



22

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

VICERRECTORÍA DE POSTGRADO

Escuela de Postgrado

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA DE LAS ADMINISTRADORAS  
DE RIESGOS DE SALUD Y LAS PRESTACIONES OTORGADAS A LA  
POBLACION DOMINICANA, AÑO 2018.**

**SUSTENTANTES**

Nurys Paola Bautista Báez  
Indhira Dianin Popoteur Corniell

**Para la obtención del título de Máster en la Maestría en Contabilidad de Gestión y  
Auditoría Integral**

**ASESOR**

**Wladislao Guzmán**

Santo Domingo, República Dominicana

Agosto, 2020

## Carta de Autorización

**Lic. WLADISLAO GUZMAN**, Asesor, de la Escuela de Postgrado, de la Facultad de Vicerrectoría de Postgrado, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Hago constar que la tesis titulada, **Análisis de la situación financiera de las Administradoras de Riesgos de Salud y las prestaciones otorgadas a la población dominicana, año 2018**, realizada bajo nuestra asesoría, reúne todas las condiciones exigibles para ser presentada y defendida públicamente, considerando tanto la relevancia del tema como el procedimiento metodológico utilizado: revisión teórica adecuada, contextualización, definición de objetivos, variables estudiadas y estructuración de datos pertinentes a la naturaleza e información recogida, así como las conclusiones aportadas.

Por todo ello, manifiesto nuestro acuerdo para que sea autorizada su presentación.

---

**Firma Asesor**

## Declaración De Los Autores De <sup>2</sup>Obra Intelectual Original

### Declaración de autor de Obra Intelectual Original

Para la Presente Tesis de Maestría de acuerdo a Disposiciones vigentes de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

**Nurys Paola Bautista Báez**, Cedula de Identidad y Electoral No. 224-0026110-7 y **Indhira**

**Dianin Popoteur Corniell**, Cedula de Identidad y Electoral No. No. 018-0072544-0 declaramos:

Ser autoras de la tesis que lleva por título **Análisis de la situación financiera de las**

**Administradoras de Riesgos de Salud y las prestaciones otorgadas a la población**

**dominicana, año 2018, asesorada por el Lic. Wladislao Guzmán** quien presenta a la <sup>2</sup>Escuela de Postgrado, para que sea defendida y evaluada en sesión pública.

Que la tesis es una obra original. Además, puede ser libremente consultable.

Que me consta que una vez la tesis haya sido defendida y aprobada, su divulgación se realizara bajo licencia de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Que el contenido de la tesis y su aprobación no infringe derechos de propiedad intelectual, industrial, secreto comercial o cualquier otro derecho de terceros, por lo que exonero a la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, de cualquier obligación responsabilidad ante cualquier acción legal que se pueda suscitar derivada de la obra o de su publicación.

Estos datos no vulneran derechos de terceros y por lo tanto asumimos cualquier responsabilidad que se pueda derivar de las mismas y de su publicación, como constancia, firmamos el presente documento.

Santo Domingo DN, República Dominicana, el día x del mes Julio del año 2020.

---

Nurys Paola Bautista Báez

---

Indhira Dianin Popoteur Corniell

## **Agradecimientos**

Gracias a Dios por darme la fortaleza y la sabiduría de luchar por mis sueños, y de hacer posible que se logre. Gracias a tantas personas lindas y buenas que conocí en el trayecto de estos dos años, a Dios las gracias por haberlos puesto en mi camino y a todos los profesores que se esforzaron por darnos lo mejor de ellos.

**Nurys Paola Bautista Báez**

Agradecer primero a Dios sobre todas las cosas por permitirme llegar hasta aquí y cumplir una de mis metas.

Y en especial a todos mis compañeros de Maestría por todo el apoyo brindado.

A cada uno de los profesores de la UNPHU que se esforzaron por hacerme mejor profesional.

**Indhira Dianin Popoteur Corniel**

## **Dedicatorias**

Esta tesis primero me la dedico a mí porque tenía muchos deseos de hacerla, luego a mis familiares y amigos, en especial a mis padres. Gracias por apoyarme en cada uno de mis proyectos y por ser pacientes del tiempo que no les pude dedicar durante este proyecto.

**Nurys Paola Bautista Báez**

Esta tesis se la dedico a mis Padres Miguel Popoteur y Yanet Corniel por estar en todos los momentos ser mi mayor soporte en toda mi vida, ¡Los amo!

Se lo dedico en especial a mi hijo Fernando para que siempre le sirva de ejemplo que querer es poder y que siempre se puede.

A mi esposo Víctor Suero quien siempre ha estado ahí en todo este trayecto dándome fuerzas y apoyándome en todo momento que desmayé, ¡Te amo!

A mi hermana More gracias por el apoyo y comprensión siempre brindada.

A mis padres, ¡lo logré!

A cada una de las personas que dicen o escuchan siempre un no se puede o para luego, siempre si se puede con dedicación, esfuerzo y sobre todo mucho empeño.

**Indhira Dianin Popoteur Corniel**

## Tabla de Contenido

|   |    |
|---|----|
| Carta de Autorización .....   | 2  |
| Declaración De Los Autores De Obra Intelectual Original .....                 | 3  |
| Declaración de autor de Obra Intelectual Original .....                       | 3  |
| Agradecimientos .....   | 4  |
| Dedicatorias .....  | 5  |
| RESUMEN.....  | 9  |
| Parte 1. Marco Introdutorio .....   | 10 |
| Capítulo I: Aspectos Generales .....  | 10 |
| Introducción.....   | 10 |
| 1.1. Planteamiento del problema .....   | 12 |
| 1.2. Justificación de la investigación .....                                  | 13 |
| 1.3. Delimitación del problema .....  | 13 |
| 1.4. Objetivos de la investigación.....                                       | 14 |
| Parte 2. Marco Teórico .....  | 15 |
| CAPÍTULO II: Antecedentes y conceptos de seguridad social.....                | 15 |
| 2.1. Conceptos sobre Seguridad Social .....                                   | 15 |
| 2.2. Historia del sistema de la seguridad social.....                         | 16 |
| 2.3. Organismos Internacionales reguladores de la Seguridad Social .....      | 30 |
| 2.4. Normas y regulaciones internacionales .....                              | 30 |
| CAPÍTULO III: Sistema de la Seguridad Social En La Republica Dominicana ..... | 35 |
| 3.1. Reseña histórica de la seguridad social .....                            | 35 |
| 3.2. Base legal.....  | 38 |
| 3.3. Organización del Sistema Dominicano de Seguridad Social .....            | 38 |
| 3.4. Financiamiento del sistema dominicano de seguridad social.....           | 40 |
| 3.5 Regímenes del sistema dominicano de seguridad social.....                 | 40 |
| CAPÍTULO IV: Sistema de la Seguridad Social en Salud .....                    | 43 |
| 4.1 Conceptos sobre Sistema de la seguridad social en salud.....              | 43 |
| 4.2 Prestaciones de la seguridad social en salud.....                         | 45 |
| 4.3 Beneficiarios de la seguridad social en salud .....                       | 47 |
| 4.4 Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).....                            | 49 |
| 4.5 Constitución de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).....        | 50 |

|  |    |
|--|----|
| 4.6 Autonomía financiera, técnica y administrativa de las (ARS) .....                  | 54 |
| 4.7 Supervisión y fiscalización de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) ..... | 58 |
| Parte 3. Marco Metodológico .....  | 60 |
| CAPÍTULO V: Aspectos Metodológicos.....  | 60 |
| 24 5.1 Tipo de investigación .....   | 60 |
| 5.2 Diseño de la investigación.....  | 61 |
| 5.3 Población y determinación de la muestra.....                                       | 62 |
| 5.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....                               | 62 |
| 5.5 Fuentes .....  | 63 |
| Parte 4. Resultados, Conclusiones y Recomendaciones.....                               | 65 |
| CAPITULO VI. Resultados de la Investigación .....                                      | 65 |
| 6.1 Resultados.....  | 65 |
| Inversiones de las Reservas Técnicas .....   | 70 |
| 6.2 Conclusiones .....   | 83 |
| 6.3 Recomendaciones .....  | 85 |
| Parte 5. Referencias Bibliográficas .....  | 86 |
| Parte 6. Anexos .....  | 88 |

## Índice de Tablas

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1. Tiempo de financiamiento de los Regímenes del SDSS.....  | 41 |
| Tabla 002. Población afiliada al Seguro Familiar de Salud.....  | 65 |
| Tabla 003. Recaudación Del Seguro Familiar De Salud.....  | 66 |
| Tabla 004. Cuentas por pagar a las Prestadoras de Servicios de Salud enero a diciembre 2018 .....       | 67 |
| Tabla 005. Reservas Técnicas enero-diciembre, 2018 .....  | 69 |
| Tabla 006. Inversiones de las Reservas Técnicas enero-diciembre, 2018. ....                             | 70 |
| Tabla 007. Total general del Excedente o Déficit de las Reservas Técnicas, 2018 .....                   | 72 |
| Tabla 008. Beneficios o pérdidas del periodo enero-diciembre 2018.....                                  | 73 |
| Tabla 009. General Beneficios o pérdidas acumuladas enero-diciembre 2018.....                           | 74 |
| Tabla 010. . Siniestralidad del periodo enero-diciembre 2018. ....                                      | 76 |
| Tabla 11. Excedente o Déficit capital mínimo requerido, 2018 .....                                      | 77 |
| Tabla 12. Múltiplo del capital mínimo requerido enero- diciembre 2018. ....                             | 78 |
| Tabla 13.Total Ingresos año 2018.....   | 79 |
| Tabla 14. Montos pagados a las PSS por servicios solicitados y otorgados a afiliados del RCdel SFS..... | 81 |
| Tabla 15. Estimación de Servicios pagados otorgados a los afiliados 2012 - 2014.....                    | 82 |

## Índice de Figuras

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Porcentaje Cuentas por Pagar 2018 .....                         | 67 |
| Figura 2. Reservas Técnicas enero a diciembre 2018.....                   | 69 |
| Figura 3.Inversiones de las Reservas Técnicas enero-diciembre, 2018 ..... | 71 |
| Figura 4. Porcentaje Beneficio o Perdida ARS 2018 .....                   | 73 |
| Figura 5. Beneficios o pérdidas del periodo enero-diciembre 2018 .....    | 74 |
| Figura 6. Total Gral., Beneficios o Pérdidas Acumuladas 2018.....         | 75 |
| Figura 7. Total Siniestralidad ARS, 2018 .....                            | 76 |
| Figura 8. Total Gral. Excedente Capital Mínimo Requerido, 2018.....       | 77 |
| Figura 9. Total Múltiplo del Capital Mínimo Requerido 2018.....           | 78 |
| Figura 10. Total Ingresos ARS enero-diciembre 2018.....                   | 79 |



## RESUMEN

El avance más significativo en el ámbito social <sup>14</sup> en los últimos diez años en la República Dominicana ha sido la implementación y esparcimiento del Sistema Dominicano de Protección Social, tras la publicación de la ley 87-01. Cada uno de sus regímenes han mostrado altas tasas de crecimiento desde sus inicios en el 2007, llevando la afiliación al Seguro Familiar de Salud a casi 7.8 millones de personas al cierre del año 2018. A pesar de este rápido crecimiento, aproximadamente un 26% de la población dominicana, no cuenta con aseguramiento en salud al día de hoy. El objetivo principal de esta investigación es analizar la situación financiera de las Gerente de Riesgos Sanitarios y las prestaciones otorgadas a la población dominicana desde su inicio hasta el año 2018, y presentar recomendaciones de mejoras, mediante un tipo cualitativa-cuantitativa de la investigación.

Se presentaron datos mediante tablas analizando la situación de las ARS. Los beneficios de las mismas, solo en el año 2018, alcanzaron utilidades acumuladas iguales a RD\$24,489.2 millones, mostrando altos márgenes de beneficios cada año. Esto muestra que mediante buenas prácticas es posible aumentar las coberturas de los afiliados. Mediante la Estimación de Servicios pagados otorgados a los afiliados se mostró las prestaciones otorgadas según régimen y año otorgadas. Es importante se establezcan elementos de afiliación obligatorios para los profesionales y técnicos independientes, de esta manera seguir alcanzando más personas para la afiliación.

**Palabras claves:** Prestaciones, ARS, Finanzas.

## **Parte I. Marco Introductorio**

### **Capítulo I: Aspectos Generales**

#### **Introducción**

El desarrollo de los negocios y el progreso de la economía mundial consideran la capacidad de los seres humanos para realizar cambios basados en nuevas ideas como punto básico. Asimismo, la información en los procesos y aplicaciones de la contabilidad técnica financiera debe mejorarse de manera efectiva y eficaz para concretar la transformación del conocimiento adquirido con el apoyo de la tecnología moderna.

Además de estudiar las capacidades de financiación e inversión de las entidades a partir de los estados financieros, el análisis de las condiciones financieras también puede interpretar hechos económicos en base a una serie de técnicas conducentes a la toma de decisiones. El análisis financiero debe complementarse con observaciones periódicas de los eventos diarios de la empresa, que solo depende del éxito de su aplicación.

El objetivo general de la investigación es analizar la situación financiera de las administradoras de riesgo de salud y las prestaciones otorgadas a población dominicana desde su inicio hasta el año 2018. Fue de gran importancia realizar una investigación sobre este tema que tiene un gran impacto en la sociedad, logrando una visión clara de los estados financieros de las ARS y las prestaciones que han otorgado, de esta forma entender que es posible ampliar dichas prestaciones.

La presente investigación se realizó mediante la metodología descriptiva pues primero se explicaron los datos para luego hacer generalizaciones enfocando los problemas o fenómenos a través de los datos recolectados lo cuales sirvieron de un caso para identificar la situación financiera actual de la administradora de riesgos de salud y las prestaciones otorgadas a la población dominicana desde sus inicios hasta el año 2018.

## **GLOSARIO DE TERMINOS**

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>ARS:</b>      | Aseguradora de Riesgos de Salud                             |
| <b>PS:</b>       | Protección Social   |
| <b>OPS:</b>      | <sup>17</sup> Organización Panamericana de la Salud         |
| <b>OIT:</b>      | Organización Internacional del Trabajo                      |
| <b>EPSS</b>      | Estrategia de Protección del Sistema de Salud               |
| <b>SISALRIL:</b> | <sup>14</sup> Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales |
| <b>CNSS:</b>     | Consejo Nacional de Seguridad Social                        |
| <b>(RMPS:</b>    | Redes Mínimas de Protección Social                          |
| <b>PSS:</b>      | <sup>27</sup> Proveedores de Servicios de Salud             |
| <b>CEPAL:</b>    | Comisión Económica para América Latina y el Caribe          |

## 1.1. Planteamiento del problema

La Ley N° <sup>25</sup> 87-01 del Sistema Dominicano de Seguridad Social estipula en el artículo 148 que los administradores de riesgos de salud tienen las siguientes funciones: desempeñar las siguientes funciones para asegurar que los beneficiarios reciban atención de salud, protección de calidad, riesgos oportunos y satisfactorios; racionalizar los costos del servicio, lograr un nivel apropiado de eficacia y rendimiento; regular a los proveedores de asistencia médicos (PSS) para extender las capacidades de resolución; alquilar y pagar PSS de manera oportuna; y enviar informes periódicamente a los departamentos de salud y gestión de riesgos laborales.

Desde que inicio el seguro familiar de salud en el año 2007 hasta finalizar el año 2018 los Gestores de riesgos sanitarios han recibido del Banco de Seguridad Social la suma veinte y nueve mil trescientos cuarenta y seis millones quinientos setenta y un mil seiscientos cincuenta y uno pesos (RD\$29,346,571,651.00) para brindarle cobertura de salud a los miembros al Nuevo <sup>1</sup> Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus dependientes.

A través de esta investigación se analiza la situación financiera de Gestores de riesgos sanitarios, el desempeño de sus funciones establecidas y las prestaciones otorgadas a la población afiliada.

## **1.2. Justificación de la investigación**

El Nuevo Método Dominicano de Protección Social tiene en su régimen contributivo una población de cuatro millones doscientos cuarenta mil cuatrocientos sesenta y nueve (4, 240,469) afiliados al seguro familiar de salud, cuyos riesgos son administrados por una entidad designada mediante la ley 87-01 como Administradora de Riesgos de Salud (ARS) .

Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) reciben cada mes un monto per cápita por afiliado para facilitarle la cobertura de salud y mantener las operaciones de la entidad. Como todo negocio busca su permanencia en el tiempo logrando la rentabilidad deseada.

Con esta investigación se analizaron los resultados financieros de las ARS en la República Dominicana y las prestaciones otorgadas a los afiliados. Así como la inspección de la de la Agencia de Supervisión de Riesgos Sanitarios y Laborales (SISALRIL) como organismo fiscalizador.

Generalmente, el análisis financiero tiene como objetivo medir la productividad de la empresa a través de su éxito, su escenario y solvencia del estado financiero de la empresa, para comprobar el estado actual de la empresa y pronosticar su desarrollo futuro.

## **1.3. Delimitación del problema**

Análisis de la situación financiera de las ARS y las prestaciones otorgadas a los afiliados de la población dominicana desde su inicio hasta el año 2018.

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1. Objetivo general.**

Analizar la situación financiera de las Administradoras de Riesgos de Salud y las prestaciones otorgadas a la población dominicana desde su inicio hasta el año 2018.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- a) Describir el Nuevo Método Dominicano de Protección Social en salud.
- b) Detallar el rol de los Gestores de Riesgos de Sanitarios (ARS) en la República Dominicana.
- c) Examinar la situación financiera de las Gestores de Riesgos de Sanitarios (ARS), y las prestaciones otorgadas a la población dominicana afiliada.

## Parte 2. Marco Teórico

### CAPÍTULO II: Antecedentes y conceptos de seguridad social

#### 2.1. Conceptos sobre Protección Social

<sup>16</sup> La seguridad social es la defensa que brinda la sociedad a las personas y familias para garantizar que tengan camino a la atención médica y avalar la seguridad de los ingresos, especialmente en la enfermedad, vejez, el desempleo, los accidentes laborales, la invalidez, , las bajas por maternidad o quienes han perdido a la columna de la familia. (Organizacion Internacion del Trabajo OIT, 2001)

Este es un derecho fundamental, no obstante solo una minoría de nuestro planeta lo disfruta. En general, se define como un método fundamentado en cotizaciones que asegura el amparo de la salud, el desempleo y las pensiones, y los beneficios sociales financiados con impuestos.

La seguridad social tiene un impacto profundo en todas las divisiones de la sociedad. Garantiza que la clase obrera y sus familias tengan acceso a la atención médica y estén protegidos de los efectos a corto plazo del desempleo, la licencia por maternidad o enfermedad, o la pérdida de ingresos a largo plazo debido a discapacidad o accidentes laborales. Proporciona ingresos a las personas mayores.

Los menores se favorecen de los programas de seguridad social diseñados para ayudar a sus familias a pagar la educación. <sup>44</sup> Para las empresas y los empresarios, la seguridad social apoya a mantener un trabajo productivo y relaciones laborales sólidas.

La seguridad social también puede perfeccionar las condiciones de vida y aliviar el impacto de los cambios <sup>16</sup> estructurales y tecnológicos en las personas, sentando así las

bases para una forma de vida más activa, promoviendo así la cohesión social y el crecimiento y desarrollo general de un país. Globalización sin cobertura de seguridad social. (Organización Internacional del Trabajo OIT, 2001)

Los más frágiles que no son parte de la población activa son los discapacitados y los ancianos, que no pueden depender del apoyo familiar y no pueden pagar sus propias pensiones de jubilación.

