

CONSEJO DIRECTIVO

María Elena Vásquez Taveras, presidenta

Gianna Franjul, consejera

María E. Holguín López, consejera

Keryma Marra M., consejera

Francisco Manuel Pimentel, consejero

DIRECCIÓN EJECUTIVA

Víctor Rogelio Benavides, director ejecutivo

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS Y MERCADOS

Liverca A. Gómez, encargada

Juan B. Rodríguez, economista II

Fernando M. Morbán, economista I

Pedro I. Yan Pascual, economista I

Zoraya E. García, analista de investigaciones de mercado

Dirección Editorial

Sarat A. Arias Mármol

Estudio de condiciones de competencia en las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) en República Dominicana. 167 P.

ISBN - Obra independiente: 978-9945-9372-9-9

Sello editorial: Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (978-9945-9372)

© COMISIÓN NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA (Pro-Competencia)

Santo Domingo, República Dominicana, calle Caonabo 33, Gascue, código postal 10205

Tel.: 809-338-4005

www.procompetencia.gob.do

2025

Índice de siglas y abreviaturas

Siglas	Nombres
ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
BCRD	Banco Central de la República Dominicana
CD	Consejo Directivo de Pro-Competencia
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
COVID-19	Enfermedad por coronavirus 2019
DE	Dirección Ejecutiva de Pro -Competencia
DEEM	Departamento de Estudios Económicos y de Mercado de Pro-Competencia
DIDA	Dirección General de Información y Defensa del Afiliado
ENCFT	Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo
EE.UU.	Estados Unidos de América
IDOPPRIL	Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales
IPC	Índice de Precios al Consumidor
MSP	Ministerio de Salud Pública
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PBS	Plan Básico de Salud
PDSS	Plan de Servicios de Salud
Pro-Competencia	Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (República Dominicana)
PSS	Proveedoras/Prestadoras de Servicios de Salud
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SFS	Seguro Familiar de Salud
SNS	Servicio Nacional de Salud
SUIR	Sistema Único de Información y Recaudo
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
TSS	Tesorería de la Seguridad Social

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen ejecutivo.....	11
1. Introducción.....	15
2. Caracterización del mercado de seguro familiar de salud (SFS) en la República Dominicana.....	18
2.1. Caracterización jurídica del mercado.....	18
2.2. Caracterización económica del mercado.....	33
2.2.1. Dinámica macroeconómica.....	33
2.2.1.1. Producción.....	34
2.2.1.1.1. Gasto de bolsillo en salud de los hogares.....	41
2.2.1.2. Nivel de precios (IPC Salud).....	43
2.2.1.3. Tasa de ocupación e informalidad.....	46
2.2.1.4. Ingresos recaudados y aportes del estado al SFS.....	50
2.2.2. Estructura de la oferta.....	53
2.2.2.1. Entidades reguladoras del riesgo de salud.....	55
2.2.3. Estructura de la demanda.....	60
3. Mercado relevante.....	72
3.1. Mercado del producto.....	74
3.1.1. Características del servicio.....	75
3.2. Mercado geográfico.....	78
4. Niveles de concentración de mercado.....	80
4.1. Índice de rivalidad o intensidad.....	96
5. Funcionamiento del mercado de seguros de salud.....	99
5.1. Servicios por prestaciones médicas y categorías.....	104
5.2. Tarifas y estructura de costos del SFS.....	107
5.3. Índice de Lerner y utilidades del SFS.....	122
5.4. Siniestralidad, riesgo de selección y riesgo moral del SFS.....	127
6. Barreras de entrada.....	129

6.1.	Barreras legales	129
6.1.1.	Funciones de las ARS según la Ley núm. 87 - 01.....	130
6.1.2.	Requisitos mínimos para acreditarse como ARS.....	131
6.1.3.	Tiempo para iniciar operaciones.....	132
6.1.4.	Niveles de atención requeridos por las ARS y contratación de promotores.....	134
6.1.5.	Cantidad mínima de afiliados.....	135
6.1.6.	Requisitos o estándares que deben cumplir las ARS.....	136
6.2.	Barreras estructurales.....	137
6.2.1.	Costos, liquidez e inversión.....	137
6.2.2.	Límites de expansión.....	138
6.2.3.	Red de prestadores.....	138
7.	Asociatividad del sector	139
7.1.	Asociaciones y gremios.....	139
7.1.1	Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud, Inc. (ADARS).....	139
7.1.2.	Asociación Dominicana de Iguales Médicas & Administradora de Riesgos de Salud (ADIMARS).....	140
7.1.3	Colegio Médico Dominicano (CMD).....	142
8.	Posibles restricciones o problemas de competencia.....	142
9.	Experiencias internacionales.....	145
10.	Conclusiones.....	149
11.	Recomendaciones.....	156
12.	Bibliografía.....	158
13.	Anexos.....	161

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolución de las tasas de crecimiento del PIB y del sector salud a precios constantes durante el periodo 2010-2023.....	35
Gráfico 2. Participación del sector salud como porcentaje del PIB durante el periodo 2010-2023.....	36
Gráfico 3. Gasto promedio en salud en países de la (OCDE) como porcentaje del PIB, periodo 2010 - 2023.....	38
Gráfico 4. Participación de las modalidades de seguro familiar de salud como porcentaje del PIB nominal, periodo 2010-2023.....	40
Gráfico 5. Tasas de inflación y variación de los precios del sector salud, periodo 2010-2024.....	45
Gráfico 6. Tasa de ocupación, ocupación formal e informal, periodo 2014-2024.....	47
Gráfico 7. Cantidad de ocupados formales e informales, durante el periodo 2014-2024.....	48
Gráfico 8. Porcentaje de ocupados del sector salud dentro de los formales e informales, durante el periodo 2014-2024.....	49
Gráfico 9. Evolución de ingresos y tasa de crecimiento montos dispersados y aportes del Gobierno al SFS durante el periodo 2010-2023.....	51
Gráfico 10. Porcentaje (%) de ingresos del SFS por concepto de recaudación y aportes del gobierno al SDSS, durante el periodo 2010-2023.....	53
Gráfico 11. Número de afiliados cotizantes por rango etario y sexo, periodo 2010-2024.....	64
Gráfico 12. Distribución porcentual del número afiliados no cotizantes por rango etario y sexo, periodo 2010-2024.....	68
Gráfico 13. Evolución de la relación entre el número de afiliados no cotizantes como cociente de los afiliados cotizantes, periodo 2010-2024.....	70
Gráfico 14. Proporción entre el número de afiliados cotizantes y no cotizantes con respecto a total de ocupados formales, periodo 2014-2024.....	71

Gráfico 15. Concentración de la industria medida por el C3, C4 y C5, periodo 2010-2024.....	83
Gráfico 16. Concentración ARS privadas medida por el C3, C4 y C5, periodo 2010-2024.....	85
Gráfico 17. Concentración ARS públicas y privadas medida por el C3, C4 y C5, periodo 2010-2024.....	89
Gráfico 18. Evolución del costo promedio por servicios según categoría, periodo 2010-2023.....	106
Gráfico 19. Tarifas para el seguro de familiar de salud y cantidad de capitales públicas y privadas, periodo 2010-2024.....	110
Gráfico 20. Costo promedio por afiliado dentro del seguro de familiar de salud, periodo 2010-2024.....	113
Gráfico 21. Dispersión entre la tarifa fijada y el coste promedio, periodo 2010-2024.....	114
Gráfico 22. Beneficios sobre el ingreso de salud por mes y año, periodo 2010-2024.....	126
Gráfico 23. Siniestralidad por mes y año por categoría de ARS, periodo 2010-2024.....	128

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Diferencia entre el seguro de salud público y privado, 2018.....	25
Cuadro 2. Ámbitos de abordaje y atributos esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).....	26
Cuadro 3. Afiliados cotizantes SFS contributivo, periodo 2010-2024.....	61
Cuadro 4. Afiliados no cotizantes SFS contributivo, periodo 2010 – 2024.....	65
Cuadro 5. Total de afiliados del SFS contributivo según tipo de modalidad, periodo 2010 – 2024.....	69
Cuadro 6. Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) en operación para el año 2024, por categoría.....	82

Cuadro 7. Niveles de concentración de la industria, medido por el C3, C4 y C5, periodo 2010-2024.....	84
Cuadro 8. Niveles de concentración ARS privadas, medido por el C3, C4 y C5, periodo 2010-2024.....	86
Cuadro 9. Niveles de concentración ARS públicas y privadas, C3, C4 y C5, periodo 2010-2024.....	88
Cuadro 10. Índice de concentración Herfindahl-Hirschman (IHH) en base a los ingresos por salud reportados, periodo 2010-2024.....	90
Cuadro 11. Nivel de concentración medidos por el C3, C4 y C5 en base a la cantidad de afiliados del sistema completo, periodo 2010-2024.....	92
Cuadro 12. Nivel de concentración medidos por el C3, C4 y C5 en base a la cantidad de afiliados de las ARS Privadas, periodo 2010-2024.....	93
Cuadro 13. Nivel de concentración medidos por el C3, C4 y C5 en base a la cantidad de afiliados de las ARS públicas y privadas, periodo 2010-2024.....	94
Cuadro 14. Índice de concentración Herfindahl-Hirschman (IHH) en base a la cantidad de afiliados, periodo 2010-2024.....	95
Cuadro 15. Resultados del índice de rivalidad de las ARS para la industria (sistema completo), 2011-2024.....	97
Cuadro 16. Montos y servicios por prestaciones médicas en pesos dominicanos (RD\$), periodo 2010-2023.....	105
Cuadro 17. Estimaciones de las funciones de costos, periodo 2010-2024.....	119
Cuadro 18. Estimaciones de las funciones de costos, periodo 2010-2024.....	121
Cuadro 19. Estimaciones del poder de monopolio, periodo 2010-2024.....	123
Cuadro 20. Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS) asociadas en ADARS, 2024.....	140
Cuadro 21. Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS) asociadas en ADIMARS.....	141
Cuadro 22. Estudios que tratan la concentración en área de la Seguridad Social.....	148

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Estructura organizativa del Sistema Dominicano de Seguridad Social.....	32
Ilustración 2. Estructura del sector de ARS.....	55
Ilustración 3. Definición de los niveles de atención de salud.....	59

Resumen ejecutivo

El sector de seguros de salud en la República Dominicana ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos años, impulsado por la creciente afiliación a diversas modalidades del Sistema de Seguridad Social. Entre 2010 y 2023, el crecimiento promedio del valor agregado de esta rama fue del 6.79% en términos reales, superando el crecimiento promedio del PIB real del 4.94%. El gasto en salud aumentó de 2.71% a 3.53% durante este mismo periodo.

Este estudio analiza las condiciones de competencia en el mercado de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) del Seguro Familiar de Salud (SFS) en la República Dominicana, abarcando el periodo de 2010 a 2024. El estudio ha sido revisado y aprobado por el Consejo Directivo de la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (Pro-Competencia) y realizado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) de la Dirección Ejecutiva (DE), haciendo uso de la facultad de promoción de la competencia otorgada por los literales «d» y «f» del artículo 33 y del artículo 17 de la Ley General de Defensa de la Competencia núm. 42-08. Asimismo, se cumple con el artículo 1º de dicha Ley, que establece la promoción y defensa de la competencia efectiva en los mercados dominicanos como el objeto principal de Pro-Competencia. En este mismo sentido, se hace uso del artículo 2, numeral 13 y del artículo 15 del Reglamento de Aplicación de la Ley, núm. 252-20.

Las fuentes de datos del estudio incluyen el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN-2008) y la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT) del Banco Central de la República Dominicana (BCRD), así como datos de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISAL-RIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Adicionalmente, se aplicaron cuestionarios a agentes económicos y asociaciones del sector para obtener una perspectiva directa sobre la dinámica del mercado.

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) abarca tanto a instituciones públicas como privadas que operan en el ámbito de la seguridad social. Esto incluye la prestación de servicios de seguros, regulada por el Estado para garantizar servicios de atención a todos los afiliados. Los afiliados pueden optar por planes complementarios además del plan básico definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) administra los pagos a las ARS, que gestionan los recursos y riesgos de salud de sus afiliados.

El mercado de seguros de salud en la República Dominicana enfrenta retos significativos debido a la complejidad del sistema y la regulación estatal. Las aseguradoras actúan como intermediarios, ofreciendo cobertura médica a cambio de primas periódicas, en un contexto marcado por la incertidumbre y el riesgo. La presencia de información asimétrica entre aseguradoras y clientes plantea problemas de selección adversa y riesgo moral. El SFS patrocinado por el empleador ha mitigado parcialmente estos problemas al equilibrar la composición de personas sanas y enfermas en el conjunto de asegurados. Este enfoque ha conducido a un incremento en el número de afiliados, con una distribución diversa por edad y género.

El análisis del mercado de las ARS revela un nivel significativo de concentración, medido a través de los ingresos en salud reportados por cada entidad. En noviembre de 2024, ARS SENASA, ARS PRIMERA y ARS MAPFRE SALUD concentraban más del 70% del mercado, reflejando un índice *Herfindahl-Hirschman* (IHH) de 2,136.4 puntos para el total de la industria. Según la resolución de Pro-Competencia, esta cifra indica una concentración moderada. De manera similar, las ARS privadas registraron un IHH de 2,355.0 puntos, también dentro del rango de concentración moderada. La combinación de ARS públicas y privadas mostró un IHH de 2,329.8 puntos, aún por debajo del umbral de 2,500 puntos, el cual marca el inicio de una alta concentración.

Desde la perspectiva del número de afiliados, los resultados mantienen la misma tendencia. Para diciembre de 2024, tres empresas (ARS SENASA, ARS PRIMERA y ARS MAPFRE SALUD) concentraban el 71.2% del total de afiliados, con un IHH de 2,148.6 puntos para la industria en su conjunto. En el segmento de ARS privadas, el IHH alcanzó los 2,336.2 puntos, mientras que la combinación de ARS públicas y privadas registró un IHH de 2,330.8 puntos. Estos valores confirman una concentración moderada en el sector, verificable tanto a través de los ingresos como del número de afiliados.

Las barreras de entrada en el mercado de las ARS en la República Dominicana incluyen requisitos regulatorios exigentes, como solvencia económica, infraestructura tecnológica avanzada y auditorías exhaustivas, lo que dificulta la entrada de nuevas empresas. Además, el crecimiento del mercado está limitado por el empleo formal y la necesidad de desarrollar una red de prestadores de salud integral. A pesar de estas barreras, algunas nuevas empresas han logrado ingresar al mercado en los últimos años, aunque con desafíos considerables. Mediante modelos econométricos, se estimaron las presiones competitivas ejercidas por las ARS públicas. Los resultados mostraron que un incremento en el número de afiliados aumenta el gasto en salud de las ARS en RD\$344.366 en promedio. Para las ARS públicas y privadas combinadas, el incremento es de RD\$381.501, mientras que para las privadas es de RD\$698.837.

El análisis del coste marginal y el coste promedio indica la existencia de economías de escala en el mercado. La media del coste promedio fue de RD\$1,052.10 para la industria, con coeficientes de economías de escala 3.05 para la industria en su conjunto, 2.65 para las ARS públicas y privadas, y 1.45 para las privadas. Esto refleja que la entrada de ARS públicas reduce significativamente el coste marginal, ejerciendo presiones competitivas que benefician a los afiliados. El índice de Lerner, que mide el poder de mercado, fue de 0.33 para las ARS privadas, indicando un margen espe-

rado de ganancias por afiliado dentro del SFS de 33.00%. La inclusión de las ARS públicas ajusta el mercado hacia menores precios, introduciendo competencia en favor de los consumidores.

La siniestralidad, que refleja la frecuencia y severidad de los reclamos, es un factor crítico para la sostenibilidad del sistema de seguros. La gestión efectiva de la siniestralidad es esencial para mantener la viabilidad del sistema, subrayando la importancia de políticas regulatorias efectivas y una gestión prudente del riesgo. El estudio concluye que el mercado de las ARS en la República Dominicana muestra una moderada concentración con potenciales beneficios de competencia introducidos por las ARS públicas. Sin embargo, la moderada concentración en el segmento privado requiere una vigilancia continua para evitar prácticas monopólicas que perjudiquen a los consumidores. Se recomienda fortalecer la regulación y promover una mayor transparencia en la información del mercado para asegurar una competencia equitativa y eficiente.

Finalmente, es fundamental la colaboración de los agentes económicos y las instituciones del Estado para proporcionar la información necesaria que permita la realización de estudios de mercado exhaustivos, facilitando así la implementación de políticas que promuevan la competencia y mejoren el bienestar de los afiliados al sistema de salud.

1. Introducción

La actividad económica vinculada al seguro de salud de la República Dominicana ha sido una de las ramas de mayor dinamismo en los últimos años, dada cada vez mayor afiliación a las distintas modalidades del Sistema de Seguridad Social. El crecimiento promedio en el valor agregado de esta rama de actividad en términos reales ha sido de 6.79% en el periodo 2010 – 2023, siendo esta una de las ramas que ha superado el crecimiento promedio del PIB real de 4.94%. En este mismo sentido, el gasto en salud ha oscilado entre 2.71% a inicios del periodo, frente a un 3.31% en 2023.

Todas las actividades vinculadas a la Administración de Riesgos de Salud (ARS) están reguladas por la Ley núm. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), definiendo la organización y funciones de las instituciones participantes. La normativa presenta las distintas modalidades del Seguro Familiar de Salud (SFS) a fin de brindar acceso universal a servicios de salud. Entre los distintos planes se incluyen: un Plan Básico de Salud (PBS) y un Plan de Servicios de Salud (PDSS) para proteger la salud física y mental de los afiliados y sus familias. Por su parte las ARS ofrecen otras modalidades de seguros complementarios al plan básico a fin de mejorar las condiciones de competencia en el mercado.

En función de esto existen diversas partes en la cadena vinculada a los servicios de salud. De manera particular, este estudio se centra en las condiciones de competencia de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) sin profundizar en las distintas Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), las cuales deberán ser analizados en estudios posteriores, dada la complejidad del sistema. De igual manera, esta investigación abarca el periodo 2010 – 2024 como horizonte temporal de análisis.

Para tales fines, se utilizó un enfoque metodológico mixto combinando aspectos del enfoque cuantitativo, como análisis de estadísticas descriptivas y modelos econométricos, así como enfoques cualitativos, tales como

revisión documental y análisis comparados. Para el primer enfoque se utilizan datos de fuentes secundarias con el objetivo de caracterizar esta rama de actividad, definir el mercado relevante, identificar la estructura del mercado e identificar las posibles restricciones a la competencia. Las fuentes de información utilizadas para la elaboración del presente estudio que se encuentran disponibles de manera pública, estas son: el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) y la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT), ambas fuentes elaboradas por el Banco Central de la República Dominicana (BCRD); otras fuentes de información que se encuentran disponibles provienen de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Adicionalmente, para el enfoque cualitativo se presenta una revisión del marco normativo, una revisión de la literatura con el objetivo de analizar la experiencia internacional de este mercado y un cuestionario compartido con los agentes económicos y las asociaciones pertenecientes al sector.

Los estudios de mercado se definen como: «proyectos de investigación conducidos al objeto de lograr un entendimiento profundo sobre cómo funcionan los sectores, los mercados y las prácticas que se dan en ellos»¹. Por esto, el conocimiento sobre la estructura y funcionamiento de los mercados desempeña una función relevante dentro de los análisis de las condiciones de competencia, porque sirven de marco para el estudio de aspectos más específicos y, sobre todo, permiten establecer conclusiones más claras respecto del comportamiento de un mercado particular y los agentes que participan en este.

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), estos estudios se realizan por las preocupaciones que

¹ Grupo de trabajo de promoción de la ICN (2010), Manual de buenas prácticas para la elaboración de estudios de mercado: versión preliminar p. 3. Presentado en la 9na. Conferencia Anual de la ICN, Estambul, abril 2010.

podieran surgir referentes al funcionamiento del mercado, dadas las siguientes razones: I) comportamiento de las empresas, II) estructura de mercado; III) fallas de mercado; IV) conducta del consumidor; V) intervención del sector público en los mercados; y, vi) otros factores que vayan en detrimento del consumidor.

