

República Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria



**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL CENTRO
DE AMISTAD DOMINICO JAPONESA SOBRE SEGURO FAMILIAR DE SALUD
JULIO – SEPTIEMBRE 2017.**

Tesis de post grado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dra. Keilin Elizabeth Feliz Báez

Asesores:

Dra. Venecia Contreras (clínico)

Dr. William Duke (Metodológico)

Los conceptos emitidos la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

I. Introducción	1
II. Antecedentes	4
I.2. Justificación	6
II. Planteamiento del problema	7
III. Objetivos	9
III.1. General	
III.2. Específicos	
IV. Marco teórico	10
IV.1. Antecedentes del Seguro familiar de Salud	10
IV.2. Definiciones	11
IV.2.1. Seguro Familiar de Salud	11
IV.2.2. Conocimiento	11
IV.2.3. Aseguramiento	12
IV.3. Beneficiarios del Seguro Familiar de Salud (SFS)	12
IV.3.1. Prestaciones del Régimen Contributivo	13
IV.4. Administración del Riesgo	15
IV.5. Régimen contributivo subsidiado	17
IV.6. Cobertura del Seguro Familiar de Salud	18
IV. 7. Beneficios del Seguro Familiar de Salud	19
IV.8. Atención Primaria en salud (APS)	21
IV.9. Financiamiento del Seguro Familiar de Salud	22
IV.10. República Dominicana. Principales situaciones adversas en el Seguro Familiar de Salud 2017-2013.	23
IV.11. Retos y perspectivas del Seguro Familiar de Salud	26
V. Hipótesis	27
VI. Operacionalización de las variables	28
VII. Material y métodos	31
VIII. Presentación de resultados	34
IX. Discusión	54
X. Conclusiones	57
XI. Recomendaciones	59
XII. Referencias	60
XIII. Anexos	63

Agradecimientos

A Dios, por ser mi roca firme y mi sustento durante mis cuatro años de especialidad, por guiar mis pasos, por ser mi fortaleza y refugio en momentos difíciles, a Él sea toda la gloria y honra por siempre.

A mi madre, Pilar Báez, por motivarme a concluir este ciclo tan importante en mi formación profesional, por ser una luchadora incansable y por el ejemplo que me ha dado de sacrificio y esfuerzo.

A mi hijo, Carlos Omel Martínez Félix, porque es quien me motiva a seguir cosechando éxitos para superarme en la vida.

A mi padre, Julio César Félix, por su apoyo y comprensión, por siempre estar ahí.

A mi hermana, Yuleika Félix Báez, por su motivación y consejos durante este proceso.

Al Dr. William Duke, por su disponibilidad de apoyarme y guiarme durante el desarrollo de mi tesis.

A mis docentes, Gladys Soto, Venecia Contreras, Yajaira Sierra e Ysabel Díaz por su apoyo y aportes valiosos durante mi formación de posgrado.

A mis compañeras de residencia porque de cada una aprendí algo valioso, en especial a Erika Nieves, Miriam Jardines e Isaury Fulgencio.

A mis compañeros de otras especialidades, en especial a Desar Guzmán por su amistad y don de servicio.

A mi querido amigo Jean Remy Lamour, por su amistad incondicional y apoyo en momentos difíciles.

Al Lic. Julio Caminero, por su alta estima y constante motivación.

A Loida Segura, secretaria de la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, por su amabilidad y don de servicio.

A mis compañeras de trabajo, Yajaira Fernández, Elizabeth Reyes, Dorianny Pérez, Marisu Camilo y Ángela George por su ayuda desinteresada y por sumar sus rodillas en oración para que este proceso fluyera con normalidad.

RESUMEN

El Seguro Familiar de Salud es un seguro que 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. En República Dominicana, existe una cifra muy alta de afiliados al seguro familiar de salud, pero a la vez muy pocos conocen porque pertenecen de manera particular a un régimen específico, y en ocasiones suelen desconocer la mayoría de los beneficios que les ofrece el Plan Básico de Salud. Este es un estudio descriptivo y prospectivo de corte transversal, con el objetivo de determinar el conocimiento que tienen los usuarios sobre el Seguro Familiar de Salud. Sus principales hallazgos fueron: el 61 por ciento de los pacientes entrevistados tiene un bajo nivel de conocimiento sobre el seguro familiar de salud, el grupo de edad que usa con mayor frecuencia los servicios del Seguro Familiar de Salud son personas mayores de 46 años, predominando el sexo femenino esto es debido al frecuente aumento de las enfermedades crónicas e indicaciones frecuentes de estudios radiológicos en la consulta y en las salas de emergencia. El nivel de escolaridad más frecuente fue primaria incompleta con un 38.20 por ciento.

Palabras claves: Conocimiento, Seguro Familiar de Salud

ABSTRACT

The Family Health Insurance is an insurance that has as its goal, the integral protection of the physical and mental health of the member and his family, as well as reaching a universal coverage without exclusions by age, sex, social, labor or territorial condition, guaranteeing the regular access of the most vulnerable social groups and ensuring financial balance. In the Dominican Republic, there is a very high number of members of family health insurance, but very few know because they belong in a particular way to a specific regime, and sometimes they are unaware of most of the benefits offered by the basic plan of health. This is a descriptive and prospective cross-sectional study, with the objective of determining the knowledge that users have about Family Health Insurance. Its main findings were: 61 percent of the patients interviewed have a low level of knowledge about family health insurance, the age group that most frequently uses the services of Family Health Insurance are people over 46 years of age, predominating female sex, this is due to the frequent increase of chronic diseases and frequent indications of radiological studies in the consultation and in emergency rooms. The most frequent level of schooling was incomplete primary with 38.20 percent.

Keywords: Knowledge, Family Health Insurance

I. INTRODUCCIÓN

El Seguro Familiar de Salud, es una institución que, tras la promulgación de la Ley No. 87-01, ha significado para República Dominicana importantes avances en materia de administración y prestación de servicios de salud, sirviendo incluso como marco de referencia para otros países de Latinoamérica en cuanto a la rapidez de su desarrollo y la calidad de un complejo sistema de salud. Es un seguro que 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.

Los primeros esfuerzos por reformar el sistema sanitario en República Dominicana datan de inicios de la década de los 90, como parte de los acuerdos entre el Gobierno dominicano y la Asociación Médica Dominicana (AMD), hoy Colegio Médico Dominicano (CMD) tras una huelga nacional de más de seis meses que mantuvo paralizado el sector médico.

En República Dominicana, existe una cifra muy alta de afiliados al seguro familiar de salud, pero a la vez muy pocos conocen porque pertenecen de manera particular a un régimen específico, y en ocasiones suelen desconocer la mayoría de los beneficios que les ofrece el Plan Básico de Salud a esto se añade según reportes de los diferentes medios de comunicación, que la mayoría de los usuarios del seguro familiar de salud se sienten insatisfechos con los servicios obtenidos por sus aseguradoras de salud.

En términos de cobertura, a marzo de 2013, el 54% de la población estaba afiliado al nuevo sistema de seguridad social. El 46% restante 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.

Del total de afiliados al SFS, el 53.7% lo estaba a través del régimen contributivo y el 49.3% a través del régimen subsidiado.

Todas estas personas permanecen 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 SFS cubre servicios de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación del enfermo, 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. 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 incluye:

- a) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- b) La atención primaria en salud, incluyendo emergencias: Todo afiliado tiene una cobertura de un cien por ciento (100%) de los gastos a cargo de su ARS, sin tener que pagar diferencia.

La ley que creó el SFS se propuso alcanzar la cobertura universal en 2011, meta que no pudo ser cumplida, dado que para continuar con la afiliación se requerían -y se requieren- recursos financieros adicionales, lo cual implica un importante cambio en las prioridades públicas, pero también en la definición del mecanismo para implementar el régimen contributivo subsidiado, al que tendría que afiliarse el 29% de la población dominicana.

El objetivo general de esta investigación es determinar el Nivel de Conocimiento que tienen los pacientes que asisten Al Centro de Amistad Dominico Japonesa sobre el Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017.

Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo de corte transversal, con el objetivo de determinar el conocimiento tienen los pacientes sobre el Seguro Familiar de Salud. Esta investigación se llevó a cabo en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominico Japonesa (CEMADOJA), con un universo de personas accesibles dentro de la población aleatoria, tomando como muestra 162 de las mismas. Se encuestaron todas la personas que accedieron a la misma, usándose esto como criterio de inclusión y las que se negaron se tomó como criterios de exclusión.

Los datos fueron plasmados en un formulario previamente confeccionado a base de las variables que definen esta investigación, recolectándose los datos en la encuesta directa, aplicada a la población seleccionada de manera aleatoria.

I.1. Antecedentes

El seguro familiar de salud es un seguro que 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.

Dado a que estas prestaciones de asistencia sanitaria, de acuerdo a lo visto en el plano internacional, se dirigen a toda la población, el sistema dominicano se ha propuesto una cobertura total, mediante su organización por regímenes de financiamiento, como lo son: Régimen contributivo Subsidiado, Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo Subsidiado, estos regímenes son creados a partir del artículo 7 de la ley 87-01.

Ante lo expuesto anteriormente el empleador tiene la obligación de registrar a sus trabajadores en la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el trabajador debe elegir la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) que administrará los servicios de salud que recibirá. Si el trabajador no elige durante los primeros diez (10) días de haber sido registrado, el Sistema lo afilia automáticamente en la ARS donde estén la mayoría de sus compañeros de trabajo, claro está esto va depender del régimen al cual este afiliado¹.

Fundamento constitucional y legal de las aportaciones de seguridad social en México

En México, el Derecho del Trabajo está reglamentado con la idea de equilibrar los derechos del trabajo con los del capital. En el apartado “A” del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, regula las relaciones laborales entre trabajadores y patrones en general, estableciéndose como garantías mínimas de los trabajadores la jornada máxima de trabajo, salario mínimo, descansos, protección al salario, derechos de escalafón y ascenso, participación de los trabajadores en las utilidades de la empresa, derecho de huelga, etcétera. El artículo 123 fue instituido en la Constitución de 1917, este artículo es la base del marco legal que rige las relaciones laborales en el país, pues de él deriva, la Ley Federal del Trabajo que es promulgada el 18 de agosto de 1931.

La seguridad social fue incluida en la Constitución Política bajo el principio de la justicia social en la fracción XXIX del artículo 123, en la cual se expresó claramente: "Se considera de Utilidad Social el establecimiento de cajas de seguro populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y de otros fines análogos, por lo cual, tanto el gobierno federal como el de cada estado deben fomentar la organización de instituciones de esta índole para infundir e inculcar la previsión social"².

El Código Fiscal de la Federación nos señala en su artículo primero, que son las personas físicas y morales las que están obligadas a contribuir para los gastos públicos conforme a las leyes fiscales respectivas. Así como, en su artículo segundo que, las contribuciones se clasifican en impuestos, aportaciones de seguridad social y contribuciones de mejoras, cuyos conceptos se mencionan en su capítulo II. En este trabajo nos referiremos específicamente a la fracción II de dicho artículo: Las aportaciones de Seguridad Social².

Sistema General de Seguridad Social de Salud de Colombia (SGSSS)

El sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) de Colombia, definido por la Ley 100 de 1993 y reformado POR LA Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, Ley 1571 de 2015 (Estatutaria de Salud) y 1573 de 2015 (Plan Nacional de desarrollo 2014-2018) está basado en un modelo de aseguramiento de la población contra riesgos financieros de atención de la enfermedad, reflejados en los regímenes Contributivo y Subsidiado.

Antes de la expedición de la Ley 100 en Colombia existían tres sistemas, creados siguiendo el modelo alemán Bismarck de aseguramiento de los trabajadores de bajos ingresos, financiado con base en los salarios y el modelo inglés de Beveridge, financiado con impuesto, dirigido a la población no asegurada.

Los sistemas existentes eran: el de Seguridad Social, que cubría a los trabajadores privados a través del ISS. El Sistema Nacional de Salud, organizado por Servicios seccionales de salud y las Unidades Regionales de Salud que tomaban en cuenta vecindad territorial municipal pero ignorando la organización administrativa de los municipios³.

I.2. Justificación

En República Dominicana, existe una cifra muy alta de afiliados al seguro familiar de salud, pero a la vez muy pocos conocen porque pertenecen de manera particular a un régimen específico, y en ocasiones suelen desconocer la mayoría de los beneficios que les ofrece el plan básico de salud a esto se añade según reportes de los diferentes medios de comunicación, que la mayoría de los usuarios del seguro familiar de salud se sienten insatisfechos con los servicios obtenidos por sus aseguradoras de salud.

El Centro Médico de Amistad Dominico Japonesa, CEMADOJA, recibe cientos de usuarios de los diferentes regímenes del seguro familiar de salud y de las diferentes aseguradoras de riesgo de salud ya que cuenta con servicios de imágenes de última tecnología a precios asequibles y a su vez ofrece una buena cobertura de estos a los afiliados de las aseguradoras de riesgo de salud.

Aunque el Seguro Familiar de Salud ha permitido a los más desposeídos acceder a los mismos servicios, con los iguales copagos que los de clase alta, a través de la elección de los prestadores de servicios de salud de su preferencia, tanto públicos como privados, una cantidad importante de usuarios recibe diariamente la negación de cobertura de procedimientos, intervenciones o medicamentos. Esto aumenta las posibilidades de que la familia dominicana aumente sus gastos en salud y especialmente en gastos catastróficos, definidos como gastos que destinan más del 30% de la capacidad de pago del hogar al financiamiento de la salud de sus miembros, o cuando deben recurrir al endeudamiento, venta de inmuebles y otras pertenencias para poder cubrir los costos de los servicios de salud.

A todo esto se le suma el bajo nivel de conocimiento que tienen los usuarios del seguro familiar de salud sobre sus beneficios, en los distintos regímenes, lo cual consideramos una debilidad del sistema de salud dominicano, ya que las ARS están obligadas a concientizar sus usuarios, a través de la promoción no solo de salud sino también de sus beneficios como afiliados; con esta investigación pretendo aportar estadísticas fiables, que puedan ayudar a mejorar los servicios de las ARS a partir del nivel de conocimiento tienen los usuarios sobre el seguro familiar de salud y sus prestaciones.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pese a los avances y logros que ha tenido el Seguro Familiar de Salud, aún persisten inequidades que no permiten que la población goce de la garantía de servicios oportunos, eficientes y eficaces, traducidas en necesidades insatisfechas y aumento del gasto de bolsillo. Así como también se añade el desconocimiento de los usuarios afiliados a los diferentes regímenes del seguro Familiar de Salud, sobre los beneficios que le ofrece el mismo, de acuerdo al plan básico de salud.

A través de opiniones aisladas, demandas de organizaciones de la sociedad civil y reportes periodísticos, se puede establecer que hay un nivel bajo de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Solo SENASA, a partir del 2007, y de la mano de la firma encuestadora Gallup, ha presentado varias encuestas que analizan el nivel de satisfacción con los servicios de salud de sus afiliados de los regímenes subsidiado y contributivo, para los rubros de eficiencia, calidad y disponibilidad de servicios, entre otros. Según los resultados de la última encuesta, publicada en el 2011, SENASA encabeza a todas las ARS con 59.4% de la población encuestada, que la consideran la mejor administradora de riesgos de salud de la República Dominicana.

Tal es el caso de la Coalición Por tu Salud RD, entidad que agrupa a varias fundaciones que trabajan con pacientes de enfermedades de alto costo y complejidad, la cual ha hecho una recopilación de las principales situaciones adversas en el Seguro Familiar de Salud, que enfrentan sus pacientes asegurados, cuando se presentan a reclamar servicios de salud. Estas situaciones van desde las funciones del Seguro Familiar de Salud como lo son el recaudo, información y divulgación de los servicios, hasta la parte más sensible que es la prestación de servicios.

