve la cobertura universal, que incluye las prestaciones esenciales de derecho universal, conjunto que variará con las posibilidades de cada país.

La adopción de PBS es una tendencia global, independiente del nivel de ingresos de cada país. Por ejemplo, casi todos los países europeos que se financian con impuestos a la nómina cuentan con planes explícitos de salud. Además, la mayoría de los países tienen explícitamente los beneficios farmacéuticos que se cubren en sus sistemas de salud independientemente del sistema de salud que tengan.

En América Latina y el Caribe un número creciente de países ha adoptado planes explícitos de beneficios para cubrir a toda la población o a grupos prioritarios con planes de alcance integral o limitado. Además, varios países destinan una parte significativa de sus recursos públicos para salud a financiar un plan explícito de beneficios.

Lo que ha llevado a hacer una comparación bibliográfica de dos países en América Latina, pero en contextos y economías diferentes. Por un lado, Tenemos a Argentina donde se

implementa el plan médico obligatorio (PMO) y en República Dominicana el Plan de servicios de salud (PDSS).

4.1 PDSS (República Dominicana)

La adopción de un paquete explícito fue el resultado de la decisión de adoptar un sistema de salud con separación de funciones, donde la rectoría y el financiamiento eran de carácter público pero con participación de agentes públicos y privados en la provisión y el aseguramiento, adoptando las normas y principios de la competencia regulada. Esta separación de funciones requería explicitar las prestaciones a ser cubiertas, lo cual era ya conocido y aceptado en amplios estratos del país por la cobertura que habían alcanzado las iguales médicas. Todos los estudios que se realizaron en el período previo a la aprobación de la ley habían incluido la definición y el costeo inicial de dicho paquete.

4.1.1 Regímenes

El artículo 3 de la Ley 42-01 establece el derecho a la salud de todos los dominicanos y dominicanas y las y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Asimismo, el principio de Universalidad de la Ley 87-01 plantea que el SDSS “deberá proteger a todos los dominicanos y a los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica.”

El Seguro Familiar de Salud (SFS) del SDSS tiene actualmente en funcionamiento dos regímenes de financiamiento con sus beneficiarios correspondientes:

4.1.1.1 Régimen contributivo

El Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud comprende a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores. Es financiado por los trabajadores y empleadores, incluyendo al Estado como empleador.

Los afiliados que ingresen por primera vez al Seguro Familiar de Salud, sean de empresas nuevas o existentes, así como sus familiares, tendrán derecho a atención médica a partir de los 30 días de su inscripción formal, salvo en caso de emergencia en que la atención será inmediata.

El Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo se fundamenta en un régimen financiero de reparto simple. Por efecto de la Ley 188-07, que modifica la Ley 87-01, la cotización total es del 10.13% del salario cotizante, correspondiendo un 3.04 % al trabajador afiliado y un 7.09% al empleador.

4.1.1.2 Régimen subsidiado.

Es el que protege a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado Dominicano. Los recursos económicos con los que se financia el Régimen Subsidiado son las aportaciones del Estado Dominicano.

La ARS que afilia al Régimen Subsidiado es el Seguro Nacional de Salud (SENASA). Los beneficiarios reciben los servicios médicos sin costo alguno.

4.1.2 Beneficios.

La Ley de Seguridad Social estableció el Seguro Familiar de Salud (SFS) y en sus artículos 118 y 119 establece que éste tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema.

El SFS cubre servicios de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación del enfermo, y embarazo, parto y sus consecuencias. Inicialmente no cubría los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, que eran cubiertos por el Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor, pero posteriormente fueron

incluidos. No cubre los accidentes de trabajo ni las enfermedades profesionales, cubiertas por el Seguro de Riesgos Laborales de la Ley sobre Seguridad Social.

Los beneficios del SFS se concretizan a través del Plan Básico de Salud (PBS), que está conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales que incluyen: a) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; b) la atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio; c) atención especializada, tratamientos complejos, hospitalización y asistencia quirúrgica; d) 100% del medicamento ambulatorio para la población subsidiada y 70% para la contributiva; e) exámenes de diagnósticos; f) atenciones odontológica pediátrica y preventiva; g) fisioterapia y rehabilitación, y h) prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a personas con discapacidad.

4.2 PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (Argentina)

El Programa Médico Obligatorio (PMO) es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistencial. La obra social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.

Cuando el beneficiario queda desempleado y ha trabajado en forma continuada durante más de 3 (tres) meses, mantiene su calidad de beneficiario durante un período de 3 (tres) meses contados desde su distracto laboral, sin obligación de efectuar aportes (Ley 23.660), dicho período de cobertura se extiende siempre y cuando el trabajador haya gestionado y obtenido el seguro de desempleo en la ANSES.