Para Pro-Competencia, los estudios de mercado son un instrumento de promoción de la competencia, consistente en un análisis económico y regulatorio que analiza en profundidad la estructura del mercado, el comportamiento y dinámica de los agentes que participan en el mismo, así como sus condiciones económicas, con lo cual se puede identificar la existencia de restricciones o distorsiones en el referido mercado, que pudieran impedir una asignación eficiente de los recursos. Con estos resultados, se emiten recomendaciones a las entidades de la administración pública y/o a los agentes económicos con el fin de favorecer la competencia y obtener resultados económicos eficientes y alineados al interés general, a través de propuestas de desregulación, reformar instituciones o mejorar la diseminación de información para los agentes económicos del mercado y los consumidores. Es importante destacar que dada la función de promoción y la facultad de informe o consultiva de Pro-Competencia en la elaboración de los estudios de condiciones de competencia de los mercados, su contenido no es vinculante y no afecta a intereses de terceros.

Se destaca la importancia de responder los requerimientos de información que se realizan desde Pro-Competencia, para la realización de estos estudios de mercado en ejercicio de la función de promoción y abogacía de la competencia que le permite a la autoridad requerir tanto a los agentes económicos como a las instituciones del Estado, la información y documentación necesaria para cumplir con el precitado objetivo. Por último, es pertinente agradecer a los agentes económicos del mercado objeto de estudio su disposición para completar los cuestionarios realizadas por la institución.

2. Caracterización del mercado de seguro familiar de salud (SFS) en la República Dominicana

2.1. Caracterización jurídica del mercado

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) se rige por un conjunto de normativas que se encargan de regular todo lo concerniente a la seguridad social y sus actores, las cuales, de manera enunciativa más no limitativa, se desglosan a continuación:

a. Leyes

- Constitución de la República Dominicana, se consagran como derechos fundamentales de carácter social el derecho a la Seguridad Social (artículo 60) y el derecho a la Salud (artículo 61).²
- Ley General de Salud, núm. 42-01, mediante la cual se regulan todas las acciones que permitan el Estado hacer efectivo el derecho a la salud de la población, reconocido por en Constitución de la República Dominicana.³
- Ley núm. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus modificaciones,⁴ en la cual se regulan todos los aspectos concernientes a la protección de la población contra riesgos de vejez, discapacidad, maternidad, infancia y riesgos laborales.⁵

² República Dominicana. Constitución de la República Dominicana, votada y proclamada por la Asamblea Nacional el 13 de junio de 2015, Gaceta Oficial núm. 10805.

³ República Dominicana. Ley General de Salud, núm. 42-01, del 8 de marzo de 2001, Gaceta Oficial núm. 10075.

⁴ Modificada por la Ley núm. 370-05 que modifica el artículo 1 de la Ley núm. 87-01 (...) y la Ley núm. 188-07 que introduce modificaciones a la Ley núm. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

⁵ República Dominicana. Ley núm. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, del 9 de mayo de 2001, Gaceta Oficial núm. 10086.

- Ley núm. 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), mediante la cual se promueve el desarrollo y fortalecimiento de la Red de los Servicios Regionales de Salud y, con ello del sistema hospitalario dominicano.⁶
- Ley núm. 397-19 que crea el Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL). Deroga la Ley núm. 1986 del 1949, sobre Seguros Sociales, modificada por la Ley núm. 6126 del año 1962, sobre la Autonomía de la Caja Dominicana de Seguros Sociales. Deroga los artículos 134, 135, 136, 137, 138 y 139 de la Ley núm. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, y modifica los artículos 21, 23, 127, 128, 140, 192, 196 y 198 de la citada Ley núm. 87-01, la cual regula lo atinente a la promoción, prevención y control de los riesgos laborales, las enfermedades producidas por el trabajo y los accidentes laborales.⁷
- Ley núm. 13-20 que fortalece la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y la Dirección General de Información y Defensa del Afiliado (DIDA). Modifica el recargo por mora en los pagos al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y modifica, además el esquema de comisiones aplicados por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), con la que se promueve el fortalecimiento del SDSS y se modifica el esquema de recaudación.⁸

⁶ República Dominicana. Ley núm. 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), del 16 de julio de 2015, Gaceta Oficial núm. 10807.

⁷ República Dominicana. Ley núm. 397-19 que crea el Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales. (...), del 30 de septiembre de 2019, Gaceta Oficial núm. 10956.

⁸ República Dominicana. Ley núm. 13-20 que fortalece la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y la Dirección General de Información y Defensa del Afiliado (DIDA). (...), del 7 de febrero de 2020. Gaceta Oficial núm. 10970.

b. Decretos y reglamentos

- Decreto núm. 707-02 que establece el Reglamento del Consejo Nacional de Seguridad Social, mediante el cual se crea el Consejo Nacional de Seguridad Social, como órgano rector del SDSS.⁹
- Reglamento para la organización y regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), el cual regula el régimen de organización y funcionamientos de las ARS y el SNS.¹⁰
- Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud, mediante el cual se regula la prestación de los beneficios, contenidos, condiciones, limitaciones y exclusiones del Seguro Familiar de Salud.¹¹
- Decreto núm. 234-07 que establece el reglamento sobre aspectos generales de afiliación al seguro familiar de salud del régimen contributivo y sus modificaciones¹² el cual regula el proceso de afiliación y cotización al Seguro Familiar de salud del régimen contributivo, del SDSS.¹³
- Reglamento sobre infracciones y sanciones al Seguro Familiar de Salud y al Seguro de Riesgos Laborales, en el cual se establecen la graduación de las infracciones y sus respectivos montos, aplicables a las ARS y PSS.¹⁴

⁹ República Dominicana. Decreto núm. 707-02 que establece el Reglamento del Consejo Nacional de Seguridad Social, del 4 de septiembre de 2002. Gaceta Oficial núm. 10223.

¹⁰ República Dominicana. Reglamento para la organización y regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), aprobado mediante Resolución núm. 47-04 del 3 de octubre de 2002, dictada por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

¹¹ República Dominicana. Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud, aprobado mediante Resolución núm. 48-13 del 10 de octubre de 2002, dictada por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

¹² Modificado por el Decreto núm. 324-10 que modifica el literal b) del artículo 3 y el párrafo I del artículo 7, del Reglamento núm. 234-07, del 14 de mayo de 2007, sobre aspectos generales de afiliación al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo. Gaceta Oficial núm. 10580.

¹³ República Dominicana. Decreto núm. 234-07 que establece el Reglamento sobre aspectos generales de afiliación al seguro familiar de salud del régimen contributivo, del 4 de mayo de 2007. Gaceta Oficial núm. 10417.

¹⁴ República Dominicana. Reglamento sobre infracciones y sanciones al Seguro Familiar de Salud y al Seguro de Riesgos Laborales, aprobado mediante Resolución núm. 169-04, del 25 de octubre de 2007, dictada por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

- Reglamento sobre el subsidio por enfermedad común, mediante la cual se regula el otorgamiento de las prestaciones en dinero y el registro y control de las discapacidades correspondientes al subsidio por enfermedad común del Régimen Contributivo.¹⁵
- Reglamento sobre límites de concentración de propiedad y control accionario y de decisión de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) entre sí, mediante el cual se establecen los criterios para determinar, verificar, controlar, fiscalizar y sancionar las actuaciones de las ARS y las PSS, respecto a la participación accionaria y control de estas.¹⁶
- El precitado reglamento prohíbe a las ARS ser propietarias de cualquier porcentaje accionario de una PSS y tener accionistas dentro de su capital accionario con intereses económicos directos o indirectos en una PSS; la misma prohibición la tienen las PSS en relación con las ARS. Este seguimiento queda a cargo de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), tanto la supervisión, investigación y sanción de dichas prácticas.
- Decreto núm. 136-13 que establece el Reglamento del Régimen Subsidiado, el cual estipula las condiciones, procedimientos y mecanismos para la afiliación, operación administrativa y técnica del Régimen Subsidiado, así como, la prestación de los beneficios contenidos en dicho régimen.¹⁷
- Decreto núm. 9-17 que ordena con efectividad inmediata, iniciar el proceso de integración funcional de la gestión administrativa, financiera y

¹⁵ República Dominicana. Reglamento sobre el subsidio por enfermedad común, aprobado mediante Resolución núm. 214-01, del 3 de agosto de 2009, dictada por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

¹⁶ República Dominicana. Reglamento sobre límites de concentración de propiedad y control accionario y de decisión de las ARS y las PSS entre sí, aprobado mediante Resolución núm. 262-04, del 4 de marzo de 2011, dictada por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

¹⁷ República Dominicana. Decreto núm. 136-13 que establece el Reglamento del Régimen Subsidiado, del 14 de mayo de 2013. Gaceta Oficial núm. 10715.

de recursos humanos de la Prestadora de Servicios de Salud del Instituto Dominicano de Seguros Sociales y sus establecimientos al Servicio Nacional de Salud, el cual realizará la gestión y preservación de los activos correspondientes a los establecimientos de salud del IDSS, mediante el cual se integra la Red Única de Servicios Públicos de Salud, con ello se consolidan en el SNS todos los establecimientos de salud del sector público.¹⁸

- Decreto núm. 290-23 que establece el Reglamento Funcional de la Tesorería de la Seguridad Social, mediante el cual se desarrollan las atribuciones de la Tesorería de la Seguridad Social, conferidas por la Ley núm. 87-01.¹⁹

Como ya ha sido planteado, el mercado de seguros de salud de la República Dominicana está regulado por la Ley núm. 87-01, el cual forma parte de la estructura del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). En esta ley se define la organización y funciones de las instituciones involucradas en todo el sistema de salud, tanto instituciones públicas como privadas. Este sistema incluye a todas las entidades que contribuyen a la seguridad social, abarcando los recursos y normativas vigentes. Este mercado se destaca por ser de competencia regulada y estructura oligopólica.²⁰

[...] el Sistema Dominicano de Seguridad Social comprende a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que realizan actividades principales o complementarias de seguridad social, a los recursos físicos y humanos, así como las normas y procedimientos que los rigen.

¹⁸ República Dominicana. Decreto núm. 9-17 que ordena con efectividad inmediata, iniciar el proceso de integración funcional de la gestión administrativa, financiera y de recursos humanos de la Prestadora de Servicios de Salud, (...), del 19 de enero de 2017. Gaceta Oficial núm. 10870.

¹⁹ República Dominicana. Decreto núm. 290-23 que establece el Reglamento Funcional de la Tesorería de la Seguridad Social, del 7 de julio de 2023.

²⁰ Oligopolio es una estructura de mercado en donde existen pocos competidores relevantes y cada uno puede influir en el precio y cantidad de equilibrio.

Dentro de las características generales de este mercado se destaca que debido a su propia naturaleza se trata de un mercado con competencia regulada²¹ y con una estructura de oligopolio.²²

Mediante dicha ley, con el objetivo de que toda la población del país pueda acceder a los servicios de salud, ya sea en el sector público o privado, se crea el Seguro Familiar de Salud (SFS), el cual otorga a todos los afiliados del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), independientemente del régimen a que pertenezca, un Plan Básico de Salud (PBS) para garantizar protección integral a la salud física y mental del afiliado al sistema, así como a sus familiares. Este plan contiene su primera parte operativa que es conocida como Plan de Servicios de Salud (PDSS) (Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, 2007).²³

El Seguro Familiar de Salud (SFS) define que «Un seguro de salud es una forma particular de sistema de salud. Existen configuraciones típicas de los sistemas de salud, es decir, formas de organización que tienden a repetirse, donde los diversos actores involucrados asumen roles característicos. Los sistemas de seguros de salud aparecen, cada vez más en la región de las Américas, como soluciones legítimas y eficientes para configurar una respuesta social organizada a las necesidades de salud de la población».²⁴

²¹ Ley núm. 87-01, artículo 120: «La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales regulará este proceso (la libre selección de la ARS y/o PSS), establecerá el período para hacer los cambios de ARS, SNS y/o PSS y velará por el desarrollo y la conservación de un ambiente de competencia regulada que estimule servicios de calidad, oportunos y satisfactorios para los afiliados».

²² Estas características son compartidas y semejantes a las presentadas en el mercado de salud de Chile, ver: Díaz, Á. (2017). Mercado de las ISAPRES en Chile. Chile Salud Pública, 21, 91-96. Además, el mercado de seguros tiende a estar caracterizado por la participación de pocas entidades oferentes (oligopolio) y a desarrollar una competencia muy fuerte entre las diferentes compañías para capturar el mayor número de afiliados [...] (Observatorio de la Seguridad Social, 2001).

²³ Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, 2007.

²⁴ Pinilla, K. F. (2010). La competencia regulada en el sistema de salud de Colombia. Le Bret, (2), pp 73-99.

El seguro de salud es un esquema de protección a las personas ante la contingencia de enfermedad. Este ofrece la solución al problema de la incertidumbre financiera, de modo que garantiza que las personas reciban atención médica sin que sea necesario realizar desembolsos de dinero, o estos desembolsos sean menores a los necesarios, ya que de manera anticipada se realiza el pago de una prima a la compañía de seguros para que sea ésta quien asuma el riesgo financiero. Además, aseguran a los prestadores que cubrirán sus costos de inversión debido a que se cubre el gasto correspondiente a las atenciones médicas que en otro escenario corren el riesgo de no ser pagadas (Observatorio de la Seguridad Social, 2001). Mientras que, una de sus desventajas, es que tienden a limitar el acceso a los bienes (medicamentos, prótesis, etc.) y servicios (atención en el primer, segundo y tercer nivel).²⁵ Además, debido a que no existe el mecanismo de precios como negociación entre el proveedor y el asegurado, se genera el problema de riesgo moral, el cual consiste en que a ninguno de los dos agentes les interesa escatimar en el gasto, y por lo tanto se generan consumos innecesarios.

Otro problema que se presenta en este mercado es el de selección adversa que consiste en la concentración de la demanda por el seguro en la población más vulnerable, debido a que las personas con más bajo riesgo se retiran en la medida en que suben las primas²⁶ y como reacción las compañías de seguros aplican selección de riesgos y tienden a dejar por fuera a aquellas personas vulnerables. Entre los modelos de seguro de salud existentes se encuentran el social y el privado. De un extremo a otro se pueden encontrar seguros privados con y sin fines de lucros, al igual que un público con estas mismas condiciones. Además, está el mercado de seguro con competencia regulada, en el cual, el sector público y privado compiten

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Stiglitz, J. E. (2000). *La Economía del Sector Público*. Barcelona: Antoni Bosch.

por los clientes.²⁷ El cuadro 1 muestra las diferencias entre ambos tipos de seguro, tomando los puntos extremos de ambos modelos.

Cuadro 1. Diferencia entre el seguro de salud público y privado, 2018

Características	Seguros de salud sociales	Seguros de salud privados
Competencia	Usualmente no compiten	Compiten con precios, cobertura y calidad
Plan de beneficios	Único	Diversidad de planes
Financiamiento	Público (contribuciones e impuestos), subsidios cruzados a favor de los usuarios de bajo poder adquisitivo y mala salud	
Captación de Clientes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cerrado 2. Obligatorio 3. Clientela Cautiva 4. No seleccionan a sus beneficiarios 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voluntario 2. Libre Afiliación 3. Pueden practicar selección adversa. 4. Tienen a concentrarse en aquellos de mayor ingreso y menor riesgo
Cobertura	Tiende a ser amplia	Tiende a ser focalizada en determinados grupos
Propiedad/Lucro	No tienen fines de lucro	Tienen fines de lucro

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) de (Pro-Competencia), con información disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/4.1.html> [consulta 2 octubre 2023].

Por otro lado, con el fin de eliminar la fragmentación y segmentación²⁸ de los sistemas de salud, y de lograr un acceso más equitativo de los ciudadanos al sistema de salud de los países de la región, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tuvo la iniciativa de crear e impulsar un modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), impulsado en la

²⁷ Pinilla, K. F. (2010). La competencia regulada en el sistema de salud de Colombia. *Lebret*, (2), pp 73-99.

²⁸ Enfrentar la fragmentación de los servicios de salud y la fragmentación de los cuidados de la salud, constituyen los mayores retos y exigencias actuales que enfrentan las autoridades de salud a nivel regional y global (Barrios y otros, 2011).

República Dominicana. Este modelo se define como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (Barrios y otros, 2011). Este modelo contempla cuatro (4) ejes de abordaje para organizar el mercado de salud, estos son: 1) Modelo Asistencial, 2) Gobernanza y Estrategia, 2) Organización y Gestión y 4) Asignación e Incentivos; dentro de los cuales se enmarcan 14 atributos esenciales para el sistema (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Ámbitos de abordaje y atributos esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Modelo asistencial

1. Población y territorio definidos con amplio conocimiento de sus necesidades y determinan la oferta del servicio de salud.
2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos.
3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extrahospitalarios.
5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Gobernanza y estrategia

7. Un sistema de gobernanza único para toda la red.
8. Participación social amplia.

Modelo asistencial

9. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Organización y gestión

10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, entre otras variables.
13. Gestión basada en resultados.

Asignación e incentivos

14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

Fuente: Barrios, O. A., Méndez, C. A., & Morrison, R. H. (2011). *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) van desde una conceptualización de integración de los sistemas de salud a una de competencia de mercado, vinculada, por un lado, a la integración de los actores del mercado con el fin de optimizar costos y obtener ganancias en la eficiencia y por otro más orientado a la coordinación de la provisión como respuesta a la fragmentación de los sistemas de salud y el mantenimiento de la continuidad de la atención de salud (Barrios y otros, 2011).

Esta forma de organizar el mercado de salud a través de redes integradas ha sido aplicada por países como Colombia y Chile, incluyendo a la República Dominicana²⁹ (Barrios y otros, 2011), los mismos presentan grandes similitudes con el SDSS respecto a la participación de las instituciones aseguradoras³⁰ de salud tanto públicas como privadas en los diferentes regímenes.

El 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

²⁹ Resolución núm. DE-030-2019 de la Dirección Ejecutiva (DE), de Pro-Competencia.

³⁰ En Colombia las aseguradoras de salud se conocen como EPS y en Chile ISAPRES.

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 mismo 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.³¹ Este seguro familiar entró en vigor el 19 de diciembre de 2006, mediante un acuerdo firmado por todos los actores del sistema que buscaba entrar en operación el régimen contributivo, donde también se desarrolla el Plan de Servicios de Salud (PDSS), que está integrado por tres regímenes de financiamiento:³²

- Régimen contributivo: que comprende a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores, financiado por los trabajadores y los empleadores, incluyendo al Estado como empleador.
- Régimen subsidiado: orientado a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitado e indigentes, financiado por el Estado.
- Régimen contributivo-subsidiado: que protege a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador.

Para el financiamiento del régimen contributivo se utiliza un sistema de reparto simple consistente en una cotización total de 10.13% del salario cotizable, dividiéndose en un 3.04% a cargo del afiliado y el 7.09% restante por cuenta del empleador; cotización que a su vez se distribuye en un 9.58% para utilizarse en el cuidado de la salud, un 0.48% para el pago de subsidios y el restante 0.07% para el financiamiento de las operaciones de

³¹ Ley núm. 87-01, artículos 118-119.