No obstante, no se disponen de estudios recientes que establezcan la calidad y la calidez de los servicios para el sistema en su conjunto. Ahora bien, sociedades médicas especializadas, asociaciones de pacientes, expertos del área de salud y la seguridad social, y usuarios del sistema han coincidido que el Seguro Familiar de Salud presenta numerosas situaciones adversas para los pacientes y los entes prestadores.

Ante lo expuesto anteriormente me planteo la siguiente pregunta:

¿Cuál es el Nivel de Conocimientos Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominico Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017?

III. OBJETIVOS

III.1. Objetivo general:

Determinar el Nivel de Conocimiento que tienen los usuarios que asisten Al Centro de Amistad Dominico Japonesa sobre el Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017.

III.2. Objetivos específicos:

1. Determinar la edad de las personas encuestadas.
2. Determinar el sexo de las personas encuestadas.
3. Determinar el Nivel de escolaridad.
4. Identificar la ocupación.
5. Determinar a qué régimen del Seguro Familiar de Salud están afiliados.
6. Identificar qué tipo de afiliado son las personas entrevistadas.
7. Especificar en qué tiempo recibió su carné de seguro.

Preguntas para determinar nivel de conocimiento

8. Determinar si saben lo que es el seguro familiar de salud.
9. Investigar si conocen los regímenes que componen el seguro familiar de salud.
10. Determinar si conocen el tiempo que debe esperar para recibir los beneficios de la ARS.
11. Identificar si conocen cuales con las prestaciones que cubre el seguro familiar de salud.
12. Determinar si conocen la distribución correcta de los aportes que se hacen al seguro familiar de salud.
13. Identificar si conocen lo que es el plan básico de salud.
14. Determinar si conocen cuales son las prestaciones de los productos de servicios de salud.
15. Determinar si saben qué hacer ante una incapacidad por enfermedad común.
16. Identificar si saben porque tiempos e recibe el subsidio por enfermedad común.
17. Determinar si saben qué pasa con su seguro de salud si se queda sin empleo.
18. Determinan si saben cuál es la institución que da el subsidio por enfermedad permanente.
19. Determinar si saben a quienes pueden afiliar a su seguro de salud.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Antecedentes del Seguro familiar de Salud

Los primeros esfuerzos por reformar el sistema sanitario en República Dominicana datan de inicios de la década de los 90, como parte de los acuerdos entre el Gobierno dominicano y la Asociación Médica Dominicana (AMD), hoy Colegio Médico Dominicano (CMD) tras una huelga nacional de más de seis meses que mantuvo paralizado el sector médico.

Las acciones de reforma se concretizaron en un nuevo marco legal que regiría el sector salud. Las leyes Nos. 42-01 (Ley General de Salud), promulgada el 8 de marzo del año 2001, y 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social), promulgada el 9 de mayo del mismo año, sentaron las bases para la conformación del Sistema Nacional de Salud(SNS) y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, respectivamente¹.

La primera de ellas “tiene por objeto la regulación de todas las acciones que permitan al Estado hacer efectivo el derecho a la salud de la población, reconocido en la Constitución de la República Dominicana” (Art. 1).

La segunda dejó establecidos los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes de empleadores y empleados, así como del Estado para las personas de menores ingresos. Este nuevo marco legal consagró el deber del Estado de garantizar la salud a toda la población.

Así mismo, ordenó realizar las transformaciones necesarias para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, aseguramiento, financiamiento– se separen y sean asumidas por las diferentes entidades que la conforman. Al Ministerio de Salud Pública se le asignó la función de rectoría y la provisión de las intervenciones de salud colectiva¹.

El Seguro Familiar de Salud, es una institución que, tras la promulgación de la Ley No. 87-01, ha significado para República Dominicana importantes avances en materia de administración y prestación de servicios de salud, sirviendo incluso como marco de referencia para otros países de Latinoamérica en cuanto a la rapidez de su desarrollo y la

calidad de un complejo sistema de salud. Es un seguro que 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.

IV.2. Definiciones

IV.2.1. Seguro Familiar de Salud

Es el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, suministros y reconocimientos que el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de una incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad⁴.

IV.2.2. Conocimiento

Conocimiento significa entonces apropiarnos de las propiedades y relaciones de las cosas, entender lo que son y lo que no son»⁷.

El conocimiento puede ser entendido, con relación a Datos e Información, como "información personalizada"; con relación al estado de la mente, como "estado de conocer y comprender"; puede ser definido también como "objetos que son almacenados y manipulados"; "proceso de aplicación de la experiencia"; "condición de acceso a la información y potencial que influye en la acción"⁵.

A partir de los resultados de la ENHOGAR-2016, se tiene que en el 61.3% de los hogares conocen o han oído hablar sobre Seguridad Social. Sin embargo, al preguntar acerca del Seguro Familiar de Salud (SFS), el 79.9% respondieron que conocen o han oído hablar del SFS⁴.

En cuanto a las diferencias por sexo del informante, para el caso de Seguridad Social no existen diferencias cativas. Por otra parte, el 82.3% de las informantes mujeres dicen conocer o haber oído hablar del SFS, mientras que este indicador es del 75.8% si el informante es hombre.

IV.2.3. Aseguramiento

Es la materialización de la afiliación del beneficiario mediante la relación entre el asegurado y el ente asegurador, en este caso con el SENASA, que se sustenta en una asignación financiera de3terminada y se expresa con la entrega de un carné de persona afiliada al Sistema Dominicano de Seguridad Social, que garantiza el acceso a los servicios cubiertos por el Plan Básico de Salud y el Plan de Pensiones, entre otras prestaciones⁷.

IV.3. Beneficiarios del Seguro Familiar de Salud (SFS)

El Artículo 3 de la Ley No. 42-01 establece el derecho a la salud de todos los dominicanos y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Así mismo, el principio de universalidad de la Ley No. 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”².

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

1- Régimen contributivo:

Comprende a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores. Se financia con contribuciones de los trabajadores y los empleadores, incluyendo al Estado como empleador⁷.

Son beneficiarios del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud:

El trabajador afiliado;

El pensionado del Régimen Contributivo, independientemente de su edad y estado de salud;

El cónyuge del afiliado y del pensionado o, a falta de éste el compañero de vida con quien haya mantenido una vida marital durante los tres años anteriores a su inscripción, o haya procreado hijos, siempre que ambos no tengan impedimento legal para el matrimonio;

Los hijos o hijastros menores de 18 años del afiliado;

Los hijos o hijastros del afiliado hasta 21 años, cuando sean estudiantes;

Los hijos o hijastros discapacitados, independientemente de su edad, que dependan del afiliado o del pensionado.

El afiliado titular podrá registrar en el SDSS, como dependiente directo, a cualquier menor que esté bajo su guarda o tutoría, otorgada en virtud de sentencia dictada por los tribunales competentes.

En forma complementaria, podrán incluir a otros familiares que dependan económicamente del afiliado o pensionado, con un parentesco hasta el tercer grado de consanguineidad en línea recta y colateral, siempre que el afiliado titular cubra el costo de su protección.

También tiene derecho al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo los extranjeros y sus dependientes directos, que se encuentren en situación migratoria regular en el país, siempre que cuenten con cualquiera de los documentos siguientes:

-Cédula de Identidad o carnet expedido por la Dirección General de Migración, o el documento definitivo emitido por el Ministerio de Interior y Policía en el marco del Plan Nacional de Regulación de Extranjeros o el pasaporte con visado de trabajo vigente.

IV.3.1. Prestaciones del Régimen Contributivo

Son los beneficios que garantiza el SFS del Régimen Contributivo y se dividen en prestaciones en especie y en dinero; las prestaciones del régimen contributivo: son las prestaciones en especie comprenden el PBS y los servicios de estancias infantiles y las prestaciones en dinero comprenden el subsidio en dinero en caso de discapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no relacionada con enfermedad profesional o accidente de trabajo y el subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad y por lactancia⁴⁻⁷.

I. Prestaciones en especie:

a) Plan Básico de Salud

Es el conjunto de servicios de atención a la salud de las personas al que tienen derecho todos los afiliados de los regímenes Contributivo, Contributivo Subsidiado y Subsidiado, cuyos contenidos están definidos en el reglamento correspondiente y su forma de prestación estará normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que se elaboran para tal efecto⁷.

b) Servicios de estancias infantiles: Son entidades especializadas habilitadas para atender a los hijos de los trabajadores desde los 45 días de nacidos hasta los 5 años de edad.

Tienen por objetivo permitir que las madres trabajadoras, luego del parto, se reintegren a sus labores, confiadas de las atenciones que reciben sus hijos en estas instituciones.

II. Prestaciones en dinero:

Subsidio por Enfermedad Común y Accidente no Laboral: Es la prestación en dinero que recibe la persona afiliada que trabaja, mientras está afectada de una discapacidad temporal ocasionada por enfermedad común, accidente no laboral o discapacidad ocasionada por su estado de embarazo (trabajadora).

b) Subsidio por Maternidad: Es el pago en dinero que se otorga a la trabajadora afiliada al Régimen Contributivo equivalente a tres (3) meses de salario cotizante, durante el período de descanso pre y post natal. Requisitos: Haber cotizado por lo menos durante ocho (8) meses del periodo comprendido en los doce (12) meses anteriores a la fecha de su alumbramiento.

No realizar ningún trabajo remunerado en el período en el que esté recibiendo el Subsidio por Maternidad.

Excepción: Cuando la afiliada pierde un embarazo mayor de veinte dos (22) semanas tiene derecho a recibir este subsidio.

c) Subsidio por Lactancia: Es el pago en dinero que recibe la trabajadora afiliada que percibe un salario menor o igual a tres (3) salarios mínimos nacional por cada hijo nacido vivo por un periodo de doce (12) meses. En caso de que la afiliada cotice por dos o más empleo, recibirá el monto total del subsidio por cada uno.

Requisitos: La trabajadora afiliada sólo tendrá derecho al subsidio por lactancia cuando la suma de los salarios mensuales devengados sea inferior a tres (3) Salarios Mínimo Nacional (SMN):

Trabajadoras que ganen hasta un tope de un SMN recibirán un 25% de su salario mensual cotizabile;

Trabajadoras que ganen entre uno (1) y dos (2) SMN, un 10% de su salario mensual cotizabile; y

Trabajadoras que ganen entre dos (2) y tres (3) SMN un 5% de su salario mensual cotizabile.

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.

Costo y financiamiento del Régimen Contributivo Administración 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 cotizabile, correspondiendo un 3.04 % al trabajador afiliado y un 7.09% al empleador.

IV.4. Administración del Riesgo

El Seguro Nacional de Salud (ARS SENASA) y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) son las entidades autorizadas por la Superintendencia de salud y Riesgos laborales para asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud⁴.

ARS HABILITADAS		
ARS SENASA	ARS CMD	ARS CONSTITUCION
ARS SALUD SEGURA	ARS SEMUNASED	ARS DR. YUNEN
ARS PLAN SALUD	ARS APS	ARS. FUTURO
ARS RESERVAS	ARS ASEMAP	ARS HUMANO
ARS SEMMA	ARS BMI	ARS METASALUD
ARS FFAA	ARS GMA	ARS MONUMENTAL
ARS P.N.	ARS UNIVERSAL	ARS PALIC SALUD
ARS RENACER		ARS SIMAG

2-Régimen subsidiado

Los subsidios: son prestaciones en dinero que garantiza el Seguro Familiar de Salud a los trabajadores a enfermedad, maternidad y lactancia⁴.

Comprende a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes. Se financia con recursos del Estado.

Los beneficiarios son:

- El jefe del hogar.
- El cónyuge o compañero(a) de vida.
- Los hijos e hijastros menores de 18 años, hasta 21 si son estudiantes o sin límites de edad si son discapacitados.
- Los padres del afiliado titular, solo si son económicamente dependientes del mismo y toda persona unida o no por vínculos de parentesco, hayan convivido en forma permanente bajo un mismo techo durante los últimos tres (3) años. Los dependientes que trabajan serán considerados para calificar la situación económica del núcleo familiar.

Las prestaciones son los beneficios que garantiza el SFS del Régimen Subsidiado a sus afiliados, estas incluyen las que se derivan del Seguro Familiar de Salud: a) Plan Básico de Salud; b) Estancias infantiles; c) Prestaciones farmacéuticas ambulatorias gratuitas⁴⁻⁷.

- Plan Básico de Salud
- Estancias Infantiles
- Prestaciones farmacéuticas ambulatorias gratuitas
- Pensión solidaria por vejez y discapacidad, total o parcial
- Pensión solidaria de sobrevivencia
- La ARS que afilia al Régimen Subsidiado es el Seguro Nacional de Salud (SENASA)

Con los siguientes documentos el afiliado recibe los servicios:

-Con el carné proporcionado por la ARS SENASA, o

Con la carta de afiliación que se le entrega a la familia, al momento de comunicarles que están incluidos.

-Los beneficiarios reciben los servicios médicos sin costo alguno ya que este es financiado en su totalidad por el Estado Dominicano.

Igual que todos los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), se puede reclamar en caso de que no se suministre un buen servicio en la Dirección de Información y Defensa de los afiliados a la Seguridad Social (DIDA).

El otorgamiento de una pensión solidaria es potestad del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) con la colaboración de las instituciones públicas del gobierno central y de las autoridades provinciales y municipales.

Pensión solidaria por discapacidad: es la pensión subsidiada por el Estado a favor del beneficiario del subsidio cuando por discapacidad física y/o mental y/o sensorial permanente queda limitado o imposibilitado de realizar un trabajo productivo.

Pensión solidaria por sobrevivencia: es la pensión subsidiada por el Estado a favor de los beneficiarios dependientes de un pensionado solidario fallecido. Qué es una pensión solidaria por vejez: Es la Pensión subsidiada por el Estado a favor de un beneficiario, mayor de sesenta (60) años de edad que carece de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales.

Existe en la ley un tercer régimen, el contributivo subsidiado, que comprende a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingreso promedio, igual o superior a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta del empleador. Este aún no ha entrado en funcionamiento.

La mayoría de los no asegurados con capacidad de pago acuden a los establecimientos privados y los más pobres a los servicios públicos, donde en ocasiones tienen que cubrir cuotas moderadoras fijas y variables.

IV.5. Régimen contributivo subsidiado

Conforme a lo establecido por la Ley 87-01 sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social, el Régimen Contributivo-Subsidiado es el que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional⁴.

Se financia con las contribuciones obligatorias de los afiliados y un subsidio que aportará el Estado Dominicano para suplir la falta de un empleador.

Aportan a este régimen los trabajadores y el Estado Dominicano, supliendo la falta del empleador. La entrada en vigencia del Régimen Contributivo Subsidiado es una decisión del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), luego de terminados los estudios socioeconómicos y de factibilidad técnica-financiera.

- Serán beneficiarios:

Los profesionales y técnicos que trabajan en forma independiente, así como sus familiares;

Los trabajadores por cuenta propia del casco urbano y rural, así como sus familiares;

Los trabajadores a domicilio, así como sus familiares;

Los jubilados y pensionados del Régimen Contributivo-Subsidiado.

El Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) establecerá los criterios e indicadores para determinar la población que clasifica para el Régimen Contributivo Subsidiado.

- Las prestaciones son:

Plan Básico de Salud;

Servicios de estancias infantiles.

La cobertura del Seguro de Riesgos Laborales (SRL) en el Régimen Contributivo-Subsidiado (RCS) para los trabajadores por cuenta propia se hará de forma gradual, previo a los estudios de factibilidad técnica y financiera, según el Art. 5, Literal C, Letra b, de la Ley 87-01⁴.

IV.6. Cobertura del Seguro Familiar de Salud

Hasta el año 2007, el grueso de la población estaba cubierto teóricamente por un sistema público abierto, financiado con impuestos generales. Sin embargo, las deficiencias de ese sistema fomentaron el crecimiento del sector privado, financiado por seguros voluntarios de reembolso y planes prepagos voluntarios, aunque el gasto de bolsillo siempre ha constituido la principal fuente de financiamiento ¹.