4.2.1 MODELO DE FINANCIAMIENTO

El modelo de financiamiento es de tipo seguro social obligatorio, con copago en algunos casos, con menú prestacional según el seguro con PMO. Realizando contratos con los prestadores en su mayoría privados, aunque luego fueron incorporándose la parte pública. El PMO es de cobertura obligatoria y está compuesto por una canasta de 4 prestaciones: ambulatorias (49%), internación (31%), preventivos (8%) y prestaciones especiales (12%). Valorizado en 242,62 \$ a julio de 2013.

Existen cerca de 19,000,000 de personas en las OSN que aportan al sistema a través de la AFIP en forma directa obligatoria. Que significan cerca de 50 m. millones, Del 8,8 % del PBI que corresponde al gasto de salud, un 40% aproximadamente corresponde al sistema de obras sociales nacionales, con una cápita promedio de 275 \$ atravesando horizontalmente todos los quintillos de ingresos.

Las Obras Sociales Nacionales se rigen por la Ley 23.660 y Ley 23.661 (esta es del Seguro de Salud) que establece en su artículo 16 los aportes y contribuciones para su sostenimiento por parte de los trabajadores en relación de dependencia que poseen convenio colectivo de trabajo y se recauda a través del Formulario 931 de Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) De dicho porcentaje se extrae entre el 10 y 15% a las Obras Sociales sindicales y 15 a 20% a Obras Sociales del personal de dirección que pasan a conformar el FSR (Fondo solidario de Redistribución) destinado a compensar la fragmentación financiera del sistema y se redistribuye de la siguiente manera:

- 5% para financiar a los gastos de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Un porcentaje determinado para reintegrar prestaciones ya pagadas por las Obras Sociales a través del Sistema Único de Reintegro (S.U.R.), de esta forma se da apoyo financiero para solventar los gastos de prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico como las de largo tratamiento y otras patologías taxativamente catalogadas.
- Un porcentaje determinado para SANO (Subsidio automático nominativo de OSN) Decreto 1901/06 PEN sus modificatorias actuales, grupo familiar (esposa y dos hijos). Si ese importe es menor a la suma que la OSN debería recibir por el cálculo de la sumatoria de los importes de la tabla del decreto 1901/06 (es decir montos por esposa; titular y por cada uno de los hijos) y no alcanzara para llegar a la cobertura del PMO el fondo debe completar la diferencia que es distribuido automáticamente por AFIP.
- Un porcentaje determinado por SUMA (subsidio mitigación de asimetrías) distribuido automáticamente.
- Un porcentaje determinado x SUMARTE (subsidio mitigación de asimetría monotributistas y casas particulares) que manda AFIP automáticamente.

- Un % determinado por SUMA 70, subsidio para OSN que poseen población mayor de 70 años, (lo distribuye automáticamente AFIP)
- Ingreso por monotributistas según decreto y escalas actualizadas (lo distribuye automáticamente AFIP)
- Ingreso por monotributistas sociales (los financia ANSES y manda el dinero)
- Ingreso por Jubilados vía ANSES, la última modificación del decreto 1901/06 actualiza a \$ 650 por cada jubilado excepto los que vienen de PAMI por ahora.
- Distribución automática AFIP, pero los montos los saca del FSR- SANO, SUMA, SUMARTE, SUMA 70.
- Por Sur paga los reintegros vía S.S. Salud, y son montos también del F.S.R.
- Por Monotributistas social y jubilados vía ANSES.

Otra fuente de ingresos, por ende, es financiamiento, es a través de la fiscalización de las empresas empleadoras de los trabajadores de cada sector, por deudas por aportes y contribuciones. Las Obras Sociales en forma directa emiten el certificado de deuda, que es un título ejecutivo, y recauda en la misma forma estas deudas. Puede aplicar intereses punitivos. En caso de incumplimiento, la Obra Social tiene la facultad de exigir la ejecución judicial de los aportes y contribuciones más los intereses correspondientes.

También las Obras Sociales, cuentan con fuentes de financiamiento a través de donaciones y subvenciones que reciben los sindicatos del sector, o prestamos que son un financiamiento transitorio, ya que luego deben devolverse, y generan un pasivo al producirse el ingreso que luego hay que cancelar. Las Obras Sociales equilibran no ganan ni pierden, pero como su objetivo no es la utilidad, esa situación les permite la sustentabilidad en el tiempo.

Empleados y patronal aportan a la AFIP, ésta descuenta entre el 15 y 20% para FSR y el resto se deposita a la OSN, que a la vez contrata a los prestadores en base a una obertura PMO y da servicios a familiares y titulares; También recibe otros financiamientos como se explicó anteriormente.