³² Ley núm. 87-01, artículo 7.

la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales DIDA (2022).³³

Por su parte, para el régimen contributivo-subsidiado deberá calcularse considerando «la capacidad contributiva real de los diversos segmentos de los trabajadores por cuenta propia, así como la disponibilidad del Estado». Recientemente en el 2022, mediante la Resolución 551-08, se implementó un plan piloto para la inclusión en dicho régimen de las trabajadoras domésticas, bajo un esquema de aporte fijo a pagarse por el empleador, el trabajador y el Estado, el costo total fijado es de RD\$859.43, distribuido de la siguiente manera: RD\$571.50 el empleador; RD\$28.50 el trabajador y RD\$259.43 el Estado. A su vez, dicho aporte se distribuye a razón de RD\$649.43 para el SFS, RD\$95.00 para financiar la prima del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia y RD\$115.00 para el Seguro de Riesgos Laborales y Enfermedades Profesionales.³⁴

Respecto al régimen subsidiado, la Ley núm. 87-01 dispone que se financiará con el aporte del Estado de conformidad con la ley de gastos públicos, cuyo monto se debe determinar «multiplicando la población cubierta por el costo per cápita del Seguro Familiar de Salud y por el monto de las pensiones solidarias». En general, la estructura del (SDSS) en el país está compuesta por las siguientes instituciones:

- Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS). De acuerdo con la Ley núm. 87-01, es la entidad encargada de establecer las políticas, regular el funcionamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social y las instituciones que lo componen, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios y velar por el desarrollo institucional, la integridad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS.

³³ Ley núm. 188-07.

³⁴ Esta resolución fue declarada no conforme con la Constitución por el Tribunal Constitucional mediante el comunicado núm. 61/23, disponible en: <https://www.tribunalconstitucional.gob.do/consultas/secretar%C3%ADa/comunicados-casos-aprobados/6123/> [consulta 1ro. febrero 2024].

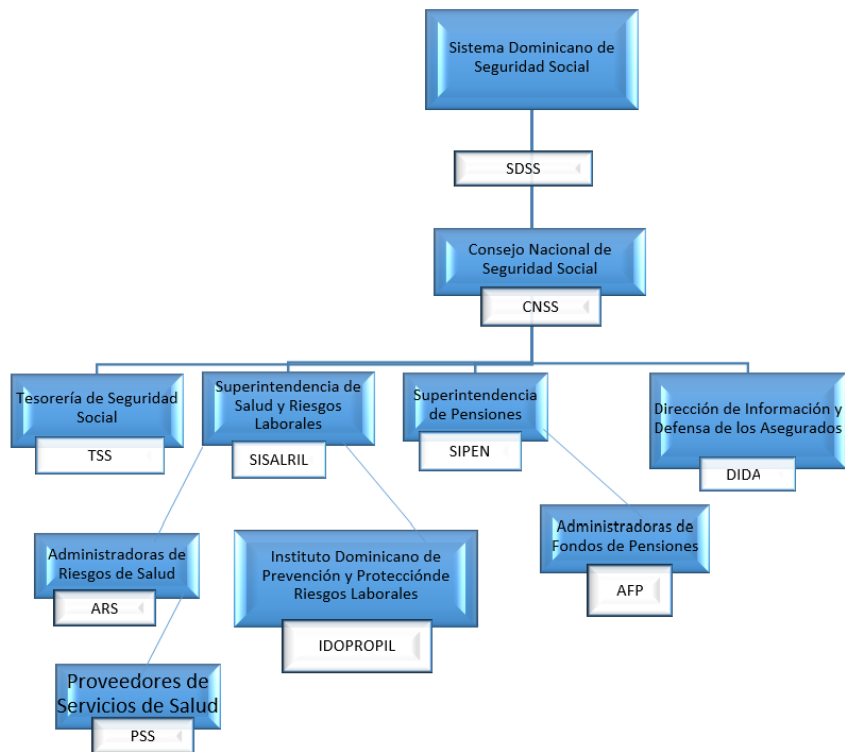
- Tesorería de la Seguridad Social (TSS). Esta entidad tiene a su cargo la administración del Sistema Único de Información y Recaudo (SUIR) y el proceso de recaudo, distribución y pago de los recursos financieros del SDSS. Con el mismo se busca el aseguramiento de la solidaridad social, evitar la selección adversa, contener los costos y garantizar la credibilidad y eficiencia.
- Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA). Es una entidad que tiene a su cargo asistir de manera gratuita a los beneficiarios del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Dicha asistencia incluye información sobre los derechos y deberes de los afiliados, interponer recursos e instancias amigables y contenciosas, formular quejas y reclamaciones, asesoría y defensoría a los casos de los afiliados hasta su resolución final¹⁵. En atención a la Ley núm.13-20, pasó a ser una Dirección General autónoma, descentralizado y con patrimonio propio, bajo dependencia del Ministerio de Trabajo.
- Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). Es una entidad estatal que tiene como misión «Garantizar a la población la protección del aseguramiento en salud y riesgos laborales en condiciones de calidad, equidad y sostenibilidad, actuando en representación del Estado Dominicano en la regulación, supervisión, conciliación y arbitraje, así como en la formulación de propuestas técnicas».
- Superintendencia de Pensiones (SIPEN). Es una entidad estatal, con autonomía, personalidad jurídica y patrimonio propio. Ejerce las funciones de velar por el cumplimiento estricto de la Ley núm. 87-01 y sus normas complementarias, proteger los intereses de los afiliados, vigilar la solvencia financiera de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y contribuir a fortalecer el sistema previsional dominicano.
- Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL). Antiguamente, Administradora de Riesgos Laborales (ARL), tiene como misión Promovemos el bienestar de los trabajadores gestionando la prevención y protección de los riesgos laborales, apoya-

dos en la promoción e investigación, con un personal comprometido con la excelencia.

- Seguro Nacional de Salud (SENASA). Es una entidad pública autónoma y descentralizada responsable de la administración de riesgos de salud de los afiliados subsidiados, contributivos y contributivo-subsidiados del sector público y de los contributivos del sector privado que la escojan voluntariamente.
- Administradores de Fondos de Pensiones (AFP). De acuerdo con el artículo 80 de la Ley antes citada, las AFP son «sociedades financieras constituidas... con el objetivo exclusivo de administrar las cuentas personales de los afiliados e invertir adecuadamente los fondos de pensiones; y otorgar y administrar las prestaciones del sistema previsional, observando estrictamente los principios de la seguridad social y las disposiciones de la presente ley y sus normas complementarias». Las mismas podrán ser públicas, privadas o mixtas y deberán contar con, por lo menos, una oficina a nivel nacional para el cumplimiento de sus funciones.
- Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). Son entidades públicas, privadas o mixtas y descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales a asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud a una determinada cantidad de beneficiarios, mediante un pago per cápita previamente establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social.
- Proveedoras/Prestadoras de Servicios de Salud (PSS). Son personas físicas legalmente facultadas o entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la provisión de servicios ambulatorios, de diagnósticos, hospitalarios y quirúrgicos; habilitadas por la Ministerio de Salud Pública (MSP),³⁵ de acuerdo con la ley General de Salud.

³⁵ Anteriormente llamada Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).

Ilustración 1. Estructura organizativa del Sistema Dominicano de Seguridad Social



Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) de Pro-Competencia, de acuerdo con la organización del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), Disponible en: <https://cnss.gob.do/index.php/sdss/organizacion-sdss> [consulta 13 noviembre 2023].

Las interrelaciones entre estas instituciones se presentan en el diagrama anterior, pero se puntualiza que el presente estudio está concentrado en las Administradoras de Riesgo de Salud (ARS), reguladas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

2.2. Caracterización económica del mercado

En este apartado se desarrolla un análisis del entorno de la rama de la actividad económica del sector salud (en sentido amplio), y de forma más específica el Seguro Familiar de Salud (SFS) en la República Dominicana, con el fin de contextualizar a nivel macroeconómico esta rama actividad. El objetivo principal de este apartado es vincular el desempeño del entorno macroeconómico del país, con el desempeño que ha mantenido el sector salud y SFS. Para dicho fin, se utilizan tres de los grandes agregados macroeconómicos comúnmente analizados, dada su importancia en la medición del desempeño de una economía, como son: el Producto Interno Bruto (PIB), nivel de precios (Inflación) y la tasa de ocupación. Adicionalmente, se incluyen los ingresos recaudados y dispersados al SFS y los aportes del gobierno al SENASA.

2.2.1. Dinámica macroeconómica

El Producto Interno Bruto (PIB)³⁶ suele considerarse como el principal indicador de los resultados de una economía.³⁷ El PIB mide el nivel de actividad económica de un país y representa el valor monetario del nivel de la producción final de bienes y servicios para un periodo.³⁸ De manera que, dada la importancia de esta variable, resulta imperativo iniciar el análisis del contexto macroeconómico con una mirada al comportamiento del PIB.

Generalmente, el desempeño económico de un país suele medirse por medio del crecimiento económico. En ese orden, el crecimiento suele estar relacionado con una mejora en el nivel de empleo y el ingreso de los hogares. De manera que, esto puede conducir a un aumento en la demanda de los servicios de salud en general y de los seguros de salud en particular;

³⁶ Para este análisis se utiliza el PIB en términos reales referenciado al año 2007. De este modo se aísla el efecto inflacionario y se percibe el desempeño real de la economía.

³⁷ Mankiw, N. Gregory. 2006. Macroeconomía. Editado por Antoni Bosch. Vol. 6ta. edición. Barcelona: Worth Publisher.

³⁸ De Gregorio, José. 2007. Macroeconomía. Teoría y Política. Vol. 1ra. edición. Santiago: Pearson.

debido a que más personas pueden permitirse adquirir cobertura médica para protegerse contra posibles contingencias físicas y/o mentales.

2.2.1.1. Producción

Durante el periodo de análisis, 2010-2023, el PIB real de la República Dominicana ha mantenido un crecimiento sostenido, indicando con esto el buen desempeño de la economía nacional. Para los 13 años de análisis, el crecimiento promedio del PIB real fue de 4.94%, siendo este crecimiento cercano a los niveles del crecimiento potencial.³⁹ Por otro lado, el crecimiento promedio del valor agregado del sector salud en términos reales fue de 6.79%. En ese sentido, el crecimiento del sector salud ha estado por encima del crecimiento de la economía dominicana en 8 de los 13 años de estudio, lo que sugiere un dinamismo mayor en esta área de la economía. El gráfico 1, compara las tasas de crecimiento de la economía dominicana con las tasas de crecimiento del sector salud año a año.

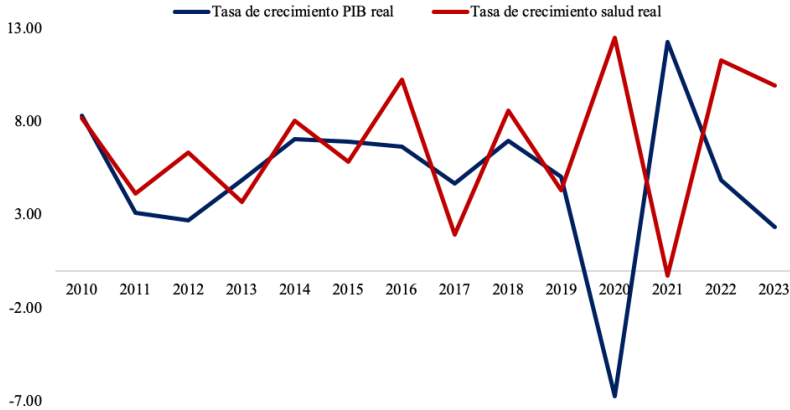
Uno de los puntos más destacados es la drástica caída en 2020, donde el PIB experimenta un decrecimiento pronunciado, mientras que la tasa de crecimiento del sector salud muestra un repunte significativo en el mismo período. Este comportamiento puede atribuirse a la pandemia de COVID-19, que afectó severamente la economía en general, pero generó un aumento en la inversión y el gasto en salud. Posteriormente, en 2021, se observa un fuerte repunte del PIB, mientras que el sector salud sufre una caída, reflejando un ajuste tras la crisis sanitaria.

En los años más recientes, 2022 y 2023, el crecimiento del sector salud se mantiene por encima del PIB, aunque ambos indicadores muestran una tendencia descendente. Esto podría indicar una desaceleración en el crecimiento económico y en la inversión en salud, posiblemente debido a facto-

³⁹ El crecimiento potencial del PIB dominicano ronda en 4.50 – 5.50% atendiendo las estimaciones de Ramírez (2019) y Hernández (2020).

res como el ajuste fiscal, la estabilización *postpandemia* o cambios en las prioridades de gasto.

Gráfico 1. Evolución de las tasas de crecimiento del PIB y del sector salud a precios constantes durante el periodo 2010-2023

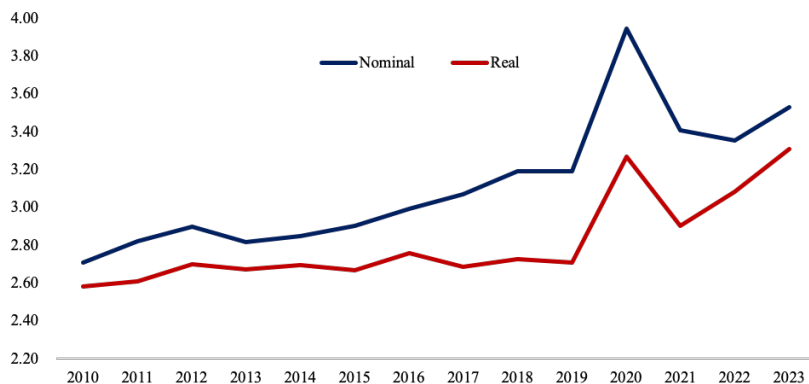


Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) en base al Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) del Banco Central de la República Dominicana (BCRD).

Considerando las cifras anteriormente descritas, y enfocando el aporte del Sector Salud, la participación de este, medido como porcentaje del PIB, suele emplearse como parámetro de referencia al momento de evaluar el sistema de salud de un país⁴⁰. Como se puede ver en el Gráfico 2, la participación del sector salud ha oscilado entre 2.71% para el año 2010 y 3.53% para el año 2023. La participación promedio anual ha sido de 3.12%. Como es de esperar, producto de la Pandemia del COVID-19 en el 2020, el gasto en salud como porcentaje del PIB fue mayor al restante. Para ese momento, el aporte del sector en salud como porcentaje del PIB fue de 3.94%. Posteriormente ha vuelto a tomar valores en las proximidades del 3.00%, específicamente de 3.53% al 2023.

⁴⁰ Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2013). *Health Economics*. Palgrave Macmillan.

Gráfico 2. Participación del sector salud como porcentaje del PIB durante el periodo 2010-2023



Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) en base al Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) del Banco Central de la República Dominicana (BCRD), Disponible en: <https://bancentral.gov.do/a/d/2533-sector-real> [consulta 12 diciembre 2023 y actualizado 10 febrero 2025].

El gasto en salud como porcentaje del PIB muestra variaciones significativas entre los países analizados. República Dominicana presenta el promedio más bajo con 3.1%, reflejando una inversión limitada en el sector salud en comparación con otras naciones. Su crecimiento ha sido moderado a lo largo de los años, con un pico en 2020 (3.94%) posiblemente impulsado por la pandemia de COVID-19. Sin embargo, sigue estando muy por debajo del promedio de la OCDE (8.9%), lo que indica una brecha importante en términos de financiamiento de salud pública y privada.⁴¹

Por otro lado, países como Chile y Brasil presentan un gasto en salud más alto, con promedios de 8.6%, acercándose a los niveles de la OCDE.⁴²

⁴¹ Con fines comparativos, se ha optado por presentar los porcentajes en términos nominales puesto que las cifras calculadas por OCDE solo toman en consideración los precios corrientes.

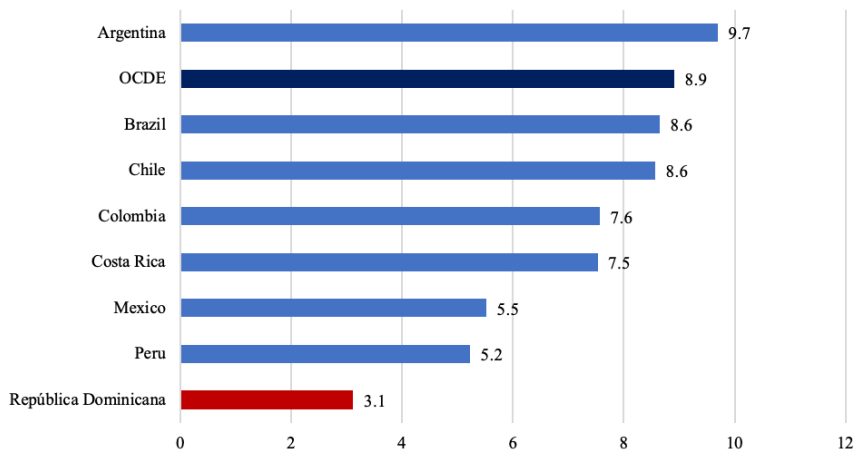
⁴² Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> [consulta 12 diciembre 2023 y actualizado 10 febrero 2025].

Chile, en particular, muestra un crecimiento constante, alcanzando su punto más alto en 2023 con un 10%, lo que sugiere una política sostenida de inversión en el sector. Colombia y Costa Rica también mantienen niveles relativamente elevados, con promedios de 7.6% y 7.5% respectivamente, destacándose como líderes en la región en términos de gasto en salud en relación con su PIB.

Finalmente, Argentina es el país con el mayor porcentaje de gasto en salud sobre el PIB, con un promedio de 9.7%, superando incluso a la OCDE. Este dato indica una fuerte inversión en el sector, aunque es necesario evaluar si este gasto se traduce en mejoras efectivas en la calidad del sistema de salud. En contraste, Perú⁴³ y México muestran niveles intermedios con 5.2% y 5.5% respectivamente, lo que refleja un esfuerzo moderado en términos de financiamiento del sistema de salud. En general, en el gráfico 3 pone de manifiesto grandes disparidades entre los países, con algunos acercándose a los estándares de la OCDE, mientras que otros aún presentan un rezago considerable en términos de inversión en salud, en donde se destaca a la República Dominicana.

⁴³ El promedio tomó en consideración el periodo 2010-2022 para Perú y preliminar 2023 para el resto de los países.

Gráfico 3. Gasto promedio en salud en países de la (OCDE) como porcentaje del PIB, periodo 2010 - 2023



Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) en base a las estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Disponible en: <https://data-explorer.oecd.org/vis> [consulta 12 diciembre 2023 y actualizado 10 febrero 2025].

Cabe resaltar que, no existe una correlación entre el tamaño de la economía y el gasto en salud. Mas bien, la participación que tenga el sector salud dentro de la economía dependerá del tipo de sistema de salud que esta adopte. Por ejemplo, el Reino Unido y Suecia, dos países con seguro público universal y una cantidad predominante de hospitales públicos, dedicaron el 10.3% y el 11.20% del PIB, respectivamente, a la atención sanitaria en el año 2023. En comparación, Francia y Alemania, que tienen algunos proveedores privados, gastaron entre el 11.5% y 10.7% de su PIB en atención sanitaria. En cambio, los Estados Unidos, donde predominan los hospitales y las aseguradoras privados, los gastos en atención médica superaron el 16.6% para esa misma fecha.⁴⁴

⁴⁴ Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> [consulta 12 diciembre 2023 y actualizado 10 febrero 2025].

Este hecho resalta la brecha existente entre las economías en desarrollo y las más avanzadas. En términos de tendencias, países como Costa Rica y Colombia muestran estabilidad en el rango de 7.5% a 7.6%, lo que sugiere un posicionamiento intermedio dentro de la región, mientras que Brasil, con un promedio de 8.6%, se acerca más a los valores de la OCDE, indicando un desarrollo más sólido en comparación con otras economías latinoamericanas.

No obstante, puede haber varias omisiones en las suposiciones anteriores puesto que, el aporte del gasto en salud al PIB no toma en consideración los siguientes aspectos:

- 1) Los diferentes niveles inherentes de salud de la población de una región en general;
- 2) El valor que los ciudadanos de un país atribuyen a la salud y, por último;
- 3) La valoración por el grado de desigualdad en salud que existe entre los distintos grupos sociales.