En términos de cobertura, a marzo de 2013, el 54% de la población estaba afiliado al nuevo sistema de seguridad social. El 46% restante 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.

Del total de afiliados al SFS, el 53.7% lo estaba a través del régimen contributivo y el 49.3% a través del régimen subsidiado.

Todas estas personas permanecen 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 solo puede estar afiliado a la ARS pública (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, 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.

IV. 7. Beneficios del Seguro Familiar de Salud

La Ley de Seguridad Social estableció el Seguro Familiar de Salud (SFS). En sus artículos 118 y 119 indica que 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 sistema⁴.

El SFS cubre servicios de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación del enfermo, 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. 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 incluye:

- a) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- b) La atención primaria en salud, incluyendo emergencias: Todo afiliado tiene una cobertura de un cien por ciento (100%) de los gastos a cargo de su ARS, sin tener que pagar diferencia.
- c) Atención especializada, tratamientos complejos hospitalización y asistencia quirúrgica: Se establece una cobertura de habitación de cien por ciento (100%) hasta mil doscientos pesos (RD\$1,200.00) por afiliado por día; y una cobertura de noventa por ciento (90%) en exceso de los Mil Doscientos (RD\$1,200.00), de hasta Mil Ochocientos (RD\$1,800.00), es decir una cobertura de Mil Setecientos Cuarenta (RD\$1,740.00) diarios.
- d) 100% del medicamento ambulatorio para la población subsidiada y 70% para la contributiva y contributiva subsidiada: El afiliado debe presentarse ante la farmacia que se encuentre dentro de la Red de PSS contratada de su ARS con la receta y su carné de afiliación. Se establece un monto de tres mil pesos (RD\$3,000.00) por afiliado por año; pagando el afiliado una diferencia del treinta por ciento (30%) del valor de la factura.
- e) Exámenes de diagnósticos.
- f) Atenciones odontológica, pediátrica y preventiva: Todo afiliado tiene una cobertura ilimitada en las cirugías, pagando de diferencia el veinte (20%), el que no superará la cantidad de dos salarios mínimos nacionales cotizables.
- g) fisioterapia y rehabilitación.
- h) prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a personas con discapacidad.
- i) Servicios ambulatorios y a domicilio: Todo afiliado tiene una cobertura de un ochenta por ciento (80%) de los gastos a cargo de su ARS, teniendo que pagar como diferencia el afiliado un veinte por ciento (20%), el cual no debe exceder de la suma de dos salarios mínimos nacionales.

IV.8. Atención Primaria en salud (APS)

La Atención Primaria de la Salud fue aprobada por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, en el año 1978 como la estrategia para lograr las Metas de Salud Para Todos en el año 2000, es decir como una estrategia para fortalecer la capacidad de las sociedades para reducir las inequidades en salud. La llamada estrategia de APS renovada fue aprobada por los países miembros, en el marco de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud⁸, y a nivel mundial en la Declaración de Astana⁹, como la estrategia para alcanzar los objetivos y metas de Desarrollo Sostenible (Agenda 2030) en lo referente a salud, y el enfoque para la organización y prestación de servicios de salud más adecuado a las necesidades de las poblaciones.

No se refiere a un nivel de atención sino al conjunto de las redes y sistemas de los mismos. El concepto de Sistema de Salud basado en la estrategia de APS, en su objetivo máximo, se articula al derecho de las personas afiliadas a alcanzar el mayor nivel de salud posible, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema de servicios. Un sistema de salud basado en la estrategia de APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad.

Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.¹⁰ Este enfoque estratégico ha sido enriquecido por los aportes de la Declaración de Ottawa sobre la promoción de la Salud, por la experiencia acumulada por los países en sus esfuerzos por aplicarla y por los acuerdos de los países en el marco de la OPS/OMS sobre la Renovación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud y, más recientemente, por las propuestas de Renovación de la APS.

La aplicación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, en el contexto del Seguro Familiar de Salud, si bien requiere como indispensable la disponibilidad y acceso a servicios del Primer Nivel de Atención con adecuada capacidad resolutive, no corresponde a un nivel de atención o establecimiento en particular, sino al conjunto de coberturas, con

énfasis en la promoción de la vida saludable y la prevención de las enfermedades y de sus complicaciones.

IV.9. Financiamiento del Seguro Familiar de Salud

El MSP se financia con recursos del gobierno provenientes de impuestos generales, con lo cual cubre las atenciones que se ofrecen a la población no asegurada en su propia red de proveedores. Esta red también se financia con las llamadas “cuotas de recuperación” que los usuarios pagan después de recibir la atención.

El artículo 21 de la Ley 87-01 sobre Organización del Sistema, le confiere a la TSS las funciones de “recaudo, distribución y pago de los recursos financieros del SDSS”. Las cotizaciones para este subsistema provienen de trabajadores y empleadores públicos y privados en el régimen contributivo, y de recursos estatales provenientes de impuestos en el régimen subsidiado.

La TSS distribuye un per cápita a las ARS y estas a su vez realizan convenios con las prestadoras de servicios de salud del sistema para el pago por la prestación de servicios a sus afiliados. En el caso de la ARS pública (SENASA) se utilizan dos modalidades de pago: una por capitación en el primer nivel de atención y otra por servicios prestados en los demás niveles.

Los servicios privados se financian con pagos de bolsillo, en su gran mayoría, y con pagos de primas de seguro, aunque el SENASA también recurre a los proveedores privados sin fines de lucro.

Según Cuentas Nacionales de Salud, para el año 2015, el Gasto en Seguros Sociales representó el 50.5% del Gasto Público Corriente en Salud del país¹³. El Seguro Familiar de Salud se ha constituido en un pilar básico como política pública para alcanzar la cobertura universal de atención a la salud⁸.

Sin embargo, el impacto sobre el Gasto Familiar de Bolsillo (GFB) no ha sido el esperado. Desde el año 2007, en que se inició el Régimen Contributivo, este GFB se ha mantenido estable alrededor del 43% del gasto total en salud del país. Superior a lo encontrado en 22 países de América Latina y el Caribe, y notablemente superior a Colombia (18.3%), cuyas similitudes con nuestro sistema son reconocidas⁸.

IV.10. República Dominicana. Principales situaciones adversas en el Seguro Familiar de Salud 2017-2013.

Situaciones adversas	
Recaudo	Empleadores no formales (causa principal evasión de impuestos)
	Retraso en el pago de las cotizaciones por parte del empleador
	Incremento en mecanismos de fraudes al sistema generado por empleadores, afiliados, promotores, etc.
Información y divulgación	Persistencia en el desconocimiento sobre deberes y derechos de los afiliados
Prestaciones	Falta de consenso para el establecimiento de la atención primaria
	Obsolescencia del Catálogo de Prestaciones del PDSS (no inclusión de procedimientos de alta frecuencia)
	Incremento en los costos por procedimientos
	Cobro indebido por parte de los prestadores
	Inconvenientes en la cobertura de alto costo en el recién nacido
	Inconvenientes en la cobertura de politraumatismo
	Inconvenientes en la cobertura del accidente de tránsito
	Inconvenientes en la cobertura del material de osteosíntesis, prótesis y órtesis
	Inconvenientes en la cobertura del tratamiento del cáncer
	Inconvenientes en la cobertura de radioterapia y/o quimioterapia para tumores o entidades benignas
	Falta de reconocimiento de la artritis reumatoide, hepatitis B y C y esclerosis múltiple como enfermedades de alto costo y neurocirugías como atención de alto costo
	Limitación de las coberturas de medicamentos ambulatorios por la presentación, concentración o su inexistencia en el Catálogo de Prestaciones, aunque se limita aún más con la sujeción al cuadro básico de medicamentos, entre otras causas
	Inconvenientes en la cobertura de emergencia
	Inexistencia de clasificación de servicios de urgencia y emergencia (Triage)
	Deficiencia en la descripción del alcance del Catálogo de Prestaciones
Inexistencia de sistemas de información entrelazados entre prestadores, ARS y Superintendencia.	

Fuente: Elaboración OPD-FUNGLODE con datos de Coalición por tu salud RD.

Situaciones como la falta de cobertura de medicamentos, o bien la cobertura limitada a RD\$3,000.00 de medicamentos ambulatorios, hace que, por ejemplo, pacientes de trasplantes renales no obtengan los medicamentos inmuno moduladores necesarios para evitar el rechazo del trasplante, escenario que también se da con pacientes de enfermedades que han ido aumentando su incidencia en la población, como son el cáncer y la hepatitis.

Cuadro No. 3
República Dominicana. Costo unitario de algunos medicamentos no cubiertos por el PDSS
en el tratamiento del cáncer y hepatitis (2011)

Medicamentos	Importaciones 2011	Costo anual importación 2011	Costo unitario de importación US\$	Costo unitario más el margen de beneficios US\$	Costo unitario en RD\$
ÁCIDO ZOLEDRÓNICO MONOHIDRATADO	403	116,366.64	288.75	350.00	13,439.81
BEVACIZUMAB (AVASTIN VIAL 100 MG/4ML)	581	242,050.82	416.61	504.97	19,391.00
BEVACIZUMAB (AVASTIN VIAL 100 MG/16ML)	10	4,215.11	421.51	510.91	19,619.08
BEVACIZUMAB (AVASTIN VIAL 400 MG/16ML)	390	610,918.37	1,566.46	1,898.70	72,910.19
ERLOTINIB (TAB 150 MG X 30)	205	442,181.59	2,156.98	2,614.48	100,396.01
GEMCITABINA (INT 1 GR X 1)	957	265,718.00	277.66	336.55	12,923.46
GEMCITABINA (INY 2 GR X 1)	1,000	56,352.20	56.35	68.30	2,622.89
GEMCITABINA (AMP 1 GR X 1)	760	38,249.15	50.33	61.00	2,342.49
GEMCITABINE (AMP 2 GR X 1)	100	14,000.00	140.00	169.69	6,516.25
IMATINIB (COMP 400 MG X 1)	409	801,528.48	1,959.73	2,375.39	91,214.80
IMATINIB (FCT CAPS 100 MG X 6 X 10)	10	9,840.00	984.00	1,192.71	45,799.93
IMATINIB (HCG CAPS 100 MG)	50	49,200.00	984.00	1,192.71	45,799.93
INTERFERON ALFA-2B (INY 3 MIU)	6	1,996.77	332.80	403.38	15,489.82
INTERFERON ALFA-2B (INY 30 MIU)	12	4,029.66	335.81	407.03	15,629.92
IRINOTECAN (100 MG)	250	10,395.00	41.58	50.40	1,935.33
IRINOTECAN (100 MG)	50	1,550.00	31.00	37.58	1,442.88
IRINOTECAN	436	157,723.00	361.75	438.48	16,837.52
LETOZOL (GRAG 2.5 MG X 30)	3,850	46,200.00	12.00	14.55	558.54
PEGINTERFERON ALFA-2-A (40 KDA)	16,195	3,868,162.00	238.85	289.51	11,117.15

Fuente: Elaboración OPD-FUNGLODE con datos del Programa de Medicamentos Protegidos, MSP.

Otra situación es el incremento de las diferencias que deben pagar los afiliados por aumento de tarifas, lo cual a su vez incrementa el gasto de bolsillo de los afiliados al sistema. (DIDA, 2010).

Paralelamente, se ha visto un incremento de la elusión de los afiliados en pagar la cuota moderadora variable tras ingresos en las PSS, esto relacionado con su escasa capacidad de pago por ingresos bajos y el alto costo de los servicios de salud. (Noticias SIN, 2013).

Por parte de las PSS, Rafael Mena, presidente de la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), integrada por 125 centros de salud de todo el país, observó que hace más de dos años que no se actualizan las tarifas de los servicios de

salud, a pesar de que la ley de Seguridad Social ordena que esto se haga anualmente. Las PSS han amenazado con dejar de atender a los pacientes que pertenezcan al Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS), lo que equivale a alrededor de 2.8 millones de dominicanos, de no recibir respuesta oportuna del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) sobre su solicitud de actualización de tarifas³.

Mena sostiene que "la mayoría de las clínicas están sobregiradas, hipotecadas o no pueden progresar económicamente porque muchos de los gastos los hemos tenido que asumir nosotros", tras lamentar que unas cinco o seis clínicas hayan ya caído en banca rota o hayan tenido que ser "intervenidas por capital extranjero". Además agrega que cotidianamente las clínicas incurren en gastos que son ahora mucho más altos que lo que eran hace dos años, en esto menciona impuestos, insumos, servicios públicos, salarios, alimentación, entre otros.

Más aun, se ha visto un aumento de las solicitudes de ayuda en diferentes instancias de protección social por falta de cobertura del SFS, lo que implica destinar presupuestos en diferentes instituciones por las mismas causas. Solo en el año 2012, el Ministerio de Salud Pública atendió, a través del Programa de Medicamentos Protegidos, a unos 5,671 pacientes que padecen enfermedades catastróficas, a un costo para el Estado de 1,300 millones de pesos¹.

Asimismo, recientemente la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) publicó los resultados de sus estadísticas desde el 2008 al 2012, referentes a la cantidad de certificaciones de no cobertura que debió entregar para igual número de afiliados, con el interés de que estos pudiesen obtener ayudas por otras vías, las que no siempre estuvieron o estarán garantizadas. Así, la DIDA entregó 6,973 cartas en un período de cuatro años, lo que indica que, a pesar de los esfuerzos de los entes reguladores de reducir las negaciones de servicios de salud a pacientes por parte de las ARS, las mismas han persistido.

IV.11. Retos y perspectivas del Seguro Familiar de Salud

Según la opinión de varios expertos, los tres principales retos que enfrenta el sistema dominicano de salud son la extensión de la cobertura del SFS, la profundización de la separación de funciones y la mejoría en la calidad de los servicios⁹.

La ley que creó el SFS se propuso alcanzar la cobertura universal en 2011, meta que no pudo ser cumplida, dado que para continuar con la afiliación se requerían -y se requieren- recursos financieros adicionales, lo cual implica un importante cambio en las prioridades públicas, pero también en la definición del mecanismo para implementar el régimen contributivo subsidiado, al que tendría que afiliarse el 29% de la población dominicana.

Ello representa un enorme reto, en vista de que el segmento de los trabajadores dominicanos pertenecientes al sector informal va en aumento. Otro requerimiento de importancia es actualizar el catálogo de prestaciones del Plan de Servicios de Salud vigente, ya que hoy día está desfasado y va en discordancia con los procedimientos y medicamentos modernos que indican los médicos a sus pacientes.

Ante este reto de extender la cobertura, actualmente la discusión entre los actores se centra en elevar el per cápita y aumentar las prestaciones, todo ello sin estudios de base que permitan asegurar la sostenibilidad financiera.

La separación de funciones del sistema de salud es una pauta fundamental del marco regulatorio vigente y es parte integral del proceso en marcha de la reforma. La separación de las funciones de financiamiento y provisión, por su parte, requiere de la transformación del MSP y la autonomía real de las redes de provisión de servicios, ya sean los hospitales o los servicios sub nacionales organizados en forma de redes.

La estrategia planteada por el presidente Danilo Medina, y que ha suscitado el apoyo de importantes actores del sistema, es la organización de redes regionales. Sin embargo, persiste la centralización en la toma de las decisiones. Esto tiene una importancia fundamental en la estrategia de financiamiento y en la sostenibilidad financiera porque no es factible financiar el sistema vía la oferta y la demanda, como sucede ahora en algunos servicios donde se ha iniciado la implementación del régimen subsidiado. Todo esto implica grandes reestructuraciones administrativas, financieras y de toma de decisiones, incluyendo las decisiones relativas a la contratación de los recursos humanos, con las consecuentes implicaciones de carácter gremial y político¹⁰.

V. HIPÓTESIS

El conocimiento sobre el Seguro familiar de Salud de los usuarios es responsabilidad de la publicidad y promociones de la aseguradora a través de los medios de comunicación y de manera personal las informaciones brindadas por el SENADSA al momento que las solicitan.