Según la percepción que se tiene sobre la seguridad Social y su surgimiento de acuerdo a los autores e impulsores de este, se entiende que es un beneficio social que debe llegar a todos los ciudadanos sin importar su extracto social, que garantice el cumplimiento de los pilares que manejan dicho sistema tanto para los que no están en capacidad de financiar sus propias pensiones como para todo el que cotiza en el sistema de salud, con un alto nivel de cumplimiento institucional.

## 2.2. Historia del nuevo método de la protección social

El método de protección social está muy afín con el modelo de desarrollo que se han ido consolidando a lo largo de la historia de cada país: definen implícita o explícitamente las políticas sociales. En Latinoamérica, en el último siglo, el modelo de desarrollo se basó especialmente en la teoría keynesiana del estado de bienestar (aún no desarrollada), la planificación centralizada y la industrialización basada en la sustitución de importaciones. El concreto de Cuba y el concepto liberal a partir de los años ochenta. (Rodríguez, 2009)

En cada caso, estos modelos producen un sistema de protección social que fluctúa entre los métodos de seguridad social y asistencia social a través de una red mínima de protección



social y la gestión del riesgo social. Los dos últimos son promovidos por organismos internacionales liderados por el Banco Mundial.

De acuerdo con la trayectoria de desarrollo de cada país, la protección social se expresa en planes y estrategias sociales y procedimientos de protección social orientadas a reducir la escasez y la desigualdad.

Según explica (Rodríguez, 2009): "se han efectuado propuestas teóricas y pilotos para edificar métodos de protección social, como la iniciativa del (BM) sobre Gestión del riesgo social, orientada a prevenir, reducir, mitigar y superar el riesgo en los grupos de población vulnerables"

Varios análisis muestran que la protección social depende del modelo de desarrollo, las reformas nacionales y sus posibilidades de financiamiento. Asimismo, también está sujeto a la toma de decisiones supranacionales y a factores externos, lo que lleva a la aplicación de concluyentes políticas sociales y económicas.

35  
Históricamente, el PS se ha aplicado en los países de América Latina en el marco de planes de bienestar, seguros y seguridad social, como espresa (Fleury, 1997) con " Algunos de los mecanismos de ingeniería política más antiguos, potentes y complejos en el ámbito de la protección social son comparables al sistema europeo " (p. 212)

43  
La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de los Estados Americanos (OEA), y la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) lo promovieron en el siglo XX, prestando atención a la colaboración de los países y la comunidad internacional para seguir el Bismarck original. El modelo (1883-1989) establece una institución de seguridad social para lograr sus objetivos. (OIT, 2001)

La PS se actualizó en el cuadro de la seguridad social tras repensar el concepto clásico de seguridad social. Este cambio se atribuyó a los pensamientos de Beveridge en la segunda mitad de 1942 después de la Segunda Guerra Mundial. (Rodríguez, 2009)

Por tanto, iluminada en las iniciaciones universales de unidad, igualdad y equidad social, la seguridad social puede salvar al país y a la sociedad de su responsabilidad de protección social y se considera un derecho básico.

La seguridad social debe deducirse de forma amplia y exhaustiva, y no limitarse al perspectiva del conflicto y del seguro como ocurre en la actualidad para concordar al atraso económico de los países. Corresponde envolver todas las variables económicas, políticas y sociales que garanticen la protección frente a eventos adversos que puedan ser perjudiciales para la salud, el empleo, el bienestar y la calidad de vida de las personas, y estar basada en criterios de equidad y justicia social. (Rodríguez, 2009)

Por ello, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Panamericana de la Salud propusieron la estrategia de extender el plan estratégico a las Américas (EPSS) como una "herramienta eficaz para batallar contra la excepción sanitaria", aunque la estrategia debería ocupar un lugar en la agenda estratégica. Los gobiernos y las organizaciones internacionales aún no han alcanzado su prioridad en política social.

### **Los modelos de desarrollo en América Latina**

El modelo de desarrollo se originó a partir de la organización social de sus riquezas e instituciones con el fin de buscar el progreso y satisfacer las necesidades de todos sus integrantes, combinado con su historia, cultura, producción económica y tradiciones

jurídicas para elaborar política y posibilidad de progreso científico y tecnológico. (Cortes, 2012)

Considera expandir las capacidades y la complejidad de la sociedad y las personas, brindándoles mejores oportunidades para satisfacer sus escaseces. (Giraldo, 2007) subraya tres pilotos que hubo en Latinoamérica en el siglo XX como:

- a) Desarrollo hacia el exterior.
- b) Reemplazo de importaciones.
- c) Guía post-ajuste.

Estos modelos están aislados por importantes tiempos de avance económico, la crisis de la deuda externa de los ochenta y la crisis económica de 1929.

Mediante el estudio de diversas teorías relacionada con los modelos de seguridad social ejecutados en distintos países de Latinoamérica se evidencia que el modelo seleccionado para dar cumplimiento en la República Dominicana, (Neoliberal) ha sido demasiado ambicioso y demasiado amplio y no se ha podido cumplir a plenitud ni parcialmente el cumplimiento de los distintos subsistemas que garantice la salud y el bienestar de los ciudadanos. (Cortes, 2012)

### **Modelo Keynesiano y Estado de Bienestar**

El centro de este tipo de modelo son las teorías generales de la labor, los beneficios financieros y la moneda, ocupándose de agregados como el consumismo, los ingresos, el ahorro y la inversión, en lugar de determinar los costos, una parte importante de la especulación económica.

El estado de bienestar se denomina a una serie de acciones y oficios tomadas por el estado (a través del gobierno) para buscar más atención a la redistribución de la población y el bienestar general. El estado de bienestar, en las ciencias sociales, se fundamenta en la acción de funciones públicas, dicho en otros términos, la mediación del estado en la economía y la sociedad para lograr una mayor redistribución de la riqueza, mejorando así el estado socioeconómico y de salud de la población. (Pedrosa, 2019)

Señala la importancia de los cambios en los niveles de producción y empleo como un movimiento de equilibrio en la economía para equilibrar la inversión y el ahorro, determinando así el nivel de equilibrio del ingreso nacional bruto y la producción nacional.

(Cortes, 2012) Reconoce que la tasa de empleo es "un indicador de la prosperidad nacional, y la falta de ingresos daña gravemente la vida y la supervivencia del desarrollo humano".

El estado del bienestar aparece en la forma de un estado social, que garantiza que cada ciudadano tomará el ingreso mínimo, la alimentación, la salud, la vivienda, la educación y la seguridad social como un derecho político sin discriminación alguna "fruto de las luchas sociales que acompañan al proceso de industrialización y modernización" (Cortes, 2012)

### **Modelo fundamentado en la Renovación de Importaciones**

En ese instante, trajo amplias perspectivas de innovación y mejora a los países de la región, y tuvo un impacto en elevadas tasas de crecimiento, excelentes oportunidades de empleo y el potencial de muchas personas para erradicar la escasez.

El modelo dio sus primeros signos de desvanecimiento en el decenio de 1970 y la región comenzó a desperdiciar su competitividad en el mundo, lo que generó la pérdida de oportunidades de exportación, altas tasas de inflación y la consiguiente "crisis de la deuda" del decenio de 1980, caracterizada por la disminución de las tasas de crecimiento, el aumento del desempleo, el deterioro de los salarios, el aumento de la pobreza y la desigualdad, y el aumento del número de países de la región. (Cortes, 2012)

El Modelo de Sustitución de Importaciones, es un modelo económico utilizado en América Latina y otros países del llamado "Tercer Mundo" en la primera mitad del siglo XX, especialmente en la primera mitad del siglo XX. En el período posterior a la Primera Guerra Mundial y la Segunda Guerra Mundial.

### **Sistema de Neoliberalismo**

Se identifica por las numerosas formas de interacción entre los ciudadanos y los vendedores privados en un mercado a gran escala donde los bienes, servicios y valores sociales se cambian en productos. El principal beneficio es el principio de rentabilidad económica, competición libre.

En este modelo, los consumidores pueden optar por elegir de acuerdo con su poder adquisitivo, porque se asume que todas las personas poseen bastantes ingresos para compensar o satisfacer sus necesidades en el mercado que les proporciona diversas riquezas y servicios. (Cortes, 2012)

Los principios sobre la libertad individual y la desigualdad en una crítica desprendida hacia el estado de bienestar, están basados por Hayek y Friedman considerando que "la

desigualdad es la fuerza impulsora de la iniciativa individual y la competencia de mercado, que puede corregir todos los abusos económicos y sociales."(Cortes, 2012)

La característica del neoliberalismo es el individualismo, porque los liberales son considerados una isla basada en ellos mismos, enfocándose en defender sus derechos como individuos a la propiedad, a la vida y la libertad.

Para sus defensores, el sistema de precios aprueba que los sujetos cooperar tranquilamente en un corto período de tiempo, mientras que todos manejan sus propios asuntos el resto del tiempo. Por lo tanto, Hayek cree que en una sociedad moderna y compleja, se debe utilizar el mercado y la iniciativa individual.

En América Latina, su expansión se produjo en la década de 1980, luego de la implementación de las reformas de ajuste económico impulsadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que se convirtieron en una buena forma de superar los déficits públicos y estabilizar la economía de la región. (Cortes, 2012)

### **Modelo Económico de Planificación Central**

Solía ser un típico representante de la ex Unión Soviética, Europa Occidental y China. También se ha vivido en las decisiones socialistas de Latinoamérica, donde países con recursos económicos pueden decidir cómo establecer la producción y prototipo de industria, métodos de producción, asignación de capitales y combinación de tecnología y recursos favorables. (Cortes, 2012)

Sus resultados en los inicios del siglo XX yacieron muy importantes en términos de medio ambiente, progreso social y seguridad: crecida de la fabricación e industrialización, acceso garantizado la salud, la educación, las instalaciones y la

vivienda. Servicios de empleo prestados a la población, y distribución justa de ingresos y servicios sociales. Sin embargo, en la década de 1970, se inició un estancamiento que obligó al país a realizar reformas económicas de mercado. (Cortes, 2012)

Se propusieron otros pilotos y tácticas de desarrollo alternativo, según (Cortes, 2012) como el desarrollo sostenible defendido por las Naciones Unidas, la teoría propuesta por Max Neef sobre el desarrollo a escala humana y el modelo de la CEPAL para una transformación productiva justa. Pero estos métodos y la estrategia no se han aplicado en desarrollo sostenible consistente.

Una economía de planificación centralizada es un método económico en el que el gobierno ejerce decisiones económicas en lugar de tomar decisiones mediante la interacción entre consumidores y empresas.

En este tipo de economías, el gobierno hace planes para el futuro, todos los precios están controlados y la economía es administrada por burócratas. En términos generales, no hay recompensa por asumir riesgos financieros por lo que el negocio no fracasará.

### **Los enfoques de la protección social**

Estos son algunos métodos que se aplicaron en los Estados Unidos por más de 50 años desde diferentes ángulos. Debajo de los cuales, se reconocen tres pilotos de resguardo social en el territorio: seguro social, seguridad social y asistencia social, que se relacionan con el estado de bienestar, el estado libre de sustitución de importaciones y los modelos neoliberales respectivamente.

En cuanto al enfoque de la protección social se notó que su aplicación en América durante varios siglos ha tenido diferentes visiones y perspectivas como indican los

autores, el cual ha sido garantista de la protección social y un manejo de una seguridad social completa sin excepciones y una relación directa con el ciudadano.

### **La Seguridad Social**

Puede entenderse como un grupo de medidas positivas diseñadas para asegurar que los residentes de un país tengan acceso a los recursos económicos para alcanzar las situaciones mínimas sanitarias, formación, comodidad y entretenimiento, al igual que por desempleo, enfermedad, discapacidad parcial o total, vejez y educación, las oportunidades y problemas de salud mental. Debe aceptar la política de redistribución. (Muñiz, 2007)

En Europa, esto también incluye: pleno empleo, educación universal, redistribución de ingresos, supervisión de las relaciones laborales y las condiciones laborales, promoción de organizaciones de autoayuda y negociaciones entre empleadores y empleados. Estos mecanismos de protección solo se implementaron parcialmente en otras partes del mundo, y algunos de ellos se implementaron posteriormente.

La Seguridad Social es un medio con lo que cuenta el estado para cubrir las necesidades básicas de salud y beneficios sociales para las personas que no cuenten con los recursos necesarios, así como también para aquellos que ya han cumplido su ciclo de trabajo y el cumplimiento de sus responsabilidades y puedan recibir un apoyo en diferentes aspectos por parte del Estado.

La seguridad social es un sistema que garantiza el estado de bienestar en la sociedad. Es la plataforma de bienestar más grande e importante proporcionada por el estado para los



ciudadanos. Su existencia se basa en los aportes obligatorios que realizan los contribuyentes a través de nómina. (Kiziryan, 2020)

El principal objetivo del sistema es brindar resguardo a la ciudadanía. Para esto, ha llevado a cabo una serie de actividades financiadas con cargo al presupuesto estatal, que tienen como finalidad social y redistributiva proteger a individuos con el fin de que no se provoquen inestabilidades colectivas. Estas actividades sociales se desenvuelven en 4 áreas:

Transferencia de fondos, como prestaciones por desempleo, pensiones o pensiones por invalidez.

El seguro médico debe ser universal y gratuito.

Servicios educativos gratuitos y universales.

Supervisar necesidades básicas como vivienda y alimentación.

### **El Seguro Social**

Este es el resultado de la implementación estratégica de políticas de seguridad social basadas en principios solidarios y universales más que en un proceso aislado. Una de sus estrategias es el seguro, que se define como un conjunto de operaciones mediante las cuales se puede pagar una determinada cantidad para que se pueda realizar otro pago cuando se produzcan determinados eventos. (Muñiz, 2007)

Por tanto, solo cubre los desastres naturales que forman parte de la vida. No son suficientes para mantener el mínimo bienestar, solo pueden cubrir enfermedades y ciertos riesgos económicos, pero no pueden atestiguar los derechos sociales porque solo pueden responder a las peticiones que trae la industrialización.

## **La Asistencia Social**

(Muñiz, 2007) lo define como: El mecanismo por el cual el tesoro público proporciona reservas financieras está dirigido a la parte más endeble de la comunidad, y está dirigido aquellos que no consiguen aportar al fondo de anticipación o que sí pueden aportar al fondo de previsión.

Además, las otras dos formas de SP que se utilizan en América Latina se basan en la asistencia social: red mínima de SP y gestión del riesgo social, que son situaciones típicas después del ajuste estructural.

La Asistencia Social es pieza fundamental del Régimen de Seguridad Comunitario de un país, ya que como su nombre lo dice se encarga de asistir a los más desprotegidos de provisiones financieras, económicas y sociales que garanticen la estabilidad del ciudadano.

## **Redes Mínimas de Protección Social (RMPS)**

Como explica (Muñiz, 2007) “Surgieron como programas de ayuda hacia grupos más necesitados o frágiles en oposición al desequilibrio económico, mientras que los proyectos de acuerdo estructural agravaron la escasez y avivaron disconformidad en ciertas ciudades, las estrategias neoliberales amenazaron esto”

En la década de los ochenta, la mayoría de los países latinoamericanos ingresaron a la tendencia del SPRM, adoptando un enfoque descentralizado y participativo, mientras que algunos enfatizaron la inversión social. El propósito es simplemente hacer que los ajustes estructurales sean políticamente viables para mejorar la eficiencia de ciertos ministerios.

En América Latina han surgido varios tipos de SPLMN, como el Plan de Acción Social (PAE) de Costa Rica y México; Colombia, Argentina, El Salvador, Bolivia, Perú y la Inversión Social de Bolivia y Chile Fondo (FIS) y el Fondo de Emergencia Social (FES) de Uruguay. Su financiamiento proviene de recursos <sup>52</sup> como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y la Agencia Interamericana de Desarrollo (AIF). (Muñiz, 2007)

Estas redes se caracterizan por el espíritu de mitigar y aliviar enfermedades, no han recibido una ayuda extensa de la seguridad social integral, tampoco han logrado hacer frente a todos los riesgos. Según (Sojo, 2017), son recomendaciones de política social global público-privada, en las que la responsabilidad del Estado por el bienestar social se limita a combatir la pobreza, mientras que el seguro contra riesgos tiene un significado personal y distorsiona la naturaleza unitaria de la seguridad social.

En la actualidad, se puede decir que República Dominicana no cuenta con una red de seguridad social mínima para asegurar la comunicación continua entre los organismos estatales los cuales administran el método de protección social y la sociedad, ni está obligada a cumplir con las responsabilidades del sistema.

### <sup>17</sup> Manejo Social del Riesgo

La recomendación del Banco Mundial detalla la SP en concepto de “una intervención pública diseñada para ayudar a los individuos, familias y sociedades a perfeccionar la gestión de riesgos y brindar sustento a los extremadamente pobres”. La estrategia debe apuntar específicamente a la población más favorecida (Macedo, 2000), refiriéndose a "sin ingresos, sin vivienda, sin educación, sin salud, especialmente aquellos que no tienen poder".

El método se basa en el hecho de que los individuos, familias y agrupaciones son sensibles a muchos peligros musculares naturales y positivos que están muy afines con la escasez. El Banco Mundial conoce a las personas, las comunidades, las organizaciones no gubernamentales, los gobiernos y las organizaciones internacionales como actores relevantes, más que como grandes poseedores de riqueza. No hay opción para lograr el objetivo de superar la pobreza, mejorar las condiciones de vida y la equidad. (Cortes, 2012)

En América Latina, la protección social está restringida de diferentes maneras, no solo por los modelos de desarrollo, sino también por los sistemas políticos, las condiciones financieras y las deficiencias burocráticas que afectan los procesos de seguridad social.

La situación en Brasil y Colombia ilustra este punto, en el que el principal concluyente es la exploración de legitimidad política. PS forma parte del sistema de intervención y expresión en medio de política y economía. Por lo tanto, las diferencias entre países y clasificaciones de PS. (Cortes, 2012)

En el 2008, (Lago, 2008) dividió los países de la región en etapas medias y tardías según el momento en que se estableció el método de protección social y desarrollos posteriores (del siglo XX hasta la década de 1980). Distingue los procesos económicos, de gerencia y de equidad social en la propia categoría en función debido a la antigüedad del programa, la cobertura de la población, los salarios y cargas económicas, el equilibrio financiero y las características demográficas.

De acuerdo a la relación entre el Estado y la sociedad y sus conflictos internos, esta inconstancia trae desviaciones en el orden micro y macroeconómico en las matrices y tipos

descritos en P S. Su desarrollo no es armonioso en varios países, en la década de los ochenta, el 90% del consumo se concentró en subvenciones, enfermedad y planificación del parto, y el lo restante se concentró en inseguridad laboral, desempleo y bienestar familiar. (Lago, 2008)

Latinoamérica ha principiado en el proceso de reforma cambiando el mecanismo de P S en subvenciones o pensiones, servicios médicos y nuevos servicios sociales en los últimos 30 años, sin embargo, a pesar de las peculiaridades de los diferentes modelos, aún existen tendencias únicas en las reformas neoliberales.

Otros análisis muestran que según el modelo nacional y el modelo de desarrollo, la configuración del sistema de salud en América Latina es diferente: por ejemplo, el sistema nacional de salud cubano está dominado por un prototipo de expansión fundamentado en la planificación central; por el contrario, en los países donde prevalece el modelo neoliberal, se basa en Colombia. Y el sistema de seguros personales de República Dominicana; como casos intermedios, el sistema de partición de Bolivia, Ecuador y Venezuela se encuentra rezagado respecto al modelo de desarrollo del período anterior a la reforma nacional. (Sojo, 2017)

En general, los servicios públicos están condicionados a un modelo de desarrollo universal y a la expresión de la estructura estatal en la mediación Estado-sociedad.