5. Tablas Comparativas.

Tabla 1. Indicadores macro-económicos.

Indicador	Argentina	Rep. Dominicana
Población	44,044,000	10,010,590
Superficie Total	2,780,400 Km2	48,442 Km2
Densidad Poblacional	15,8 Hab/Km2	201 Hab/Km2
Esperanza de Vida	78,1 Años	72 Años
Salario mínimo	Us \$542	Us \$315
Canasta básica	Us \$868	Us \$560
PBI	Us \$537,660 MM	Us\$72MM
PBI en Salud	9%	5%
PBI per Capita	Us \$12,590	Us \$7500
Deuda	28,5% PBI	34%PBI
Gasto Público Total	Us \$224,605 M	Us \$11,470 M
Gasto salud (% gasto Público salud)	7%	3.00%
Gasto público pro Cápta	Us \$ 5,142	Us \$1,800
Gasto Público en salud per cápita	Us \$1182	Us \$155 Dol
Cotización del Dolar Us\$	SI Arg = Us \$17.5	SI Dop = Us \$47.8

Comentario tabla 1. En esta tabla vemos una comparación global de ambos países, destacando la diferencia desde un punto de vista macroeconómico.

Tabla 2. Otros Indicadores.

Indicador	Argentina	Rep. Dominicana
Tasa de crecimiento Annual población	1,9	1,24
Coefficiente de Gini	0.44	0.46
% población en pobreza extrema	6.90%	790%
Población Urbana	89,3	74.30%
Tasa de alfabetización	96,3	91.80%
Médicos por cada 10,000 Habitantes	31,1	21.2
Mortalidad infantil c/1,000 NV	12,5	16.5
Mortalidad Materna c/10,000 NV	3,7	8.4

Tabla 3. Cobertura del PMO y PDSS.

Indicador	Argentina	Rep. Dominicana
No. Afiliados	17,500,000	7,127,000
Directos	60%	58%
Indirectos	40%	42%
% PBI	3.49%	1.50%
% Población	41%	71%

Comentario tabla 3. En esta tabla se refleja las personas afiliadas que gozan de las canastas básicas de las prestaciones del PMO en Argentina y el PDSS en República Dominicana. Llama la atención que el 71 % de la población dominicana tiene su canasta básica de prestación establecida, mientras en Argentina el 41%. Es importante destacar que por parte de Argentina solo se contemplan dentro del PMO a los afiliados a las obras sociales nacionales y los que están con medicina pre-paga, excluyendo así, a los afiliados al PAMI y a obras sociales provinciales.

6. Comentarios del autor.

Para ir cerrando este breve análisis en base a revisión bibliográfica, estas dos canastas de prestaciones tienen sus debilidades y fortalezas.

En lo concerniente al PMO, se distinguen los componentes de prestaciones e incidencia sobre el gasto, donde el 49% son prestaciones ambulatorias, 31% prestaciones de internación, 8% programas Preventivos, 12% prestaciones especiales. En ese mismo orden en Rep. Dominicana encontramos números muy similares aunque un porcentaje mayor destinado a los programas preventivos.

En cuanto al costo de ambas canastas, se encuentra una notable diferencia entre una y otra, según datos de Prosanity Consulting el costo ronda los \$784.11 pesos argentino que llevado a dólares americanos serían Us \$45 aproximadamente. En cambio en el PDSS de la RD, ronda en los \$950 pesos dominicanos, trasladados a moneda Estadounidense serían Us \$20 aproximadamente.

Un dato no menor es que el porcentaje de la población de República Dominicana que se beneficia del PDSS es mayor que el porcentaje de la población Argentina que se beneficia del PMO.

Ambos Planes de beneficios de salud tienen similitud en los grupos de servicios que protege a la población, entre ellos: Promoción de la salud y medicina preventiva, atención primaria de salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio, atención materno-infantil y prestación farmacéutica ambulatoria, atención especializada y tratamientos complejos incluyendo atención de emergencia, asistencia ambulatoria por médicos especialistas, hospitalización, medicamentos y asistencia quirúrgica, exámenes de diagnóstico tanto biomédicos como radiológicos, atención odontológica pediátrica y preventiva, fisioterapia y rehabilitación, prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis médicas y asistencia técnica a discapacitados.

No obstante tienen algunas diferencias dentro los subgrupos que se forman dentro de cada grupo, por ejemplo el PMO cubre cambio de sexo en el grupo quirúrgico, en cambio el PDSS no cubre ese tipo de intervenciones.