El poco conocimiento que tienen los usuarios de los beneficios y cobertura del Seguro Familiar de Salud incide de manera negativa en el uso del servicio.

VI. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo en que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Encuesta	Ordinal
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.	Encuesta	Ordinal
Conocimiento	Justamente es aquel producto final que queda guardado en el sistema cognitivo, principalmente en la memoria, después de ser ingresado por medio de la percepción, acomodado y asimilado a las estructuras cognitivas y a los conocimientos previos con los que el sujeto cuenta.	Encuesta	Nominal
Seguro Familiar de Salud	Es un seguro cuya finalidad principal consiste en la protección integral de la salud del afiliado y de su familia.	Encuesta	Nominal
Regímenes	Conjunto de normas o reglas que reglamentan o rigen cierta cosa.	Encuesta	Nominal
Afiliación	El acto administrativo en	Encuesta	Nominal

	virtud del cual la Tesorería General de la Seguridad Social reconoce la condición de incluida en el sistema de la Seguridad Social.		
Tipos de afiliación	Son los regímenes a que pertenecen los afiliados a la seguridad social.	Encuesta	Nominal
Tiempo	Es el período determinado durante el que se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento	Encuesta	Nominal
Beneficios	Es la mejora que experimenta una persona gracias a algo que se le hace o se le da.	Encuesta	Nominal
Prestaciones	Es el conjunto de servicios y beneficios que las instituciones, públicas o privadas, tienen la obligación legal de brindarle a sus trabajadores.	Encuesta	Nominal
Cifras	Es la cantidad indeterminada de algo que puede expresarse numéricamente	Encuesta	Nominal
Plan	Es el instrumento principal de la planificación en salud de un territorio, en el cual se establecen las prioridades	Encuesta	Nominal

	de intervención sanitaria.		
Servicio	son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria.	Encuesta	Nominal
Incapacidad por enfermedad	Son las prestaciones en dinero que recibe el trabajador(a) afectado(a) por una Discapacidad Temporal ocasionada por enfermedad común, accidente no laboral y/o discapacidad ocasionada por el estado en embarazo, el cual se otorgará a partir del cuarto día de la ocurrencia del evento que la genera y hasta un límite de veintiséis semanas.	Encuesta	Nominal
Subsidio por enfermedad	Son las prestaciones en dinero que recibe el trabajador(a) afectado(a) por una Discapacidad Temporal ocasionada por enfermedad común, accidente no laboral y/o discapacidad ocasionada por el estado en embarazo.	Encuesta	Nominal
Empleo	Es el trabajo que se realiza a cambio de un salario.	Encuesta	Nominal

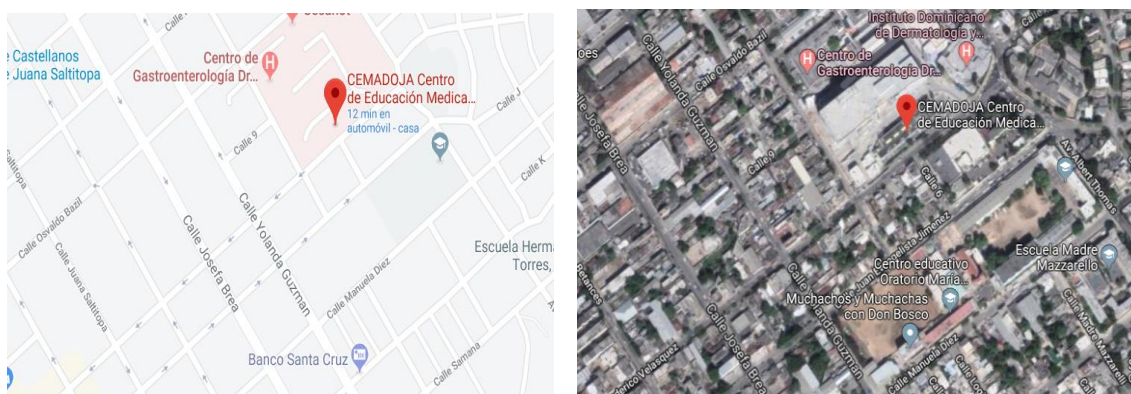
VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII. 1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo de corte transversal, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre el Seguro Familiar de Salud.

VII. 2. Área de estudio

Esta investigación tuvo lugar en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominico Japonesa (CEMADOJA), que está ubicada en la calle Federico Velásquez No.1 en Santo Domingo, Distrito Nacional. Está delimitado al este por la calle Albert Tomas, al oeste por la calle Federico Bermúdez y al norte por la calle Osvaldo Bazil. **Ver en el mapa cartográfico.**



VII. 3. Universo

Personas accesibles dentro de la población aleatoria.

VII. 4. Muestra

En nuestro período de estudio entrevisté un total de 162 personas.

VII.5. Criterios

VII.5.1. De inclusión

Todas las personas que accedieron a que se les realizara la encuesta.

VII.5.2. de exclusión

Todas aquellas personas que se negaron a que se les realizara la encuesta.

VII.6. Instrumento de recolección de datos

Los datos fueron plasmados en un formulario previamente confeccionado a base de las variables que definen esta investigación.

VII. 7. Procedimiento para el procesamiento y análisis de datos

Se diseñó un instrumento con preguntas cerradas que contenían todas las variables a investigar, tipo likert. Dicho instrumento constó de 19 preguntas.

El instrumento contiene 2 partes, en la primera parte se encuentran los datos generales de los pacientes diabéticos, en la segunda parte tiene 12 preguntas de la variable conocimiento. Se utilizó la encuesta mediante la aplicación de un instrumento de recolección de datos estructurado, que contiene preguntas objetivas y cerradas. El conocimiento fue categorizado, según el criterio de escala de Likert los límites fueron: alto (10 a 7), medio (6 a 3) y bajo (2 a 1) respuestas correctas.

Conocimiento	Alto	Medio	Bajo
Cantidad de preguntas	10 a 7	6 a 4	3 a 1

Se determinaron las proporciones simples y sus intervalos de confianza 95%, procediendo a la elaboración de tablas y gráficos para así presentar los datos estadísticos y visualizar más claramente los resultados. Para tales fines se utilizará el programa Microsoft Office (Word, Excel y PowerPoint).

VII.8. Tabulación

Se realizaron, en primer lugar, de forma manual y posteriormente serán introducidos y procesados en una base de datos, utilizando el programa Microsoft Office 2011 Excel.

VII.9. Métodos y técnicas de investigación

Se recolectaron los datos en la encuesta directa, aplicada a la población seleccionada de manera aleatoria.

VII.10. Consideraciones éticas

Toda la información plasmada en este proyecto fue manejada bajo estricta confidencialidad por parte de los investigadores y no se darán a conocer datos pertinentes a las aseguradoras, por tal razón, se codificaron los formularios con número y fecha para ocultar su identidad, luego fueron revisados para su análisis estadístico, discusión y presentación.

VIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

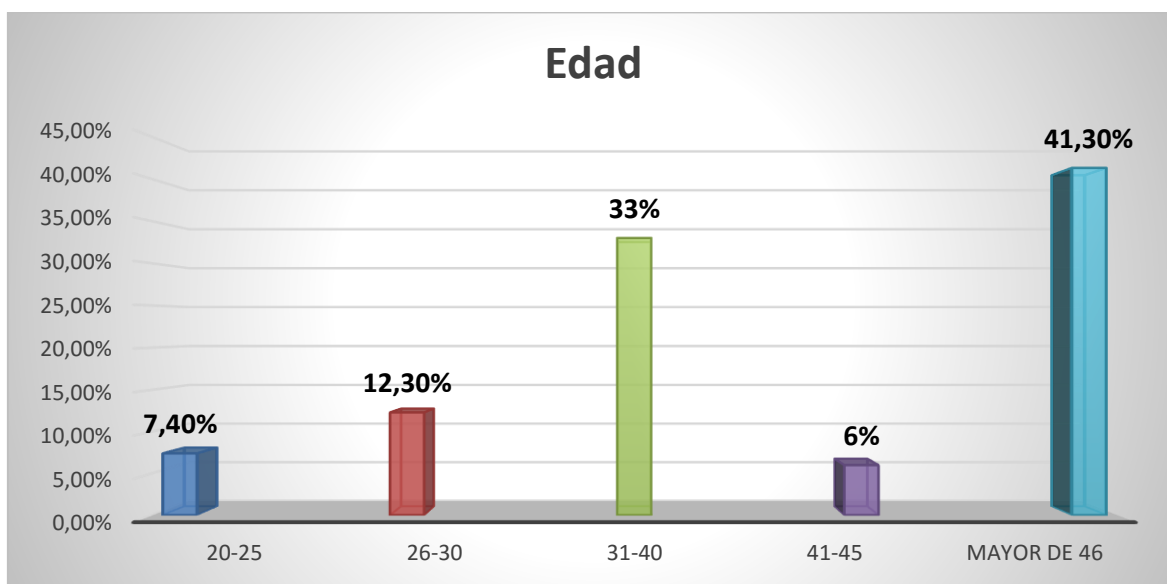
Cuadro No.1.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según la edad.

Edad	Casos	(%)
20-25	12	7,4
26-30	20	12,3
31-40	53	33
41-45	10	6
>46	67	41,3
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. I.



Fuente: Cuadro No.1

Como podemos apreciar en este gráfico el grupo de edad más frecuente entrevistado fue el de personas mayores de 46 años con 41.3 por ciento.

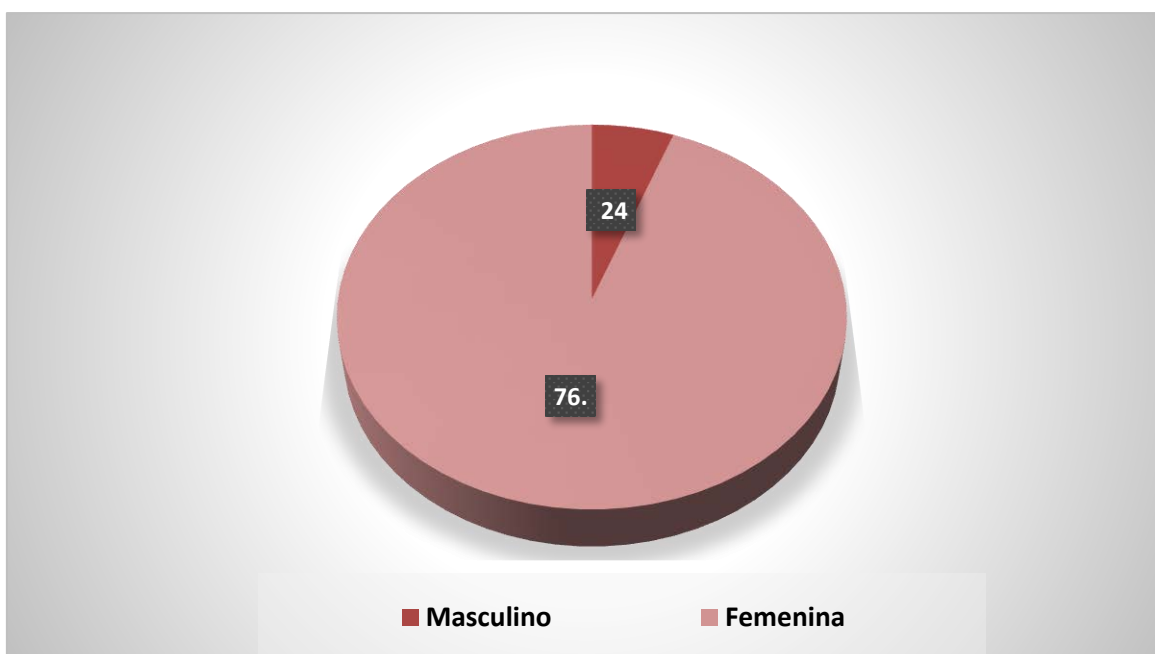
Cuadro No. 2.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según el Sexo.

Sexo	Casos	(%)
Masculino	39	24,0
Femenina	123	76,0
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. II.



Fuente: Cuadro No.2

El sexo más frecuente entrevistado fue el femenino con un 76 por ciento.

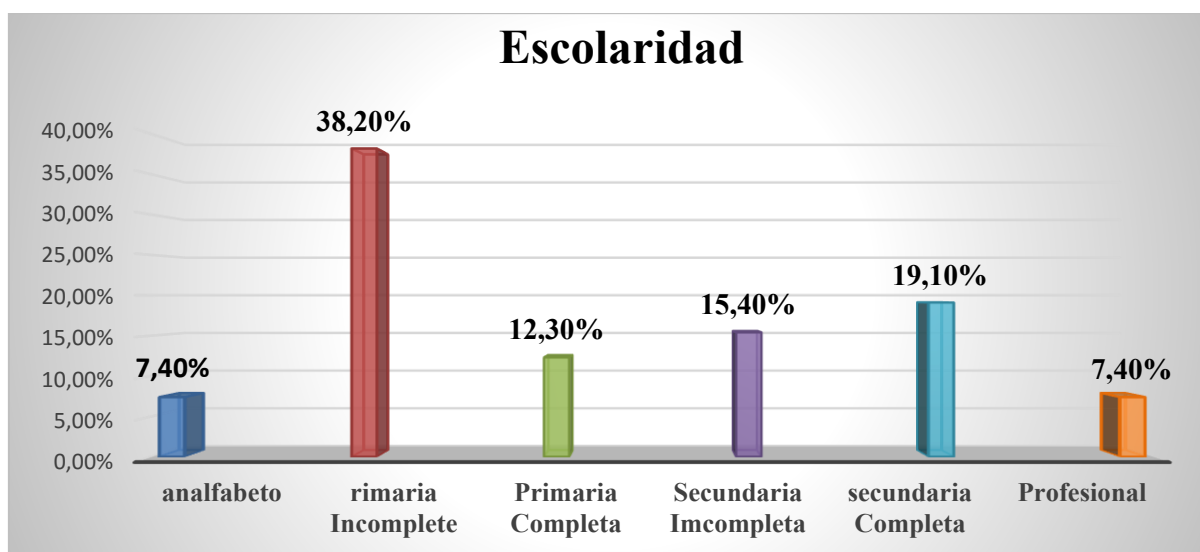
Cuadro No.3

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según la escolaridad.

Nivel de escolaridad	Caso	%
analfabeto	12	7.4
Primaria Incompleta	62	38.2
Primaria Completa	20	12.3
Secundaria incompleta	25	15.4
Secundaria Completa	31	19.1
Profesional	12	7.4
Total	162	100.00

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No.III.



Respecto al nivel de escolaridad el más frecuente fue primaria incompleta con un 38.20 por ciento.

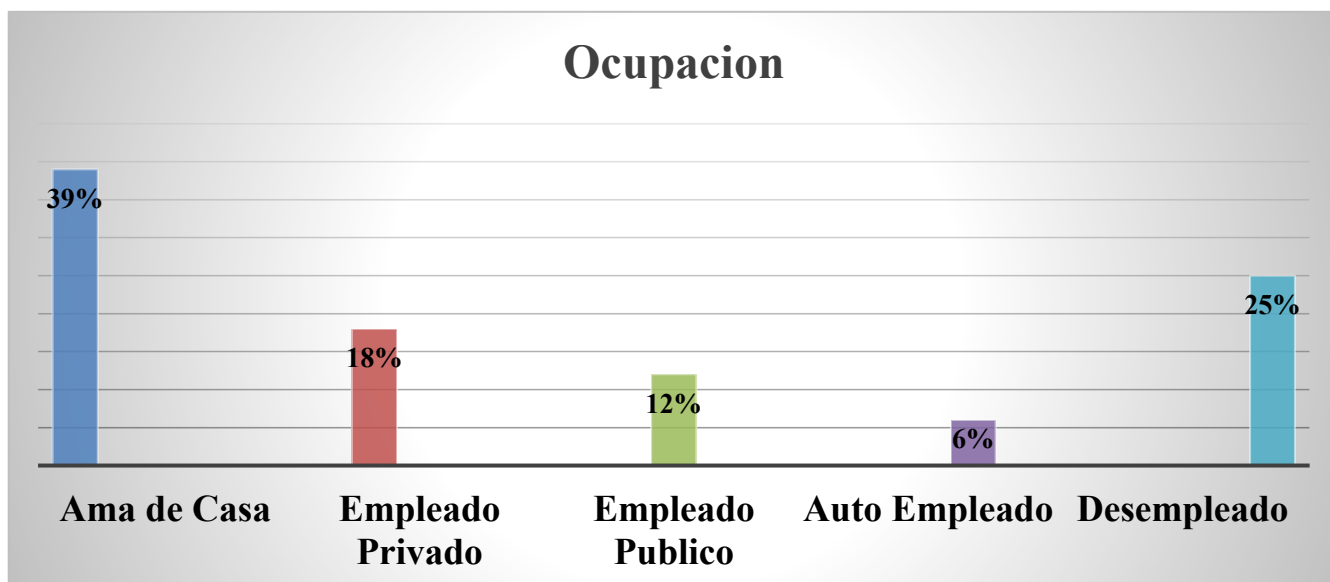
Cuadro No.4

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según la Ocupación.