De esta forma surgió un modelo ideal de protección social, seguros y cooperación social. A pesar de ello, la vivencia en América Latina evidencia que el panorama variado de la composición de los PS está determinado por otros determinantes históricos y políticos del modelo de desarrollo.

Idealmente, el modelo de desarrollo debe enfocarse en superar las dificultades de oficio, carencia y deuda social acumulados por las decisiones de planificación estratégica, y no debe

basarse en expresiones externas lo cual no reconozcan las discrepancias sociales, monetarias y diplomáticas y de los países. (Franco, 2007)

### 2.3. Organismos Internacionales reguladores de la Seguridad Social

Organismos internacionales especializados: son organizaciones que dedican todas o la mayor parte de sus actividades a la seguridad social. Son la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Latinoamericana de la Seguridad Social (OISS) y la American Security Conference Society (CISS). (Kallie, 2006)

Organizaciones políticas internacionales: Estas organizaciones brindan parte de sus actividades al derecho a la seguridad social y las políticas de salud, y esta no es su principal actividad o finalidad, sino un complemento necesario de las mismas, como son: Consejo Económico y Social (ECOSOC), La Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

### 2.4. Normas y regulaciones internacionales

La Declaración Universal de Derechos Humanos acogida por la Asamblea General de la ONU en 1,948 estipula lo siguiente en el artículo 22: (Medina, 2011):

Como miembro de la sociedad, toda persona tiene derecho a la protección comunitaria. Indudablemente, no es un solo mecanismo internacional que se muestra de acuerdo con este derecho. En la actualidad, el derecho a la protección social es absolutamente distinguido por el derecho internacional de los derechos humanos.

Este atributo es válido y reconocido en nuestra facultad interna a través de la constitución en su artículo 48.

<sup>19</sup> De concordancia con lo dictaminado en el artículo 48 de la Constitución, todo derecho primordial reconocido en un documento internacional se incorpora a nuestro derecho intrínseco a nivel constitucional. De la misma manera, de acuerdo <sup>12</sup> con la jurisprudencia de la Sala Constitucional y de los Tribunales Internacionales de Derechos Humanos, cualquier norma que otorgue mayor seguridad a los seres humanos prevalece sobre la Constitución. (Kallie, 2006)

Por tanto, es el derecho básico de toda persona (derechos internacionales y constitucionales), y la obligación del país para con sus ciudadanos y <sup>12</sup> el derecho internacional. Si el país no cumple con este derecho, asumirá sus responsabilidades internacionales.

La Declaración Universal de Derechos Humanos estipula que cada uno de los integrantes de la comunidad tiene derecho a la protección social. Las siguientes características pueden derivarse del estándar:

Es el derecho inherente de todos, y la dignidad de la persona (el sujeto del derecho). Los lineamientos reconocen que "todos" son titulares de este derecho básico, y la sociedad entera y el país no pueden privarlo de este derecho básico, por el contrario, asumen el compromiso de garantizar, respetar, promover y satisfacer este derecho básico. La persona es reconocida en su única condición, por lo que es miembro de la familia humana, por lo que esto es inherente a su dignidad y valor personal. No tiene nada que ver con ningún juicio profesional. Este no es el derecho de los trabajadores, es el derecho de todos. (Kallie, 2006)

<sup>12</sup> Este es un derecho mundial. La globalidad es el atributo del derecho oriundo de su particularidad. Es global en virtud de que es de todos en aptitud de imparcialidad y no exclusión, por lo que sean niños o adultos, hombres o mujeres, nacionales o extranjeros, negros o blancos,

cristianos o musulmanes, todos pertenecen a Todo el mundo. La globalidad sujeta al país y a la comunidad a universalizar su garantía.

Este es un derecho básico. La esencia básica de los derechos se deriva de la naturaleza de su contenido, que es esencial para el desarrollo general de la humanidad.

Este es una facultad, no una normativa procesal. No es un procedimiento ajustado a la constitución ni un precepto rector del gobierno social y su único efecto es que los legisladores consideren su desarrollo. Por los medios y mecanismos prescritos por la ley, incluso ante los legisladores, también nos enfrentamos a los derechos legalmente exigibles de la Constitución.

El interés legítimo inherente a la ley es la seguridad. De hecho, si ciertas emergencias te afectan, obtendrás la protección necesaria para enfrentar estas amenazas, este es tu derecho a la seguridad. Se llama "protección social" por dos razones: 1) en virtud de que la protección la brinda toda la comunidad para las personas; 2) es la seguridad personal, pero como individuo de la comunidad, todos la disfrutan. La seguridad depende de la unidad. (Kallie, 2006)

Este es un derecho social individual. Con el apoyo de todos, la única forma de lograrlo. Satisfacer los intereses legales a través de la corresponsabilidad entre los individuos y la comunidad, no obstante, debe ser explícito que sin respaldo social, la mayor parte, si no todos, no pueden satisfacer los intereses legales de este derecho básico. La historia lo ha demostrado.

El conjunto de las soluciones particulares o privadas (ahorros personales, seguros privados, ayuda mutua, caridad, entre otras) no son suficientes. En consecuencia, la asistencia a estas insuficiencias también se ha convertido en responsabilidad social (porque no excluye la responsabilidad personal). Por otro lado, las emergencias nunca ocurrirán, aunque la situación social general puede ser la mejor.



Esta es una naturaleza de derecho de servicio. La seguridad social no significa que se pueda atender el accidente en sí (aunque también se puede lograr a través de las prestaciones sanitarias), sino las necesidades económicas que genera. Se trata de beneficios monetarios o en relación con esto, (servicio de salud), en cualquier caso acciones positivas por parte del gobierno o del ente público competente. Como explica (Kallie, 2006) “los beneficios se basan en estándares como las necesidades, la dignidad, la equidad y la unidad. De la abundancia, de los ricos a los pobres, de la iniciativa ante la generación pasiva, del presente al pasado, etc.”

Estos beneficios están diseñados para satisfacer una secuencia de precariedades inevitables de una vida merecedora. El implícito de la contribución debe corresponder al alcance de la demanda provocada por el accidente. Como se mencionó anteriormente, la relación entre intereses y necesidades se basa, entre otras cosas, en los siguientes principios: integridad y dignidad. El núcleo de la necesidad de respuesta de la ley es que son inevitables y no premeditado. En general nadie optará por enfermedad o envejecimiento, infortunio de trabajo, enfermedades profesionales, discapacidad y menos muertes; son accidentes que se producen de forma impensada, por lo que la demanda que surge de su ocurrencia también es impensada. (Kallie, 2006)

Este es un derecho complicado. Las leyes complejas se denominan derechos y su contenido es un conjunto de derechos. Por tanto, en los derechos de la protección social preexisten una secuencia de derechos que suelen derivarse de la ocurrencia de todo tipo de accidentes: derechos médicos, derechos de seguridad laboral y derechos de jubilación, <sup>27</sup> el derecho a la salud, etc.

Este <sup>12</sup> es el derecho a hacer cumplir el país. Un país es aquel que actúa objetivamente por el interés público o general. Si el derecho a la protección <sup>12</sup> social es un derecho elemental adjunto

á todos y exclusivamente puede realizarse por intermedio de la cooperación de cada persona, por consiguiente, el Estado está indeclinable a cumplir con este requisito, independientemente de que existan otros sujetos del ordenamiento jurídico (público o privado) puede requerir derechos específicos (Fallas, 2002)

Se puede decir que a nivel internacional existen estándares suficientes para asegurar un método de seguridad social eficaz y confiable, y República Dominicana es signataria de ciertos convenios para implementar estos procedimientos.

### CAPÍTULO III: Método de la Protección Social En La República Dominicana

El Nuevo Método Dominicano de Protección Social (SDSS) incluye los derechos de todas las personas, independientemente de su circunstancia económica, social o de cualquier naturaleza, para ayudar a hacer frente a enfermedades, discapacidad, vejez, parto, riesgos laborales y edad avanzada. Este capítulo describe brevemente la historia de la seguridad social, su base legal, la propia organización, el método de protección dominicano y su financiamiento.

#### 3.1. Reseña histórica de la seguridad social

Los trabajadores dominicanos de 1945 a 1946 vivieron en el peor ambiente infrahumano en la historia de dominicana. Trabajan más de 12 horas al día, lo que es realmente un salario pobre. En enero de 1946, la clase trabajadora fue detonada. Los azucareros de La Romana y San Pedro de Macorís, principalmente constituidos y liderados por los señores Báez y Núñez, se declararon en paro debido a secuencias de demandas. El más importante de ellos es aumentar los salarios de manera razonable. (Albuquerque, 1999)

11

A partir de la huelga general de enero, los trabajadores azucareros y no azucareros organizados por el sindicato comenzaron a protagonizar protestas y otras huelgas importantes, que llevaron a la Federación Dominicana del Trabajo a organizar el Congreso Nacional de Trabajadores (CDT) el 24 de septiembre de 1946. (Albuquerque, 1999)

El movimiento sindical logró reducir la jornada laboral a 8 horas. Además, debido a severos ataques a los expatriado por parte del sistema y de organismos internacionales como Trabajadores de Centro América Latina (CETAL) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), a fin de evitar incidentes como el de enero de 1946, Trujillo cree que el régimen tiene

falsos rasgos paternalistas y desea exhibir a la República Dominicana en calidad de un país plenamente democrata, por lo que cree en los beneficios que deben disfrutar los trabajadores: Ley N ° 1376 del 17 de marzo de 1947 y 11 de marzo. La Ley N ° 2920, de junio de 1951, creó la Caja Dominicana de Seguridad Social y el Código Laboral de Trujillo correspondientemente. (Albuquerque, 1999)

“La Caja Dominicana de Seguridad Social se basa en los Principios Marsmar del sistema alemán. Su propósito es <sup>39</sup> cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte de los trabajadores dominicanos" (Instituto Dominicano de Seguro Social , 2017)

La Ley N ° 1896 del 30 de diciembre de 1948, que hizo efectivo el método de protección social, ha sido revisada varias veces. Desde el <sup>34</sup> 11 de diciembre de 1962, la Caja Dominicana de Seguridad Social aprobó <sup>11</sup> la Ley N ° 8952 del Consejo de Estado promulgada por Rafael F. Bonnelly y cambió su nombre a Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS).

<sup>11</sup> La ley también establece la soberanía de la institución a través de la gestión financiera, administrativa y técnica de una junta directiva tripartita, que está representada por empleados, trabajadores y el estado.

<sup>5</sup> Durante más de 50 años, los dominicanos de bajos ingresos consideraron la pensión de vejez e invalidez como un regalo del presidente, no como una obligación. No reclamaban sus derechos a una pensión en función de sus años de servicio y del salario recibido, y esto se dejaba a la discreción de la administración pública. (Albuquerque, 1999)

El sistema anterior solo se aplicaba a los empleados de bajos ingresos del sector privado, gracias a un techo que excluía a los trabajadores de altos ingresos. Esto tiene el efecto de una cobertura restrictiva y el desconocimiento del tamaño de la deuda potencial del gobierno con

estos trabajadores. No se logró la meta de redistribución del ingreso, los ricos no contribuyeron al sistema y el ingreso se transfirió de una generación pobre a otra.

<sup>46</sup> El 9 de mayo de 2001 se promulgó la Ley N ° 87-01 para establecer el Nuevo Método Dominicano de protección Social. Su propósito es "evolucionar los derechos y obligaciones mutuos del país y cada individuo de la nación en el financiamiento para proteger a las personas de violaciones, vejez, discapacidad, desempleo en la vejez, supervivencia, enfermedad, riesgos maternos, infantiles y ocupacionales" (Albuquerque, 1999)

Además de eliminar las distorsiones, exclusiones, discriminaciones y duplicaciones, probadas en el sistema anterior", excluye a los trabajadores que se consideran trabajadores de altos ingresos y las distorsiones relacionadas con el incumplimiento de los beneficios prometidos.

La reforma creó la Oficina de Supervisión de Pensiones para supervisar y fiscalizar el sistema de pensiones. El organismo regulador señaló en sus estadísticas publicadas que el 80% de las sucursales que cotizan en su cuenta de capital personal ganan solo el triple del salario mínimo, es decir, la mayoría de los cotizantes son considerados de bajos ingresos.

En el contexto del número de afiliados al IDSS (personas de bajos ingresos del sector privado) y las cifras del <sup>3</sup> Banco Central de República Dominicana sobre el nivel de ingresos de los procesadores dominicanos, esta reforma estableció una garantía de pensión mínima. Los beneficiarios son los ancianos de 65 años de edad lo cual tengan pagado durante 25 años o más, independientemente del sector económico en el que estén involucrados. (Albuquerque, 1999)

### **3.2. Base legal.**

La Ley No. 87-01 dispone como objetivo implantar el Nuevo Método Dominicano de Protección Social (SDSS) regularlo y ampliar los derechos y obligaciones mutuos del país y los individuos de la nación en la captación de fondos. Proteger a la población de la vejez, la discapacidad, el desempleo, la supervivencia, la enfermedad, el parto, los riesgos laborales y de la infancia. El Nuevo Método Dominicano de Protección Social (SDSS) incluye cada una de los organismos gubernamentales, privados y mixtos que formalizan las diligencias principales o suplementarias de protección social, recursos materiales y humanos, y normativas y procedimientos.

Se entiende que la base legal con que cuenta el Método de Seguridad Social Dominicana puede sentar base para una buena aplicación de los componentes que lo sostienen, de hacerse cumplir sus normativas y regulaciones puede que el Método de Protección Social sea de beneficio para la sociedad sin ningún tipo de inconvenientes.

### **3.3. Organización del Nuevo Método Dominicano de Protección Social**

El Nuevo Método Dominicano de Protección Social (SDSS) se organiza sobre la base de la especialización y separación de funciones. La dirección, normatividad, financiamiento y fiscalización corresponde íntegramente al Estado y son irrenunciables. Las funciones de gestión de riesgos y prestación de servicios estarán a cargo de entidades públicas, privadas o híbridas debidamente reconocidas por el organismo público competente. ((SDSS), 2001)

Según la ley No.87-01 en el Art. 21, el SDSS estará combinado por los entes próximos:

El Consejo Gubernamental de Protección Social (CNSS), organismo público independiente, medio <sup>3</sup> superior del Sistema.

- a) La Tesorería de la Protección Social, institución encargada de recolectar, mercadear y pagar <sup>6</sup> los recursos financieros del SDSS, y de la gestión de un sistema de información único.
- b) La Dirección de Información y Defensa de los Asegurados (DIDA), institución públicas de orientación, información y defensa a titulares de derechos.
- c) La Superintendencia de Pensiones, es una entidad pública autónoma que supervisa las sucursales.
- d) La Supervisión de riesgos laborales y de salud, es un organismo del país con autonomía, personalidad jurídica y patrimonio propio, que puede asegurar <sup>14</sup> el estricto cumplimiento de la Ley 87-01 y su normativa complementaria.
- e) El Seguro <sup>5</sup> Nacional de Salud (SNS), entidad pública con personalidad jurídica, autonomía administrativa, financiera y técnica, y tiene patrimonio propio, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- f) Las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), Son empresas financieras públicas, privadas o mixtas cuyo <sup>10</sup> objeto es administrar las cuentas personales de los afiliados e invertir en fondos de pensiones de manera adecuada.
- g) Las Gerente de Riesgos Sanitarios (ARS), son una institución pública, privada o mixta autorizada por la SIALRIL para disponer de patrimonio y personalidad jurídica propios, para asumir y gestionar los riesgos de brindar planes básicos de salud a un determinado número de beneficiarios y afiliados.

23

h) Las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS), de carácter público, privado o mixto, con o sin fines lucrativos.

i) Entidades públicas, privadas o mixtas, lucrativas y no lucrativas, cuya actividad principal sea el desempeño de funciones complementarias de seguridad social.

### **3.4. Financiamiento del nuevo método dominicano de protección social**

El capítulo III de la ley 87-01 habla sobre el financiamiento, cotizaciones y subsidios.

La Normativa Contributivo del Nuevo Método Dominicano de Protección Social (SDSS) consiste en los aportes y aportes obligatorios de afiliados y empleadores, los intereses, intereses e ingresos de la reserva del fondo solidario, y la infracción de las leyes vigentes y sus complementos mediante la ejecución de los bienes y ganancias producidos por sus propiedades. Consecuencias por la regulación; donaciones, heredad, legados, subvenciones y recompensas a su favor. ((SDSS), 2001)

El empleador financiará el sistema de cotización de pensiones, seguro de invalidez y sobrevivencia y seguro de salud familiar a un costo del 70% del costo total, mientras que el trabajador tiene derecho a treinta 30% del pago sobrante. El empleador pagará el cien por ciento (100%) del costo del seguro de riesgos laborales. Además, el empleador pagará el 0,4% de la paga de cotización a fin de pagar el capital de respaldo social del método de protección social. ((SDSS), 2001)

### **3.5 Regímenes del método dominicano de protección social**

El art. 7 de la ley 87-01 establece que el Nuevo Método Dominicano de Protección Social (SDSS) se encontrará compuesto por las consiguientes normativas de financiamiento:



Un Régimen Contributivo, que incluirá a la clase obrera gubernamental y privados y a los empleadores financiados por los trabajadores y los empleadores (incluido el estado como empleador).

Un Sistema Subsidiado resguardará a los obreros autónomos inestables cuyos ingresos estén por debajo del sueldo mínimo del país, así como a los discapacitados, desempleados y pobres que son financiados principalmente por la nación dominicana.

Un Sistema Contributivo Subsidiado, resguardará a los expertos y especialistas independientes y autónomos que sus ingresos medios sean iguales o superiores al sueldo mínimo del país, y compensará la escasez de empleadores mediante cotizaciones de los trabajadores y subvenciones estatales.

Los tres sistemas SDSS se basarán en las metodologías, los ideales, normativas y procedimientos prescritos por la ley. El Consejo Gubernamental de Protección Social comenzó a implementar los siguientes sistemas de pago, subsidio y cotización subsidiada:

Tabla 1. Tiempo de financiamiento de los Regímenes del SDSS

| Régimen de Salud        | Seguro familiar de salud | Seguro de Vejez | Riesgos Laborales |
|-------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------|
| Contributivo            | 15 meses                 | 18 meses        | 15 meses          |
| Subsidiado              | 18 meses                 | 36 meses        | No aplica         |
| Contributivo Subsidiado | 24 meses                 | 48 meses        | No aplica         |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ley 87-01.

Cada sistema adoptará métodos de financiamiento de acuerdo con su esencia y la suficiencia de pago de las personas y de la nación dominicana para asegurar el equilibrio fiscal y todos los beneficios previstos. Estos tres sistemas tendrán financiación independiente y contabilidad independiente.

Quienes reciban ingresos por actividades correspondientes a dos o más planes de financiación al mismo tiempo deben aportar al plan con mayor capacidad de participación. ((SDSS), 2001)

## CAPÍTULO IV: Método de Protección Social en Salud

El método de protección social en salud es un conglomerado de sistemas, reglas y procedimientos, según la Ley N ° 87-01 y sus normas, el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los dominicanos a través de estos sistemas, reglas y procedimientos. Y desarrollo. En este capítulo, introduciremos y analizaremos el concepto de sistema, las reglas y empresas que componen el sistema, los ingresos y otros aspectos.