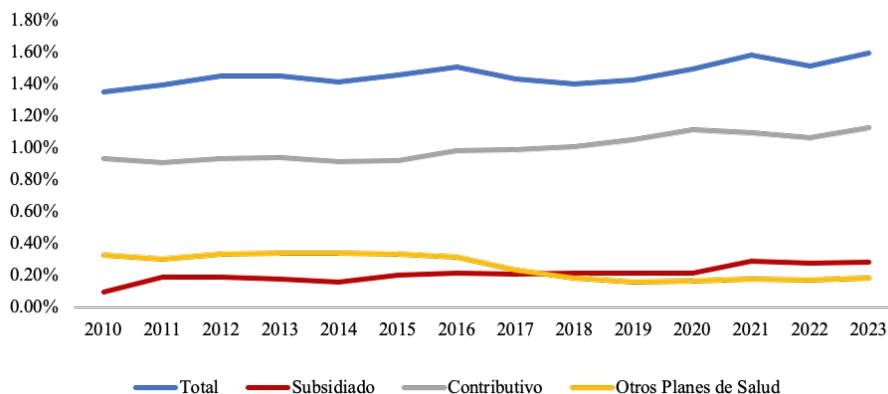
Además, se debe destacar que, gran parte del gasto en salud de un país se atribuye a los hábitos alimenticios, cuidados rutinarios y medidas preventivas por parte de los individuos.⁴⁵ Si los países difieren en cualquiera de estas formas, entonces la métrica del gasto en salud sobre el PIB es insuficiente para emitir un juicio sobre la efectividad de un sistema de salud sobre otro. Sin embargo, tomando en cuenta estas consideraciones, la República Dominicana gasta relativamente menos en servicios de atención médica y sanitaria, que los países comparados.

Finalmente, como se puede apreciar en el gráfico 4, los Planes de Servicios de Salud (PDSS) que prestan las aseguradoras, para el periodo de estudio,

⁴⁵ Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2013). *Health Economics*. Palgrave Macmillan.

tienen una participación promedio dentro del PIB del 1.46%. El siguiente gráfico detalla las distribuciones de los gastos por tipo de Seguro Familiar de Salud para la República Dominicana. En este gráfico se puede apreciar como el Seguro Familiar de Salud (SFS) *Contributivo* obtiene la mayor participación. Durante el periodo analizado, el SFS contributivo tuvo participación promedio del 1.00%. Por otra parte, el Seguro Familiar de Salud (SFS) subsidiado y los “Otros Planes de Salud” tienen una participación de 0.21% y 0.25%, respectivamente. Es decir, dentro del sistema de salud dominicano, gran parte del gasto en PDSS por parte de las aseguradoras se concentra en el SFS contributivo. En cambio, la representación del SFS subsidiado y de «otros planes» de salud es diminuta en términos comparativos.

Gráfico 4. Participación de las modalidades de seguro familiar de salud como porcentaje del PIB nominal, periodo 2010-2023



Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) en base a las estadísticas de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). Disponible en: <https://virtual.sisalril.gob.do/SisalrilVirtual/Sesion> [consulta 12 diciembre 2023 y actualizado 10 febrero 2025].

2.2.1.1.1. Gasto de bolsillo en salud de los hogares

Un alto gasto de bolsillo en salud refleja deficiencias en los mecanismos de financiamiento de los sistemas nacionales de salud y seguridad social. Sin embargo, es importante entender que estos mecanismos dependen de la madurez tanto del sistema de salud como de seguridad social. A medida que estos sistemas logran una cobertura universal, cuentan con una red de proveedores eficiente y reducen los copagos y cuotas moderadoras a cambio de una prima de riesgo, lo que disminuye los gastos directos de las familias.

Los pagos por diferencias, copagos y cuotas moderadoras actúan como mecanismos para contener costos y evitar el uso excesivo de servicios, lo cual puede comprometer la sustentabilidad financiera del sistema de seguridad social. Estas diferencias monetarias, conocidas como copagos, analizado desde otro punto de vista, se convierten en barreras para el acceso a los servicios, incrementando el gasto de bolsillo y elevando los riesgos de salud, especialmente para las personas en los quintiles de ingresos más bajos.

En este contexto, el gasto de bolsillo disminuye a medida que el Estado amplía la cobertura de afiliación y financiamiento en salud, generando beneficios sociales y económicos, traducidos en eficiencia y satisfacción, con impactos positivos en todas las dimensiones. La tendencia global del gasto de bolsillo en salud ha mostrado una disminución lenta pero constante en las últimas décadas. Dicho lo anterior, existe una relación inversa entre el nivel de ingresos de los países y el gasto de bolsillo en salud: a mayor ingreso, menor es el gasto directo de los hogares en servicios de salud. Esto se debe a que, en sistemas de salud más desarrollados, una mayor proporción del PIB se destina a la salud y hay un financiamiento público robusto, lo cual mejora la calidad de vida a través del desarrollo, la educación y el bienestar general.

En el 2002, el gasto promedio de bolsillo en salud en Latinoamérica y el Caribe representaba el 40.33% del gasto total en salud. Aunque ha disminuido debido a avances en el aseguramiento social, el ritmo ha sido lento. En el 2017, tres países se destacaron por su alto financiamiento directo de los hogares: Venezuela (63.0%), Guatemala (54.1%) y Honduras (48.7%). Por otro lado, países como Cuba (10.5%), Argentina (15.0%), Colombia (16.3%) y Uruguay (17.5%) mostraron menor participación de los hogares en el financiamiento en salud. La República Dominicana ocupó el cuarto lugar en la región con un gasto de bolsillo del 44.7% en 2017.

Entre 2002 y 2017, el gasto de bolsillo en salud en la República Dominicana disminuyó del 53.5% al 44.7%, una reducción de 8.8 puntos porcentuales. El gasto de bolsillo es un fenómeno que se comprende mejor cuando aparecen enfermedades catastróficas, como cáncer, diabetes y enfermedades renales, las cuales implican altos costos, llevando a las familias a comprometer su patrimonio y superar su capacidad de endeudamiento.

El nivel de aseguramiento es un factor clave del gasto de bolsillo en salud. En la última década, la afiliación al Sistema Dominicano de la Seguridad Social (SDSS) ha crecido significativamente, pasando de 4.40 millones en 2010 a 8.12 millones en 2019, un aumento del 84.42%. El avance en la cobertura se debe principalmente al Régimen Subsidiado, que creció de 2.01 millones a 3.73 millones de personas afiliadas entre 2010 y 2019, un aumento del 85.04%. La cobertura del régimen contributivo también creció, de 2.36 millones a 4.23 millones de afiliados en el mismo periodo.

A pesar de casi dos décadas desde su creación, el Sistema Dominicano de la Seguridad Social (SDSS) sigue siendo inequitativo, y el gasto de bolsillo de los hogares representa una proporción significativa del financiamiento total, principalmente en la compra de medicamentos, con el riesgo de incurrir en gastos catastróficos. Más en detalle, el gasto promedio en salud por hogar en la República Dominicana es de RD\$2,596.0 mensuales, represen-

tando el 6.81% del gasto corriente, de los cuales RD\$1,310.3 mensuales (50.5%) corresponden a gasto de bolsillo en salud, equivalentes al 3.9% del gasto de consumo final efectivo. En zonas urbanas, el gasto de bolsillo es de RD\$1,401.6 (51.8% del total), mientras que en zonas rurales es de RD\$918.8 (43.4% del total). En productos y equipos médicos, el gasto de bolsillo representa el 75.1% (RD\$926.2). Se estima que el 3.8% de los hogares tienen gastos en salud superiores al 30% del gasto total del hogar, y el 4.0% de los hogares superan el 40% del gasto no alimentario en salud.

La participación del sector salud como porcentaje del PIB es un indicador crucial para evaluar la inversión de un país en su sistema de salud. En los países de la OCDE, el gasto promedio en salud refleja una inversión significativa en el bienestar de la población. En contraste, en Latinoamérica y el Caribe, este gasto es menor, lo que evidencia una menor asignación de recursos públicos al sector salud. Esta diferencia en la inversión se traduce en una mayor dependencia del gasto de bolsillo de los hogares en la región. Mientras que los países de la OCDE cuentan con sistemas de salud más robustos y financiamiento público más alto, lo que reduce la carga financiera directa sobre los hogares. La menor inversión pública en salud obliga a las familias a cubrir una mayor proporción de los costos de servicios y medicamentos, incrementando así el riesgo de gastos catastróficos y limitando el acceso equitativo a la atención médica.⁴⁶

2.2.1.2. Nivel de precios (IPC Salud)

Otra de las variables relevantes para tomar en cuenta en el análisis del macroentorno es el cambio en el nivel generalizado de precios (inflación), la cual es un indicativo de la variación de los precios en una economía y a su vez ayuda a determinar el poder adquisitivo que tiene el dinero en el

⁴⁶ ONE 2020. Análisis del gasto del bolsillo en salud de los hogares en República Dominicana a partir de los datos de la ENIGH-2018. Oficina Nacional de Estadística (ONE), informe disponible en: <https://www.one.gob.do/media/pjnafpmk/analisis-del-gasto-de-bolsillo-en-salud-de-los-hogares-en-rd-ensim-2018-web.pdf> [consulta 14 junio 2024].

tiempo. En la literatura económica se describe la inflación como un alza continua del nivel general de precios.⁴⁷

La inflación, medida por las variaciones del índice de precios al consumidor (IPC), puede tener efectos considerables en el mercado de seguros de salud. Es decir, incrementos constantes en los precios de los servicios médicos pueden conducir a aumentos en las primas, los copagos y los deducibles. A su vez, la inflación, puede disminuir el valor real de los montos a reembolsar por parte de las aseguradoras. De tal manera, lo anterior podría afectar la demanda de cobertura por parte de los consumidores. Por otro lado, en el caso del Seguro Familiar de Salud (SFS) subsidiado, el Estado tendría que destinar una mayor partida del presupuesto para mantener los subsidios a la población más vulnerable.

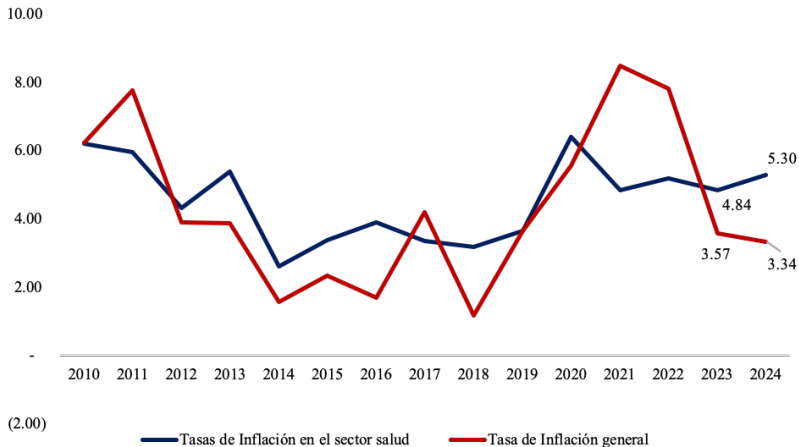
En ese sentido, una alta inflación alteraría las condiciones de competencia en el mercado, ya que las compañías de seguros lucharían por mantener primas competitivas y atractivas para los clientes. Es por esta y otras posibles razones que analizar el IPC del sector salud también resulta importante en la dinámica macroeconómica.

El gráfico 5 muestra la tasa de inflación de la economía dominicana comparada con el crecimiento del nivel de precios dentro del sector salud, para el subperiodo 2012-2016, donde se puede apreciar que el crecimiento del nivel de precios del sector salud estuvo por encima de la tasa de inflación de la economía nacional. Algo similar sucedió en 2019 y 2020. Es llamativo que, a pesar de la pandemia, y los grandes gastos en salud que estaba generando la economía a nivel mundial, el crecimiento del nivel de precios en el sector para el 2020 se limitara al 6.40%. Para el 2023, el sector salud presentó una variación de 4.84%, con una inflación general de 3.57%,

⁴⁷ Blanchard, Olivier, Alessia Amighini, y Francesco Giavazzi. 2012. Macroeconomía. Editado por PEARSON. Madrid.

mientras que datos más recientes, al cierre del 2024, muestran un 5.30% de variación para el sector salud, en contraste con un 3.34% de la inflación general.

Gráfico 5. Tasas de inflación y variación de los precios del sector salud, periodo 2010-2024



Nota: los cálculos fueron realizados con año base septiembre 2020.

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) con datos del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) del Banco Central de la República Dominicana (BCRD), Disponible en: <https://bancentral.gov.do/a/d/2534-precios> [consulta 10 febrero 2025].

Para el periodo analizado, la tasa promedio de inflación y el crecimiento promedio del nivel general de precios en el sector salud fue de 4.35% y 4.57%. Según por lo esbozado en el gráfico anterior, el crecimiento en el nivel de precios del sector salud es relativamente inelástico al ciclo económico, dado que las variaciones del nivel de precios del sector salud no siguen el mismo ritmo que la tasa de inflación de la economía nacional. En lo que respecta al seguro de salud, el IPC correspondiente solo cuenta con registros a partir de 2021. Por esta razón, su evolución no se muestra en el gráfico anterior. No obstante, presentó una variación porcentual acumulada interanual de 10.15 % en 2021, 18.49 % en 2022, 6.34 % en 2023 y 12.06% en 2024.

2.2.1.3. Tasa de ocupación e informalidad

En la actualidad, la mayoría de los ciudadanos dominicanos que se encuentran asegurados en el sector salud, reciben cobertura ya sea a través de su empleador o a través de un plan cubierto por el empleador del cónyuge y/o padre.⁴⁸ Producto de la Ley núm. 87-01 que crea el SDSS, se produce una vinculación directa e indirecta entre el número de asegurados y el mercado laboral. En este orden de ideas, las coberturas extendidas a los trabajadores es parte de la política de compensaciones del empleado. De tal forma, el número de asegurados dentro de la economía dominicana depende de la tasa de ocupación y la informalidad laboral en el país.

Una alta tasa de ocupación y una menor informalidad laboral pueden implicar que, más personas tengan acceso a seguros de salud proporcionados por sus empleadores, lo que reduciría las partidas presupuestarias que el Estado destina al subsidio de seguro de salud a los segmentos de la población más vulnerables. Por el contrario, una baja tasa de ocupación y un alto grado de informalidad laboral podrían llevar a un aumento en la partida presupuestaria destinada a subsidios por parte del Estado.

La tasa de ocupación indica el grado de aprovechamiento efectivo de los recursos humanos disponibles para la actividad económica.⁴⁹ Para el caso local, a partir del 2014⁵⁰ la tasa de ocupación ha mostrado un crecimiento lento pero sostenido, pasando de un 57.30% en 2014 a 62.3% en el último trimestre del año 2024. No obstante, es importante recordar que, la tasa de ocupación considera tanto la ocupación formal como informal, de forma que, el indicador de empleo que se puede vincular a la población dentro del SFS contributivo es la ocupación formal. La ocupación formal,

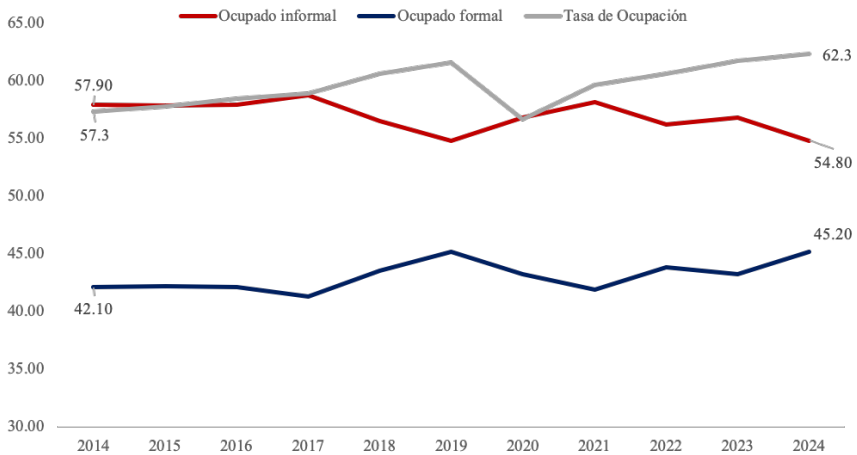
⁴⁸ Ley núm. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (2001).

⁴⁹ Boletín Trimestral del Mercado Laboral. Banco Central de la República Dominicana (BCRD). octubre-diciembre 2022, p. 29.

⁵⁰ Se toma a partir de 2014 dado que la ENCFT se empieza a publicar desde ese año, en sustitución de la anterior ENFT.

es aquella constituida por los ocupados que tienen acceso a los beneficios de la seguridad social.⁵¹ En cambio, la ocupación informal hace referencia a los ocupados que no tienen acceso a la seguridad social producto de la relación de trabajo.⁵² La economía dominicana se caracteriza por presentar un alto grado de informalidad, lo cual provoca un impacto significativo en el acceso a la cobertura del SFS, dada las razones anteriormente expuestas.

Gráfico 6. Tasa de ocupación, ocupación formal e informal, periodo 2014-2024



Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos de la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT) del Banco Central de la República Dominicana (BCRD), Disponible en: <https://bancentral.gov.do/a/d/2541-encuesta-continua-encft> [consulta 10 febrero 2025].

El gráfico 6 muestra como la ocupación informal supera considerablemente la ocupación formal. Siendo más precisos, durante el periodo 2014-2024, la ocupación informal, superó en promedio la ocupación formal en

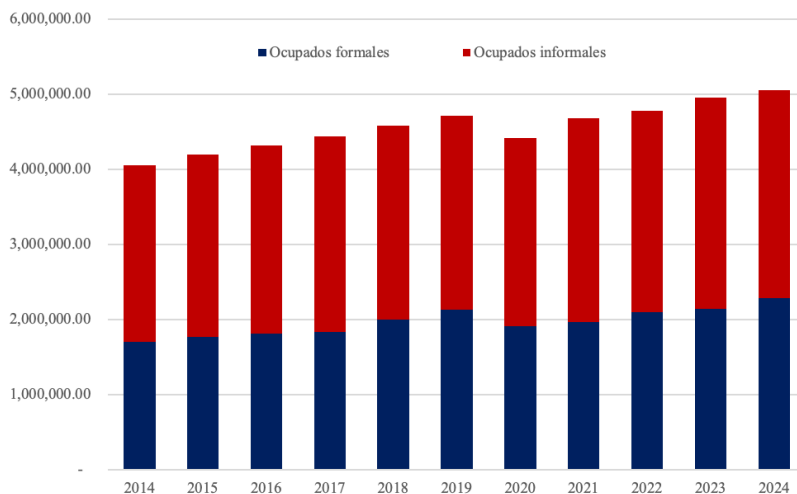
⁵¹ Ocupación formal son los ocupados que tienen acceso a los beneficios de la seguridad social, como son el plan de pensión y seguro de salud, producto de la relación de trabajo, según el Boletín Trimestral del Mercado Laboral. Banco Central de la República Dominicana (BCRD). octubre-diciembre 2022, . p. 28.

⁵² Boletín Trimestral del Mercado Laboral. Banco Central de la República Dominicana (BCRD). octubre-diciembre 2022, p. 28.

13.87%. Esto se puede leer desde dos perspectivas distintas. Por un lado, una mayor cantidad de la población podría no contar con protección en salud debido a la falta de afiliación a sistemas formales de seguridad social y, por otro, se estaría registrando un mayor número de personas aseguradas bajo la modalidad de subsidios sociales o programas de protección social del gobierno.

En términos absolutos, las tasas de ocupación formal e informal en la República Dominicana durante el período 2014-2024 muestran una tendencia relativamente estable. En dicho periodo, se observa que el número promedio de ocupados formales se mantuvo en alrededor de 2 millones de ocupados, mientras que los ocupados informales alcanzaron, en promedio, de 2.6 millones.