Ocupación	Caso	%
Ama de casa	63	39
Empleado privado	29	18
Empleado publico	20	12
Auto empleado	10	6
Desempleado	40	25
Total	162	100.000

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. IV.



Fuente: Cuadro No. 4

En cuanto a la ocupación la más frecuente fue ama de casa con un 39 por ciento seguida de desempleado con un 25 por ciento.

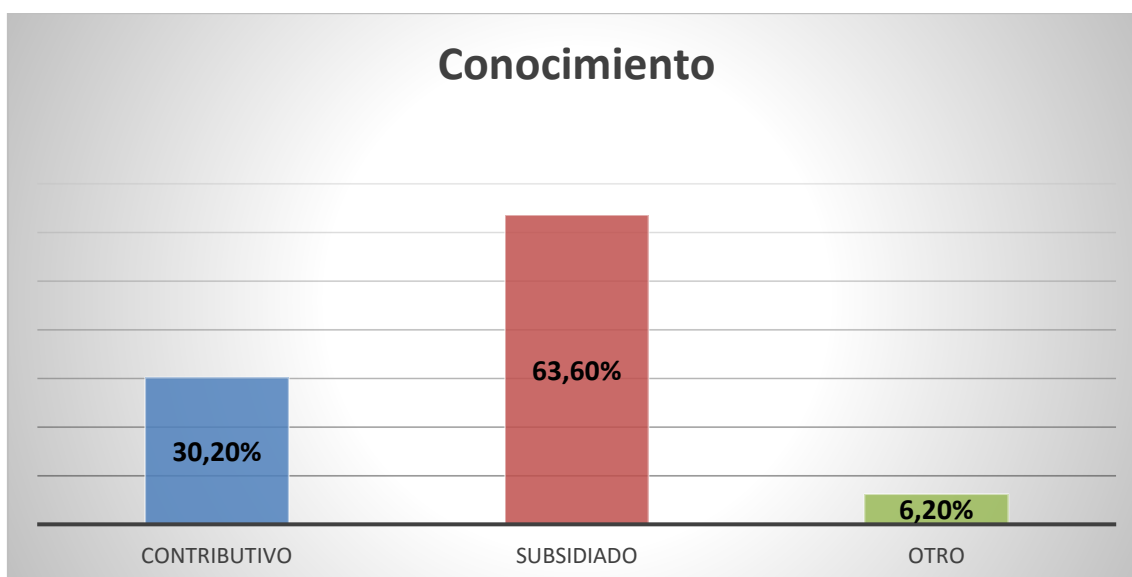
Cuadro No.5.

Conocimiento Que Tienen Los pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según si está usted afiliado a alguno de estos regímenes.

Régimen al que está afiliado	Cosas	(%)
Contributivo	49	30.2
Subsidiado	103	63.6
Otro	10	6.2
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. V.



Fuente: Cuadro No.5

Con respecto al régimen al cual están afiliados, la respuesta más frecuente fue el subsidiado con un 63.60 por ciento.

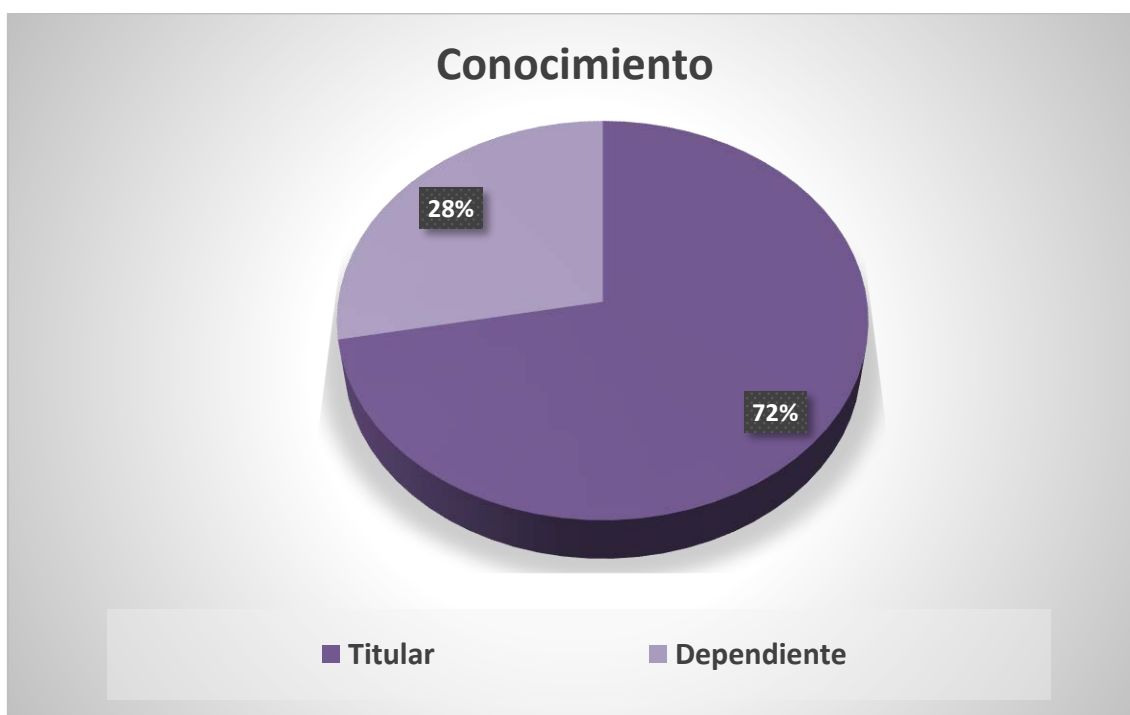
Cuadro No.6.

Conocimiento Que Tienen Los pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según el tipo de afiliación.

Según el tipo de afiliación	Casos	(%)
Titular	117	72
Dependiente	45	28
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. VI.



Fuente: Cuadro No.6

Según el tipo de afiliación, el afiliado titular fue la más frecuente con un 72 por ciento.

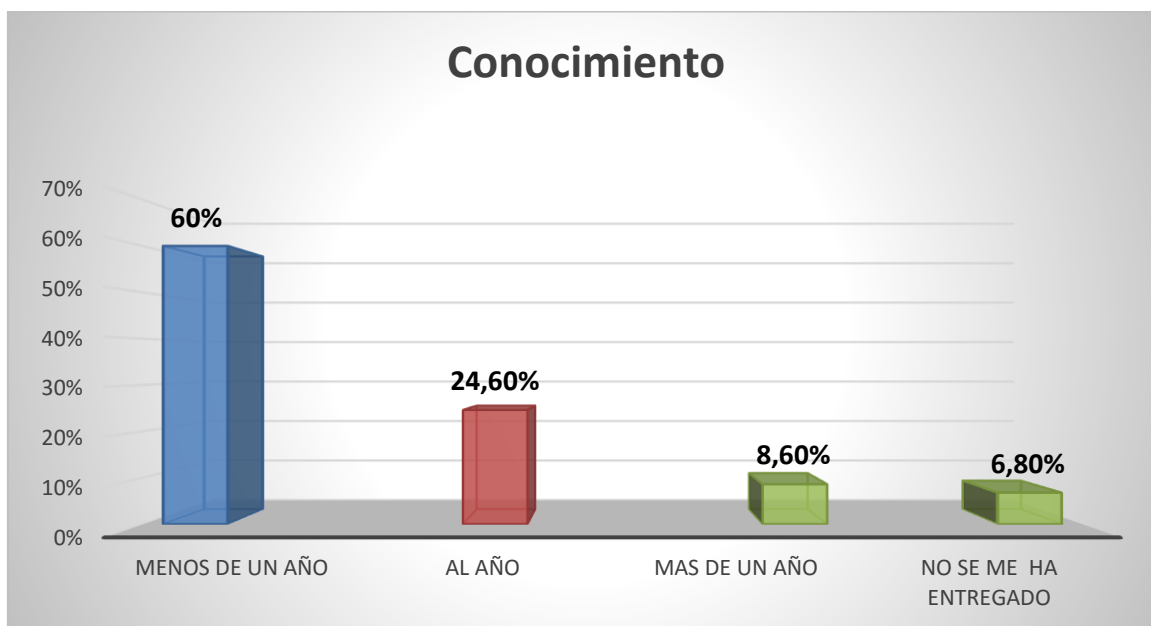
Cuadro No.7.

Conocimiento Que Tienen Los pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según el tiempo que tardo en recibir el carné del seguro.

Tiempo que duro para recibir el carné del seguro	Casos	(%)
Menos de un año	97	60
Al año	40	24.6
Más de un año	14	8.6
No se me entregado	11	6.8
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. VII.



Fuente: Cuadro No.7

Según el tiempo que tardo en recibir el carné del seguro la respuesta más frecuente fue menos de un año con un 60 por ciento.

Preguntas para valorar conocimiento

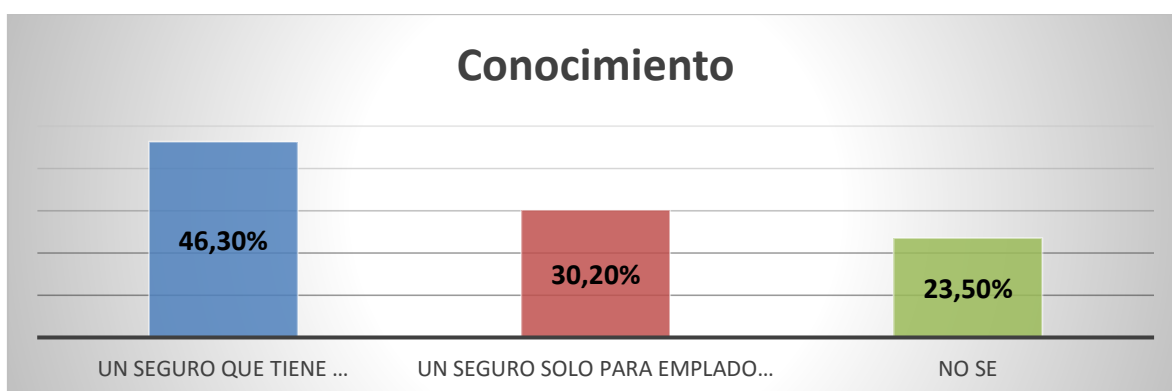
Cuadro No.8.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según que es el seguro familiar de salud.

Seguro familiar de salud	Casos	(%)
Es un seguro que 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	75	46.3
un seguro solo para los empleados tanto públicos como privados	49	30.2
No se	38	23.5
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. VIII.



Fuente: Cuadro No.8

Según el conocimiento que tienen la persona de lo que es el seguro familiar de salud la respuesta más acertada fue la que dice que es un seguro que 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 con un 46.30 por ciento.

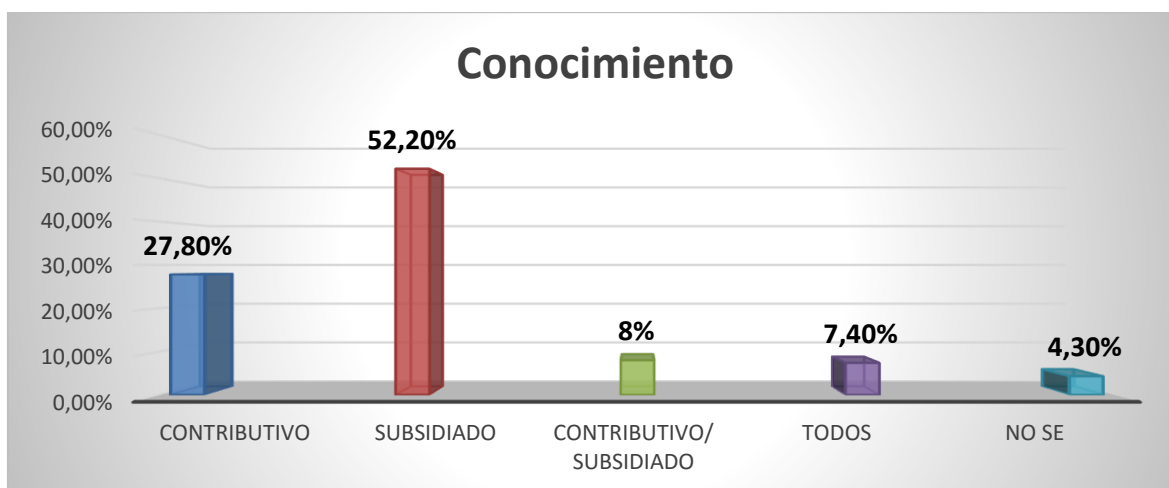
Cuadro No.9.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según si Sabe cuáles de los Siguietes son los regímenes componen el seguro familiar de salud.

Régimen	Respuestas	(%)
Contributivo	45	27.8
Subsidiado	85	52.5
Contributivo-Subsidiado	13	8
Todos	12	7.4
No se	7	4.3
Total	162	100%

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. IX.



Fuente: Cuadro No.9

Según si saben cuáles son los regímenes del seguro familiar de salud la respuesta más frecuente fue el régimen subsidiado con un 52.20 por ciento.

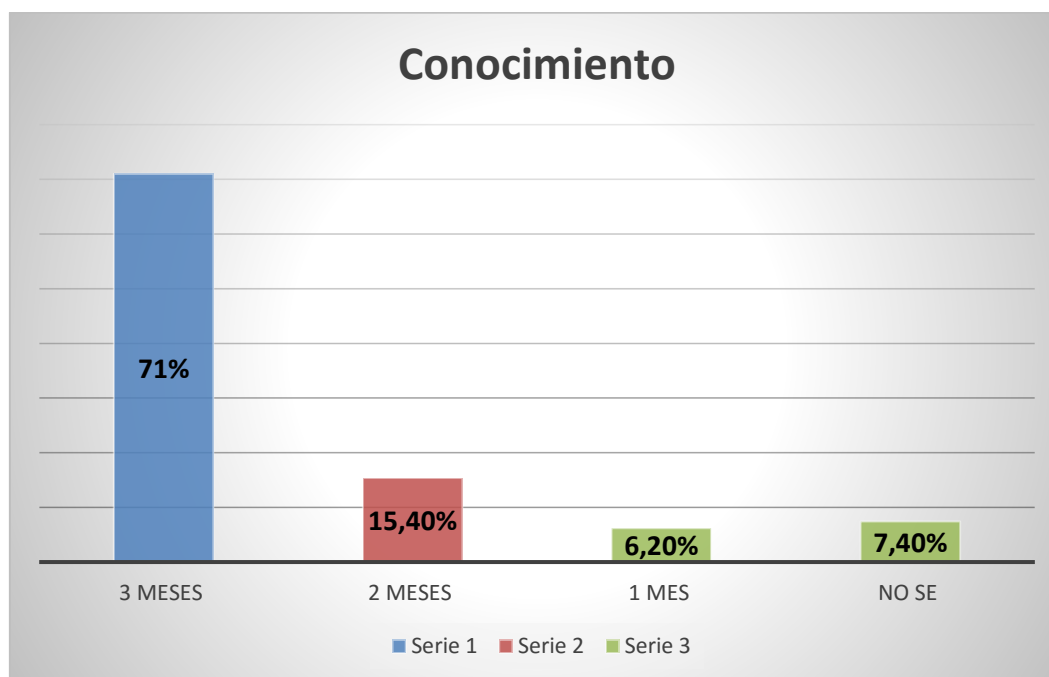
Cuadro No.10.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según el tiempo de espera la persona para recibir los beneficios de la ARS al afiliarse.