### 4.1 Conceptos sobre Sistema de la seguridad social en salud

La protección social es la seguridad que brinda la comunidad a las personas y familias con la finalidad de certificar que tengan entrada a la asistencia médica y respaldar la protección de los ingresos, especialmente aquellos que pierden a su sostén de familia en caso de ancianidad, desempleo, enfermedad, invalidez, accidente de labor y parto.

Para INEAF Business School (2020), este es un método de protección social saludable: es un método de asistencia pública y bienestar que redistribuye la riqueza nacional para funcionar cuando sea necesario. Aclara a través de un conjunto de sistemas que el Estado garantiza que las personas dentro del ámbito de su aplicación puedan realizar actividades profesionales o cumplir con los requisitos de los métodos de no pago, y que sus familiares o ellos son responsables en las emergencias y circunstancias previstas por la ley. (Gonzalez, 2010)

El Método Dominicano de Protección Social proporciona tres tipos de aseguramiento, uno de ellos es el propósito del Seguro de Salud Familiar (SFS) es proteger completamente el bienestar físico y mental de los miembros y sus familias, y lograr la cobertura global, sin excluir edad, género, condición social, laboral o territorial, y

asegurar que la entrada al seguro médico esté regulado por costos de beneficios racionalizados y administración del sistema, los grupos sociales más vulnerables y garantizar la estabilidad económica. (SISALRIL), 2020)

<sup>9</sup> El seguro de salud familiar cubre la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, la recuperación del paciente, el embarazo, el parto y sus consecuencias. No incluye la "Ley de Seguros y Fianzas de República Dominicana" y el "Seguro de Riesgo Laboral" que establece la Ley N ° 87-01 para crear el Nuevo Método Dominicano de Protección Social (SDSS) para el tratamiento de accidentes de tránsito, accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.

El SDSS incluye a todas las entidades gubernamentales, privadas y mixtas que cumplen diligencias primarias o suplementarias de protección comunitaria en bienes materiales y humanos, exceptuando aquellas que se rigen <sup>34</sup> por la Ley N ° 340-98, que creó el Instituto <sup>18</sup> Dominicano del Seguro Social. . Según el artículo 7 de la Ley N ° 87-01, el Método <sup>42</sup> Dominicano de Protección Social (SDSS) consta de tres sistemas de financiamiento ((SDSS), 2001)

1. Régimen Contributivo: Incluye a los empleadores y trabajadores asalariados públicos y <sup>29</sup> privados financiados por trabajadores y empleadores (incluido el estado como empleador).
2. Régimen Subsidiado: Protege a los <sup>49</sup> autónomos inestables cuyos ingresos son inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados y pobres que son <sup>3</sup> financiados principalmente por el Estado dominicano.

3. Régimen Contributivo Subsidiado: Protegerá a los profesionales independientes, técnicos y trabajadores autónomos cuyo ingreso promedio sea igual o superior al salario mínimo nacional. Se utilizarán las contribuciones de los trabajadores y los subsidios estatales para compensar los déficits de los empleadores.

Hasta hace poco, se creía que la tasa de crecimiento de la fuerza laboral en los países en desarrollo eventualmente terminaría con el trabajo del sector formal cubierto por la seguridad social. Sin embargo, la experiencia muestra que el crecimiento del sector informal conduce al estancamiento o disminución de la cobertura. Incluso en países con un rápido crecimiento económico, cada vez más trabajadores (generalmente mujeres) siguen encontrando que su seguridad laboral es baja, como los trabajadores eventuales, el trabajo doméstico y ciertos tipos de sociedades autónomas que carecen de garantías de seguridad. Los grupos más vulnerables que no forman parte de la población activa son los discapacitados y las personas mayores, que no pueden con el apoyo de sus familiares y no pueden financiar sus pensiones.

#### 4.2 Prestaciones de la seguridad social en salud

##### Para el régimen contributivo:

I. Asistencias en linaje: planes y servicios básicos de salud para el alojamiento de los niños. II. Subsidio en efectivo: subsidio por enfermedad colectiva e incidencia no laboral, subsidio por maternidad y subsidio por lactancia. (SISALRIL, 2017)

Los miembros que se afilian a un seguro médico familiar por primera vez, ya sean de una empresa nueva o existente, y sus familiares, tienen derecho a recibir atención médica dentro de los 30 días posteriores al registro oficial, excepto en situaciones de emergencia, que serán inmediatas.

Es substancial marcar que el afiliado a SFS cuenta con una serie de derechos en el cuadro de este sistema de seguridad social, y estos derechos no estaban reconocidos en los planes de salud previamente vigentes. En este sentido, el beneficiario tiene derecho a mantenerse en contacto con el gestor de riesgos sanitarios (ARS) de su elección, independientemente de su condición social, sexo, estado de salud y edad; en el pasado, la edad y las enfermedades preexistentes estaban restringidas al tratamiento médico. Condiciones de seguro

**Para el régimen subsidiado las asistencias son las siguientes:**

Plan de salud básico, alojamiento para niños, beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios gratuitos, pensión solidaria para ancianos y discapacitados, todo o parte de la pensión de supervivencia solidaria, ARS bajo el sistema de subsidios es el Seguro Nacional de Salud (SENASA). (SISALRIL, 2017)

Los beneficiarios reciben servicios médicos de forma gratuita porque son financiados íntegramente por el Estado dominicano. Como todas las empresas afiliadas al Nuevo Método Dominicano de Protección Social (SDSS), esto se puede exigir si no se brinda un servicio excelente en la información debido a la afiliada de la Protección Social y el Departamento de Defensa (DIDA).

Las pensiones solidarias las otorga el CNSS en cooperación con agencias públicas de la administración central y gobiernos regionales y comunales.

Seguro humanitario por incapacidad: Al encontrarse restringido o imposibilitado para realizar un trabajo productivo por incapacidad permanente física, mental y / o mental y / o sensorial, el Estado subsidia la pensión para los beneficiarios del subsidio.

Pensión humanitaria por subsistencia: Es un subsidio otorgado por la nación para los dependientes debido a pensionistas unificados fallecidos. Qué es la pensión solidaria de vejez: la ((SDSS), 2001) la define como una pensión que otorga el Estado a los beneficiarios que tienen más de sesenta (60) años y <sup>1</sup> carecen de recursos suficientes para cubrir sus necesidades básicas.

En cuanto al método contributivo subsidiado las asistencias son como sigue: “Programa Básico de Salud y Servicios de alojamiento para niños” (SISALRIL, 2017)

### 4.3 Beneficiarios de la seguridad social en salud

Son favorecidos del Sistema Contributivo <sup>3</sup> del Seguro Familiar de Salud:

- a) El trabajador miembro.
- b) Jubilados en el sistema contributivo, separadamente de su circunstancia de salud y de su edad.
- c) El esposo del miembro y el jubilado o, en ausencia de un pensionado, la pareja o el hijo que haya estado casado con ellos en los tres años anteriores al registro, siempre que ninguna de las partes tenga obstáculos legales para contraer matrimonio.
- d) Descendientes del miembro menores de dieciocho años.
- e) Descendientes (no mayores de veintiún años) de empresas afiliadas, en el tiempo en que sean estudiantes.

Depende del hijo discapacitado o hijastro del afiliado o pensionado, independientemente de la edad. Los miembros nominales pueden registrar a cualquier menor bajo su tutela o tutela como dependiente directo en SDSS a través de la sentencia del tribunal competente. ((SDSS), 2001)

Como complemento, puede incluir a otros miembros de la familia que dependan económicamente del afiliado o que reciban pensiones, el parentesco de parentesco inmediato e incidental es mayor para los familiares cercanos, siempre que el miembro nominal asuma sus gastos de protección. Los extranjeros con situación migratoria regular en el país y sus dependientes directos, siempre que cuenten con alguno de los siguientes documentos, también tienen derecho al seguro médico familiar bajo el sistema de cotizaciones.

“Para el régimen subsidiado los agraciados son: Jefe del hogar, esposo o pareja y descendientes menores de dieciocho años; si estudian, tienen hasta 21 años; si son discapacitados, no hay límite de edad” (SISALRIL, 2017)

En los últimos tres (3) años, los padres de padres nominales deben ser económicamente dependientes de los mismos padres, y cualquiera que esté unido o no unido por parentesco puede vivir permanentemente bajo el mismo techo. Los dependientes que trabajan se considerarán elegibles para el estado financiero del núcleo familiar.

Para el sistema contributivo subsidiado se beneficiarán a: Los expertos y peritos los cuales laboran de manera autónoma, asimismo sus parientes; los obreros independientes del casco urbano y campestre, del mismo modo que sus parientes; los deliverys, igualmente sus parientes; los retirados y pensionistas <sup>35</sup> del Sistema de Contribución-Auxiliar. El Consejo Nativo de la Protección Social (CNSS) constituirá las guías y criterio mediante el cual se establecerá la población que cataloga para el Sistema de Contribución Subsidiado. ((SDSS), 2001)

Se entiende que los beneficios del Método de Protección Social hasta el instante no se han cumplido en el porcentaje de lo establecido, algunos beneficios no llegan a los afiliados como tal, se tiene un mal manejo y los dependientes no reciben la compensación necesaria.



Hasta ahora, el sistema de salud ha sido uno de los componentes más afectados en el desarrollo de los procedimientos del método de protección social, debido a que entre ellos se encuentran muchas quejas de los ciudadanos en los hospitales, problemas de costos y honorarios de consultoría. El tema más movido por la ciudadanía. ((SDSS), 2001)

#### **4.4 Gerentes de Riesgos Sanitarios (ARS)**

La Ley No. 87-01 explica que son organismos gubernamentales, privadas o combinadas, instituciones imparciales <sup>1</sup> acreditadas por la Administración de Salud y Riesgos Laborales para tener patrimonio propio y personalidad jurídica, y son las encargadas de brindar planes básicos de salud a un determinado número de personas. El riesgo está determinado por el pago per cápita previamente determinado por la Comisión Nacional del Seguro Social.

El ARS autogestionado es un ARS autorizado por el SISALRIL. Al momento de la promulgación de la Ley del Seguro Social, servía como función de seguro médico o de salud equivalente y estaba diseñado para gestionar los peligros de salud de cada uno de los trabajadores de determinadas corporaciones, departamentos profesionales, técnicos y / o entidades afines. Miembros de la organización; estos miembros son empleados de la agencia o miembros del sindicato autorizados por el sindicato y sus familiares. ((SDSS), 2001)

Desde una perspectiva, se puede decir que los gestores de riesgos en salud son los que más se benefician de la implementación del sistema de seguridad social, porque administran fondos, mientras que los ciudadanos no obtienen los beneficios correspondientes de los fondos administrados por estas instituciones.

#### 4.5 Constitución de las Gerentes de Riesgos Sanitarios (ARS)

Mediante Resolución No. 47-04 aprobada por la Comisión Nacional del Seguro Social el 3 de octubre de 2002, se reglamentó el Seguro Social dominicano para los gestores de riesgos en salud, la organización y ejercicio del Seguro Nacional de Sanitario y la protección de los usuarios del sistema.

##### **En su artículo 1 la ley habla del Contorno de Concentración:**

El objetivo de este estatuto es regular la organización y actividad de la agencia gestora de riesgos sanitario autorizada en el método de protección social dominicano, independientemente de su origen jurídica y el alcance geográfico de la acción. Los distintos tipos de <sup>1</sup> entidades autorizadas por ley para ser responsables de los riesgos de salud / administradores de seguros nacionales de salud, además de las normas contenidas en este reglamento, también deben cumplir con las disposiciones de sus propios ordenamientos jurídicos. (SISALRIL, 2017)

##### **En su artículo 2 dice de las La responsabilidad del gestor de <sup>1</sup> riesgos / Seguro Nacional Sanitario.**

Las Gestoras de Riesgos de Sanitarios / Seguro Nacional Sanitario están comprometidos de realizar las ocupaciones requeridas por la ley y las funciones que se enumeran a continuación:

- a) Mediante el sistema de prorateo, subsidio o sistema de prorateo de subsidios, se promueve la <sup>1</sup> afiliación de los residentes de la República Dominicana al método de protección social dominicano en el área geográfica de influencia, garantizándose siempre a los usuarios la libre elección de acuerdo con la Ley N ° 87-01, y a los trabajadores o jefe de hogar y la información sobre la afiliación de la familia se envía al Comité de

información y Recaudación de la Protección Social PRISS, la Agencia del Banco de Protección Social y la supervisión de riesgos de salud y ocupacional, noticias laborales y gastos por servicios de pago e información estadística relacionada. (SISALRIL, 2017)

- b) Gestionar los riesgos de sus afiliados de acuerdo a los costos de oportunidad y eficacia de las funciones médicas de su sistema de suministradores de asistencia de salud, estas personas concurrirán en estar comprometidas de emplear las políticas y prácticas establecidas por A.R.S. Reducir la aparición de enfermedades prevenibles o casos a los que no se les presta atención a tiempo. ARS evitará cualquier forma de discriminación bajo cualquier circunstancia. (SISALRIL, 2017)

- <sup>15</sup> c) Movilizar recursos para el funcionamiento del método de seguridad social dominicano mediante la correcta recepción y gestión del ingreso per cápita de los afiliados; y de acuerdo con los términos y condiciones determinados, pagar cuotas de servicios médicos a los proveedores de servicios médicos de PSS que hayan firmado contratos con proveedores de servicios médicos de PSS. (SISALRIL, 2017)

- <sup>1</sup> d) Organizar y garantizar la contribución de asistencia de salud estipulados en el "Plan Básico de Salud" con el propósito de obtener el alto estado de salud de sus miembros, y cobrar tarifas de acuerdo con los gastos per cápita correspondientes. Para ello, gestionarán y coordinarán la prestación de los servicios de salud mediante la contratación de prestadores de asistencia de salud y experto en salud; efectuarán un sistema de revisión de coste; enseñarán e comunicarán a los beneficiarios sobre la práctica ecuánime del método; instaurarán instrucciones de aseguramiento <sup>32</sup> para la calidad para brindar los servicios de salud. La entidad de servicios -PSS- brinda a los usuarios una atención integral, eficaz y oportuna. (SISALRIL, 2017)

- e) De acuerdo con las disposiciones legales que regulan esta materia, se garantizan las asistencias de salud procedente del sistema de riesgos laborales. (SISALRIL, 2017)
- f) Otros contenidos dedicados en los preceptos jurídicos y diversos reglamentos ajustables.

### **En el artículo 3 la consecución <sup>1</sup> del certificado de desempeño**

Para la obtención del certificado de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

- a) Estipulación para principiar operativos. La persona jurídica la cual pretenda proceder como gestor de riesgos sanitarios / aseguradora <sup>1</sup> nacional de salud deberá obtener el correspondiente certificado de funcionamiento emitido por el departamento de gestión de riesgos sanitarios y laborales de acuerdo con la normativa vigente. (SISALRIL, 2017)
- b) Encima de los requerimientos estipulados en esta normativa, las A.R.S / S.N.S también convendrán cumplir con la normativa que les sea de aplicación según su origen legal.
- c) Tema de la solicitud. La solicitud de comprobante de operatividad de un administrador de <sup>8</sup> riesgos de salud / seguro nacional de salud debe atestiguar el acatamiento de los requerimientos especificados en la Ley 87-01 y este reglamento, y estar acompañada de los siguientes documentos: (SISALRIL, 2017)
  - Estudio de viabilidad para <sup>9</sup> establecer la capacidad administrativa de la entidad y su viabilidad financiera, y un proyecto de presupuesto para el primer año de funcionamiento.
  - Documentos que acrediten el monto de capital requerido por el artículo 6 de <sup>37</sup> este reglamento.
- d) Una lista preliminar de prestadores de servicios, grupos de práctica y / o profesionales establecidos de esta manera, a través del cual se puede organizar la provisión de planes

básicos de salud para asegurar que sus capacidades sean suficientes en comparación con el número estimado de afiliados; los que cumplen con los requisitos legales. (SISALRIL, 2017)

- e) Un estudio de viabilidad puede demostrar que se ha alcanzado el número mínimo de filiales que establece este reglamento en el período presentado para tal fin. (SISALRIL, 2017)
- f) Un informe detallando el sistema de información a utilizar, detallando el programa informático y hardware, y la disponibilidad del sistema para cumplir con los informes y requisitos requeridos por la autoridad competente. (SISALRIL, 2017)
- g) Los planes y programas de auditoría relacionados con la red de proveedores de servicios están diseñados para <sup>1</sup> garantizar la calidad y puntualidad de los servicios prestados a los agraciados. (SISALRIL, 2017)
- h) Otra información requerida por la <sup>1</sup> Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales para garantizar el cumplimiento de los requisitos anteriores y los requisitos legales. (SISALRIL, 2017)

<sup>8</sup> Requisitos de divulgación y oposición a terceros. Dentro de los cinco días hábiles

subsiguientes a la recepción del documento completo mencionado anteriormente, el gerente de riesgos de salud y ocupacional autorizará la publicación de un aviso de intención <sup>15</sup> en un periódico de amplia difusión para obtener el certificado de operación de la entidad. Nacionales, que deben <sup>19</sup> expresar el nombre de la persona asociada, el monto de capital, el nombre de la entidad, y la ubicación del negocio con base en la investigación proporcionada en la solicitud.

Dicha advertencia será divulgado en nombre de <sup>1</sup> los interesados por tres (3) días consecutivos en un periódico de amplia circulación nacional, con el fin de hacer pública

dicha solicitud y permitir a los terceros presentar ante el SISALRIL oposición documentada <sup>8</sup> en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación. ((SDSS), 2001)

El solicitante recibirá inmediatamente una notificación por escrito de objeción.

Autorización operativa, el encargado de gestión de riesgos laborales y de salud corresponderá a solucionar la solicitud <sup>6</sup> en un máximo de cuatro meses posteriores a la realización de la solicitud.

Si la solicitud o las documentaciones que la acompañan necesitan aclaraciones o complementos, SISALRIL notificará <sup>1</sup> al solicitante dentro de un mes siguiente a la presentación de la solicitud para aclarar o complementar la información relevante. Si el solicitante no proporciona información dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la solicitud de SISALRIL, se puede entender que ha retirado la solicitud. Si SISALRIL no toma una decisión después de cuatro (4) meses, es comprensible que se haya aprobado el ARS.

Cuando se solicite cumplir con <sup>1</sup> requisitos legales y verificar el carácter, responsabilidad, aplicabilidad y solvencia financiera del personal que participa en los socios, contribuyentes o gerentes, SISALRIL otorgará a la entidad una autorización de funcionamiento. ((SDSS), 2001)

#### **Denominación social de los gestores de riesgos.**

En todo caso, se agregará la abreviatura "A.R.S" al nombre de la empresa de "Gestores de Riesgos Sanitarios" y se indicará el número de certificación SISALRIL.

#### 38 4.6 Autonomía financiera, técnica y administrativa de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)

41 El capítulo II del reglamento para la organización y regulación de las administradoras de riesgos de salud (ARS) está basado en el régimen patrimonial.