Gráfico 7. Cantidad de ocupados formales e informales, durante el periodo 2014-2024

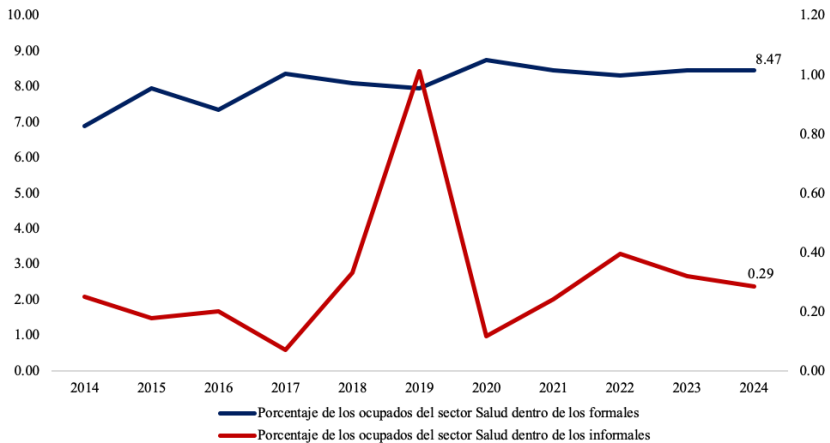


Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos de la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT) del Banco Central de la República Dominicana (BCRD), Disponible en: <https://bancentral.gov.do/a/d/2541-encuesta-continua-encft> [consulta 10 febrero 2025].

Como se puede apreciar en el gráfico 7, estos altos niveles de informalidad en la economía dominicana plantean un desafío para el Estado en su compromiso de garantizar el derecho a la salud de la población, pues a medida que aumenta el número de personas que participan en el sector informal de la economía, también aumenta la cantidad de personas que necesitan acceder a protección de salud a través de subsidios gubernamentales.

El gráfico 8 presenta la evolución del porcentaje de ocupados en el sector salud dentro de los trabajadores formales e informales entre 2014 y 2024. La línea azul representa la proporción de trabajadores del sector salud dentro del empleo formal, mostrando una tendencia relativamente estable en un rango entre el 7% y 9% a lo largo de los años. Esto sugiere que la participación del sector salud dentro del empleo formal se ha mantenido constante, con ligeras variaciones, y que el empleo en este sector sigue siendo una parte importante del mercado laboral formal.

Gráfico 8. Porcentaje de ocupados del sector salud dentro de los formales e informales, durante el periodo 2014-2024



Nota: valores correspondientes al último trimestre de cada año. **Fuente:** elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos de la ENCFT del Dominicana BCRD, Disponible en: <https://bancentral.gov.do/a/d/2541-encuesta-continua-encft> [consulta 10 febrero 2025].

Por otro lado, la línea roja muestra el porcentaje de trabajadores del sector salud dentro del empleo informal, el cual presenta una alta volatilidad. Se observa una disminución en los primeros años, seguida de un crecimiento abrupto en 2019, alcanzando un pico notablemente alto, para luego desplomarse en 2020. Esta caída podría estar asociada con la pandemia de COVID-19, que afectó la dinámica del empleo informal. En los años posteriores, el porcentaje de ocupados informales en salud muestra una recuperación progresiva, aunque sin alcanzar los niveles del 2019, lo que indica que el empleo informal en este sector aún enfrenta desafíos estructurales.

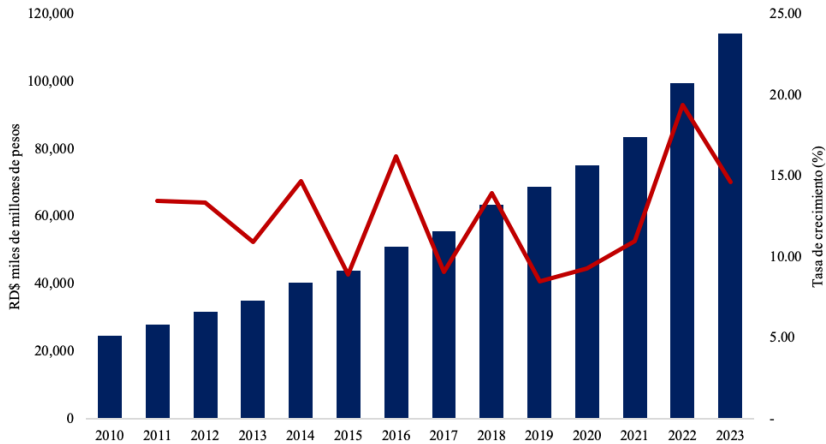
2.2.1.4. Ingresos recaudados y aportes del estado al SFS

Existen diversas formas de medir el tamaño y la importancia de un mercado para la economía en su conjunto. Una de ellas es mediante la medición de los ingresos generados por dicha actividad económica. En este caso particular, se utiliza el volumen de ingresos recaudados por el SDSS, y posteriormente, dispersados⁵³ al SFS, así como por los aportes del Gobierno por concepto de subsidios.⁵⁴ De esta forma, se puede obtener una medida alterna para la importancia que tiene esta actividad en la economía. El total de ingresos percibidos por el SFS por los conceptos anteriormente mencionados han experimentado un crecimiento extraordinario. Estos han pasado de alrededor de RD\$ 24 mil millones en 2010 a más RD\$ 114 mil millones en el 2023, lo que significa un crecimiento total de un 363.24% en un periodo de 13 años, como puede verse en el gráfico 9.

⁵³ Los ingresos dispersados son los fondos que se recaudan a través de diversos medios, como impuestos y contribuciones, y que luego se distribuyen para financiar diferentes programas y al mismo Sistema Familiar de Salud (SFS). En este contexto, estos ingresos incluyen las contribuciones de los empleadores y empleados al Seguro Familiar de Salud (SFS), así como otros impuestos que el gobierno recauda.

⁵⁴ Reportados por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS).

Gráfico 9. Evolución de ingresos y tasa de crecimiento montos dispersados y aportes del Gobierno al SFS durante el periodo 2010-2023



Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), Disponible en: <https://tss.gob.do/tas-dinamicas.html> y <https://www.tss.gob.do/transparencia/informe-financiero-sdss.html> [consulta 13 febrero 2025].

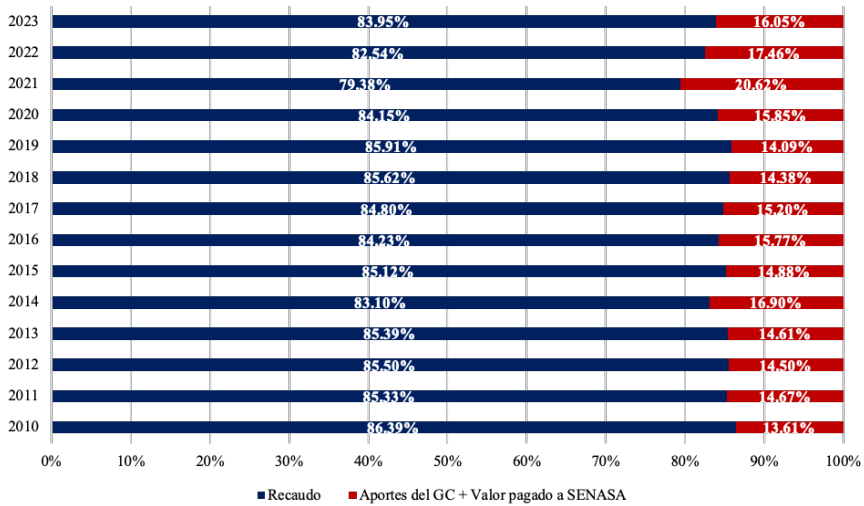
Así mismo, la tasa de crecimiento promedio de los ingresos dispersados y los aportes del Gobierno al SFS se ha situado en 12.57% durante el periodo 2010-2023. Esto puede responder a diversos factores: primero, al crecimiento de la economía nacional y subsecuentemente a la ampliación del mercado laboral formal. Por otro lado, este crecimiento estaría explicado (en parte) por la incorporación de más personas a los programas de protección social.

Los ingresos dispersados, incluidos impuestos y contribuciones a la seguridad social, son esenciales para financiar tanto el SFS como los programas de protección social. Sin estos ingresos, el gobierno no dispondría de los recursos necesarios para contribuir al SFS ni para financiar otros programas de protección social. Las aportaciones del Estado dominicano al SFS permiten una mayor cobertura y acceso a los servicios de salud, beneficiando

a una amplia porción de la población, especialmente a las personas en situación de vulnerabilidad que dependen de estos programas. Es importante destacar, que la sostenibilidad del sistema de seguridad social depende de un equilibrio adecuado entre los ingresos recaudados y los desembolsos en beneficios. Si los ingresos dispersados resultan insuficientes, tanto el SFS como los programas de protección social podrían enfrentar dificultades de financiamiento.

Los ingresos dispersados, los aportes del gobierno al SFS y los programas de protección social están interrelacionados de manera que los recursos recaudados a través de diversos medios financian programas destinados a mejorar el bienestar de la población. Esto garantiza el acceso a servicios de salud y proporciona apoyo económico a los más necesitados. Como se muestra en el gráfico anterior, una explicación razonable del crecimiento promedio del ingreso y los montos dispersados se debe tanto al crecimiento del mercado laboral como al aumento del número de beneficiarios de la protección social.

Gráfico 10. Porcentaje (%) de ingresos del SFS por concepto de recaudación y aportes del gobierno al SDSS, durante el periodo 2010-2023



Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), Disponible en: <https://www.tss.gob.do/transparencia/informe-financiero-sdss.html> [consulta 13 febrero 2025].

Adicionalmente, los montos dispersados por las ARS constituyen, aproximadamente, el 85.00% del aporte total al SFS, mientras que, los aportes provenientes del gobierno representan cerca del 16.00%. Por otro lado, los aportes del Estado, aunque importantes para el funcionamiento general del sistema, reflejan una menor participación en comparación con el sector privado, según gráfico 10.

2.2.2. Estructura de la oferta

La oferta en el mercado de seguro familiar de salud dominicano está altamente regulada por el Estado, debido a que este, a través de sus instituciones competentes, establece los servicios de atención a los que tienen derecho todos los afiliados de cada uno de los diferentes regímenes, además de que evalúan y controlan la entrada de las entidades facultadas a ofrecer los servicios de salud.

Por su parte, el afiliado, como se mencionó anteriormente, paga una cuota definida por el CNSS, quien determina un acápite a pagar por los afiliados del régimen contributivo, subsidiado y el contributivo subsidiado, pudiendo los pacientes, según los principios rectores de la seguridad social, optar por planes complementarios.⁵⁵ Esta per-cápita es administrada por la TSS, quien pasa el pago a las ARS, quienes administran los recursos y los riesgos de salud de sus afiliados,⁵⁶ a partir del bloque de servicios determinado por el CNSS. Adicionalmente, los consumidores tienen derecho a ser asistidos por la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA).

Por el lado de las ARS, la dinámica del mercado requiere que las ARS tengan diversos canales para la autorización:⁵⁷ i) automático; ii) especiales; y iii) «centro de atención telefónica (call centers)»,⁵⁸ esto implica una importante inversión, que puede constituirse en una barrera estructural propia del sector, implicando una importante especialización del sector.

⁵⁵ Artículo 3, Ley núm. 87-01.

⁵⁶ Ver detalle en el Ley núm. 82-01, art. 7.- Regímenes de financiamiento del SDSS.

⁵⁷ Resolución núm. DE-030-2019 de la Dirección Ejecutiva (DE), de Pro-Competencia.

⁵⁸ *Ibidem*.

Ilustración 2. Estructura del sector de ARS



Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) de Pro-Competencia.

2.2.2.1. Entidades reguladoras del riesgo de salud

En este sentido, existen tres entidades facultadas para la administración de riesgos y provisión de los servicios de salud, y por consiguiente, para ofertar el servicio de aseguramiento y brindar el PDSS a todos los afiliados del SDSS:

- Seguro Nacional de Salud (SENASA)
- Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)
- Prestadores de Servicios de Salud (PSS)⁵⁹

⁵⁹ Los PSS solo se encargan de la provisión de los servicios del Plan Básico de Salud (PBS), y no de la administración del riesgo.

En el artículo 148 de la Ley núm. 87-01, se definen las dos primeras entidades,⁶⁰ como entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales a asumir y administrar el riesgo de la provisión del plan básico de salud a una determinada cantidad de beneficiarios, mediante un pago per cápita previamente establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). La diferencia entre estas dos entidades se basa en que el SENASA es el responsable y tiene a su cargo a todos los empleados públicos y las instituciones autónomas o descentralizadas y sus familiares sin incluir a los que pertenezcan a una ARS autogestionada, trabajadores que pertenezcan al Régimen Contributivo-Subsidiado y al Régimen Subsidiado.⁶¹

Adicionalmente, en el art. 3 de la Ley núm. 87-01 se establece el principio de la *libre elección* el cual indica que *los afiliados tendrán derecho a seleccionar a cualquier administrador y proveedor de servicios acreditado, así como a cambiarlo cuando lo consideren conveniente, de acuerdo a las condiciones establecidas en la Ley*; asimismo en el artículo 4 de la misma Ley, se estipula que *el afiliado, a nombre de su familia, tendrá derecho a elegir la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) y/o Prestadora de Servicios de Salud (PSS) que más le convenga*; y en el reglamento para la organización y regulación de las ARS referente a las reglas sobre el régimen de la libre escogencia establece que este se entenderá como la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes ARS/Seguro Nacional de Salud, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud

⁶⁰ Además de las ARS públicas y privadas, la SISALRIL en sus reporte estadísticos incluye la categoría de ARS autogestionadas, que son aquellas, que al momento de promulgarse la ley de seguridad social, operaban como seguro de salud o iguales médicas, destinadas a la administración de los riesgos de salud de los trabajadores de una institución determinada, sectores profesionales, técnicos y/o miembros de entidades asociativas; estas afilián de manera exclusiva a aquellos empleados de la institución o miembros del gremio para la cual fue habilitada, y sus dependientes.

⁶¹ El artículo 31 de la Ley núm. 87-01, donde se explica que tendrá a su cargo el Seguro Nacional de Salud, fue derogado por el artículo 15 de la Ley General de Defensa de la Competencia núm. 42-08.

derivados del Plan Básico de Salud (PBS), con las limitaciones señaladas en la ley. Con estas señalizaciones se puede argumentar que los trabajadores tanto públicos como privados tienen la libertad de escoger la ARS, sea pública o privada, que desee. Se incluyen a los trabajadores del sector privado que elijan pertenecer al SENASA.

No obstante, se pueden encontrar otras versiones sobre la libre escogencia que tienen los afiliados, pues la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) decreta que dentro de los requisitos para cambiar de ARS en el Régimen Contributivo se deben cumplir que a) el afiliado titular no esté afiliado a una ARS de autogestión institucional y b) que el afiliado no esté afiliado al SENASA en su condición de empleado público. Esto último indicaría que los empleados públicos están limitados a afiliarse únicamente en el SENASA. En este sentido, el debate para la puesta en práctica del artículo 31 de la Ley y la Resolución Administrativa núm. 000189-2012 de la SISALRIL, fue concluido por el Tribunal Constitucional⁶² ya que “violenta ciertos preceptos constitucionales, como son: la seguridad jurídica derivada de la autoridad de la cosa irrevocablemente juzgada, constituye un obstáculo a la libertad de empresa y a la libre elección, a la igualdad y a la razonabilidad, así como también vulnera el principio de legalidad todos estos efectivamente garantizados por nuestra Carta Magna en los artículos 39, 50, 69 y 221, así como por el artículo 8, numeral 1ro. y 2do. y 25.1 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos, debidamente ratificada por nuestros poderes públicos y que forma parte de nuestro bloque de constitucionalidad, los que evidentemente han sido violentados por la SISALRIL al establecer el traspaso de los empleados públicos a SENASA”.

Dicho lo anterior, en la práctica se puede evidenciar la existencia de afiliados públicos en ARS privadas, y que los empleados del sector informal no

⁶² Sentencia núm. TC/0573/18 del Tribunal Constitucional de la República Dominicana. Disponible en: <https://www.tribunalconstitucional.gob.do/consultas/secretar%C3%ADa/sentencias/tc057318/> [consulta 12 diciembre 2023].

pueden cotizar en las ARS privadas, esto en principio porque el régimen Subsidiado-Contributivo no ha comenzado a aplicarse. En cuanto a las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), estos son personas físicas legalmente facultadas o entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la provisión de servicios ambulatorios, de diagnósticos, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS).⁶³

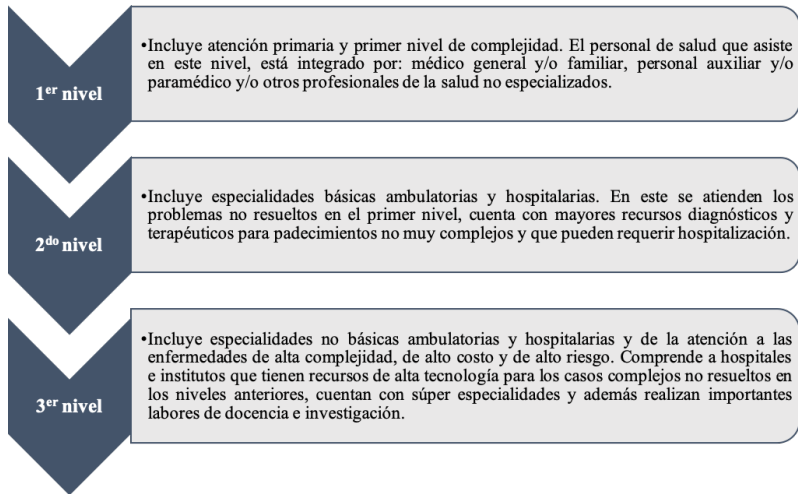
Los servicios establecidos en el PDSS que son ofertados a través de las entidades mencionadas están desglosados en la Descripción del Catálogo del Plan de Servicios de Salud presentado por el SISALRIL⁶⁴, dentro del cual se engloban:

- Promoción y prevención
- Atención médico asistencial
- Servicios odontológicos
- Emergencia
- Hospitalización
- Partos
- Cirugía
- Apoyo diagnóstico en internamiento y ambulatorio
- Atenciones de alto costo y máximo nivel de complejidad
- Rehabilitación
- Hemoterapia
- Medicamentos ambulatorios

⁶³ Artículo 160, Ley núm. 87-01.

⁶⁴ Descripción del Catálogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS), SISALRIL disponible en: <http://www.sisalril.gov.do/pdf/documentos/descripciondelcatalogodelpdss.pdf> [consulta 2 octubre 2023].

Ilustración 3. Definición de los niveles de atención de salud para la prestación de los servicios



Fuente. Elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) en base a la Descripción del Catálogo del Plan de Servicios de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

La demanda de un servicio de salud determinado es lo que un paciente quiere y necesita, y por lo que está dispuesto a pagar un precio. En este sentido, el nivel de demanda (afiliación) de un seguro de salud en el marco de la seguridad social estará en función de factores como:

- Población, se infiere que una mayor población requerirá de más medicamentos y atención médica.
- Dinámica y estructura de la población (crecimiento, grupos etarios, sexo...).
- Nivel académico de las personas y sus costumbres culturales.
- Nivel de aversión al riesgo del individuo.
- Nivel de formalidad de la economía.
- La aplicación de la regulación de la seguridad social.
- Precios y cobertura del seguro de salud.

- Estado de salud del individuo.
- Composición del hogar
- Otros factores de caracteres demográficos, económicos, laborales y ambientales.

2.2.3. Estructura de la demanda

El Seguro Familiar de Salud (SFS) de la República Dominicana se caracteriza por tener tres modalidades:

1. Titulares;
2. Dependientes directos;
3. Dependientes adicionales.

La afiliación al SFS es cuando el usuario (cliente) elige una ARS para que él y sus dependientes puedan disfrutar de los beneficios de la seguridad social. En este sentido existen dos tipos de clientes:

- El titular, que es el afiliado principal del núcleo familiar,⁶⁵ este es quien realiza las contraprestaciones correspondientes por el paquete de servicios que ofrece el SFS.
- El dependiente, es todo familiar incluido en el contrato del SFS, acordado entre el titular y la ARS. Estos pueden ser el cónyuge (pareja), hijos e hijastros sin ningún costo adicional.⁶⁶ Constituirá un costo adicional para el titular una inclusión diferente a la dispuesta por la Ley núm. 87-01, como son la inclusión de los hijos mayores de 21 años (los hijos de 21 años no incurrirán en este costo siempre que estén estudiando), padres, suegros, entre otros.