Tiempo de espera la persona para recibir los beneficios de la ARS.	Casos	(%)
3 meses	115	71
2 meses	25	15.4
1 mes	10	6.2
No se	12	7.4
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. X.



Fuente: Cuadro No.10

Según el tiempo de espera la persona para empezar a recibir los beneficios del seguro familiar de salud la respuesta más frecuente fue tres meses que con un 71 por ciento.

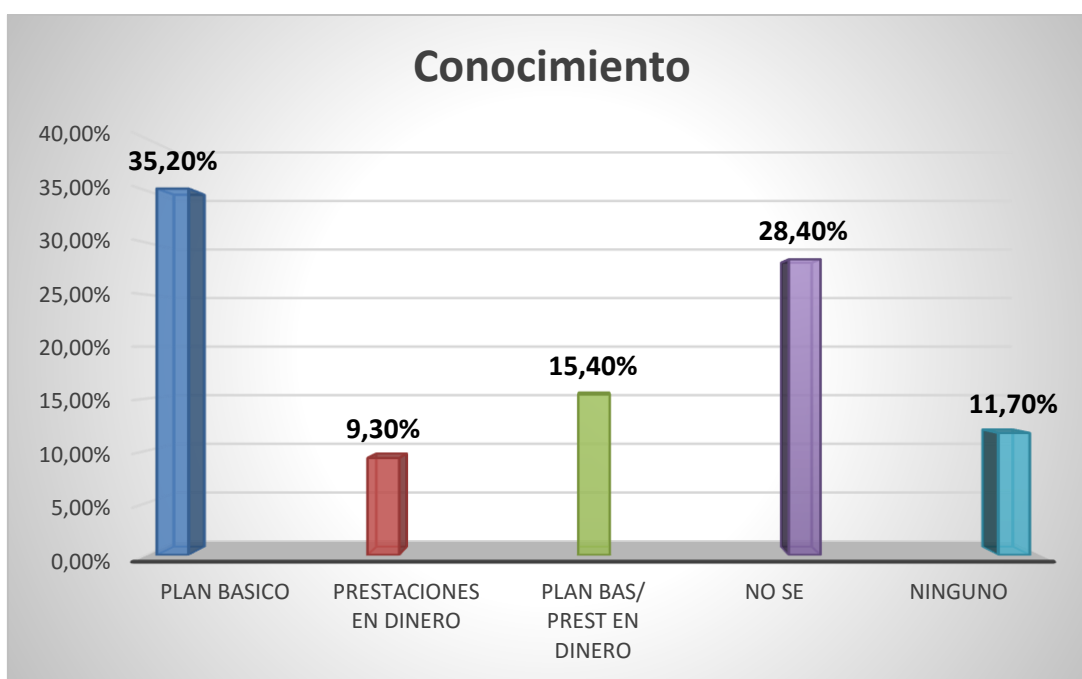
Cuadro No.11.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre el Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según las Prestaciones que cubre el seguro familiar de salud.

Prestaciones que cubre el seguro de salud	Casos	(%)
Plan básico	57	35.2
Prestaciones en dinero	15	9.3
Plan básico- Prestaciones en dinero	25	15.4
No se	46	28.4
Ninguna	19	11.7
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. XI.



Fuente: Cuadro No.11

En cuanto a las prestaciones que ofrece el seguro familiar de salud, el plan básico de salud fue la respuesta más frecuente con un 35.20 por ciento.

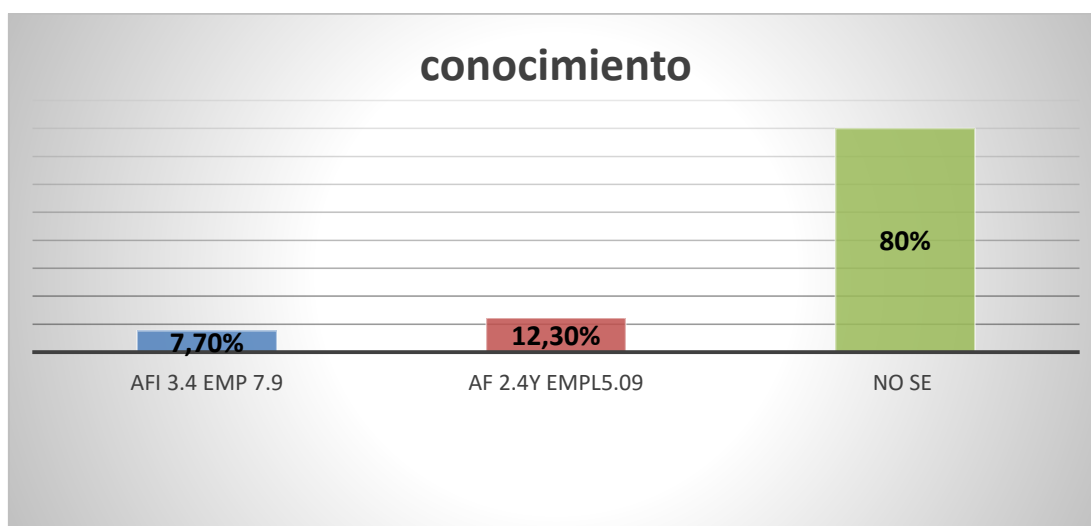
Cuadro No.12.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominico Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según las Cifras de aportes que hace el SFS.

Cifras de aportes aporte que hace el SFS	Casos	(%)
Afiliado 3.4 y empleador 7.9	12	7.7
Afiliado 2.4 y empleador 5,09	20	12.3
No se	130	80
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. XII.



Fuente: Cuadro No.12

Según las Cifras de aportes que se le hace al Seguro Familiar de Salud la respuesta más frecuente fue no se con un 80 por ciento.

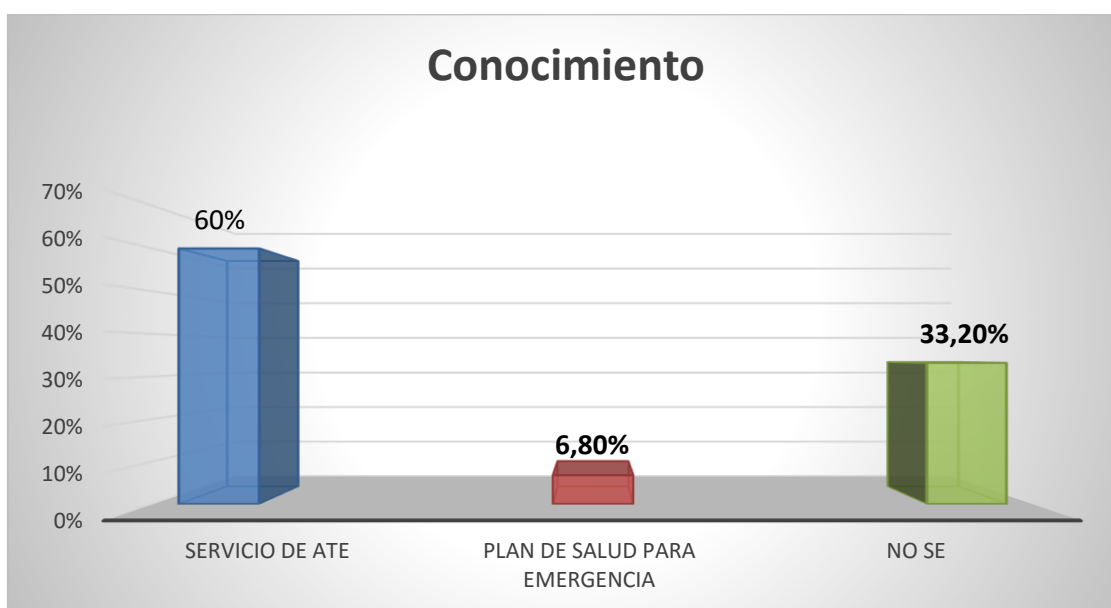
Cuadro No.13.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según el plan básico de salud.

Plan Básico de Salud	Casos	(%)
Servicios de atención que presentan al usuario de los diferentes planes de los regímenes Contributivo, Contributivo Subsidiado y Subsidiado, cuyos contenidos están definidos en el reglamento correspondiente y su forma de prestación estará normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que se elaboran para tal efecto.	97	60
Plan de salud para emergencia	11	6.8
No se	54	33.2
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a Los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. XIII.



Fuente: Cuadro No.13

Según el conocimiento de lo que es el plan básico de salud la respuesta más frecuente fue Servicios de atención que presentan al usuario de los diferentes planes de los regímenes Contributivo, Contributivo Subsidiado y Subsidiado, cuyos contenidos están definidos en el reglamento correspondiente y su forma de prestación estará normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que se elaboran para tal efecto con un 60 por ciento.

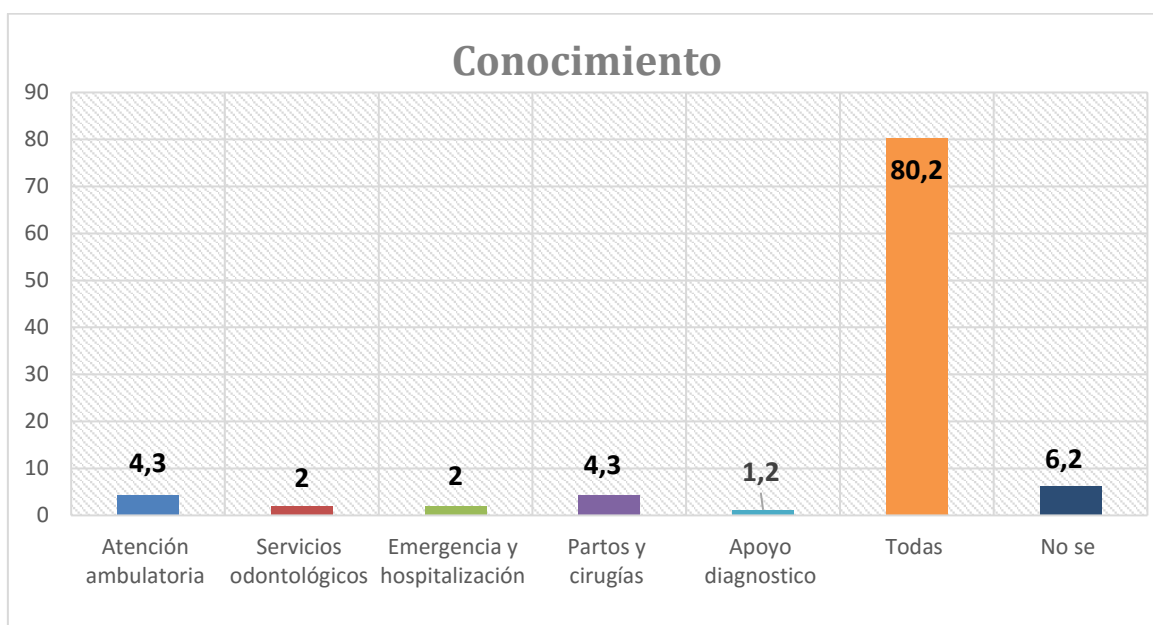
Cuadro No.14.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según las prestaciones del servicio de PDSS.

Prestaciones del servicio de PDSS	Casos	(%)
Atención ambulatoria	7	4.3
Servicios odontológicos	3	2
Emergencia y hospitalización	3	2
Partos y cirugías	7	4.3
Apoyo diagnostico	2	1.2
Todas	130	80.2
No se	10	6.2
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. XIV.



Fuente: Cuadro No.14

Según el conocimiento sobre las prestaciones del servicio de PDSS la respuesta correcta fue todas con un 80.2 por ciento.

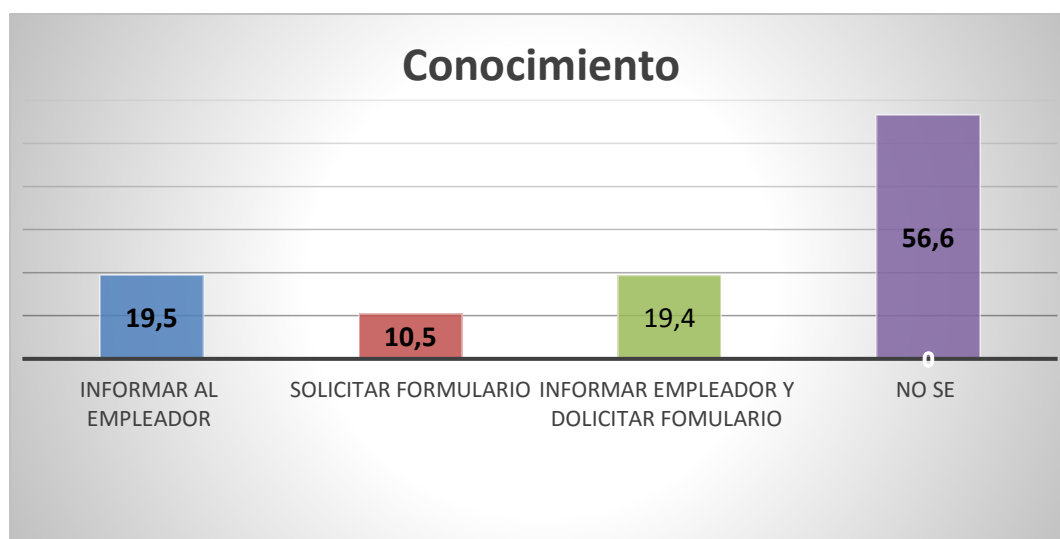
Cuadro No.15.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según si hay una incapacidad por enfermedad común sabe que debe hacer para que la ARL le cubra.

Que debe hacer para que la ARL cubra	Casos	(%)
Informar al empleador	31	19.5
Solicitar formulario	17	10.5
Informar empleador y Solicitar formulario	32	19.4
No se	82	50.6
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. XV.



Fuente: Cuadro No.15

Según si hay una incapacidad por enfermedad común sabe que debe hacer para que la ARL le cubra la respuesta más frecuente fue no se con un 56.6 por ciento.

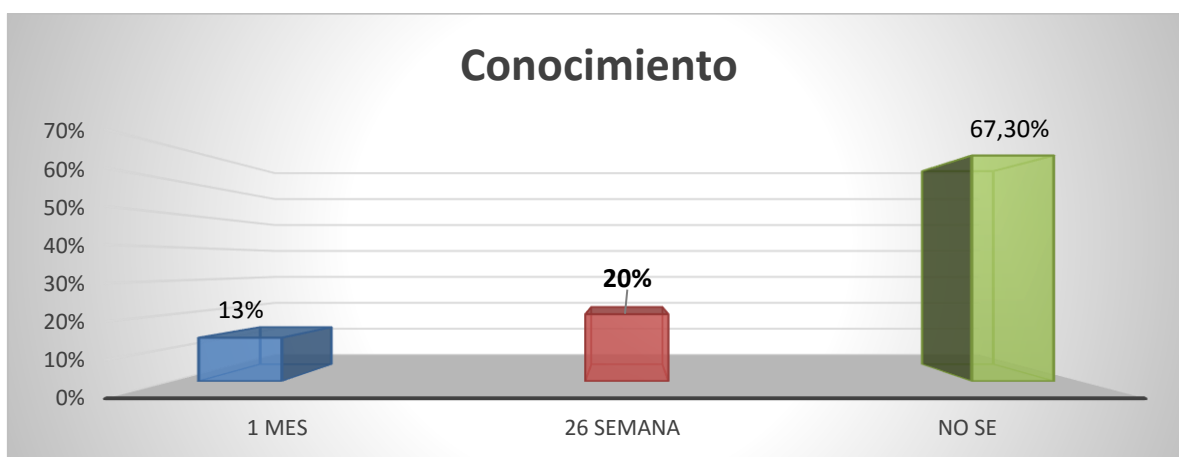
Cuadro No.16.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según si sabe durante qué tiempo puede usted recibir subsidio por enfermedad común.