##### Monto del capital mínimo

1 De acuerdo con el artículo 150 (g) de la Ley N° 87-01 autorizado por SISALRIL, los administradores de riesgos de salud o el seguro nacional de salud deben acreditar el capital mínimo acorde con las posteriores clases:

18 Para ARS / SNS en los términos provisionales del Artículo 149 de la Ley N° 87-01 reconocido por SISALRIL, utilizarán 1 los cálculos de la siguiente tabla:

| Capital Suscrito y Pagado | SMML  | Capital Mínimo |
|---------------------------|-------|----------------|
| 10,000 a 100,000          | 2,000 | 5,224,000      |
| 100,001 a 500,00          | 3,000 | 7,836,000      |
| 500,001 en adelante       | 4,000 | 10,448,000     |

Fuente: Ley 87-01 (Elaboración propia)

Para las ARS de reciente creación, acreditadas de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 de este Estatuto, corresponderán a demostrar un mínimo de bienes mayor a seis mil sueldos mínimos legales cada mes (SMML). ((SDSS), 2001)

Las ARS municipales a que se refiere el artículo 156 comprometerán registrar su capital mínimo en un monto equivalente al salario mínimo legal de 1.000 mensuales.

Una ARS local que tenga un acuerdo comercial con una ARS nacional utilizará los formularios en esta sección y también pagará una tarifa equivalente a 1,000 salarios mínimos mensuales reglamentarios a su capital mínimo. Se proporcionarán donaciones en especie en forma de bienes raíces a la sede de la ARS / SNS, así como los artículos que necesiten las organizaciones administrativas y financieras de la entidad. (Salud, 2003)

Para calcular el capital mínimo mencionado en este artículo, el valor calculado de sus propiedades físicas no excederá el cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo.

#### **Artículo 6. Variación del capital por orden de autoridad.**

Cuando la supervisión de riesgos de salud y ocupacional determina que el capital del gestor de riesgos o salud del seguro nacional de salud ha caído por debajo del límite mínimo prescrito por las leyes o reglamentos correspondientes, afecta gravemente la continuidad de su seguro médico. Una vez prestado el servicio, puede solicitar una explicación del caso y ordenarle que repare el defecto en un plazo máximo de tres (3) meses. Si luego de esto, ARS / SNS no registra la diferencia de cobertura, se revocará la autorización de operación.

#### **Artículo 7. Reserva legal.**

Las reservas legales son activos que las instituciones financieras les corresponden consignar en el banco central como garantía de sus deudas. La reserva legal es también una cuenta de reserva que la empresa debe tener de acuerdo con la normativa vigente.

Las ARS constituidas en forma de sociedad mercantil deben realizar una reserva legal estipulada en el Código de Comercio Dominicano para asegurar el normal funcionamiento y prestación de los servicios.



**1**  
**Artículo 8. Margen de solvencia.**

Para certificar la liquidez de los gestores de riesgos de salud y/o Seguro Nacional de Salud, mantendrán, sin excepción, un depósito de solvencia igual a al menos una (1) veces, que es el resultado de <sup>20</sup> multiplicar el número de afiliados que posee cada afiliado. Calcule el valor de la deuda per cápita y el promedio mensual promedio de las deudas que se pueden deducir de la biblioteca del seguro social. CNSS revisará este límite de solvencia en base al comportamiento del proceso en base a las recomendaciones de SISALRIL.

Para calcular el valor del margen de solvencia se reducirá trimestralmente, y la <sup>1</sup> ARS y/o el Seguro Nacional de Salud registrarán la suma de los resultados de ejecución de las operaciones anteriores como margen de solvencia. El número y composición de miembros en el período anterior. ((SDSS), 2001)

Para los planes complementarios, también es necesario determinar el margen de solvencia determinado en la fecha anterior con base en el valor promedio mensual del plan complementario en función del número de empresas afiliadas en el período inmediatamente anterior a la fecha de liquidación margen de solvencia.

El tipo, composición y restricciones del portafolio de inversiones correspondiente a la diferencia de solvencia se basará en el certificado de depósito fijo en la institución del sistema financiero nacional. (SISALRIL, 2017)

**Artículo 9. Operaciones Financieras No Autorizadas. (SISALRIL, 2020)**

Los Administradores de Riesgos Salud / Seguro Nacional Sanitario se abstendrán de:

- a) Utilizar los recursos per cápita recibidos en cualquier forma para fines distintos a los especificados en la Ley 87-01 y este Reglamento.
- b) En cualquier forma, la tributación de valores por cuenta de inversiones que constituyan el margen de solvencia exigido por este Reglamento, salvo que el valor del margen de solvencia sea superior al capital mínimo acreditado, el impuesto podrá ser equivalente al 5% del valor del margen de fondos realizables. Diez (50%). Las elecciones de inversión y el impuesto al margen de solvencia no pueden ejecutarse al mismo tiempo. El impuesto solo es aplicable a operaciones de inversión que garanticen mejoras de infraestructura y servicio.
- c) En los primeros dos (2) años posteriores a la emisión del certificado de autorización, los ingresos distribuidos por el gerente de riesgo de salud / seguro nacional de salud no excederán el tres por ciento (3%) de los ingresos devengados por la persona. El promedio estimado de gastos de publicidad per cápita ingresos. Cualquier otro gasto debe pagarse con sus propios recursos.

#### 4.7 Supervisión y fiscalización de los Gestores de Riesgos de Sanitarios (ARS)

El dictamen N ° 87-01, que estableció el Nuevo Método Dominicano de Protección Social, estableció la Dirección de Salud y Gestión de Riesgos Laborales como organismo de supervisión, control y regulación de la Gestora de Riesgos Sanitarios (ARS) y la Gestora de Riesgos Laborales (ARL). (SISALRIL, 2020)

En el proceso de organización del seguro de salud familiar y del seguro de riesgos laborales, se emitieron reglamentos y resoluciones que crean un marco regulatorio completo que define el modelo operativo de las entidades relacionadas con la prestación de servicios de salud. Disfrute de salud y otros beneficios de acuerdo con la ley. (SISALRIL, 2020)

Para cumplir con su misión, SISALRIL ha diseñado y establecido procedimientos, metodología y herramientas para la supervisión, control e inspección de ARS y ARL de acuerdo con lo establecido legalmente en la normativa complementaria, estableciendo así un conjunto de mecanismos para asegurar que ARS y ARL monitoreen estrictamente estas entidades.

Una herramienta para auditar, monitorear el proceso de operación y gestión de ARS y ARL, el Sistema Nacional de Información y Monitoreo, que opera a través de diferentes esquemas de control para implementar el Plan de Servicios de Salud (PDSS), así como planes médicos complementarios, voluntarios y prepagos son SISALRIL en su Parte de la plataforma de monitoreo de tecnología especializada que se posee en el trabajo de supervisión. (SISALRIL, 2020)

La agencia actualiza constantemente estas herramientas e introduce las innovaciones tecnológicas necesarias para una mayor calidad y una supervisión eficaz. En este sentido, ha creado una plataforma para el establecimiento de un nuevo plan de cuentas, que es una de las herramientas de auditoría financiera para la auditoría continua de ARS y ARL. El directorio definido en la Resolución No. 162-08 entró en vigencia el 1 de enero de 2010. ARS y ARL intentan estandarizar el registro de cuentas a través del directorio con el fin de observar el desempeño de las entidades antes mencionadas por métodos globales y de comparación.

**Parte 3. Marco Metodológico**  
**CAPÍTULO V: Aspectos Metodológicos**

**5.1 Tipo de investigación**

La metodología de la investigación hace referencia a un conjunto de técnicas de origen científico aplicadas a un objeto de estudio, con el objetivo de arrojar resultados sobre la problemática expuesta. La manera en que se logra el desarrollo del tema de estudio que incluyen desde la perspectiva del tipo, diseño, objetivos y fases de la investigación; así mismo, se deben agregar las fuentes de información para establecer el contexto del estudio (Pardinas 2009).

Con metodología se refiere a un conjunto de bases de carácter general que permitan asentar sobre ellas cualquier tipo de conocimiento, aquellas bases en las que se apoya el conocimiento y el dominio de los métodos, los cuales son el medio o camino que se debe utilizar para lograr un fin determinado. Al buscar una base de datos, solo las referencias que están estrechamente relacionadas con el problema específico que se va a estudiar son significativas. (Sampieri, 2014)

La mayor parte de los autores describen y explican las diferencias entre las características de los métodos de investigación tanto cuantitativos como cualitativos. El método cuantitativo refiere en aspectos numéricos, en datos cuantificables que permitan obtener resultados y opiniones en base a números. Es decir, "Intenta medir la inconstante con correspondencia a la amplitud. Habitualmente, se ha utilizado con éxito en experimentos, descripciones, explicaciones e investigaciones exploratorias, aunque no las únicas." (Niño, 2011).

La investigación cualitativa se refiere a la calidad del objeto de investigación, descrito por la descripción de la situación de la investigación, y sacar conclusiones sin utilizar fuentes digitales. La tarea de este método es recopilar y analizar información de todas las formas posibles (excepto números). Suelen centrarse en explorar casos o ejemplos limitados pero detallados que se consideran interesantes. (Loraine Blaxter, 2000)

Esta investigación es tipo cualitativa-cuantitativa porque se analiza la situación financiera de las ARS basándose en análisis documental y datos numéricos.

54

## 5.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación se detalla como las metodologías y procesos seleccionados por los investigadores, combinándolos de forma lógica para resolver eficazmente los problemas de investigación.

El prototipo de problemática de investigación que enfrente la alineación establecerá el diseño y viceversa. Identificar inconstantes en un diseño de investigación basado en tecnología, especificar las herramientas utilizadas para compilar datos, cómo se manejarán estas instrumentos para coleccionar y estudiar datos y otros factores.

Un diseño de investigación influyente generalmente produce desviaciones mínimas en los datos y aumenta la confianza en la información recopilada y analizada. El diseño que produce el menor error en la investigación experimental puede considerarse el mejor.

El diseño de indagación se logra dividir en cinco tipos: diseño de investigación descriptivo, diseño de investigación experimental, diseño de exploración de correlación, diseño de investigación de diagnóstico y diseño de investigación explicativa. (Sampieri, 2014)

El diseño del estudio será descriptivo y los investigadores solo están atraído en detallar la situación <sup>7</sup> o caso de su estudio. Es un diseño de estudio fundado en la hipótesis, creado por medio de la compilación, el <sup>7</sup> análisis y la presentación de datos recopilados.

Al efectuar un diseño de investigación tan profundo, los investigadores pueden obtener información sobre las razones y los métodos de investigación. (Quetionpro, 2014)

### **5.3 Población y determinación de la muestra**

#### **5.3.1 Población.**

“La población es un acumulado de elementos o casos que cumplen con criterios específicos, pretendemos generalizarlos ya sean individuos, objetos o eventos” (McMillan, 2006)

Para el presente estudio la población tomada en cuenta fue todas las Administradoras de Riesgo de Salud (ARS)

#### **5.3.2 Muestra.**

Para el presente estudio se utilizará un muestreo no probabilístico, mediante un análisis documental de las ARS.

### **5.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Las técnicas de recolección de datos se dividen en técnicas cualitativas, cuantitativas e híbridas. La investigación cuantitativa tiene como objetivo recopilar datos numéricos o precisos. Su tecnología está estandarizada y sistematizada, con el objetivo de obtener datos precisos. Por tanto, tienen mayores aplicaciones en estadística o ciencias precisas como la biología o la química.

Por otro lado, la investigación cualitativa intenta obtener información sobre los antecedentes y características de los fenómenos sociales. Por tanto, los datos digitales no son suficientes, la tecnología necesaria puede darnos una comprensión más profunda de la realidad a analizar.

Las técnicas mixtas, se refiere aquellas que acuerdan recopilar información tanto cualitativa como cuantitativa.

Sobre la base de la investigación cuantitativa, se adopta la siguiente técnica: Es la observación que permite obtener con precisión información para <sup>47</sup> el desarrollo del fenómeno a analizar. Este método puede obtener información cualitativa o cuantitativa basada en el método de finalización. (Sampieri, 2014)

Documentos y Registro; Esta incluye verificar <sup>13</sup> los datos existentes en documentos existentes, como bases de datos, registros de reuniones, informes, registros de asistencia, etc. Por tanto, el aspecto más importante de este método es la capacidad de encontrar, seleccionar y analizar la información disponible.

Segun expresa (Kawulich, 2005) <sup>13</sup> “La información recopilada puede proporcionar información incorrecta o incompleta. Por lo tanto, debe analizarse en combinación con otros datos para que sea útil para la investigación”

## 5.5 Fuentes

Para la realización de la investigación las fuentes de recolección de datos pueden ser: primarias y secundarias.

Las referencias o fuentes primarias proporcionan datos de primera mano, pues se trata de documentos que incluyen los resultados de los estudios correspondientes.

Ejemplos de fuentes primarias son: libros, antologías, artículos de publicaciones periódicas, monografías, tesis y disertaciones, documentos oficiales, reportes de asociaciones, trabajos presentados en conferencias o seminarios, artículos periodísticos, testimonios de expertos, documentales, videocintas en diferentes formatos, foros y páginas en internet, etcétera. Dentro de esta categoría la investigación obtuvo información de libros, tesis de maestrías, y leyes. (Sampieri, 2014)

Las fuentes secundarias tienen como principio recopilar, resumir y reorganizar información contenida en las fuentes primarias. Fueron creadas para facilitar el proceso de consulta, agilizando el acceso un mayor número de fuentes en un menor tiempo. (Replinger, 2017)

Dentro de esta categoría se puede mencionar que la investigación contiene informes de la SISALRIL, artículos sobre estudios relacionados al tema de investigación, consultas a tesis, etc.



## Parte 4. Resultados, Conclusiones y Recomendaciones

### CAPITULO VI. Resultados de la Investigación

#### 6.1 Resultados

Al realizar el trabajo de campo donde se analizaron documentos sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social y la gestión financiera realizada por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) se obtuvieron los siguientes resultados:

#### **Población afiliada al Seguro Familiar de Salud.**

Al analizar la población afiliada al Seguro Familiar de Salud desde su inicio en el año 2007 hasta el 31 de diciembre del 2018 se observó lo siguiente:

Tabla 002. Población afiliada al Seguro Familiar de Salud.

| Año  | Total afiliación | Titulares | Dependientes | Dependientes Adicionales |
|------|------------------|-----------|--------------|--------------------------|
| 2007 | 1,599,467        | 1,005,990 | 586,713      | 6,764                    |
| 2008 | 1,729,671        | 992,746   | 718,099      | 18,826                   |
| 2009 | 2,096,232        | 1,084,705 | 965,195      | 46,332                   |
| 2010 | 2,417,992        | 1,183,463 | 1,163,938    | 70,591                   |
| 2011 | 2,586,943        | 1,224,959 | 1,266,038    | 95,946                   |
| 2012 | 2,747,735        | 1,270,865 | 1,362,366    | 114,504                  |
| 2013 | 2,965,326        | 1,353,109 | 1,478,208    | 134,009                  |
| 2014 | 3,224,947        | 1,451,773 | 1,621,827    | 151,347                  |
| 2015 | 3,407,061        | 1,544,927 | 1,683,703    | 178,431                  |
| 2016 | 3,689,816        | 1,668,163 | 1,839,469    | 182,184                  |
| 2017 | 4,020,299        | 1,819,118 | 1,995,239    | 205,942                  |
| 2018 | 4,240,469        | 1,896,154 | 2,123,086    | 221,229                  |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

Tal como se observa en la tabla 002 el número de afiliados al Seguro Familiar de Salud paso de 1,599,467 en el año 2007 a 4,240,469, en el año 2018, lo que muestra un crecimiento en 2,641,002 personas. Con esto se evidencia la evolución favorable que cada año presenta el sistema de salud del régimen contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

#### **Recaudación del Seguro Familiar de Salud.**

Mediante análisis de la gestión de la recaudación de la seguridad social se observa que para costear la salud y prestaciones relacionadas a los afiliados se eroga la suma de RD\$ 25,048,607,029.36, tal como se detalla a continuación:

Tabla 003. Recaudación Del Seguro Familiar De Salud.

| <b>Año</b> | <b>Total Costos</b> | <b>Titulares</b>  | <b>Dependientes</b> | <b>Dependientes Adicionales</b> |
|------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------------------|
| 2007       | 773,070,385.11      | 486,225,146.70    | 283,575,994.29      | 3,269,244.12                    |
| 2008       | 1,072,390,826.54    | 615,498,829.91    | 445,219,876.63      | 11,672,120.00                   |
| 2009       | 1,509,159,518.39    | 782,288,977.69    | 696,202,926.58      | 30,667,614.12                   |
| 2010       | 1,744,372,374.60    | 853,843,634.27    | 839,598,745.65      | 50,929,994.68                   |
| 2011       | 2,038,316,363.25    | 965,159,610.47    | 997,506,056.60      | 75,650,696.18                   |
| 2012       | 2,166,723,697.18    | 1,002,156,511.60  | 1,074,271,621.26    | 90,295,564.32                   |
| 2013       | 2,477,062,451.67    | 1,129,698,724.50  | 1,235,352,491.49    | 112,011,235.68                  |
| 2014       | 2,695,428,414.42    | 1,213,510,489.85  | 1,355,408,764.60    | 126,509,159.97                  |
| 2015       | 3,115,844,602.25    | 1,412,978,795.57  | 1,539,773,138.70    | 163,092,667.98                  |
| 2016       | 3,384,278,449.05    | 1,525,939,619.79  | 1,682,537,066.64    | 175,801,762.62                  |
| 2017       | 4,071,959,946.90    | 1,842,904,598.96  | 2,020,547,955.68    | 208,507,392.26                  |
| 2018       | 25,048,607,029.36   | 11,830,204,939.31 | 12,169,994,638.12   | 1,048,407,451.93                |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

#### **Análisis situación financiera de las Administradoras de Riesgos de Salud**

Mediante datos obtenidos de la SISARIL sobre los estados financieros de los meses de enero-diciembre de año 2018, se obtuvieron los siguientes resultados:

## Cuentas por pagar a las prestadoras de servicios de salud

En la siguiente tabla se presentan las cuentas por pagar a las prestadoras de servicios de salud desde enero a diciembre del año 2018, segmentadas por las diferentes categorías de las ARS.

Tabla 004. Cuentas por pagar a las Prestadoras de Servicios de Salud enero a diciembre 2018

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

| Mes          | ARS Publicas             | ARS Auto Gestión        | ARS Privadas             | Total General             |
|--------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Enero        | 4,328,446,494.48         | 801,355,532.64          | 7,122,292,958.28         | 12,252,094,985            |
| Febrero      | 4,511,319,484.41         | 806,196,019.55          | 7,278,444,729.62         | 12,595,960,234            |
| Marzo        | 4,848,038,567.44         | 782,682,528.28          | 7,466,934,175.47         | 13,097,655,271            |
| Abril        | 4,797,726,233.91         | 758,980,986.31          | 7,483,444,747.59         | 13,040,151,968            |
| Mayo         | 4,829,620,916.11         | 729,929,450.52          | 7,545,721,912.07         | 13,105,272,279            |
| Junio        | 4,981,391,497.26         | 797,102,507.68          | 7,553,853,887.42         | 13,332,347,892            |
| Julio        | 5,023,014,026.38         | 816,432,010.70          | 7,646,769,860.35         | 13,486,215,897            |
| Agosto       | 4,907,514,273.60         | 850,055,979.60          | 7,608,957,773.25         | 13,366,528,026            |
| Septiembre   | 5,139,525,853.23         | 888,760,849.94          | 7,254,617,293.67         | 13,282,903,997            |
| Octubre      | 5,424,625,963.34         | 947,597,455.67          | 7,572,774,447.20         | 13,944,997,866            |
| Noviembre    | 5,751,691,166.58         | 922,203,004.02          | 7,808,896,952.30         | 14,482,791,123            |
| Diciembre    | 4,760,760,456.89         | 866,535,875.39          | 7,195,955,301.43         | 12,823,251,634            |
| <b>TOTAL</b> | <b>59,303,674,933.63</b> | <b>9,967,832,200.30</b> | <b>89,538,664,038.65</b> | <b>158,810,171,172.58</b> |



Figura 1. Porcentaje Cuentas por Pagar 2018

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

En esta tabla se presenta el total general de las cuentas por pagar de las tres categorías de ARS, donde refleja que las ARS Privadas representan el 57%, las ARS Publicas el 37% y las ARS Autogestión el 6% de las cuentas por pagar del año 2018. Donde se observa que a lo largo del año cada ARS varía un mínimo de sus cuentas por pagar.