⁶⁵ Es la unidad familiar conformada por el afiliado titular, su cónyuge e hijos o hijastros y dependientes adicionales.

⁶⁶ Ley núm. 87-01, art. 123.

El análisis de los datos muestra una tendencia general de crecimiento en la cobertura total de la población en el periodo de 2010 a 2024. En 2010, el total de cobertura era de 1,181,150 personas, mientras que para 2024 esta cifra alcanzó los 2,252,751, lo que representa un aumento de aproximadamente 1,071,601 personas en catorce años. Este crecimiento ha sido continuo, con solo una leve disminución en 2020, probablemente debido a la pandemia de COVID-19, lo que impactó diversos sectores y pudo haber afectado la recopilación de datos o la participación en programas de cobertura.

Cuadro 3. Afiliados cotizantes SFS contributivo, periodo 2010-2024

Periodo de cobertura	Hombres	%	Mujeres	%	Total
2010	669,694	56.70%	511,456	43.30%	1,181,150
2011	694,392	56.63%	531,878	43.37%	1,226,270
2012	723,474	56.37%	559,997	43.63%	1,283,471
2013	770,140	56.03%	604,354	43.97%	1,374,494
2014	826,517	55.46%	663,761	44.54%	1,490,278
2015	877,028	55.14%	713,458	44.86%	1,590,486
2016	946,224	55.53%	757,874	44.47%	1,704,098
2017	1,045,669	56.11%	818,023	43.89%	1,863,692
2018	1,096,077	55.64%	873,770	44.36%	1,969,847
2019	1,098,636	55.26%	889,611	44.74%	1,988,247
2020	999,572	54.45%	836,126	45.55%	1,835,698
2021	1,111,534	54.21%	938,847	45.79%	2,050,381
2022	1,185,981	53.44%	1,033,400	46.56%	2,219,381
2023	1,200,424	53.50%	1,043,156	46.50%	2,243,580
2024*	1,199,268	53.24%	1,053,483	46.76%	2,252,751

Nota: el 2024 se encuentra disponible hasta marzo. **Fuente:** elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

En cuanto a la distribución por género, los hombres han mantenido una mayor representación en la cobertura durante todo el periodo, aunque su proporción ha ido disminuyendo paulatinamente. En 2010, los hombres representaban el 56.70% del total, mientras que en 2024 esta cifra se redujo al 53.24%. Este descenso gradual indica una tendencia hacia una mayor equidad en la cobertura entre hombres y mujeres, con un crecimiento proporcionalmente más alto en la participación femenina, que pasó del 43.30% en 2010 al 46.76% en el 2024.

Un punto relevante es el crecimiento sostenido de la participación femenina en la cobertura. Si bien en los primeros años del periodo analizado la brecha entre hombres y mujeres era más pronunciada, a partir de 2014 se observa un incremento más acelerado en la cobertura de mujeres, alcanzando su punto más alto en 2024 con un 46.76%. Este cambio puede estar relacionado con factores sociales y económicos que han permitido una mayor inclusión de las mujeres en los programas de cobertura.

Otro aspecto a destacar es la ligera variabilidad en la tendencia de cobertura. En la mayoría de los años, se observa un crecimiento constante, pero hay algunos periodos en los que la proporción de hombres y mujeres muestra pequeñas fluctuaciones. Por ejemplo, en el 2016 hubo un leve repunte en la proporción de hombres (55.53%) respecto al 2015 (55.14%), aunque la tendencia general sigue siendo de reducción en la diferencia de género. Asimismo, en el 2020 se observa una disminución en la cobertura total, que luego se recupera en el 2021 con un aumento significativo.

Finalmente, en los años más recientes, se nota una estabilización en la distribución de género, con los hombres representando alrededor del 53% y las mujeres el 47%. Si esta tendencia continúa, es posible que en el futuro la brecha entre ambos géneros se reduzca aún más, llegando a una cobertura más equitativa. Esto reflejaría cambios estructurales en la sociedad y en los programas de inclusión, asegurando una mayor participación femenina

en la cobertura analizada. Dado que el sexo, la edad y el tipo de afiliación son informaciones ampliamente utilizadas como predictores al momento de fijar políticas de reembolso, cobertura, deducibles y/u otro tipo de restricciones, tales variables son de vital importancia al momento de analizar la viabilidad de un sistema de salud en general y del Seguro Familiar de Salud en particular.⁶⁷

El conjunto de datos sobre «afiliados cotizantes» abarca el periodo del 2010 a marzo del 2024, mostrando cifras por género y grupos de edad. Durante estos años se observa un crecimiento progresivo en el total de afiliados, pasando de 1,181,150 en 2010 a 2,252,751 en marzo 2024,⁶⁸ lo que indica un fortalecimiento constante de la base de cotizantes en el sistema. El análisis por género revela que ambos grupos han experimentado incrementos significativos a lo largo del tiempo. Aunque en las franjas de edad de 15-29, 30-44, 45-59 y 60-74 la cantidad de hombres suele ser superior, en la categoría de 75 años o más se destaca una mayor presencia femenina, reflejando probablemente la mayor longevidad de las mujeres y las diferencias en los patrones de retiro.⁶⁹

En cuanto a los grupos etarios, se evidencia que las franjas de 30-44 y 45-59 concentran el mayor número de afiliados, lo que subraya que la población activa se sitúa principalmente en estas edades. La categoría de 15-29, aunque menor en número, muestra una tendencia ascendente, lo cual podría interpretarse como la incorporación gradual de jóvenes al mercado laboral. Esto representa un beneficio para el sistema de salud dominicano, ya que las personas jóvenes, en promedio, tienen menos probabilidades

⁶⁷ Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2013). *Health Economics*. Palgrave Macmillan.

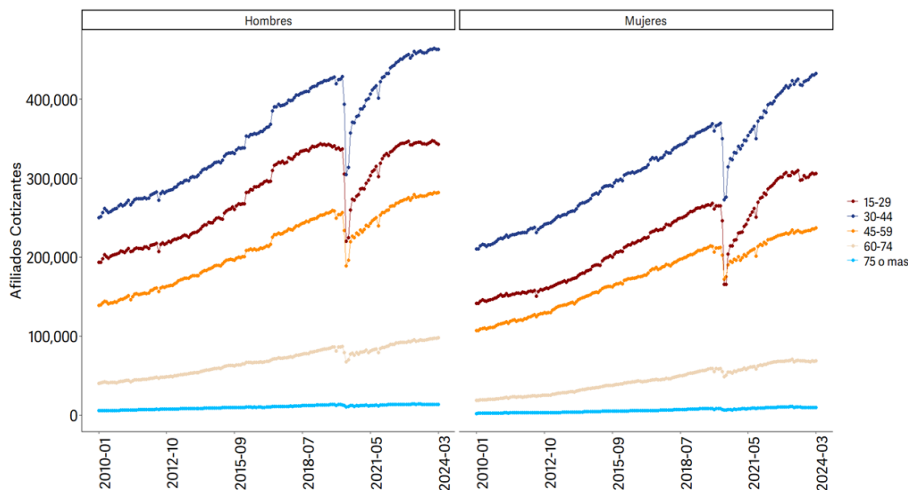
⁶⁸ Marzo 2024 es la última información que se encuentra disponible para los análisis.

⁶⁹ Con el fin de poder sintetizar la información, las categorías de edad fueron redefinidas. Todas las categorías de edad que estaban entre 15-19, 20-24, 25-29 fueron definidas como “15-29”. Tal tipificación se extendió hacia las demás categorías de edad. Por tanto, en vez de tener 15 categorías de edad, se tienen 6 categorías. De esta forma, se puede condensar la información de manera visual.

de contraer enfermedades, lo que contribuye a reducir la presión sobre los recursos del sistema.⁷⁰ Por otro lado, las cifras en las edades de 60-74 y 75 o más son relativamente bajas, lo que sugiere una reducción de la actividad cotizante conforme se alcanza la etapa de retiro.

Finalmente, es relevante destacar la leve disminución observada en el 2020, que contrasta con la tendencia general ascendente; este descenso podría estar asociado a las repercusiones de la pandemia y los cambios en el entorno laboral. En conjunto, los datos ofrecen una visión clara del dinamismo demográfico y laboral, lo que enfatiza la importancia de adaptar las políticas de seguridad social y empleo para responder a la evolución en la estructura etaria y a las diferencias de género.

Gráfico 11. Número de afiliados cotizantes por rango etario y sexo, periodo 2010-2024



Nota: el 2024 se encuentra disponible hasta marzo. **Fuente:** elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

⁷⁰ Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2013). *Health Economics*. Palgrave Macmillan.

En todas las categorías de edad de los afiliados cotizantes los hombres superan a las mujeres. Es decir, dentro de la categoría de titulares del Seguro Familiar de Salud (SFS) contributivo de salud, los hombres aportan más que las mujeres; medido por el número de primas pagadas. El análisis de los datos sobre los afiliados no cotizantes, que corresponden a los dependientes directos y adicionales cubiertos por un titular, muestra un crecimiento sostenido en la cantidad total de beneficiarios a lo largo del periodo 2010- marzo 2024. En 2010, el total de afiliados no cotizantes era de 1,182,933 personas, mientras que en marzo 2024 la cifra ascendió a 2,356,426, lo que representa un aumento de aproximadamente 1,173,493 personas. Este incremento refleja una ampliación en la cobertura de salud para dependientes, lo que puede estar vinculado a factores como el crecimiento poblacional, cambios en políticas de aseguramiento y mayor acceso a los programas de salud.

Cuadro 4. Afiliados no cotizantes SFS contributivo, periodo 2010 – 2024

Periodo de cobertura	Hombres	%	Mujeres	%	Total
2010	540,432	45.69%	642,501	54.31%	1,182,933
2011	585,025	45.31%	706,128	54.69%	1,291,153
2012	637,299	45.36%	767,641	54.64%	1,404,940
2013	692,261	45.35%	834,221	54.65%	1,526,482
2014	751,808	45.53%	899,513	54.47%	1,651,321
2015	797,783	45.60%	951,569	54.40%	1,749,352
2016	863,026	45.73%	1,024,164	54.27%	1,887,190
2017	931,497	45.69%	1,107,403	54.31%	2,038,900
2018	1,000,103	45.79%	1,184,037	54.21%	2,184,140
2019	1,027,754	45.87%	1,212,660	54.13%	2,240,414
2020	1,108,114	46.57%	1,271,091	53.43%	2,379,205
2021	1,029,387	46.06%	1,205,591	53.94%	2,234,978

Periodo de cobertura	Hombres	%	Mujeres	%	Total
2022	1,092,386	46.49%	1,257,143	53.51%	2,349,529
2023	1,084,496	46.48%	1,248,992	53.52%	2,333,488
2024*	1,096,561	46.53%	1,259,865	53.47%	2,356,426

Nota: el 2024 se encuentra disponible hasta marzo. **Fuente:** elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Un aspecto relevante es la distribución por género de los afiliados no cotizantes. A lo largo de los años analizados, las mujeres han representado una mayor proporción de los beneficiarios, manteniéndose en un rango entre el 53% y el 54% del total. En 2010, el 54.31% de los afiliados no cotizantes eran mujeres, mientras que en 2024 esta cifra se situó en 53.47%. Aunque la proporción de mujeres ha mostrado ligeras variaciones, la tendencia general indica que continúan siendo la mayoría dentro de este grupo.

El crecimiento en el número de afiliados no cotizantes ha sido continuo, salvo algunas fluctuaciones en los años más recientes. En el 2020 se registró un pico en la cantidad total de dependientes (2,379,205), seguido de una ligera reducción en el 2021 (2,234,978). Esto podría estar relacionado con los efectos de la pandemia de COVID-19, que impactó las dinámicas de empleo y afiliación en los sistemas de seguridad social. A partir de 2022, el número de afiliados volvió a incrementarse, alcanzando 2,356,426 en 2024, lo que sugiere una recuperación en la cobertura de dependientes.

En cuanto a la relación entre hombres y mujeres dentro de los afiliados no cotizantes, se observa una tendencia hacia una mayor equidad. En el 2010, los hombres representaban el 45.69% de los afiliados, mientras que en el 2024 esta cifra aumentó ligeramente a 46.53%. Aunque las mujeres siguen siendo mayoría, el incremento en la proporción de hombres sugiere cambios en la estructura familiar o en las condiciones de aseguramiento, como

la inclusión de más hijos o cónyuges masculinos dentro de los planes de salud de los titulares.

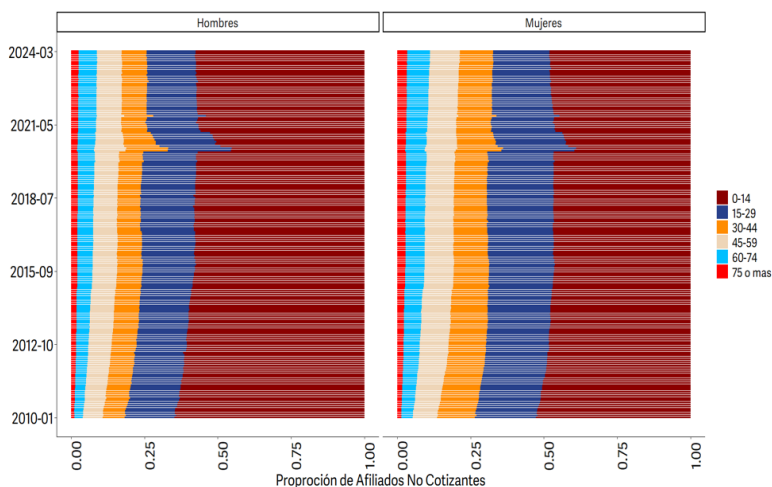
Por tanto, los datos reflejan una expansión significativa en la cobertura de salud para dependientes en República Dominicana, con una tendencia estable en la participación femenina y un leve incremento en la proporción de hombres. Este crecimiento en el número de beneficiarios no cotizantes indica una mayor protección para los núcleos familiares, lo que puede contribuir a mejorar los indicadores de salud y bienestar en la población. Sin embargo, el comportamiento de los últimos años sugiere la importancia de analizar las variaciones en la afiliación y su posible relación con factores económicos y sociales.

Al analizar las informaciones por rangos de edad, excluyendo la información de género, la cual se analizará más adelante de manera agregada, se encuentra que hay una tendencia en la población de afiliados no cotizantes a lo largo del tiempo entre el 2010 y 2024. La franja de edad de 0 a 14 años, aunque sigue siendo la más grande, muestra una disminución progresiva en su proporción relativa, pasando de aproximadamente el 56.5% al 52.5%. Simultáneamente, las otras franjas etarias muestran un ligero aumento en su participación, especialmente en los grupos de mayor edad, lo que sugiere una mayor proporción de personas más envejecidas a lo largo del tiempo, especialmente aquellas de 60 años o más. Aunque los grupos intermedios (15-29, 30-44, 45-59) se mantienen relativamente estables, la reducción en la población joven y el aumento paulatino en los segmentos mayores indican un envejecimiento de la población de no cotizantes.

Los datos reflejan una tendencia de envejecimiento dentro de la población de afiliados no cotizantes: la proporción del grupo de 0 a 14 años, inicialmente en 56.5%, desciende hasta cerca del 52.5% en las últimas observaciones (con un mínimo puntual de 47.2%), mientras que los segmentos de 60-74 y 75 o más casi duplican su participación a lo largo del

periodo, pasando de alrededor de 4.0% a más de 7.0%, y de 1.4% a 2.9%, respectivamente. Los grupos intermedios (15-29, 30-44 y 45-59) presentan ligeras fluctuaciones, manteniéndose entre 18% y 22% en el caso de 15-29, y cerca de 9% a 11% en 30-44 y 45-59. En conjunto, se evidencia una leve reducción del peso relativo de la población más joven y un aumento progresivo de las cohortes de mayor edad.

Gráfico 12. Distribución porcentual del número afiliados no cotizantes por rango etario y sexo, periodo 2010-2024



Nota: el 2024 se encuentra disponible hasta marzo. **Fuente:** elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Los datos del cuadro 5 muestran un crecimiento sostenido en el número total de afiliados al sistema de salud entre 2010 y 2024, pasando de 2,364,083 a 4,609,177 personas, lo que representa un aumento significativo en la cobertura. Un aspecto clave es la proporción entre cotizantes y no cotizantes, donde los dependientes (no cotizantes) han sido mayoría durante la mayor parte del período, superando el 50% de los afiliados. En el 2020, la brecha se amplió notablemente, con los no cotizantes alcanzando el 56.45%, posiblemente debido al impacto de la pandemia en el

empleo formal. Sin embargo, en los años siguientes, la relación se ha ido equilibrando nuevamente, con los cotizantes representando cerca del 49% en 2023 y 2024. Esta tendencia refleja tanto la importancia de los dependientes en el sistema de salud como la necesidad de mantener un balance sostenible entre contribuyentes y beneficiarios para garantizar la viabilidad del sistema.

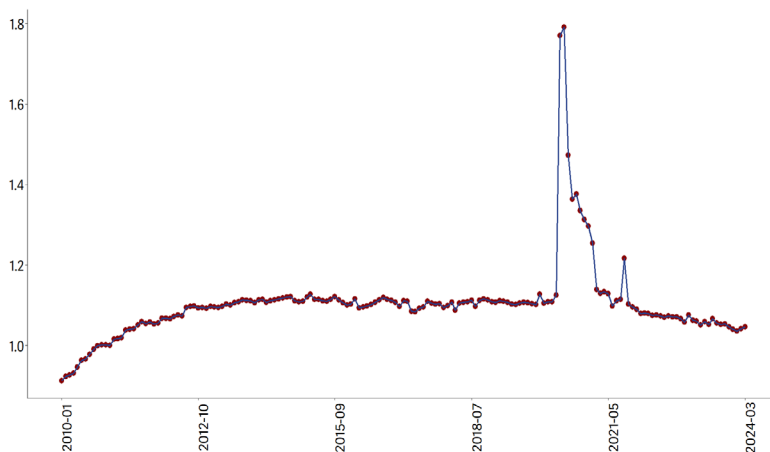
Cuadro 5. Total de afiliados del SFS contributivo según tipo de modalidad, periodo 2010 – 2024

Periodo de cobertura	Cotizantes	%	No cotizantes	%	Total
2010	1,181,150.00	49.96%	1,182,933.00	50.04%	2,364,083
2011	1,226,270.00	48.71%	1,291,153.00	51.29%	2,517,423
2012	1,283,471.00	47.74%	1,404,940.00	52.26%	2,688,411
2013	1,374,494.00	47.38%	1,526,482.00	52.62%	2,900,976
2014	1,490,278.00	47.44%	1,651,321.00	52.56%	3,141,599
2015	1,590,486.00	47.62%	1,749,352.00	52.38%	3,339,838
2016	1,704,098.00	47.45%	1,887,190.00	52.55%	3,591,288
2017	1,863,692.00	47.76%	2,038,900.00	52.24%	3,902,592
2018	1,969,847.00	47.42%	2,184,140.00	52.58%	4,153,987
2019	1,988,247.00	47.02%	2,240,414.00	52.98%	4,228,661
2020	1,835,698.00	43.55%	2,379,205.00	56.45%	4,214,903
2021	2,050,381.00	47.85%	2,234,978.00	52.15%	4,285,359
2022	2,219,381.00	48.58%	2,349,529.00	51.42%	4,568,910
2023	2,243,580.00	49.02%	2,333,488.00	50.98%	4,577,068
2024*	2,252,751.00	48.88%	2,356,426.00	51.12%	4,609,177

Nota: el 2024 se encuentra disponible hasta marzo. **Fuente:** elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Otra manera de ver esta información es por medio de un coeficiente, el cual expresa el número de afiliados no cotizantes con relación al número de afiliados cotizantes, en donde un coeficiente mayor a 1 significa que hay más dependientes que cotizantes.