Es importante para ambos planes de salud buscar una direccionalidad y coherencia del sistema de priorización, fortalecer, documentar y sustentar las decisiones sobre el contenido del PBS. Para esto es fundamental entender los métodos de selección de tecnologías y costos desde una perspectiva amplia, que incluya todo el sistema de priorización y donde se articulen las guías de práctica clínica, los protocolos de atención y el cuadro básico de medicamentos. Si bien en ambos países existen varias guías de práctica clínica, hay limitaciones en su implementación, porque no se conocen, son de difícil consulta y en general no se emplean. En efecto, no se puede comprobar que esté en funcionamiento una política clara de desarrollo de tales normas.

Trabajar fuertemente en fortalecer, documentar y legitimar las metodologías de costo, si bien es cierto que varios de los estudios para estimar el costo del PBS, tanto en Argentina como en República Dominicana, se realizaron utilizando metodologías de costo reconocidas y aceptadas internacionalmente, en general, la información de base que utilizaron no siempre era completa o actualizada, debido a deficiencias en ambos países en producción de estadísticas con confiables y de calidad.

7. Conclusión.

Si bien se han observado resultados positivos en materia de acceso y calidad de los servicios de salud, la implementación de estos tipos de programas enfrenta desafíos que obstaculizan mejores resultados.

A simple vista pueden observarse grandes diferencias a nivel macro entre los dos países, sin embargo, en tema de una canasta básica de servicio se encontraron muchas similitudes, con mucho camino por mejorar y crecer, En Rep. Dominicana con un sistema en salud joven, con mucho camino por recorrer y en Argentina con sistema más antiguo, pero no ha podido resolver sus vicios.

En ambas naciones se ve la falta de articulación entre las dependencias que naturalmente deberían articularse. También falta coordinación entre las unidades técnicas y las normativas con los responsables del funcionamiento de la red de servicios y los que deben elaborar y velar por el cumplimiento de las normas de atención y articulación. Deben fortalecerse las capacidades de negociación y el costo de la cápita debe ajustarse a factores de riesgo, pero para esto debe existir un consenso articulado desde el órgano rector de cada país.

Además deben direccionar políticas claras hacia la cobertura universal y la sostenibilidad financiera del sistema para esto, el primer paso es identificar cuáles son las prioridades de salud. El siguiente es decidir cuáles son las tecnologías disponibles para tratarlas con mayor efectividad y al menor costo y cómo prevenir nuevos casos. Luego habría que aplicar correctamente las guías de tratamiento y protocolos de atención. Ello lleva también a introducir los cambios necesarios en el modelo de atención, lo que incluye la reestructuración de la red pública y reglas de juego adecuadas para todos los actores involucrados. Al mismo tiempo, hay que establecer un sistema para monitorear que las decisiones de gasto en el sistema de salud cubran efectivamente las prioridades preestablecidas. Si así no fuera, hay que introducir las correcciones adecuadas. En definitiva, el sistema tiene que ser sostenible a largo plazo.

8. Bibliografía

1. Estimación del gasto nacional en salud de la República Dominicana. Rathe, M. y Guzmán, D. (2012).
2. Estudios de caso del plan de servicios de salud PDSS de la República Dominicana. Cañon O, Rathe M. (2014).
3. González, M. L. (2003) “Transformaciones de hecho y de derecho en las relaciones laborales en los 90“. En J. Lindenboim y C. Danani (Eds.), Entre el trabajo y la política - Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada.
4. Gerencia de Estudios de la Seguridad Social (2010) Análisis de la cobertura previsional del SIPA: protección, inclusión e igualdad. Buenos Aires: ANSES.
5. González García, G. y Tobar, F. (2004). Salud para los argentinos. Argentina: Ediciones Isalud.
6. INDEC. (2011). Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Argentina.
7. Indicadores Básicos de Salud de República Dominicana Disponible en www.msp.gov.do
8. La financiación de los sistemas de salud, El camino hacia la cobertura universal, OMS, 2010.
9. Ley 42-01 “General de Salud“. Disponible en www.msp.gov.do
10. Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad social. Disponible en www.cnss.gob.do
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Disponible en www.msp.gov.do
12. Oficina Nacional de Estadísticas, Gerencia de Estadísticas Continuas. República Dominicana: estimaciones y proyecciones de población. Disponible en: www.one.gob.do
13. PMO programa médico obligatorio actualización julio 2017. Prosanity consulting, Universidad Isalud.
14. Sistema de salud de República Dominicana. Rathe M, Moliné A. (2011)
15. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. Estadísticas del Seguro Familiar de Salud Disponible en: www.sisalril.gov.do
16. Seguro Nacional de Salud. Disponible en: <http://arssenasa.com.do>
17. Tesorería de la seguridad Social. Disponible en www.tss.com.do