Tiempo que dura recibiendo el subsidio	Casos	(%)
1 mes	21	13
26 semanas	32	20
No se	109	67.31
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. XVI.



Fuente: Cuadro No.16

Según si sabe durante qué tiempo puede usted recibir subsidio por enfermedad común la respuesta más frecuente fue no se con un 67.30 por ciento.

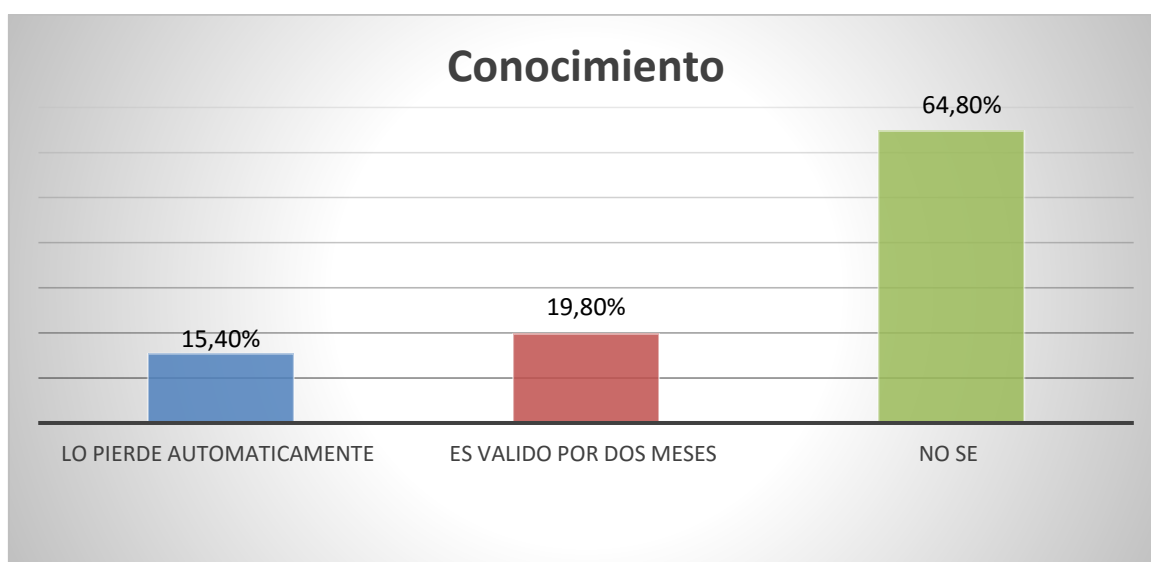
Cuadro No.17.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según si te queda sin empleo, sabes qué pasa con el seguro.

Si pierde el empleo que pasa con el seguro:	Casos	(%)
Lo pierde automáticamente	25	15.4
Es válido por dos meses	32	19.8
No se	105	64.8
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. XVII.



Fuente: Cuadro No.17

Según si te queda sin empleo, sabes qué pasa con el seguro la respuesta más frecuente fue no se con un 64.80 por ciento.

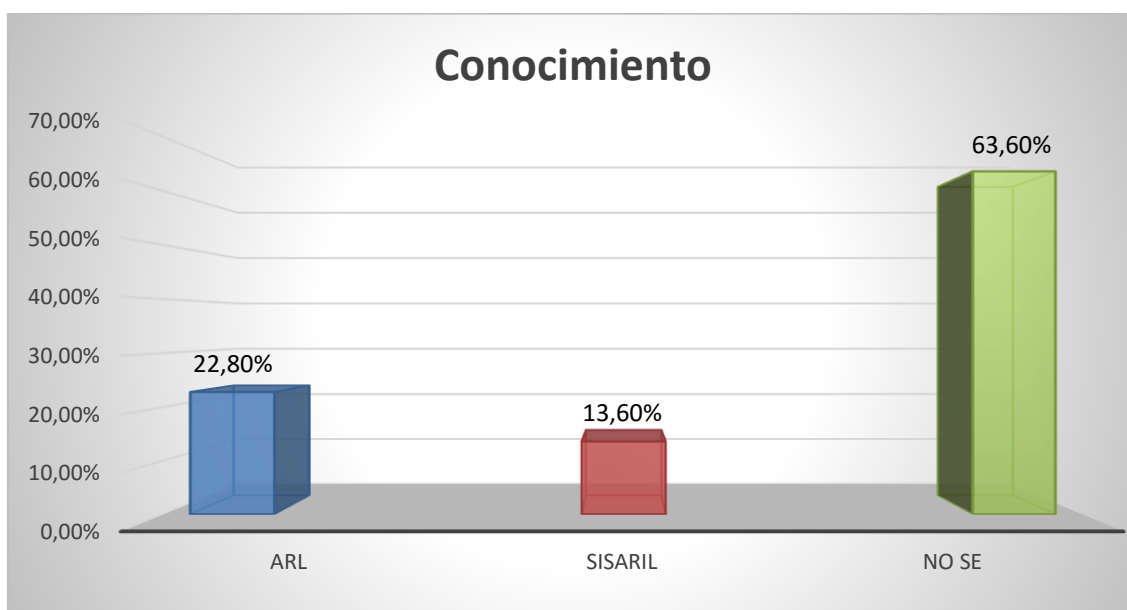
Cuadro No.18.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominico Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según si sabe quién da el subsidio por enfermedad permanente.

Quien sule el subsidio por enfermedad	Casos	(%)
ARL	37	22.8
SISALRIL	22	13.6
No se	103	63.6
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. XVIII.



Fuente: Cuadro No.18.

Según si sabe quién da el subsidio por enfermedad permanente la respuesta más frecuente fue no se con un 63.60 por ciento.

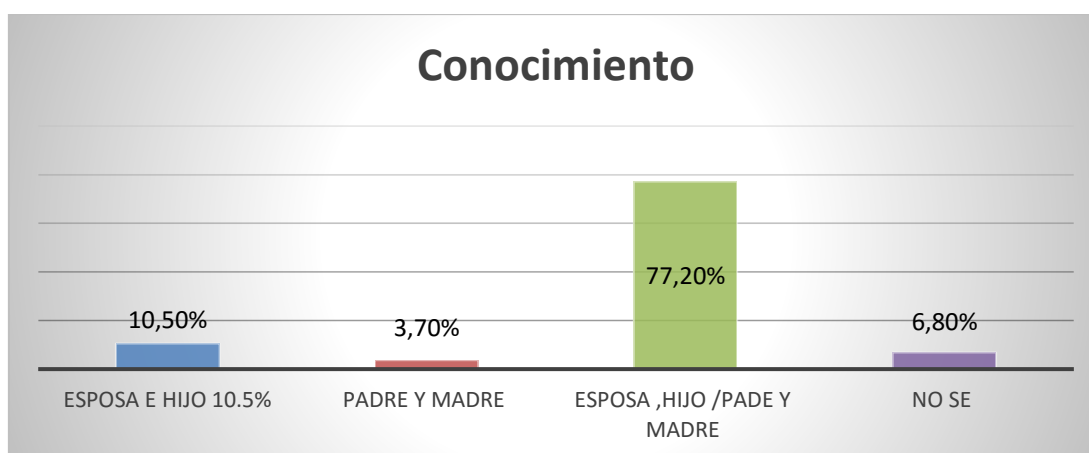
Cuadro No.19.

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominicano Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017. Según si sabe a quién puede afiliarse a su seguro.

Quien puede afiliarse	Casos	(%)
Esposa e hijos	17	10.5
Padre y madre	6	3.7
Esposa e hijos y Padre y madre	125	77.2
No se	14	8.6
Total	162	100,0

Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico No. XIX.



Fuente: Cuadro No.19.

Según si sabe a quién puede afiliarse a su seguro la respuesta más frecuente fue esposa e hijos, padre y madre con un 77.20 por ciento.

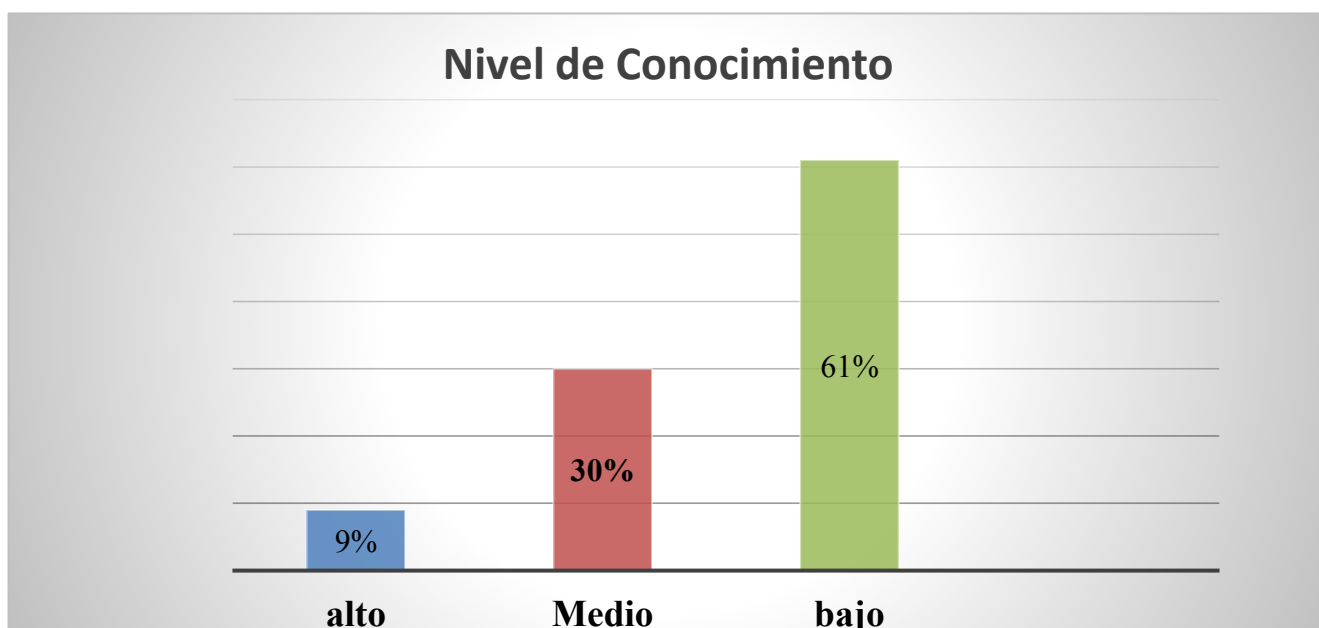
Cuadro No.20

Conocimiento Que Tienen Los Pacientes Que Asisten Al Centro De Amistad Dominico Japonesa Sobre el Seguro Familiar julio – septiembre 2017. Según Nivel de Conocimiento.

Nivel de Conocimiento	Caso	%
Alto	15	9
Medio	48	30
Bajo	99	61
Total	162	100.00

Fuente: Fuente: Encuesta- Entrevista aplicada a los pacientes que usan el seguro familiar de salud.

Gráfico no. XX.



Fuente: cuadro no.20

Según los resultados obtenidos en las preguntas destinadas a determinar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre el seguro familiar de salud, el 61 por ciento de los pacientes entrevistados tiene un nivel de conocimiento bajo.

IX. DISCUSIÓN

Como podemos apreciar en este estudio el grupo de edad más frecuente fue el de personas mayores de 46 años con 41.3 por ciento, por tanto, nos orienta sobre cuál es la población que utiliza con más frecuencia los servicios del seguro familiar de salud.

El sexo femenino es el que predomina en cuanto a solicitud de las prestaciones del seguro familiar de salud, como vemos en nuestra investigación con un 76 por ciento. Quizás muy relacionado al frecuente aumento de las enfermedades crónicas e indicaciones frecuentes de estudios radiológicos en la consulta y en las salas de emergencia.

En cuanto al nivel de escolaridad el más frecuente fue primaria incompleta con un 38.20 por ciento, esto es una característica muy importante, ya que la educación influye directamente en la obtención del conocimiento y según revela el estudio es baja entre los usuarios entrevistados.

En cuanto a la ocupación, la más frecuente fue ama de casa con un 39 por ciento seguida de desempleado con un 25 por ciento, lo cual se relaciona proporcionalmente con el régimen al que están afiliados de manera más frecuente.

En cuanto a el conocimiento que tienen las personas de lo que es el Seguro Familiar de Salud la respuesta más acertada fue la que dice que es un seguro que 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, lo cual nos orienta permite deducir que el 46.3 por ciento de los usuarios entrevistados conocen lo que es el seguro familiar de salud.

Respecto al conocimiento de los diferentes regímenes del seguro familiar de salud el 52.5 por ciento de los encuestados reconoce el régimen subsidiado como el único régimen que compone el seguro familiar de salud esto se relaciona proporcionalmente con la afiliación de cada usuario lo cual veremos a continuación. Cuando se les pregunto sobre el régimen al cual están afiliados, el 63.6 por ciento respondió que, al régimen subsidiado, el 27.8 por ciento reconoce al régimen contributivo como único régimen del seguro familiar de salud, mientras que solo un 7.4 por ciento sabe que ambos regímenes son parte del seguro familiar de salud.

Cuando pregunté sobre el tipo de afiliado, el afiliado titular fue la respuesta más frecuente con un 72 por ciento, aun así, desconocen cuáles son las prestaciones que les ofrecen el Plan Básico de Salud, así como veremos más adelante.

En cuanto al tiempo que tarda en recibir el carnet del seguro la respuesta más frecuente fue menos de un año con un 60 por ciento, esto debido a que como la mayoría pertenecen al régimen subsidiado el cual es administrado por el Estado a través de SENASA, los usuarios expresan que se les entrega una hoja con el número de seguridad social y sus dependientes, con la cual pueden acceder a los servicios de emergencia de su Plan Básico de Salud, mientras se cumplen los 30 días de espera reglamentarios para acceder a todos los servicios.

Según el tiempo de espera la persona para recibir los beneficios de la ARS la respuesta más frecuente fue tres meses con un 71 por ciento, sino fijamos que el 63.6 por ciento, está afiliado al régimen subsidiado y le sumamos las debilidades del SENASA en cuanto a activación de los nuevos afiliados, los usuarios podrían tener la razón en el tiempo de espera para empezar a disfrutar de los servicios del seguro familiar de salud.

En cuanto al conocimiento sobre las prestaciones que ofrece el seguro familiar de salud las personas reconocen el plan básico de salud en un 35.20 por ciento, de los casos seguidos de un 28.4 por ciento que dice no saber, lo cual es preocupante ya que existen otras prestaciones incluyendo los subsidios por diferentes causas, aquí se evidencia un alto índice de desconocimiento sobre las diferentes prestaciones del seguro familiar de salud.

En cuanto a las cifras de aportes que se hacen al Seguro Familiar de Salud la respuesta más frecuente fue no se con un 80 por ciento, tomando en cuenta que tenemos un alto porcentaje afiliados al régimen contributivo.

Según el conocimiento de lo que es el Plan Básico de Salud la respuesta más frecuente fue servicios de atención que presentan al usuario de los diferentes planes de los regímenes Contributivo, Contributivo Subsidiado y Subsidiado, cuyos contenidos están definidos en el reglamento correspondiente y su forma de prestación estará normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que se elaboran para tal efecto con un 60 por ciento, lo cual se disocia en cuanto al conocimiento sobre las generalidades de los servicios que ofrece el Plan Básico de Salud.