Gráfico 13. Evolución de la relación entre el número de afiliados no cotizantes como cociente de los afiliados cotizantes, periodo 2010-2024



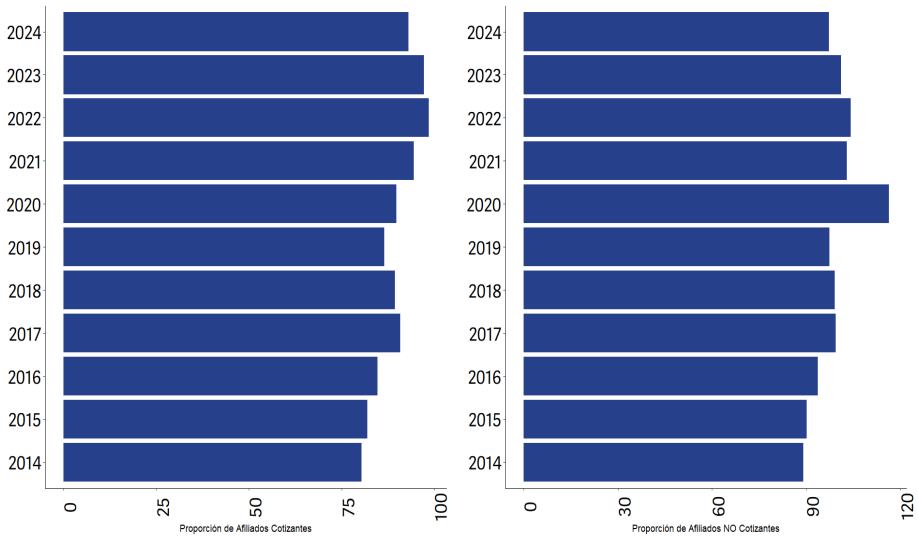
Nota: el 2024 se encuentra disponible hasta marzo. **Fuente:** elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

En este sentido, el gráfico 13 muestra la evolución del coeficiente de afiliados no cotizantes con relación a los cotizantes entre 2010 y 2024. Se observa que este coeficiente ha sido mayor a 1 durante todo el período, lo que indica que los dependientes han superado en número a los cotizantes de manera constante. Sin embargo, hay fluctuaciones en la tendencia, destacando un pico en 2020, cuando el coeficiente aumentó significativamente, lo que puede estar relacionado con la pérdida de empleos formales debido a la pandemia o que gran parte de los afiliados no perdieron su seguro, solo cambiaron de modalidad.

Posteriormente, se observa una leve reducción, lo que sugiere una recuperación en la proporción de cotizantes. A pesar de la mejora del coeficiente, este sigue indicando que, en promedio, cada cotizante sostiene a más de un no cotizante, lo que puede representar un reto para la sostenibilidad del sistema de salud.

Por otro lado, producto del esquema de seguro patrocinado por el empleador que existe en el país, tal estructura genera una estrecha vinculación entre el número de asegurados dentro del SFS y la cantidad de ocupados formales. Para el periodo de estudio, la cantidad de ocupados formales ha estado entre 1.70 millones y 2.82 millones de empleados.

Gráfico 14. Proporción entre el número de afiliados cotizantes y no cotizantes con respecto a total de ocupados formales, periodo 2014-2024



Nota: el 2024 se encuentra disponible hasta marzo. **Fuente:** elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Para el año 2014⁷¹ el número de ocupados formales dentro de la economía dominicana fue de 1,705,464, mientras que el número de afiliados cotizantes fue de 1,490,278. Al dividir el total de afiliados cotizantes entre el nú-

⁷¹ A pesar de que el estudio comprende los años que van desde el 2010 al 2024, las informaciones públicas disponibles sobre el número del total de ocupados y de los ocupados formales solo se encuentran disponibles desde el 2014 en adelante. Sin embargo, pese a la limitación, dicha información es de vital importancia al momento de analizar el SFS.

mero de ocupados formales se obtiene un valor de 87.38%; el cual indica que para el 2014 solo el 87.38% de los ocupados formales estaban asegurados. En ese mismo orden, en lo que respecta a los afiliados no cotizantes, el coeficiente fue de 96.83%. Es decir, del total de ocupados formales 96.83% son dependientes directos y/o adicionales. En el Gráfico 14, se presenta el comportamiento de los afiliados por tipo de modalidad en relación con el número de ocupados formales.

Con el paso del tiempo, el número de afiliados cotizantes y el número de empleados formales ha tendido a parecerse. De tal forma que, para el 2023, el cociente de afiliados cotizantes sobre ocupados formales fue de 104.76%, por lo que, el número de afiliados cotizantes superó al empleo formal en 4.76%. Esto puede deberse al tiempo en que las aseguradoras duran en retirar el seguro una vez que la persona es desvinculada de su puesto de trabajo. Para el 2024, el cociente entre cotizantes es de 98.70% y el de no cotizantes es de 103.24%.

3. Mercado relevante

Si bien la definición del mercado relevante no suele ser un fin en sí misma, es un elemento de suma importancia al momento de realizar un análisis sobre las condiciones de competencia, en la medida en que ayuda a identificar las limitaciones competitivas a las que debe hacer frente un proveedor de un bien o servicio determinado y sirve al análisis de algunos de los determinantes de la competencia efectiva en un mercado particular (cuota de mercado y barreras de entrada), de tal manera que, de ello depende la conclusión a la que se puede llegar sobre si los acuerdos o conductas que se analicen están dentro del marco de los principios de competencia (OFT, 2004). El mercado relevante se podría percibir como una herramienta analítica que tiene por finalidad, la delimitación del ámbito en el que podrían ocurrir las potenciales prácticas investigadas, especialmente el

ejercicio del poder de mercado.⁷²

El mercado relevante, de acuerdo con el artículo 4, inciso (f) de la Ley General de Defensa de la Competencia, núm. 42-08, se define como «el ramo de la actividad económica y la zona geográfica correspondiente definido de forma tal que abarque todos los bienes o servicios sustituibles, y todos los competidores inmediatos, a los que el consumidor podría acudir a corto plazo si una restricción o abuso diera lugar a un aumento significativo de los precios». Es decir, identificar adecuadamente el mercado relevante de un producto implica la consideración integral de todos los demás artículos que podrían estar relacionados al mismo y su alcance geográfico, en el sentido de que tan restringidos están los consumidores para adquirirlo ante situaciones desfavorables en relación con otros.

En el marco de la citada ley, de acuerdo al artículo 8, para la determinación del mercado relevante, deberán ser considerados los siguientes elementos: a) Identificación del producto o servicio; b) Identificación del área geográfica; c) La probabilidad efectiva de sustituir el bien o servicio de que se trate por otro suficientemente similar en cuanto a función, precio y atributos, de origen nacional o extranjero; d) El costo de distribución del bien o servicio, sus insumos más importantes, sus complementos y sustitutos, desde otros lugares del territorio nacional y extranjero, así como las limitaciones impuestas por otros agentes económicos y el tiempo requerido para abastecer el mercado desde otros lugares; e) La sustitución de la demanda; y f) Las restricciones normativas nacionales o internacionales que limiten el acceso de los consumidores a fuentes alternativas de abastecimiento o el de los proveedores a clientes alternativos.

⁷² Superintendencia de Competencia del Salvador (2012). Estudio Sobre las Condiciones de Competencia del Sector de Seguros en el Salvador, p. 60.

A fin de realizar una correcta aplicación de la Ley núm. 42-08, en los apartados siguientes se realizan una serie de análisis que permiten llegar a conclusiones robustas acerca de los parámetros que en la misma se establecen respecto a la delimitación del mercado relevante.

3.1. Mercado del producto

Tal como indican los mismos agentes, y según los resultados anteriormente recogidos, los servicios ofrecidos por las ARS son sustituibles «en lo concerniente al régimen contributivo»,⁷³ dado que las ARS ofrecen la cobertura de salud descrita en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud.⁷⁴

Dado el alto grado de regulación del sector de los seguros, la delimitación de estos es una tarea fundamental para identificar las condiciones y limitaciones creadas por las legislaciones que lo rigen. Así, de acuerdo con la Ley núm. 87 01, *el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) comprende a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que realizan actividades principales o complementarias de seguridad social, a los recursos físicos y humanos, así como las normas y procedimientos que los rigen*. Con lo cual, la prestación de servicio de seguro no está restringida según el origen del capital de los agentes que operan en el mercado. Es decir, en el mercado están llamados a competir tanto los agentes públicos como los privados.⁷⁵

En adición, de acuerdo con los principios establecidos en el artículo 3 de la citada ley, *los afiliados tendrán derecho a seleccionar a cualquier ad-*

⁷³ Resolución núm. DE-030-2019 de la Dirección Ejecutiva (DE), de Pro-Competencia.

⁷⁴ En adición a esto, los afiliados al régimen subsidiado son personas con características socioeconómicas, físicas y/o mentales que les limitan o imposibilitan el acceso a los servicios de seguro, de acuerdo con el artículo 6º del Decreto núm. 136-13 que establece el Reglamento del Régimen Subsidiado. Deroga el Reglamento núm. 549-03. G. O. núm. 10715 del 22 de mayo de 2013. Esto sugiere que los afiliados al mencionado régimen no constituyen una demanda potencial del régimen contributivo (mientras permanezcan en dicho estado).

⁷⁵ Resolución núm. DE-030-2019 de la Dirección Ejecutiva (DE), de Pro-Competencia.

ministrador y proveedor de servicios acreditado, así como a cambiarlo cuando lo consideren conveniente..., lo cual implica que no deben existir restricciones para que el usuario de algún tipo de servicio de la seguridad social pueda pasar de un proveedor de un servicio a otro cualquiera legalmente constituido que ofrezca dicho servicio.⁷⁶ Además, de acuerdo con el principio de «pluralidad» establecido en el mencionado artículo, todos los servicios ofrecidos bajos los lineamientos de la Ley núm. 87-01 pueden ser ofertados por entes públicos, privados o mixto, de lo cual se deduce que todos los agentes que brindan cada servicio específico forman en su conjunto un único mercado. Esto implica que los tipos de seguros particulares (orientados a cubrir determinados riesgos) son sustituibles tanto desde el punto de vista de la oferta como por el lado de la demanda. Por tanto, a los fines del presente estudio el mercado relevante está constituido por el régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud ofrecido por las ARS privadas y públicas, limitado al Plan Básico de Salud.

3.1.1. Características del servicio

En sentido amplio, la delimitación del producto/servicio sobre el cual se presume la ocurrencia de alguna violación a las leyes de competencia consiste en identificar aquellos productos/servicios por los cuales el producto/servicio en cuestión puede ser sustituido, en la medida en que pueden tener usos, precios y características comunes. Consistentemente con lo antes expuesto, se puede verificar que los servicios prestados por las ARS y SENASA difieren de los brindados por otros tipos de aseguradoras y demás entidades del Sistema Dominicana de Salud (SDS).

Así, siguiendo el artículo 3 del Reglamento Sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud, ofrecen los siguientes planes:

⁷⁶ En tal sentido, la única restricción es que el afiliado haya realizado un mínimo de cotizaciones establecido por la propia ley en su artículo 120, según lo cual el afiliado no podrá cambiar su ARS hasta que acumula las 12 cotizaciones.

- Servicios preventivos de carácter general, dirigido a la totalidad de afiliados, sin distinción de régimen.
- Plan básico de salud
- Subsidio por incapacidad temporal por enfermedad no profesional
- Subsidio por maternidad
- Subsidio para lactancia
- Estancias infantiles

En este sentido, se evidencia una delimitación legal, coherente con la restricción lógica que establece la propia naturaleza de cada tipo de seguro, en la medida en que los riesgos cubiertos por cada uno son distintos.

En adición, en el artículo 119 de la Ley núm. 87-01 se establece que «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 4117, sobre seguro obligatorio de vehículos de motor y por el seguro de riesgos laborales...». Lo antes expuesto, implica que existe una clara delimitación entre el seguro de salud familiar y otros servicios de seguros. Así, para un agente dedicado a ofrecer el seguro familiar de salud no podrá ofrecer otro tipo de seguro a no ser que, en adición, se constituya legalmente para ello, agotando los procesos legales y administrativos de lugar. Lo anterior implica que, el seguro familiar de salud y los demás tipos de servicios de seguro no son sustituibles ni por el lado de la oferta ni de la demanda.

De manera similar, en los lineamientos de la práctica general en la comunidad europea, en la cual se entiende que el seguro familiar se puede dividir de los seguros de riesgos laborales, seguros de vehículos y de vida, en la medida en que están destinados a cubrir riesgos de tipos distintos y,

además, sus características y prima difieren.⁷⁷

En término de sus precios, también cabe establecer una delimitación dentro del Seguro Familiar de Salud subsidiado y el contributivo. Así, en 2002, mediante resolución núm. 51-06, se aprobó el catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud, a un costo de RD\$2,176.1 por persona, anualmente.⁷⁸ Se verifica que la prima per cápita del régimen subsidiado no se modificó entre 2002 y 2013⁷⁹. La no asociación en la evolución de los precios al consumidor de ambos regímenes, son un indicio claro de que los mismos pertenecen a mercados relevantes distintos. En adición, el hecho de que los afiliados al régimen subsidiado presenten condiciones especiales, a saber, que sean «trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes», como se establece en el literal «b» del artículo 7 de la Ley núm. 87-01, hace que los mismos no sean clientes potenciales del contributivo. Además, de acuerdo con el párrafo IV del citado artículo, el régimen contributivo no es elegible por personas que no cumplan con esas condiciones.

Lo anterior, en coherencia con las afirmaciones de los agentes del mercado, y según los resultados anteriormente recogidos, de que los servicios ofrecidos por las ARS son sustituibles «en lo concerniente al régimen contributivo»,⁸⁰ dado que todas las ARS ofrecen los servicios descritos en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud.

En otro contexto, y de acuerdo con lo establecido en la Resolución núm.

⁷⁷ Case No IV/M.759-SUN Alliance / Royal Insurance (1996), p.2. Disponible en: http://ec.europa.eu/competition/mergers/cases/decisions/m759_en.pdf; Case No IV/M. - BERKSHIRE HATHAWAY / GENERAL RE Insurance (1996), p.2. Disponible en: http://ec.europa.eu/competition/mergers/cases/decisions/m1306_en.pdf [consulta 9 octubre 2023].

⁷⁸ Resolución núm. DE-030-2019 de la Dirección Ejecutiva (DE), de Pro-Competencia.

⁷⁹ *Ibidem*.

⁸⁰ *Ibidem*.

DE-030-2019 de la Dirección Ejecutiva (DE), de Pro-Competencia se presentan las coberturas de los planes de salud de la empresa aseguradora ARS Universal según los tipos de planes ofrecidos por la misma. En el mismo se verifica que la cobertura de los distintos planes mantiene una base común, consistente con la existencia del plan básico de salud, y sobre la cual se adicionan cobertura de servicios. En este sentido, no debe existir una sustitución entre los planes complementarios y el plan básico de salud, en la medida en que este último está contenido en cualquier variante distinta del Seguro Familiar de Salud.⁸¹ Lo expuesto en la presente sección, sugiere que el mercado relevante a los fines de la presente investigación está constituido por el régimen contributivo del seguro familiar de salud ofrecido por las ARS privadas y públicas, limitado al Plan Básico de Salud.

3.2. Mercado geográfico

El mercado geográfico de un producto o grupo de productos se puede definir como el territorio a lo largo del cual los consumidores se pueden desplazar para comprar el producto de que se trate, ante un incremento significativo y no transitivo de precios en su demarcación habitual de compra.

Para que este desplazamiento pueda ser razonable, los costos asociados al mismo deben ser menores, al menos en términos monetarios, a la variación marginal en el precio del mercado en cuestión (Ruiz s.f.). Así, la determinación del mercado geográfico es análoga a la del mercado relevante del producto (OFT 2004). Desde el punto de vista de la demanda la pregunta relevante sería: ¿puede una cantidad significativa de consumidores desplazarse a una zona geográficas distinta a la de su residencia para adquirir el producto sin incurrir en costos adicionales?; mientras que desde el punto de vista de la oferta la pregunta es: ¿sería rentable trasladar un centro de

⁸¹ Numeral 19 del artículo 4, Reglamento Sobre el Seguro Familiar de Salud y el plan básico. En adición, en el artículo 41 del citado reglamento, establece la obligatoriedad de la afiliación al plan básico para poder optar por planes complementarios.

producción desde una localidad a otra, si en la misma se produjera un pequeño, pero significativo incremento de precio? Si las respuestas a estas preguntas resultan ser positivas, el área territorial en cuestión debe considerarse como parte del mercado geográfico, y continuarse el proceso hasta obtener una respuesta negativa.

Dado que los principios y las directrices que rigen el mercado local de seguros, de acuerdo con la Ley núm. 87-01 y sus reglamentos, tienen alcance sobre todo el territorio nacional, la afiliación a una de las ARS o al SENASA se realiza bajo las mismas condiciones, en relación con el alcance y calidad de los servicios ofrecidos, independientemente de la demarcación territorial donde se encuentre el afiliado, ya sea potencial o efectivo. En este sentido, la ocurrencia de una presunta violación a la Ley núm. 42-08 en torno a los servicios ofrecidos por los agentes en cuestión, se esperaría que tengan un efecto sobre todo el territorio nacional.

En concordancia con lo antes expuesto, *la Ley núm. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social en su artículo 5 literal A*, establece que «son titulares del derecho a la promoción de la salud [refiriéndose al Seguro Familiar de Salud], prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y preservación del medio ambiente, sin discriminación alguna, todos los dominicanos y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional».

Considerando que el artículo 8 del Reglamento sobre Normas de Procedimientos para las apelaciones por ante el CNSS indica que este organismo tiene «competencia de atribución territorial nacional, el CNSS conocerá todas las apelaciones y recursos interpuestos por la parte interesada».⁸² Adicionalmente, no existen en el mercado grandes costos de transporte que

⁸² Resolución núm. DE-030-2019 de la Dirección Ejecutiva (DE), de Pro-Competencia.

restringan el servicio. Mientras que desde el punto de vista de la Ley «El SDSS garantizará de manera efectiva el acceso a los servicios a todos los beneficiarios del sistema, especialmente a aquellos que viven y/o laboran en zonas apartadas o marginadas».⁸³

4. Niveles de concentración de mercado

En este apartado, se presenta la estructura del mercado a través de las cuotas de concentración, los índices de concentración C_k e IHH y la consistencia en la relación de estos. En adición, en los capítulos siguientes, se presentan las barreras de entrada de tipo legal, estructural y estratégica existentes en este mercado, para así proceder a analizar los costos que tiene que enfrentar un potencial entrante de querer formar parte de este.

En esta sección se procede a analizar los niveles de concentración del mercado objeto de estudio. Una de las primeras medidas de aproximación para este fin es el **coeficiente de concentración** (C_K) que, gracias a su atributo, en cuanto a la inclusión de un número determinado de empresas, hace que sea una de las medidas más utilizadas para este fin. De manera simple, el índice C_K capta la participación conjunta de las empresas medidas por el número K . Por ejemplo, si en una industria en particular existen 10 empresas, pero 6 de estas concentran el 95.00% de la producción, se dice que el C_6 es de 95.00%.

De manera general, **la cuota de mercado** se estima con la siguiente ecuación:

$$s_i = \frac{q_i}{Q} * 100 \quad (1)$$

⁸³ Artículo 3, Ley núm. 87-01 y en lineamiento con las afirmaciones del artículo 118 de la misma Ley, el cual reza que «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...».

Donde: q_i es la cantidad (medida a través de ingresos, cantidad de afiliados, recaudación o patrimonio) de la empresa (i), y Q es la cantidad total (ingresos, cantidad de afiliados, recaudación o patrimonio) en el mercado.

El coeficiente de concentración por su parte se formula como:

$$C_k = \sum_{i=1}^k s_i = s_1 + s_2 + \dots + s_k \quad (2)$$

Donde: s_i son las participaciones de las k empresas con mayor participación en el mercado. Otro indicador que se utiliza para estudiar la estructura de un mercado es el conocido Índice de Concentración *Herfindahl-Hirschman* (IHH). La ventaja que posee este indicador es que combina información entre el número de firmas y la distribución del tamaño de estas, haciendo que un mayor IHH represente un mayor nivel de concentración.⁸⁴ En dicho sentido, la Resolución 001-2017 del Consejo Directivo de Pro-Competencia establece rangos para los cuales se puede considerar si un mercado está concentrado o no, siendo la clasificación de la manera siguiente:

- **Mercados no concentrados** → IHH menor a 1,500 puntos.
- **Moderadamente concentrados** → IHH entre 1,500 y 2500 puntos.
- **Altamente concentrados** → IHH por encima de los 2,500 puntos.