También muestra los subtotales de cada mes del año 2018 de las diferentes categorías de las ARS, mostrando que las ARS Privadas poseen las cuentas por pagar más altas.

### **Reservas Técnicas**

La parte de las primas recibidas por las entidades de seguros, como precio por la cobertura de los riesgos asumidos, y no gastadas en indemnizaciones por daños y siniestros acaecidos, se constituyen como reservas que se materializan en activos, depósitos o valores de elevada solvencia con la finalidad de garantizar a los asegurados las obligaciones con ellos contraídas.

Las Reservas Técnicas son los recursos que deben constituir las ARS/SNS por las Aportaciones no Devengadas y por las Reclamaciones Pendientes de Pago, por los servicios de Salud ofrecidos a sus afiliados, según se establece en la Resolución No. 163/2.

En la tabla 005 se analizaron las reservas técnicas de las ARS Privadas, públicas y las ARS Autogestión, desde enero a diciembre del 2018.

Tabla 005. Reservas Técnicas enero-diciembre, 2018

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

| Mes          | ARS Publicas             | ARS Auto Gestión         | ARS Privadas             | Total General             |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Enero        | 4,506,680,384            | 816,595,423              | 7,608,179,394            | 12,931,455,201            |
| Febrero      | 4,674,724,066            | 819,432,830              | 7,770,616,699            | 13,264,773,596            |
| Marzo        | 5,010,712,332            | 798,089,476              | 7,949,734,211            | 13,758,536,019            |
| Abril        | 4,966,379,377            | 784,827,469              | 7,973,063,763            | 13,724,270,609            |
| Mayo         | 4,967,651,396            | 762,133,304              | 8,052,581,820            | 13,782,366,520            |
| Junio        | 5,134,576,457            | 832,688,459              | 8,038,817,690            | 14,006,082,607            |
| Julio        | 5,169,394,777            | 856,231,993              | 8,145,935,940            | 14,171,562,710            |
| Agosto       | 5,048,856,584            | 889,013,174              | 8,074,131,426            | 14,012,001,185            |
| Septiembre   | 5,297,160,953            | 926,864,927              | 7,699,876,431            | 13,923,902,311            |
| Octubre      | 5,593,307,205            | 989,384,649              | 7,992,583,655            | 14,575,275,509            |
| Noviembre    | 5,942,578,148            | 965,814,868              | 8,239,935,704            | 15,148,328,720            |
| Diciembre    | 5,091,727,545            | 923,262,867              | 7,726,417,935            | 13,741,408,347            |
| <b>TOTAL</b> | <b>61,403,749,224.30</b> | <b>10,364,339,441.40</b> | <b>95,271,874,668.10</b> | <b>167,039,963,333.80</b> |

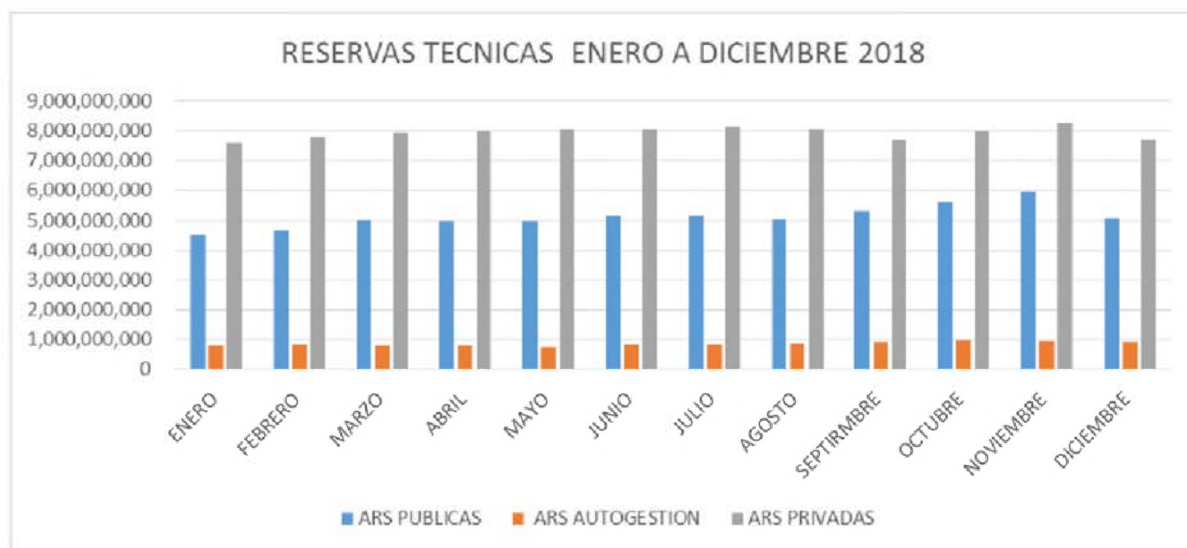


Figura 2. Reservas Técnicas enero a diciembre 2018

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

Según los datos ilustrados en la tabla, se observa que las reservas técnicas de las ARS prácticamente no variaron en todo el año, exceptuando el mes de diciembre bajaron las reservas. Esto muestra que las ARS mantienen elevadas solvencias garantizando las obligaciones con los afiliados.

### **Inversiones de las Reservas Técnicas**

La cobertura de inversión de las reservas técnicas es uno de los mecanismos que permite revelar si una institución de seguros puede hacer frente a los riesgos derivados de sus contratos de seguro. Son las inversiones que deben realizar las ARS/SNS para avalar sus Reservas Técnicas, Según se establece en la Resolución No. 163/2009.

La tabla 006 muestra el total general de las inversiones de las reservas técnicas de las tres categorías de ARS, donde refleja que las ARS Privadas representan el 60%, las ARS Publicas el 33% y las ARS Autogestión el 7% de dichas inversiones en el año 2018. Los datos muestran que las inversiones mensuales avalan las reservas correspondientes y así lograr hacer frente a los riesgos como se mencionó anteriormente.

Tabla 006. Inversiones de las Reservas Técnicas enero-diciembre, 2018.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

| <b>Mes</b>   | <b>ARS Publicas</b>      | <b>ARS Auto Gestión</b>  | <b>ARS Privadas</b>       | <b>Total General</b>      |
|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Enero        | 4,892,845,400            | 1,027,235,417            | 9,715,863,533             | 15,635,944,350            |
| Febrero      | 5,078,891,279            | 1,027,982,723            | 9,876,103,861             | 15,982,977,862            |
| Marzo        | 5,098,546,423            | 1,033,314,748            | 9,853,114,597             | 15,984,975,768            |
| Abril        | 5,615,167,653            | 1,104,176,055            | 10,080,199,520            | 16,799,543,228            |
| Mayo         | 5,883,769,669            | 1,170,641,415            | 9,952,648,475             | 17,007,059,559            |
| Junio        | 5,843,252,289            | 1,203,115,040            | 10,237,746,200            | 17,284,113,528            |
| Julio        | 5,853,277,562            | 1,246,019,240            | 10,245,805,724            | 17,345,102,526            |
| Agosto       | 6,083,400,121            | 1,249,188,658            | 10,627,259,728            | 17,959,848,508            |
| Septiembre   | 6,116,528,214            | 1,246,656,301            | 10,647,672,684            | 18,010,857,199            |
| Octubre      | 5,932,157,737            | 1,272,993,290            | 10,495,171,361            | 17,700,322,388            |
| Noviembre    | 5,864,755,322            | 1,276,653,139            | 10,466,887,175            | 17,608,295,636            |
| Diciembre    | 5,969,884,773            | 1,280,581,993            | 10,553,038,441            | 17,803,505,206            |
| <b>TOTAL</b> | <b>68,232,476,441.73</b> | <b>14,138,558,018.34</b> | <b>122,751,511,298.25</b> | <b>205,122,545,758.32</b> |



Figura 3. Inversiones de las Reservas Técnicas enero-diciembre, 2018  
 Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.*

**Excedente o déficit de las reservas técnicas**

Esta refleja en negativo el monto en dinero que le falta para cumplir los compromisos con los proveedores de servicios de salud y en positivo el monto que dispone en adición a lo requerido.

La tabla siguiente muestra el total general de excedente o déficit de las reservas técnicas de las ARS públicas, privadas y de auto gestión. De esta forma, se visualiza que las ARS Publicas desde marzo hasta en el mes de octubre presentan excedentes, para el mes de noviembre presenta un déficit de RD\$77, 822, 826. Las demás ARS se mantuvieron con excedente durante todo el año 2018.

Analizando los datos de la tabla 007, se evidencia que las ARS tienen excedentes muy altos, superando los RD\$38 mil millos de pesos al año.

Tabla 007. Total general del Excedente o Déficit de las Reservas Técnicas, 2018

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

| Mes          | ARS Publicas            | ARS Auto Gestión        | ARS Privadas             | Total General            |
|--------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enero        | 386,165,017             | 210,639,994             | 2,107,684,139            | 2,704,489,150            |
| Febrero      | 404,167,213             | 208,549,892             | 2,105,487,162            | 2,718,204,266            |
| Marzo        | 87,834,091              | 235,225,271             | 1,903,380,387            | 2,226,439,750            |
| Abril        | 648,788,276             | 319,348,586             | 2,107,135,757            | 3,075,272,619            |
| Mayo         | 916,118,273             | 408,508,111             | 1,900,066,655            | 3,224,693,039            |
| Junio        | 708,675,832             | 370,426,580             | 2,198,928,509            | 3,278,030,921            |
| Julio        | 683,882,785             | 389,787,247             | 2,099,869,784            | 3,173,539,817            |
| Agosto       | 1,034,543,536           | 360,175,484             | 2,553,128,302            | 3,947,847,323            |
| Septiembre   | 819,367,261             | 319,791,374             | 2,947,796,254            | 4,086,954,888            |
| Octubre      | 338,850,532             | 283,608,641             | 2,502,587,705            | 3,125,046,878            |
| Noviembre    | (77,822,826)            | 310,838,271             | 2,226,951,471            | 2,459,966,915            |
| Diciembre    | 878,157,228             | 357,319,126             | 2,826,620,506            | 4,062,096,859            |
| <b>TOTAL</b> | <b>6,828,727,217.43</b> | <b>3,774,218,576.94</b> | <b>27,479,636,630.15</b> | <b>38,082,582,424.52</b> |

#### **Beneficios o pérdidas del periodo enero-diciembre 2018.**

Esta columna muestra en negativo la cantidad de dinero que la ARS indica que ha perdido durante el año o periodo actual de sus operaciones y en positivo la cantidad que se ha ganado.

Este cuadro muestra pérdidas de las ARS auto gestión durante todo el periodo de enero-diciembre del año 2018. Asimismo, las ARS públicas presentaron pérdidas durante los meses de octubre y noviembre. Sin embargo, las ARS privadas mantuvieron beneficios del total del año 2018.



Tabla 008. Beneficios o pérdidas del periodo enero-diciembre 2018

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

| Mes          | ARS Publicas            | ARS Auto Gestión         | ARS Privadas             | Total General            |
|--------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enero        | 148,699,650             | (12,765,284)             | 246,425,110              | 382,359,476              |
| Febrero      | 262,814,804             | (6,716,712)              | 501,630,593              | 757,728,685              |
| Marzo        | 233,821,915             | (32,289,625)             | 619,567,409              | 821,099,698              |
| Abril        | 278,000,678             | (57,531,467)             | 845,339,719              | 1,065,808,930            |
| Mayo         | 535,432,410             | (60,552,666)             | 916,838,701              | 1,391,718,446            |
| Junio        | 385,056,072             | (79,030,523)             | 1,138,140,632            | 1,444,166,181            |
| Julio        | 349,428,761             | (112,796,027)            | 1,257,050,430            | 1,493,683,164            |
| Agosto       | 482,059,663             | (138,319,634)            | 1,249,441,817            | 1,593,181,846            |
| Septiembre   | 251,964,602             | (119,766,140)            | 1,534,447,437            | 1,666,645,899            |
| Octubre      | (10,907,769)            | (157,768,798)            | 1,619,019,979            | 1,450,343,412            |
| Noviembre    | (52,079,548)            | (174,698,400)            | 1,617,285,774            | 1,390,507,826            |
| Diciembre    | 667,268,147             | (102,832,628)            | 1,893,019,852            | 2,457,455,371            |
| <b>TOTAL</b> | <b>3,531,559,385.06</b> | <b>-1,055,067,903.32</b> | <b>13,438,207,453.25</b> | <b>15,914,698,934.99</b> |

De acuerdo con el informe financiero rendido por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (Sisalril) en la tabla 008, durante 2018 los beneficios de las ARS ascendieron a RD\$15,698.9 millones. De esa cantidad, RD\$13,400 millones (75%) corresponden a las privadas y RD\$3,531 millones (19%) a las públicas. Mientras que las de autogestión están en números rojos con pérdidas que ascienden a RD\$1,055 millones -6%

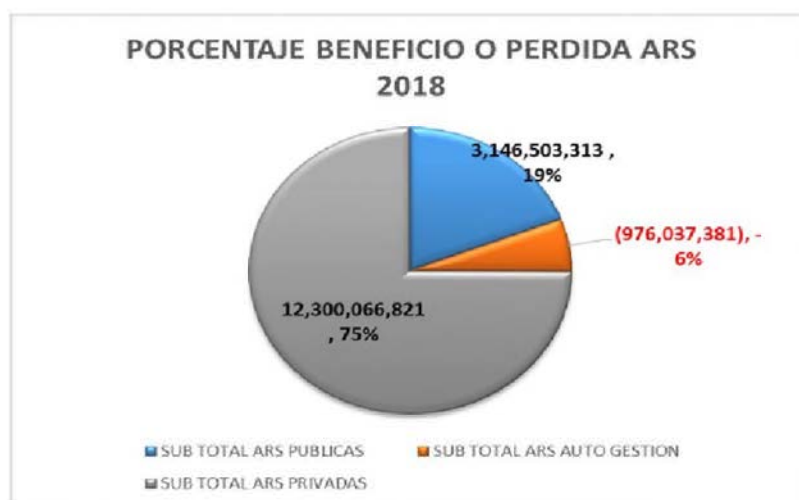


Figura 4. Porcentaje Beneficio o Perdida ARS 2018

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

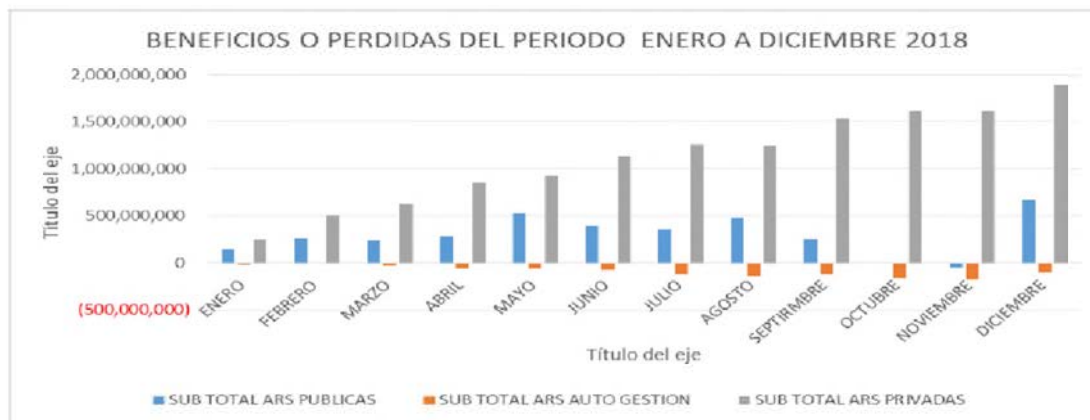


Figura 5. Beneficios o pérdidas del periodo enero-diciembre 2018

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

### Beneficios o pérdidas acumuladas enero-diciembre 2018.

Es el monto que representa las utilidades acumuladas de las ARS desde el inicio de sus operaciones, en negativo la cantidad de dinero que la ARS indica que ha perdido y en positivo la cantidad que se ha ganado.

Las Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS) Públicas, privadas y autogestión de República Dominicana reflejaron utilidades acumuladas iguales a RD\$24,489.2 millones al corte de diciembre de 2018, según el informe de la SISALRIL, como los muestran la tabla 008 a continuación:

Tabla 009. General Beneficios o pérdidas acumuladas enero-diciembre 2018

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

| Mes          | ARS Publicas            | ARS Auto Gestión          | ARS Privadas             | Total General            |
|--------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enero        | 747,686,758             | (1,361,224,739)           | 3,697,792,940            | 3,084,254,959            |
| Febrero      | 847,102,557             | (1,360,823,939)           | 3,916,846,231            | 3,403,124,849            |
| Marzo        | 799,513,964             | (1,392,164,819)           | 3,498,326,151            | 2,905,675,297            |
| Abril        | 827,133,037             | (1,423,720,420)           | 3,433,957,417            | 2,837,370,034            |
| Mayo         | 1,068,814,759           | (1,430,500,967)           | 3,269,034,469            | 2,907,348,260            |
| Junio        | (312,710,369)           | (1,454,876,690)           | 3,305,924,711            | 1,538,337,652            |
| Julio        | (367,210,628)           | (1,491,547,237)           | 3,293,812,548            | 1,435,054,683            |
| Agosto       | (252,917,996)           | (1,513,998,554)           | 3,225,059,645            | 1,458,143,094            |
| Septiembre   | (499,731,087)           | (1,500,554,699)           | 3,427,491,901            | 1,427,206,115            |
| Octubre      | (782,582,948)           | (1,543,546,596)           | 3,451,045,786            | 1,124,916,243            |
| Noviembre    | (856,854,163)           | (1,576,634,508)           | 3,341,126,158            | 907,637,487              |
| Diciembre    | (207,173,300)           | (1,509,503,972)           | 3,176,826,704            | 1,460,149,431            |
| <b>TOTAL</b> | <b>1,011,070,583.60</b> | <b>-17,559,097,140.58</b> | <b>41,037,244,660.23</b> | <b>24,489,218,103.25</b> |

De esa cantidad, RD\$41,037 millones (69%) corresponden a las privadas y RD\$1,011 millones (2%) a las públicas, que desde junio hasta diciembre presentaron pérdidas. Mientras que las de autogestión están en números rojos con pérdidas que ascienden a RD\$17,559.1 millones (-29%) tal como se explica en la ilustración 6.