Según el conocimiento sobre las prestaciones del servicio de PDSS la respuesta correcta fue todas con un 80.2 por ciento, este porcentaje nos orienta que la mayoría de los encuestados conoce sobre lo que es el Plan de Servicios de Salud lo cual puede deberse al conocimiento subjetivo por los servicios recibidos.

Según reporta este estudio el 56.6 por ciento, de los entrevistados desconocen el procedimiento a seguir si hay una incapacidad por enfermedad para que la ARL le cubra si tomamos en cuenta que el 30.20 por ciento de los afiliados pertenece al régimen contributivo, este hallazgo nos da una clara orientación sobre la actitud que tomaría el afiliado en caso de padecer alguna enfermedad común, la cual no sería adecuada a menos que tenga la asesoría del departamento de recursos humanos. Por eso cuando preguntamos si sabían durante qué tiempo podían recibir subsidio por enfermedad común la respuesta más frecuente fue no se con un 67.30 por ciento.

En cuanto a si te quedas sin empleo, la respuesta más frecuente fue no se con un 64.80 por ciento, es común que las personas piensen que si dejan de trabajar automáticamente pierden el seguro también.

En cuantos a si sabe quién da el subsidio por enfermedad permanente la respuesta más frecuente fue no se con un 63.60 por ciento, lo cual nos orienta sobre un bajo nivel de conocimiento al respecto en este sentido.

En cuanto si sabe a quién puede afiliarse a su seguro la respuesta más frecuente fue esposa e hijos, padre y madre (que es la correcta) con un 77.2 por ciento.

Según los resultados obtenidos de las preguntas destinadas a determinar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre el seguro familiar de salud, el 61 por ciento de los pacientes entrevistados tiene un nivel de conocimiento bajo.

X. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación se puede concluir diciendo:

Que el Seguro Familiar de Salud es un seguro que 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.

Que el grupo de edad que usa los servicios del Seguro familiar de Salud son personas mayores de 46 años. Predominando el sexo femenino esto es debido al frecuente aumento de las enfermedades crónicas e indicaciones frecuentes de estudios radiológicos en la consulta.

Que respecto al nivel de escolaridad el más frecuente fue primaria incompleta con un 38.20 por ciento, lo cual es una variable que influye en el nivel de conocimiento que tienen los pacientes.

Que, respecto a la ocupación, la más frecuente fue ama de casa con un 39 por ciento seguida de desempleado con un 25 por ciento.

Que el 52.5 por ciento de los pacientes reconoce el régimen subsidiado como el único régimen que compone el Seguro Familiar de Salud, esto se relaciona proporcionalmente con la afiliación de cada usuario, ya que el 63.6 por ciento encuestado, responde a este tipo de afiliación.

Que los usuarios desconocen los beneficios del Plan Básico de salud a pesar de ser el afiliado principal.

Que el Seguro Familiar de Salud, a través de SENASA, tarda alrededor de un año para emitirle el carnet a sus afiliados en el régimen subsidiado, adelantándole una hoja con el número de seguridad social y sus dependientes, con la cual pueden acceder a los servicios de emergencia de su Plan Básico de Salud, mientras se cumplen los 30 días de espera reglamentarios para acceder a todos los servicios.

Que para tener acceso a los beneficios de su Plan Básico de Salud, los nuevos inscritos deben esperar alrededor de tres meses para esto.

Que el 28.4 por ciento no conoce los beneficios de las prestaciones de su aseguradora incluyendo los subsidios por diferentes causas, aquí se evidencia un alto índice de desconocimiento sobre las diferentes prestaciones del Seguro Familiar de Salud.

Que el 80 por ciento de los usuarios del sistema de salud, desconocen las cifras de aportes que hacen al régimen contributivo.

Que un 60 por ciento de los usuarios conoce lo que es un Plan Básico de Salud mas no las generalidades de los servicios que este aporta al afiliado.

Que desconocen el procedimiento a seguir si hay una incapacidad por enfermedad para que la ARL le cubra si tomamos en cuenta que el 30.20 por ciento de los afiliados pertenece al régimen contributivo, este hallazgo nos da una clara orientación sobre la actitud que tomaría el afiliado en caso de padecer alguna enfermedad común, la cual no sería adecuada a menos que tenga la asesoría del Departamento de Recursos Humanos. También desconocen el tiempo que pueden recibir subsidio por enfermedad común.

Que el usuario no sabe el tiempo que dura afiliado después de quedar desempleado.

Que el usuario desconoce sobre quién da el subsidio por enfermedad permanente en este sentido.

Que el usuario sabe a quién deben o no incluir como dependiente en el Seguro familiar de Salud.

Según los resultados obtenidos de las preguntas destinadas a determinar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre el seguro familiar de salud, el 61 por ciento de los pacientes entrevistados tiene un nivel de conocimiento bajo.

La hipótesis planteada se pudo comprobar al igual que los objetivos propuestos, ya que el conocimiento que tienen los usuarios sobre el Seguro Familiar de Salud es responsabilidad de la publicidad y promociones de la aseguradora a través de los medios de comunicación y de manera personal las informaciones brindadas por el SENASA al momento que las solicitan.

El poco conocimiento que tienen los usuarios de los beneficios y cobertura del Seguro Familiar de Salud incide de manera negativa en el uso de los servicios porque no estaría aprovechando la gama de servicios de acuerdo a la especialidad que se visite o de la afección física que se padezca.

XI. RECOMENDACIONES

Después de concluir con este estudio hago las siguientes recomendaciones:

A las autoridades del Seguro Familiar de Salud:

- Impartir charlas a los nuevos inscritos al Seguro Familiar de Salud con la finalidad de que estos obtengan conocimientos sobre su cobertura, beneficios y prestaciones.
- Acortar el tiempo de espera para emitir el carnet a sus beneficiarios.
- Colocar kioscos de información en los centros de salud con la finalidad de orientar a los usuarios que así lo requieran. En el caso de haberlos, pues ponerlos a funcionar.
- Mantener más publicidad en las redes sociales y medios de comunicación para fidelizar a través de esto a sus usuarios.
- Entregar informaciones contenida en una guía sobre el tipo de cobertura, prestaciones y servicios brindados por la aseguradora, de esta forma también el usuario se orienta.

Al usuario del Seguro Familiar de Salud:

- Tratar de conocer los beneficios, prestaciones y servicios de su aseguradora, de esta forma la actitud hacia esta será positiva y su práctica más provechosa para ellos y su familia.
- Pedir siempre información de cómo usar su seguro, al momento de afiliarse.
- Buscar información al momento de recibir el documento que lo acredita como beneficiario del régimen subsidiado, así cada uno conoce sus beneficios, sus prestaciones y los servicios de cobertura que tiene el Plan básico de Salud.

XII. REFERENCIAS

1. Pérez, J. Una mirada al seguro familiar de salud. Monitor de la unidad de políticas públicas. Santo Domingo. 2013.
2. Medina Conde, A. (2012). “Problemática fiscal de la Mipyme mexicana en torno a las aportaciones de seguridad social” http://www.eumed.net/libros-gratis/2012b/1216/fundamento_seguridad.html#_ftn2
3. Tafur Carderon, I. A. (2015) el Sistema de Seguridad Social de Salud de Colombia. Colombi: Universidad del Valle. Escuela de salud Pública. http://boletinesp-univalle.info/files/EL_SSS_DE_COLOMBIA_ARTICULO.pdf
4. Secretaria de Estado de Salud Pública, Ley No. 42-01. Santo Domingo, 2001.
5. Secretaria de Estado de Trabajo, Consejo nacional de Seguridad Social, Ley No. 87-01. Edición oficial. Santo Domingo. 2001.
<http://www.opd.org.do/index.php/temas-de-coyuntura-politicas-publicas/938-una-mirada-al-seguro-familiar-de-salud> (consultado el 24 de mayo 2019).
6. SISALRIL. El Seguro familiar de salud en Hogar. Santo Domingo 2016.
7. Raffino, María Estela. Concepto.de. Disponible en: <https://concepto.de/actitud/>. Consultado: 31 de mayo de 2019. <https://concepto.de/actitud/#ixzz5pUIUntiI>
8. Centro de Investigación y Desarrollo de Recursos Científicos BioScripts | BioDic - Diccionario de Biología – Un diccionario de términos científicos, sencillo.
9. Decreto 234-07. Reglamento sobre aspectos generales de afiliación SFS del Régimen contributivo. 2007.
10. Reglamento del régimen subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Promulgado por el Decreto No. 549-03 del 6 de junio del 2003. Santo Domingo. 2003.
11. Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL). Propuesta para la Implementación de la Estrategia de Atención Primaria y Primer Nivel de Atención en el Seguro Familiar de Salud. República Dominicana, Octubre 2018.

12. Moliné, Alejandro. Sobre el gasto de bolsillo en salud. Acento, 2018. (Consultado el 28 de mayo 2019). <https://acento.com.do/2018/opinion/8598496-gasto-bolsillo-salud-1-3/>
13. Agramonte, G. (2013, 20 de mayo). Ejecutivo busca organizar los servicios de salud. *El Caribe*. Recuperado de <http://elcaribe.com.do>.
14. Organización de Naciones Unidas. Cumbre para el Desarrollo Sostenible. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York 2015.
15. OMS/UNICEF. Declaración de Astana, Kasakhtan. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud. 25 y 26 de octubre 2018.
16. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. - La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2007.
17. Ministerio de Salud Pública. Compendio Estadístico de Cuentas Nacionales de Salud. 2004-2015. Santo Domingo. 2015.
18. World Health Organization. Global Health Expenditure Data 2015.
19. Díaz Muñante, Jr. (2004). Modelo de gestión del conocimiento (GC) aplicado a la universidad pública en el Perú. Monografía. [En línea] 2004 [Consulta: 29 mayo 2019] Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/monografias/Principal.asp>
20. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales-SISALRIL. Régimen contributivo, 2019. <http://www.sisalril.gov.do/RegimenContributivo.aspx>
21. Mármol, N. (2013, 16 de julio). Clínicas privadas dejarán de atender a afiliados de la Seguridad Social. 7días.com.do. Recuperado de <http://www.7dias.com.do/>.
20. Ministerio de Salud Pública. (2012). Cuentas nacionales de salud República Dominicana - Informe Gasto Público en Salud 2011. Santo Domingo, República Dominicana.
22. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. (2012). Sistema de indicadores sociales de la República Dominicana (SISDOM). Santo Domingo, República Dominicana.

23. Morales, E. (2013, 8 de mayo). Coalición reclama mejorar y aumentar la cobertura y la calidad de salud. Acento. Recuperado de <http://acento.com.do>.
24. Noticias SIN. (2012, 5 de abril). Salud Pública anuncia invertirá RD\$1,300 MM en personas con enfermedades catastróficas. Noticias SIN. Recuperado de <http://www.noticiassin.com>.
25. Pérez, J. (2013, 8 de abril). Taller sobre el Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Coalición por tu salud RD. Santo Domingo, República Dominicana.
26. Rathe, M. & Moliné, A. (2011). Sistema de salud de República Dominicana. México: Secretaría de Salud de México.
27. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. (2013). Informaciones y Estadísticas. Santo Domingo, República Dominicana.
28. <file:///C:/Users/HP/Downloads/Decreto%20234-07%20Reglamento%20Sobre%20Aspectos%20Generales%20de%20Afiliacion%20SFS.pdf> (consultado 23 de mayo 2019)

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD PEDRO HENRIQUEZ UREÑA

UNPHU

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Cuestionario dirigido a los usuarios del Seguro familiar de salud para determinar el nivel de Conocimiento que tienen los pacientes que asisten al Centro de Amistad Dominico Japonesa Sobre El Seguro Familiar De Salud julio – septiembre 2017

Generalidades

1. Edad _____

2. Sexo

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Nivel de escolaridad:

- a) Analfabeto
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Profesional

4. Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Empleado publico
- c) Empleado privado
- d) Auto empleado
- e) Desempleado

5. Esta usted afiliado a alguno de estos regímenes:

- a) subsidiado
- b) contributivo
- c) contributivo subsidiado
- d) otro

6. Especifique:

- a) Es el titular O afiliado principal
- b) es dependiente del afiliado principal

7. en caso de ser el titular especifique en que tiempo se le entregó su carnet del seguro:

Conocimiento

8. El seguro familiar de salud es:

- a) Es un seguro que 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
- b) un seguro solo para los empleados tanto públicos como privados
- c) no se

9. Sabes cuáles de los Sigüientes son los regímenes componen el seguro familiar de salud:

- a) subsidiado
- b) contributivo
- c) contributivo subsidiado
- d) todos e) no se

10. que tiempo debe esperar la persona afiliada, para recibir los beneficios de la ARS:

- a) 3 meses
- b) 2 meses
- c) 1 mes
- d) no se

11. cuáles prestaciones cubre el seguro familiar de salud:

- a) Prestaciones en especie: Plan Básico de Salud (PBS) y Servicios de Estancias Infantiles
- b) Prestaciones en dinero: Subsidio por Enfermedad Común, Subsidio por Maternidad, Subsidio por Lactancia.
- c) a y b
- d) no se
- e) ningunas

12. De las sigüientes cifras cual corresponde a la distribución correcta de los aportes que se hacen al SFS

- a) Afiliado 3.04 y empleador 7.09
- b) afiliado 2.04 y empleador 5.09
- c) no se

13. ¿Qué es el plan básico de salud?

- a) Es el conjunto de servicios de atención a la salud de las personas al que tienen derecho todos los afiliados de los regímenes Contributivo, Contributivo Subsidiado y Subsidiado, cuyos contenidos están definidos en el reglamento correspondiente y su forma de prestación estará normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que se elaboran para tal efecto.
- b) es un plan de salud para una emergencia

c) No se

14. De las siguientes opciones cuales son las prestaciones del PDSS:

- a) Prevención y Promoción
- b) Atención Ambulatoria
- c) Servicios Odontológicos
- d) Emergencia Y Hospitalización
- e) Partos Y Cirugías
- f) Apoyo Diagnóstico (Dx) en Internamiento Y Ambulatorio
- g) Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad
- h) Rehabilitación Y Medicamentos Ambulatorios
- I) ningunas
- j) todas
- k) no se

15- Cuando hay una incapacidad por enfermedad común sabe que debe hacer para que la ARL le cubra:

- a) Informar al empleador
- b) Solicitar el formulario para enfermedad común a su patrono y llevarlo a su médico para que lo llene y lo selle, luego entregar dicho formulario a su patrono para que este lo envíe a la Superintendencia de salud y Riesgos Laborales
- c) a y b
- d) No se

16- Durante qué tiempo puede usted recibir subsidio por enfermedad común:

- a) 1 mes
- b) 26 semanas
- c) no se

17. Si se queda sin empleo que pasa con su seguro:

- a) Lo pierde automáticamente
- b) es válido por 2 meses más
- c) no se

18. Quien da el subsidio por enfermedad permanente:

- a) ARL
- b) SISALRIL
- c) no se

19. Sabe a quién puede afiliarse a su seguro de salud

- a) esposa e hijos
- b) padre y madre
- c) a y b
- d) no se

COSTOS Y RECURSOS

Humanos			
1 sustentante 2 asesores (clínico, metodológico)			
Equipos y Materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel Bond	2 resma	700.00	350.00
Computador Hardware HP Pavilion g6: Intel Core i5 2.27GHz; 4GB RAM	1 unidad		
Impresora HP DeskJet Cartuchos tinta HP	2 unidad	1500.00	1500.00
Software: Microsoft Windows 7 Microsoft Office 2007	2 unidades		
Información			
Revistas Referencias bibliográficas (ver lista de referencias)	4 unidades 27	0.00	
Económicos			
Papelería (copias)	1500 copias	1.0	1500.00
Encuadernación Empastado	6 informes 5 libros	100.00 2500.00	600.00 2500.00
Inscripción a curso de metodología	1	3000.00	3000.00
Inscripción anteproyecto		10000.00	1000.00
Transporte			6000.00
Imprevistos			5000.00
TOTAL			21450.00