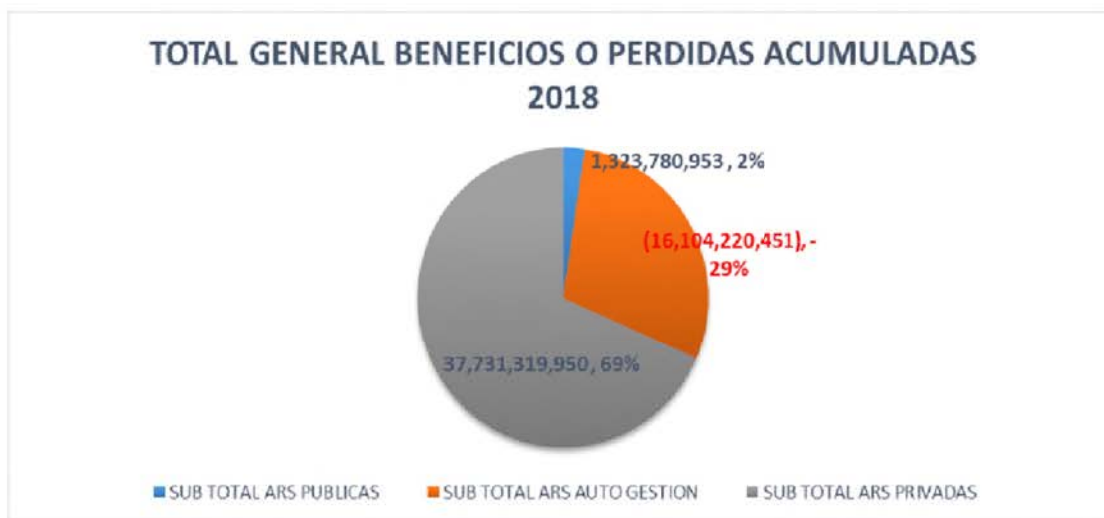


Figura 6. Total Gral., Beneficios o Pérdidas Acumuladas 2018  
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL

### Siniestralidad del periodo enero-diciembre 2018

Este indicador representa los siniestros incurridos como porcentaje de las Contribuciones (Cápitales) incurridas. La siniestralidad es el conjunto de siniestros producidos durante un periodo de tiempo. Es decir, es la frecuencia con la que ocurren los riesgos cubiertos por una determinada póliza.

Según los datos de la tabla 010, las ARS de Auto Gestión obtuvieron 1,144.83 de siniestros incurridos durante el periodo enero-diciembre del año 2018. Luego les sigue las ARS públicas con un 1,077.67 y las ARS privadas con 975.35 del total del año 2018. Se puede apreciar que el porcentaje de cada una ronda por los 30% o en promedio de un 88 por mes cada una.

Tabla 010.. Siniestralidad del periodo enero-diciembre 2018.  
 Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

| Mes          | ARS Publicas    | ARS Auto Gestión | ARS Privadas  | Total General   |
|--------------|-----------------|------------------|---------------|-----------------|
| Enero        | 85              | 96               | 79            | 260             |
| Febrero      | 86              | 93               | 78            | 257             |
| Marzo        | 89              | 95               | 80            | 264             |
| Abril        | 89              | 96               | 81            | 266             |
| Mayo         | 87              | 95               | 82            | 264             |
| Junio        | 90              | 95               | 82            | 267             |
| Julio        | 91              | 96               | 82            | 269             |
| Agosto       | 90              | 97               | 83            | 269             |
| Septiembre   | 92              | 96               | 82            | 270             |
| Octubre      | 93              | 96               | 82            | 272             |
| Noviembre    | 94              | 96               | 83            | 273             |
| Diciembre    | 91              | 94               | 82            | 267             |
| <b>TOTAL</b> | <b>1,077.67</b> | <b>1,144.83</b>  | <b>975.32</b> | <b>3,197.82</b> |

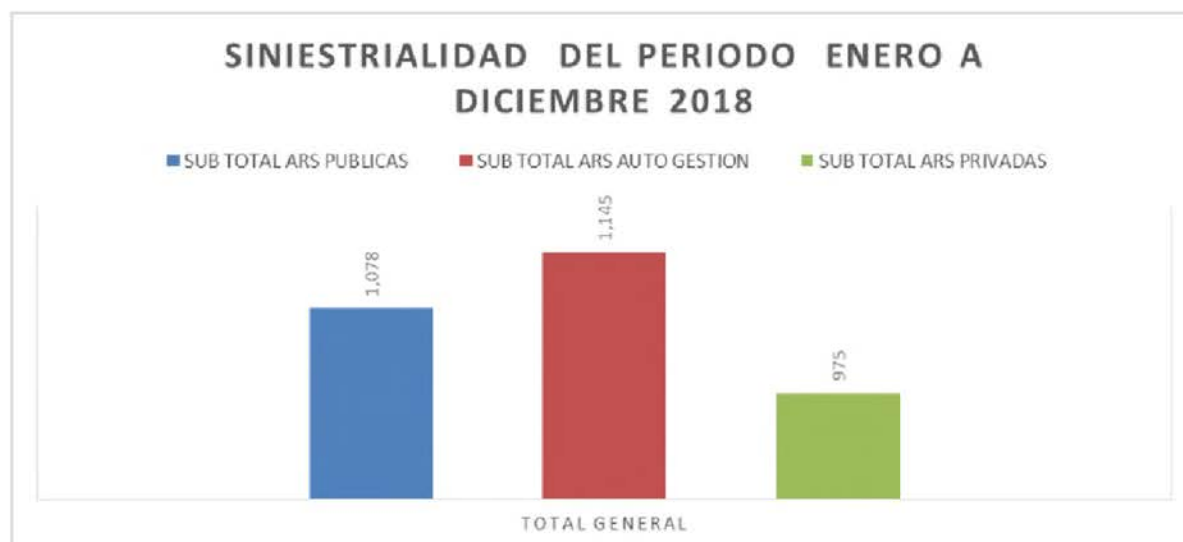


Figura 7. Total Siniestralidad ARS, 2018  
 Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL.

## Excedente o Déficit capital mínimo requerido enero a diciembre 2018

Esta refleja en negativo el monto en dinero que le falta a la ARS para cumplir con el capital mínimo requerido de RD\$ 30,332,000 y en positivo el monto que dispone en adición al requerimiento.

Tabla 11. Excedente o Déficit capital mínimo requerido, 2018

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL

| Mes          | ARS Publicas             | ARS Auto Gestión        | ARS Privadas             | Total General            |
|--------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enero        | 2,986,088,847            | 703,261,333             | 2,139,331,904            | 5,828,682,084            |
| Febrero      | 3,085,504,645            | 703,662,133             | 2,139,331,904            | 5,928,498,682            |
| Marzo        | 3,037,916,053            | 672,321,253             | 2,139,380,900            | 5,849,618,206            |
| Abril        | 3,065,535,126            | 776,508,047             | 2,139,380,900            | 5,981,424,073            |
| Mayo         | 3,307,216,847            | 769,727,500             | 2,139,380,900            | 6,216,325,248            |
| Junio        | 3,139,874,651            | 745,351,777             | 2,139,380,900            | 6,024,607,328            |
| Julio        | 3,085,374,392            | 708,681,230             | 2,139,380,900            | 5,933,436,522            |
| Agosto       | 3,199,667,024            | 686,229,913             | 2,139,380,900            | 6,025,277,837            |
| Septiembre   | 2,952,853,933            | 699,673,768             | 2,139,380,900            | 5,791,908,602            |
| Octubre      | 2,670,002,073            | 656,681,871             | 2,142,094,645            | 5,468,778,589            |
| Noviembre    | 2,595,730,857            | 623,593,960             | 2,139,533,350            | 5,358,858,167            |
| Diciembre    | 3,245,411,720            | 690,724,495             | 2,137,912,438            | 6,074,048,653            |
| <b>TOTAL</b> | <b>36,371,176,169.10</b> | <b>8,436,417,279.98</b> | <b>25,673,870,540.83</b> | <b>70,481,463,989.91</b> |

En la tabla 11, creado mediante los datos ofrecidos por la SISALRIL, muestra que las ARS públicas obtuvieron un excedente de RD\$35,371 millones (52%), las ARS privadas RD\$25,673.8 millones (36%) y las ARS de autogestión RD\$8,436 millones (12%) del total del 2018.

En la tabla se puede observar que todas las ARS mantuvieron un excedente del capital mínimo requerido durante el periodo enero-diciembre 2018.

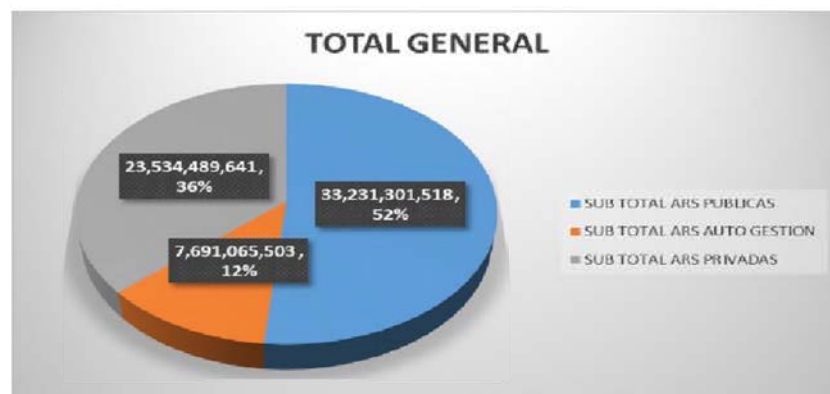


Figura 8. Total Gral. Excedente Capital Mínimo Requerido, 2018  
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL

### Múltiplo del capital mínimo requerido enero- diciembre 2018

Valor que refleja la cantidad de veces que la ARS tiene del Capital Mínimo Requerido (CMR). Cuando este valor es negativo refleja la cantidad de veces que le falta para completar el CMR.

Según los datos de la tabla 12, las veces que las ARS tuvieron CMR durante el año 2018 fueron 1,729.68, de los cuales las ARS Publicas 793 (46%), las ARS Autogestión 238 (14%) y las ARS Privadas 699 (40%). Estos datos indican que las ARS sobrepasan cada mes el CMR debido a los grandes beneficios que estas presentan.

Tabla 12. Múltiplo del capital mínimo requerido enero- diciembre 2018.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL

| Mes          | ARS Publicas  | ARS Auto Gestión | ARS Privadas  | Total General   |
|--------------|---------------|------------------|---------------|-----------------|
| Enero        | 65            | 20               | 58            | 143             |
| Febrero      | 67            | 20               | 58            | 145             |
| Marzo        | 66            | 19               | 58            | 144             |
| Abril        | 67            | 21               | 58            | 146             |
| Mayo         | 72            | 21               | 58            | 151             |
| Junio        | 68            | 21               | 58            | 147             |
| Julio        | 67            | 20               | 58            | 145             |
| Agosto       | 70            | 20               | 58            | 147             |
| Septiembre   | 64            | 20               | 58            | 142             |
| Octubre      | 58            | 19               | 58            | 136             |
| Noviembre    | 57            | 18               | 58            | 133             |
| Diciembre    | 71            | 19               | 58            | 148             |
| <b>TOTAL</b> | <b>792.88</b> | <b>237.91</b>    | <b>698.89</b> | <b>1,729.68</b> |

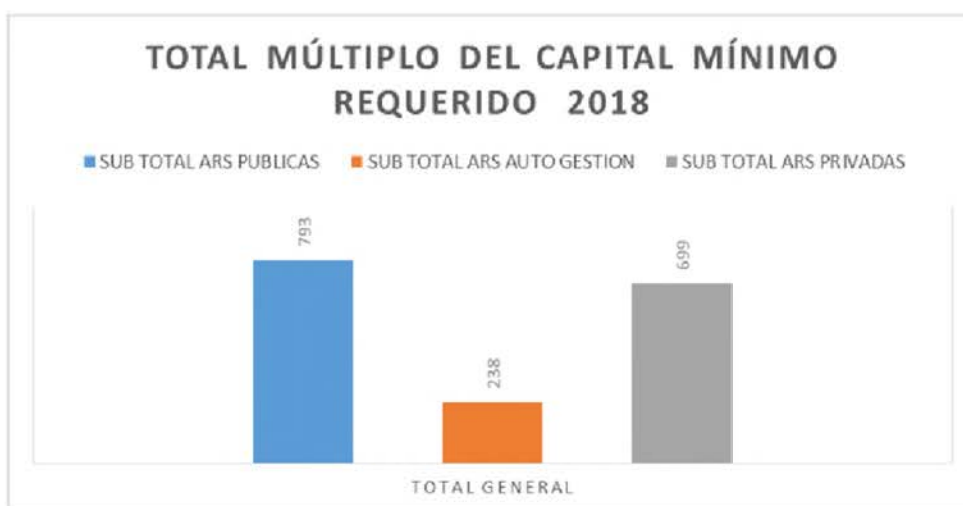


Figura 9. Total Múltiplo del Capital Mínimo Requerido 2018  
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL

## Total de ingresos

Este grafico refleja los montos correspondientes a los Ingresos Devengados, más los Ingresos producto de las inversiones y otros ingresos.

Tabla 13.Total Ingresos año 2018.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL

| Mes          | ARS Publicas              | ARS Auto Gestión         | ARS Privadas              | Total General             |
|--------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Enero        | 1,886,606,836             | 341,561,283              | 3,702,934,927             | 5,931,103,046             |
| Febrero      | 3,783,249,778             | 680,737,817              | 7,400,578,395             | 11,864,565,989            |
| Marzo        | 5,715,130,285             | 1,020,822,622            | 11,133,062,574            | 17,869,015,481            |
| Abril        | 7,664,249,137             | 1,369,108,345            | 14,791,420,876            | 23,824,778,359            |
| Mayo         | 9,613,093,082             | 1,730,293,593            | 18,456,355,197            | 29,799,741,872            |
| Junio        | 11,576,282,181            | 2,084,700,384            | 22,179,420,228            | 35,840,402,793            |
| Julio        | 13,556,546,076            | 2,442,544,898            | 25,977,550,126            | 41,976,641,100            |
| Agosto       | 15,541,678,843            | 2,806,833,099            | 29,393,560,053            | 47,742,071,995            |
| Septiembre   | 17,554,935,572            | 3,169,336,363            | 32,911,845,026            | 53,636,116,960            |
| Octubre      | 19,593,670,377            | 3,537,802,277            | 36,528,582,307            | 59,660,054,961            |
| Noviembre    | 21,668,099,169            | 3,910,193,555            | 40,034,857,493            | 65,613,150,217            |
| Diciembre    | 23,720,664,513            | 4,290,459,939            | 43,611,209,073            | 71,622,333,524            |
| <b>TOTAL</b> | <b>151,874,205,848.39</b> | <b>27,384,394,174.19</b> | <b>286,121,376,275.63</b> | <b>465,379,976,298.21</b> |

La tabla 13 presenta datos de los ingresos de las ARS en el año 2018 donde obtuvieron un total de ingresos de RD\$465,379.9 millones, de este total solo las ARS Privadas recibieron más del 50%.

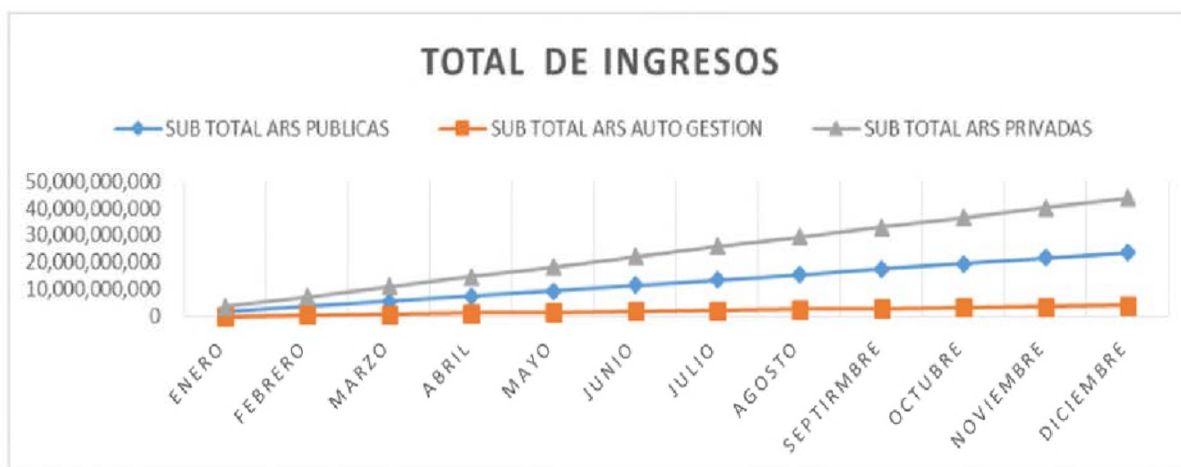


Figura 10. Total Ingresos ARS enero-diciembre 2018  
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL

### **Prestaciones otorgadas de las ARS**

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

El Seguro Familiar de Salud comprende la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias. No comprende los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, ni los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, los cuales están cubiertos por la ley sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana, y por el Seguro de Riesgos Laborales establecido en la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

Las prestaciones están relacionadas con la garantía al acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población dominicana. Corresponde a las prestaciones necesarias que se requieren para el tratamiento o diagnóstico de una determinada patología.

La tabla 14 presentan los detalles de las coberturas por grupos de procedimientos médicos y los montos incurridos en millones de pesos durante el período que va desde septiembre del 2007, cuando inició el Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud, hasta diciembre del 2010, es decir tres años y cuatro meses de ejecución de dicho régimen, las Administradoras de Riesgos de Salud recibieron a través de la Tesorería de la Seguridad Social, un total de RD\$ 49,794,344,812.35 , de los



cuales RD\$44,030,742,783.82 fueron invertidos en el pago a las Proveedoras de Servicios de Salud por concepto de cobertura de servicios de salud solicitados por los afiliados.

La relación entre ingreso de las ARS y pago de servicios médicos a las Proveedoras de Servicios de Salud da como resultado que el 88.42% del ingreso de dichas entidades, se destinó a la cobertura de salud de los afiliados. El restante 11.58% se distribuyó entre gastos administrativos, pago de impuestos y beneficios.

Tabla 14. Montos pagados a las PSS por servicios solicitados y otorgados a los afiliados del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud de coberturas del Plan de Servicio de Salud (PDSS)

| <b>Descripción del Grupo</b>                              | <b>Montos Incurridos en millones RD\$</b> |
|---|---|
| Prevención y Promoción                                    | 2,322,348,206.40                          |
| Atención Ambulatoria                                      | 3,853,827,476.86                          |
| Servicios Odontológicos                                   | 181,038,531.32                            |
| Emergencia  | 3,792,209,488.28                          |
| Hospitalización   | 10,749,050,991.35                         |
| Cirugía   | 6,709,195,252.24                          |
| Partos  | 3,371,195,304.75                          |
| Apoyo Diagnóstico (Dx) en Internamiento y Ambulatorio     | 8,290,433,129.21                          |
| Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad | 1,828,890,048.49                          |
| Rehabilitación  | 197,146,031.08                            |
| Hemoterapia   | 3,784,198.43                              |
| Medicamentos Ambulatorios                                 | 2,731,624,125.41                          |
| <b>TOTAL</b>  | <b>44,030,742,783.82</b>                  |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SISALRIL de la información cargada por las ARS en el Esquema 35 del Sistema de Información y Monitoreo de las ARS (SIMON)

En la tabla 15 se presentan datos de los servicios pagados otorgados a los afiliados por grupo del PDSS según su régimen y año de pago desde el 2012 hasta el 2014. En el régimen subsidiado hay un aumento de los pagos del 2012 hasta el 2013, ya para el 2014 estos disminuyen, mientras que en el régimen contributivo aumenta un 13.55% en el 2013 y aproximadamente 1% en el 2014.

Según las tablas se muestra que las prestaciones de la seguridad social en salud son otorgadas de acuerdo a como lo establece la ley 87-01.

Tabla 15. Estimación de Servicios pagados otorgados a los afiliados por Grupo del PDSS según Régimen y año de pago. 2012 - 2014

| Grupo   | REGIMEN SUBSIDIADO |                   |                   | REGIMEN CONTRIBUTIVO |                   |                   |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|----------------------|-------------------|-------------------|
|   | 2012               | 2013              | 2014              | 2012                 | 2013              | 2014              |
| <b>Total de Servicios Pagados</b>                                 | <b>53,852,226</b>  | <b>67,165,721</b> | <b>61,275,025</b> | <b>45,850,761</b>    | <b>52,066,465</b> | <b>52,705,783</b> |
| <b>1Prevención y Promoción</b>                                    | 7,266,999          | 9,075,975         | 8,502,656         | 2,485,829            | 3,056,350         | 3,158,436         |
| <b>2Atención Ambulatoria</b>                                      | 9,201,550          | 11,071,331        | 9,941,931         | 5,739,675            | 6,203,229         | 6,534,750         |
| <b>3Servicios Odontológicos</b>                                   | 7,267,008          | 9,076,233         | 8,503,030         | 3,403,956            | 2,972,266         | 2,214,445         |
| <b>4Emergencia</b>  | 8,135,303          | 10,334,670        | 9,668,169         | 4,872,388            | 5,977,778         | 7,497,248         |
| <b>5Hospitalización</b>   | 594,905            | 718,637           | 735,885           | 5,049,022            | 5,901,961         | 6,499,491         |
| <b>6Partos</b>  | 216,845            | 188,740           | 191,412           | 578,914              | 610,735           | 833,510           |
| <b>7Cirugía</b>   | 303,315            | 313,533           | 209,412           | 982,122              | 1,007,955         | 1,092,625         |
| <b>8Apoyo Diagnóstico (Dx) en Internamiento y Ambulatoria</b>     | 13,277,568         | 16,778,772        | 14,463,348        | 15,774,524           | 18,663,539        | 17,405,287        |
| <b>9Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad</b> | 67,512             | 65,189            | 243,860           | 336,475              | 357,683           | 940,546           |
| <b>10Rehabilitación</b>   | 249,905            | 451,235           | 288,828           | 302,351              | 410,811           | 360,560           |
| <b>11Hemoterapia</b>  | 4,096              | 15,523            | 23,844            | 4,571                | 3,780             | 5,132             |
| <b>12Medicamentos Ambulatorios</b>                                | 7,267,221          | 9,075,882         | 8,502,650         | 6,320,934            | 6,900,378         | 6,099,177         |

Fuente: SISALRIL. Estimación con base en lo reportado en los Estados Financieros y en el E35 de Servicios Pagados por las ARS. 2015.

## 6.2 Conclusiones

Después de la creación de la ley 87-01 la República Dominicana ha presentado significativos avances en las prestaciones de servicios de salud, la calidad y la eficiencia del sistema de salud de un país se ve reflejado en la calidad de vida de sus habitantes, la salud de la población depende en gran medida de cómo funcione el sistema.

Tras la presentación de los resultados obtenidos de la documentación y consulta estadística sobre la situación financiera de las ARS y su gestión administrativa en la población dominicana, interpretados mediante tablas a partir de datos obtenidos por las publicaciones mensuales de la SISALRIL en el año 2018, se presentan las conclusiones de esta investigación tomando como base cada uno de los objetivos planteados en este estudio.

### **Al inicio de esta investigación el objetivo general propuesto fue:**

- **Analizar la situación financiera de las Administradoras de Riesgos de Salud y las prestaciones desde sus inicios hasta el año 2018.** Para alcanzarlo fueron establecidos los siguientes objetivos específicos:
- **Describir el Sistema Dominicano de Seguridad Social en salud.** Para alcanzar este objetivo se presentó la ley 87-01, la cual revolucionó el sector de aseguramiento en salud con nuevas normas y otras asociaciones de administradoras de riesgos de salud, describiendo cada apartado con relación a la salud.
- **Detallar el rol de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) en la República Dominicana.** Para alcanzar este objetivo se presentó mediante la resolución No. 47-04 del 03 de octubre del 2002 aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social se regula la

organización y funcionamiento de las administradoras de riesgo de salud, Seguro Nacional de Salud, así como la protección al usuario en el Sistema Dominicano de Seguridad Social. En su artículo 2 dice de las responsabilidades y roles de las administradoras de riesgos de Salud (ARS). Mediante los datos estadísticos desde sus inicios hasta el 2018 se mostró el cumplimiento de sus compromisos con los afiliados.

- **Examinar la situación financiera de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), y las prestaciones otorgadas a la población dominicana.** Para alcanzar este objetivo se analizaron datos del año 2018, obtenido de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) por medio de gráficos explicativos, y se evidenció que los beneficios de las ARS, solo en el año 2018 reflejaron utilidades acumuladas iguales a RD\$24,489.2 millones, De esa cantidad, RD\$41,037 millones (168%) corresponden a las privadas y RD\$1,011.5 millones (4%) a las públicas. Mientras que las de autogestión están en números rojos con pérdidas que ascienden a RD\$16,100.2 millones (-72%). Las ARS obtuvieron un total de RD\$465,379.9 millones de ingresos solo en el año 2018.

Mediante la Estimación de Servicios pagados otorgados a los afiliados se mostró las prestaciones otorgadas según régimen y año otorgadas.

La única manera de obtener tales niveles de ganancia y de 'gastos' es restringiendo lo más posible las atenciones y coberturas, afectando a la sociedad dominicana.

Según el economista Airon Fernández Gil, el actual modelo está centrado en la enfermedad y no en la salud, y precisa que cada vez se invierte menos en promoción, prevención y en condiciones de vida digna y saludable para la población.

Todo esto lleva a afirmar que el sistema de salud y el aseguramiento público y privado dominicanos merecen de un vistazo más comprometido y del brazo solidario por parte del Gobierno, del Congreso y de toda la sociedad, para evitar que colapse.

### **6.3 Recomendaciones**

Luego de haber analizado la situación financiera de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las prestaciones otorgadas a la población dominicana es oportuno hacer algunas recomendaciones:

Priorizar la extensión de la cobertura poblacional del SFS.

Para aumentar la cobertura de aseguramiento en salud resulta primordial reducir la evasión en la afiliación al Régimen Contributivo.

Es importante que el Estado vele por la afiliación de los empleados públicos, tomando en cuenta los de instituciones descentralizadas.

Establecer elementos de afiliación obligatorios para los profesionales y técnicos independientes.

Mas promoción de parte de la SISALRIL para que la población sepa que hay una entidad reguladora donde puede ir a exponer sus quejas.

Establecer que las ARS realicen más actividades de prevención y promoción de salud en los diferentes sectores, aportando literatura informativa de salud y brindando servicios gratis de salud.

Es recomendable que la SISALRIL realice reportes financieros más claros, que sea descifrable o entendible a la sociedad, ya que estos son los que realizan sus aportes a las ARS.

## Parte 5. Referencias Bibliográficas

- (SDSS), C. N. (9 de Mayo de 2001). Ley No. 87-01. *El Sistema Dominicano*. Santo Domingo.
- Albuquerque, R. (1999). *Derecho del Trabajo, Los conflictos de Trabajo y Su solución*. Santo Domingo : Lozano.
- Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). (2018). *Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)*. Boletín Estadístico, Santo Domingo.
- Cortes, J. M. (2012). *El sistema de seguridad social: afiliación y cotización 2*. Editorial Vertice.
- Fallas, R. A. (01 de Enero de 2002). *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*. Obtenido de El derecho fundamental a la seguridad social, papel del estado y principios que informan la política estatal en seguridad social: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592002000100002](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592002000100002)
- Fleury, S. (1997). *Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América latina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Giraldo, F. (2007). *Protección Social y Modelos de Desarrollo*.
- Gonzalez Martinez. (2010). *Las prestaciones contributiva de la seguridad social: Analisis teorico- practico del regimen general*,. Santo Domingo : Mengual .
- Gonzalez, J. (2010). *Las prestaciones contributiva de la seguridad social: Analisis teorico- practico del regimen general, club universitario*. Santo Domingo.
- Herrero, M. C. (2006). *Introducción al Muestreo*. Obtenido de [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)
- Instituto Dominicano de Seguro Social* . (2017). Obtenido de <https://idss.gob.do/sobre-nosotros/historia/>
- Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)*. (2017). Obtenido de <https://idss.gob.do/sobre-nosotros/>
- Kallie, T. e. (2006). *Mejora de la salud y la seguridad en el trabajo*. Ecuador.
- Kawulich, B. (2005). Obtenido de ParticipantObservation as a Data CollectionMethod. Recuperado de: [qualitative-research.net](http://qualitative-research.net).
- Kiziryan, M. (13 de abril de 2020). *Economipedia* . Obtenido de <https://economipedia.com/definiciones/seguridad-social.html>
- Lago, C. M. (2008). *Reassembling Social Security: A Survey of Pensions and Health Care Reforms in Latin America*. Oxford.
- Ley No. 87-01. (09 de MAYO de 2001). *Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social*. SANTO DOMINGO , SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA: OFICIAL.
- LorraineBlaxter, C. H. (2000). *Cómo se hace una investigación*.
- Macedo, D. G. (agosto de 2000). *SciELO - Scientific Electronic Library Online*. Obtenido de <https://www.scielosp.org>: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>
- McMillan, J. H. (2006). *Investigacion Educativa: Una Introduccion Conceptual 5ta Edicion*. Madrid: Pearson. Obtenido de Una introducción conceptual.

- Medina, M. I. (25 de Marzo de 2011). *Eumed.Net*. Obtenido de Organismos internacionales de seguridad social, trabajo y salud: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/ficha.htm>
- Muñiz, P. (2007). *La seguridad social en la Republica Dominicana*. Santo Domingo: Intec.
- Organismos, Instituciones y su funcionamiento. (2001). PREGUNTAS FRECUENTES. *Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)*, <http://www.sisalril.gob.do/PreguntasFrecuentes.aspx>.
- Organizacion Internacion del Trabajo OIT. (21 de junio de 2001). International Labour Organization (ILO). *HECHOS CONCRETOS SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL*, (págs. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_067592.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf)). SUIZA. Obtenido de [www.ilo.org/](http://www.ilo.org/): [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_067592.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf)
- Pardinas, F. (2009). *Metodología y técnicas de investigación en Ciencia Sociales, Siglo XXI*, pp. 62-80 . Obtenido de EL PROBLEMA OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN: <https://campus.fundec.org.ar/admin/archivos/Pardinas.pdf>
- Pedrosa, S. J. (16 de mayo de 2019). *Economipedia*. Obtenido de <https://economipedia.com/>: <https://economipedia.com/definiciones/estado-del-bienestar.html>
- Quetionpro. (2014). *Diseño de investigación y tipos que existen*.
- Replinger, J. (18 de Septiembre de 2017). Obtenido de WilliametteUniversity. Obtenido de InformationLiteracy: 11. Primary&SecondarySources: [libguides.willamette.edu/](http://libguides.willamette.edu/): <https://libguides.willamette.edu/c.php?g=56952&p=370309>
- Roberto Hernández Sampieri, C. F. (2010). . Obtenido de Metodología de la investigación.
- Rodriguez, R. (2009). *Estudios sobre La seguridad social*. Barranquilla Colombia.: Uninorte.
- Salud, R. p. (31 de julio de 2003). Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud ARS. *Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud-ARS, instituido por Dec. No. 72-03. G. O. 10223*. Santo Domingo.
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. Obtenido de 6ta Edición
- Serulle, J. (2014). *Tendencias y perspectivas de la seguridad social. Realidad y perspectiva de la Seguridad Social. Folleto*,. Santo Domingo, República Dominicana.
- SISALRIL. (2017). *Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)*.
- SISALRIL. (2020). *Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)*. Recuperado el junio de 2020, de <http://www.sisalril.gob.do/Sfs.aspx>
- Social., L. N.-0. (09 de Mayo de 2001). *SECRETARÍA DE ESTADO DE TRABAJO* . Obtenido de CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL: [http://www.sisalril.gov.do/pdf/leyes/ley\\_no\\_87-01.pdf](http://www.sisalril.gov.do/pdf/leyes/ley_no_87-01.pdf)
- Sojo, A. (2017). *Protección social en América Latina La desigualdad en el banquillo*. Santiago: CEPAL.

## **Parte 6. Anexos**

Anexo 1: Ley No. 87-01 que crea el sistema dominicano de seguridad social.

Anexo 2: Artículo 22 de la Declaración de los Derechos Humanos.

Anexo 3: Resolución No. 47-04, Reglamento Para la Organización y Regulación de las ARS.



# ANALISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD Y LAS PRESTACIONES OTORGADAS A LA POBLACION DOMINICANA, AÑO 2018.

## INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

%

FUENTES DE INTERNET

%

PUBLICACIONES

%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

|   |  |     |
|---|--|-----|
| 1 | <a href="http://www.camaradediputados.gov.do">www.camaradediputados.gov.do</a><br>Fuente de Internet | 2%  |
| 2 | <a href="http://repositorio.unphu.edu.do">repositorio.unphu.edu.do</a><br>Fuente de Internet         | 2%  |
| 3 | <a href="http://condei.gob.do">condei.gob.do</a><br>Fuente de Internet                               | 1%  |
| 4 | Submitted to UNILIBRE<br>Trabajo del estudiante  | 1%  |
| 5 | Submitted to Universidad Catolica de Santo Domingo<br>Trabajo del estudiante                         | 1%  |
| 6 | <a href="http://perabog.blogspot.com">perabog.blogspot.com</a><br>Fuente de Internet                 | <1% |
| 7 | <a href="http://www.questionpro.com">www.questionpro.com</a><br>Fuente de Internet                   | <1% |

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 8  | <a href="http://www.sisalril.gov.do">www.sisalril.gov.do</a><br>Fuente de Internet   | <1% |
| 9  | <a href="http://www.dhimesmarra-law.com">www.dhimesmarra-law.com</a><br>Fuente de Internet   | <1% |
| 10 | <a href="http://www.slideshare.net">www.slideshare.net</a><br>Fuente de Internet   | <1% |
| 11 | <a href="http://institutodominicanodesegurosociales.blogspot.com">institutodominicanodesegurosociales.blogspot.com</a><br>Fuente de Internet | <1% |
| 12 | <a href="http://www.scielo.sa.cr">www.scielo.sa.cr</a><br>Fuente de Internet   | <1% |
| 13 | Submitted to Universidad del Istmo de Panamá<br>Trabajo del estudiante   | <1% |
| 14 | <a href="http://dida.gob.do">dida.gob.do</a><br>Fuente de Internet   | <1% |
| 15 | <a href="http://actualicese.com">actualicese.com</a><br>Fuente de Internet   | <1% |
| 16 | <a href="http://www.coord-cajas.org.ar">www.coord-cajas.org.ar</a><br>Fuente de Internet   | <1% |
| 17 | <a href="http://www.scielo.org.co">www.scielo.org.co</a><br>Fuente de Internet   | <1% |
| 18 | <a href="http://procompetencia.gob.do">procompetencia.gob.do</a><br>Fuente de Internet   | <1% |
| 19 | <a href="http://www.arl-colpatria.co">www.arl-colpatria.co</a><br>Fuente de Internet   | <1% |

<1%

20

[adederecho.files.wordpress.com](http://adederecho.files.wordpress.com)

Fuente de Internet

<1%

21

[repositorio.unican.es:8080](http://repositorio.unican.es:8080)

Fuente de Internet

<1%

22

Submitted to Universidad Nacional Pedro  
Henríquez Ureña

Trabajo del estudiante

<1%

23

[infomipyme.tmp.vis-hosting.com](http://infomipyme.tmp.vis-hosting.com)

Fuente de Internet

<1%

24

Submitted to Universidad Autónoma de Ica

Trabajo del estudiante

<1%

25

[es.slideshare.net](http://es.slideshare.net)

Fuente de Internet

<1%

26

[creativecommons.org](http://creativecommons.org)

Fuente de Internet

<1%

27

[www.cndh.org.mx](http://www.cndh.org.mx)

Fuente de Internet

<1%

28

[pt.scribd.com](http://pt.scribd.com)

Fuente de Internet

<1%

29

[abramsonmiller.blogspot.com](http://abramsonmiller.blogspot.com)

Fuente de Internet

<1%

[revistas.iberomx](http://revistas.iberomx)

30

Fuente de Internet

<1%

31

[html.rincondelvago.com](http://html.rincondelvago.com)

Fuente de Internet

<1%

32

[www.uv.mx](http://www.uv.mx)

Fuente de Internet

<1%

33

[www.msp.gob.do](http://www.msp.gob.do)

Fuente de Internet

<1%

34

[documents.mx](http://documents.mx)

Fuente de Internet

<1%

35

[www.fundacionplenitud.org](http://www.fundacionplenitud.org)

Fuente de Internet

<1%

36

[repositorio.unap.edu.pe](http://repositorio.unap.edu.pe)

Fuente de Internet

<1%

37

[do.vlex.com](http://do.vlex.com)

Fuente de Internet

<1%

38

[www.arssimag.com](http://www.arssimag.com)

Fuente de Internet

<1%

39

[staufferpercussion.com](http://staufferpercussion.com)

Fuente de Internet

<1%

40

Submitted to Universidad Ricardo Palma

Trabajo del estudiante

<1%

41

[www.cnss.gov.do](http://www.cnss.gov.do)

Fuente de Internet

<1%

---

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 42 | <a href="http://www.dgsc.go.cr">www.dgsc.go.cr</a><br>Fuente de Internet                             | <1% |
| 43 | <a href="http://ncrnoticias.com">ncrnoticias.com</a><br>Fuente de Internet                           | <1% |
| 44 | <a href="http://bibliotecadigital.uca.edu.ar">bibliotecadigital.uca.edu.ar</a><br>Fuente de Internet | <1% |
| 45 | <a href="http://www.academia.edu">www.academia.edu</a><br>Fuente de Internet                         | <1% |
| 46 | <a href="http://www.iddi.org">www.iddi.org</a><br>Fuente de Internet                                 | <1% |
| 47 | Submitted to Universidad Internacional de la Rioja<br>Trabajo del estudiante                         | <1% |
| 48 | <a href="http://search.scielo.org">search.scielo.org</a><br>Fuente de Internet                       | <1% |
| 49 | <a href="http://dgjp.gob.do">dgjp.gob.do</a><br>Fuente de Internet                                   | <1% |
| 50 | Submitted to Universidad Abierta para Adultos<br>Trabajo del estudiante                              | <1% |
| 51 | <a href="http://issuu.com">issuu.com</a><br>Fuente de Internet                                       | <1% |
| 52 | <a href="http://archivos.juridicas.unam.mx">archivos.juridicas.unam.mx</a><br>Fuente de Internet     | <1% |

---

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 53 | <a href="http://www.ilo.ch">www.ilo.ch</a><br>Fuente de Internet                     | <1% |
| 54 | <a href="http://www.tauniversity.org">www.tauniversity.org</a><br>Fuente de Internet | <1% |
| 55 | <a href="http://saludcapital.gov.co">saludcapital.gov.co</a><br>Fuente de Internet   | <1% |
| 56 | Submitted to UNAPEC<br>Trabajo del estudiante  | <1% |
| 57 | <a href="http://www.mercaba.org">www.mercaba.org</a><br>Fuente de Internet           | <1% |
| 58 | <a href="http://sired.udenar.edu.co">sired.udenar.edu.co</a><br>Fuente de Internet   | <1% |
| 59 | <a href="http://api.ning.com">api.ning.com</a><br>Fuente de Internet                 | <1% |

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

< 12 words

Excluir bibliografía

Activo