Por otra parte, cabe destacar que el Reglamento sobre Aspectos Generales de Afiliación del Seguro Familiar de Salud entró en vigor el 22 de febrero de 2007, lo que supuso un cambio en la estructura del mercado, al menos en lo que respecta al suministro del servicio. Como resultado, surgieron las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) como una nueva figura

⁸⁴ Carlos, C. C. (2007). Indicadores de Concentración: Una revisión del marco conceptual y la experiencia internacional. Organismo supervisor de inversión privada en telecomunicaciones. Lima: Organismo Supervisor de Inversión Privada en Telecomunicaciones

jurídica dentro del sistema de salud dominicano. En este contexto, el Seguro Familiar de Salud (SFS) contempla tres categorías de aseguradoras: autogestión, públicas y privadas. A inicios de 2010, el número total de ARS ascendía a 25, pero con el tiempo ha disminuido progresivamente, hasta situarse en 18 para el año 2024.⁸⁵

Cuadro 6. Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) en operación para el año 2024, por categoría

Autogestión	Públicas	Privadas
ARS CMD	ARS SENASA	ARS APS
ARS SEMMA	ARS RESERVAS *	ARS SIMAG (GRUPO MEDICO ABEL GONZALEZ)
ARS PLAN SALUD (BCRD)*		ARS GMA (GRUPO MEDICO ASOCIADO)
ARS UASD**		ARS DR. YUNEN, S. A.
		ARS UNIVERSAL, S.A.
		ARS MONUMENTAL
		ARS FUTURO S. A.
		ARS PRIMERA, S. A
		ARS ASEMAP
		ARS RENACER
		ARS MAPFRE SALUD
		ARS METASALUD

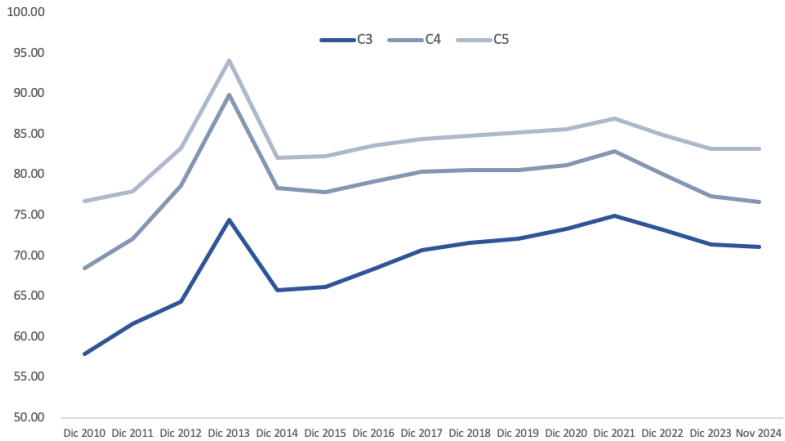
Nota (*): Mediante Resolución Administrativa núm. 00242-2022 de fecha 24-2-2022 se autoriza a la ARS RESERVAS a cambiar su condición de ARS AUTOGESTION de tipo institucional a una ARS abierta al público. Mediante Resolución Administrativa núm., 00050-02 de fecha 3 de septiembre de 2002 se autoriza a la ARS Plan de Salud a cambiar nombre por “ARS PLAN SALUD Banco Central”.

Nota ():** Se ha incluido la ARS UASD, aunque no existe información reportada para ella en la SISALRIL.

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

⁸⁵ Ambas cifras contemplan el total de empresas dentro del sistema. Es decir, en ellas están las de autogestión, las públicas y las privadas en conjunto, que tenían reportada información de ingresos por salud en los estados financieros registrados en la SISALRIL para noviembre de 2024. Se ha incluido a la ARS UASD aunque de esta solo hay un reporte de ingresos en la SISALRIL a enero de 2010.

Gráfico 15. Concentración de la industria medida por el C_3 , C_4 y C_5 , periodo 2010-2024



Nota: el cálculo de las concentraciones (C_k) se realiza para el total de la industria, incluyendo las ARS públicas, privadas y de autogestión. Para cada año de análisis, se toman en cuenta únicamente las ARS activas en ese período, excluyendo aquellas que dejaron de operar en años anteriores. La información analizada es a diciembre de cada año.

Nota (*): las informaciones del 2024 se encuentran disponible hasta noviembre.

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a través del portal web, consultada en fecha 13 de noviembre de 2023. [Fecha actualización 10 febrero 2025].

Del gráfico anterior se visualiza que para diciembre de 2010 el C_3 fue aproximadamente 57.9% lo cual indica que solo tres empresas concentraban casi el 60% del mercado para esas fechas. Igual sucede con el C_4 y C_5 los cuales muestran unos niveles de concentración del 68.5% y 76.8%, respectivamente. Cabe aclarar que estos niveles de concentración fueron medidos con los ingresos por salud reportados por cada empresa al sistema a diciembre de cada año.

A pesar de cambios abruptos en la serie para el año 2013, en donde se muestran unos niveles de concentración de 74.5%, 89.8% y 94.1%, las series muestran una tendencia a colocarse a los niveles previos al 2013. Ya

para el 2023, los C₃, C₄ y C₅ se colocan en 71.42%, 77.40% y 83.24%, respectivamente, indicando esto que la industria se ha concentrado en menos empresas, a lo largo de los años analizados. La última información que se encuentra disponible es a noviembre de 2024, mostrando un 71.15% para el C₃, un 76.63% y 83.24% para el C₄ y C₅.

El cuadro 7 muestra en detalle los niveles de concentración del total de la industria, para el corte de diciembre de cada año de información disponible. Para el 2010 se encuentra que las 3 empresas que abarcan el 57.9% de la industria (C₃) son ARS PRIMERA con 30.4%, seguida por ARS SENASA con 14.8% y, por último, ARS MAPFRE SALUD 12.7%; el C₄ agrega a ARS UNIVERSAL con 10.6% y el C₅ agrega a ARS SALUD SEGURA con 8.3%, para la fecha indicada anteriormente.

Para diciembre de 2022, el C₅ está compuesto por ARS SENASA con 31.3%, ARS PRIMERA con 28.7%, ARS MAPFRE SALUD con 13.2%, ARS UNIVERSAL con 6.8% y, por último, ARS FUTURO con 4.9%. Para el 2023 y 2024 (última información disponible), los agentes económicos siguen manteniendo el mismo puesto, ARS SENASA 33.5% y 36.5%, ARS PRIMERA con 26.6% y 24.3% y por último, MAPFRE SALUD muestran un 11.3% y 10.3%, respectivamente.

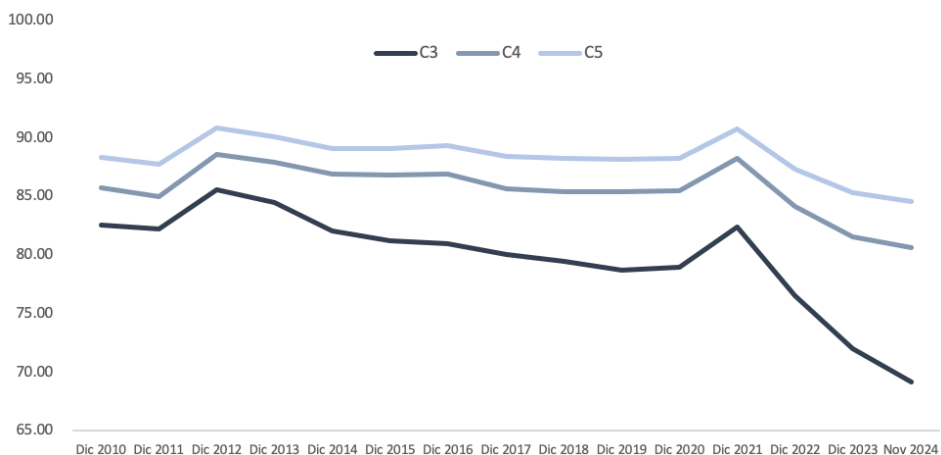
Cuadro 7. Niveles de concentración de la industria, medido por el C3, C4 y C5, periodo 2010-2024

PERIODO	C3	C4	C5
Dic 2010	57.9	68.5	76.8
Dic 2011	61.6	72.1	78.0
Dic 2012	64.3	78.7	83.3
Dic 2013	74.5	89.8	94.1
Dic 2014	65.7	78.4	82.1
Dic 2015	66.1	77.9	82.3

PERIODO	C3	C4	C5
Dic 2016	68.3	79.2	83.6
Dic 2017	70.7	80.4	84.4
Dic 2018	71.6	80.6	84.8
Dic 2019	72.1	80.6	85.2
Dic 2020	73.3	81.2	85.7
Dic 2021	74.9	82.9	86.9
Dic 2022	73.2	80.0	84.9
Dic 2023	71.4	77.4	83.2
Nov 2024*	71.2	76.6	83.2

Nota (*): las informaciones del 2024 se encuentran disponible hasta noviembre. **Fuente**: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a través del portal web, consultada en fecha 13 de noviembre de 2023. [Fecha actualización 10 febrero 2025].

Gráfico 16. Concentración ARS privadas medida por el C₃, C₄ y C₅, periodo 2010-2024



Nota (*): las informaciones del 2024 se encuentran disponible hasta noviembre. **Fuente**: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la SISALRIL a través del portal web, consultada en fecha 13 de noviembre de 2023. [Fecha actualización 10 febrero 2025].

Para calcular los niveles de concentración C_3 , C_4 y C_5 presentados en el gráfico 16, se tomaron los ingresos por salud reportados por las ARS Privadas, hasta los años en que mostraron actividad, para el mes de diciembre de cada año.⁸⁶ Como se puede observar en el cuadro siguiente, el C_3 para el año 2010 fue de 82.6%, lo que significa que 3 ARS privadas representaban los ingresos por salud de más del 80% de la industria. Más en detalle, AES PRIMERA ostentaba el 46.8% del mercado, seguida por ARS MAPFRE SALUD con 19.5% y ARS UNIVERSAL, con 16.3%.

Para diciembre de 2022, el C_3 de las ARS Privadas se coloca en 76.5%, manteniendo las mismas ARS su posición inicial con 45.1%, 20.7% y 10.7%, respectivamente. Para el 2023 y última información disponible del 2024 se encuentra que no hay cambios de posición entre las ARS, mostrando ARS PRIMERA con 43.7% y 41.9%, MAPFRE SALUD ARS con 18.5% y 17.8%, y por último ARS Universal con 9.8% y 9.4%, respectivamente para estos dos años mencionados.

Cuadro 8. Niveles de concentración ARS privadas, medido por el C_3 , C_4 y C_5 , periodo 2010-2024

PERIODO	C3	C4	C5
Dic 2010	82.6	85.8	88.3
Dic 2011	82.2	85.0	87.8
Dic 2012	85.6	88.5	90.8
Dic 2013	84.5	87.9	90.1
Dic 2014	82.1	86.9	89.1

⁸⁶ Las ARS privadas tomadas en consideración para realizar los cálculos de concentración y de acuerdo con la información de los Estados Financieros (en donde se encuentran las ARS por categorías) publicados por la SISALRIL fueron: ARS APS, ARS SIMAG, ARS GRUPO MEDICO ASOCIADO, ARS DR. YUNEN, ARS UNIVERSAL, ARS MONUMENTAL, ARS FUTURO, ARS PRIMERA, ARS ASEMAM, ARS RENACER, MAPFRE SALUD ARS, ARS METASALUD, ARS LA COLONIAL (hasta diciembre 2011) y ARS ASISTANET.

PERIODO	C3	C4	C5
Dic 2015	81.2	86.8	89.1
Dic 2016	81.0	86.9	89.3
Dic 2017	80.0	85.6	88.4
Dic 2018	79.5	85.4	88.3
Dic 2019	78.7	85.4	88.1
Dic 2020	78.9	85.4	88.2
Dic 2021	82.4	88.2	90.7
Dic 2022	76.5	84.2	87.4
Dic 2023	72.0	81.6	85.3
Nov 2024*	69.2	80.6	84.6

Nota (*): las informaciones del 2024 se encuentran disponible hasta noviembre.

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a través del portal web, consultada en fecha 13 de noviembre de 2023. [Fecha actualización 10 febrero 2025].

Tanto el cuadro como gráfico siguiente muestran los niveles de concentración de las ARS públicas y privadas en conjunto, medido por los ingresos en salud reportados a SISALRIL para el mes de diciembre de cada año, en sus respectivos estados financieros. Para diciembre del 2010, el C3 de las ARS Públicas y Privadas, abarcan al 72.5% del total del mercado, representadas por ARS PRIMERA con 38.1%, ARS SENASA con 18.5% y ARS MAPFRE SALUD con 15.9%. Sin embargo, para diciembre del 2022 la concentración del mercado recae sobre ARS SENASA con 32.7%, ARS PRIMERA con 30.0% y ARS MAPFRE SALUD con 13.8%.

En 2024, los niveles de concentración en las ARS públicas y privadas muestran una ligera reducción en comparación con los años anteriores. El indicador C3 se ubica en 74.5%, reflejando una leve disminución respecto a 2023 (74.9%) y 2022 (76.5%). De manera similar, C4 y C5 continúan descendiendo, situándose en 80.2% y 87.2%, respectivamente, lo que indica una disminución sostenida desde el pico de 2021. Esta tendencia sugiere

una mayor redistribución del mercado, posiblemente por el crecimiento de actores más pequeños o cambios en la estructura competitiva.

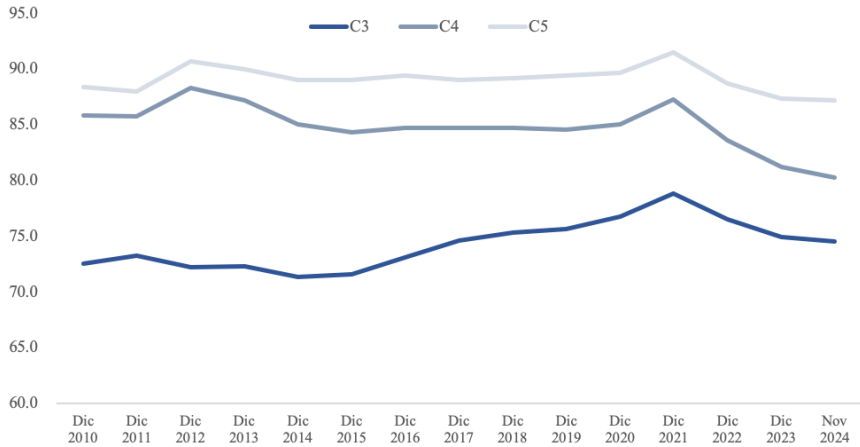
Cuadro 9. Niveles de concentración ARS públicas y privadas, C3, C4 y C5, periodo 2010-2024

PERIODO	C3	C4	C5
Dic 2010	72.5	85.8	88.4
Dic 2011	73.3	85.7	87.9
Dic 2012	72.2	88.3	90.7
Dic 2013	72.2	87.2	90.0
Dic 2014	71.3	85.0	89.0
Dic 2015	71.6	84.3	89.0
Dic 2016	73.1	84.7	89.4
Dic 2017	74.6	84.7	89.0
Dic 2018	75.3	84.7	89.1
Dic 2019	75.6	84.5	89.4
Dic 2020	76.7	85.0	89.7
Dic 2021	78.8	87.3	91.5
Dic 2022	76.5	83.6	88.7
Dic 2023	74.9	81.2	87.3
Nov 2024*	74.5	80.2	87.2

Nota (*): las informaciones del 2024 se encuentran disponible hasta noviembre.

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a través del portal *web*, consultada en fecha 13 de noviembre de 2023. [Fecha actualización 10 febrero 2025].

Gráfico 17. Concentración ARS públicas y privadas medida por el C_3 , C_4 y C_5 , periodo 2010-2024



Nota (*): las informaciones del 2024 se encuentran disponible hasta noviembre.

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a través del portal *web*, consultada en fecha 13 de noviembre de 2023. [Fecha actualización 10 febrero 2025].

El análisis del índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) en la industria de las ARS en base a los ingresos por salud entre 2010 y 2024 muestra una tendencia general al aumento de la concentración, especialmente a partir de 2013, cuando el IHH de la industria alcanzó un pico de 2,459.9. Posteriormente, aunque hubo una reducción entre 2014 y 2019, la concentración volvió a aumentar a partir de 2020, manteniéndose por encima de 2,000 puntos. En noviembre de 2024, el índice se sitúa en 2,136.4, lo que sugiere una concentración moderada según los criterios del IHH, donde valores superiores a 2,000 indican un mercado con menor nivel de competencia. Este comportamiento puede estar relacionado con la reducción en el número de empresas en el sector, pasando de 25 en 2010 a solo 17⁸⁷ en 2024, lo que refuerza la idea de un mercado cada vez más concentrado.

⁸⁷ Tener en consideración que se dispone de información sobre los ingresos por salud reportados a la SISALRIL por 17 empresas. Aunque en total son 18, incluyendo la ARS UASD, no se cuenta con datos de esta última.

Cuadro 10. Índice de concentración Herfindahl-Hirschman (IHH) en base a los ingresos por salud reportados, periodo 2010-2024

PERIODO	Núm. empresas	IHH industria	Núm. empresas	IHH ARS privadas	Núm. empresas	IHH ARS públicas y privadas
Dic 2010	25	1,545.7	14	2,865.8	16	2,245.6
Dic 2011	25	1,654.4	14	2,877.3	16	2,244.3
Dic 2012	23	1,841.8	13	2,908.5	15	2,270.9
Dic 2013	23	2,459.9	13	2,898.3	15	2,281.7
Dic 2014	22	1,906.7	13	2,788.4	15	2,220.2
Dic 2015	21	1,902.4	13	2,770.3	15	2,204.6
Dic 2016	21	1,924.2	13	2,782.2	15	2,184.0
Dic 2017	20	1,963.7	13	2,770.2	15	2,173.6
Dic 2018	20	1,982.4	13	2,757.7	15	2,180.9
Dic 2019	19	1,996.9	12	2,725.5	14	2,185.5
Dic 2020	17	2,068.2	12	2,803.0	14	2,254.4
Dic 2021	17	2,126.6	12	3,011.5	14	2,342.0
Dic 2022	17	2,076.0	12	2,674.0	14	2,253.0
Dic 2023	17	2,063.0	12	2,492.6	14	2,254.5
Nov 2024*	17	2,136.4	12	2,355.0	14	2,329.8

Nota (*): las informaciones del 2024 se encuentran disponible hasta noviembre.

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a través del portal web, consultada en fecha 13 de noviembre de 2023. [Fecha actualización 10 febrero 2025].

Al analizar las ARS privadas, se observa que este segmento ha mostrado históricamente un IHH más alto en comparación con el total de la industria y el grupo combinado de ARS públicas y privadas. En 2021, el índice alcanzó su punto más alto (3,011.5), lo que indica una concentración muy elevada, con pocas empresas dominando el mercado. Si bien ha habido una reducción en los últimos años, situándose en 2,355.0 en 2024, sigue estando por encima del umbral de concentración moderada. Además, el número de ARS privadas ha disminuido de 14 en 2010 a 12 en 2024, lo que refuerza la tendencia de concentración y la posible reducción en la competencia dentro de este segmento.

En cuanto a la combinación de ARS públicas y privadas, el IHH también refleja una tendencia de moderada concentración, aunque con fluctuaciones a lo largo de los años. En 2024, el índice se ubica en 2,329.8, lo que representa un aumento respecto a 2023 (2,254.5) y 2022 (2,253.0). En general, los datos confirman que el sector ha mantenido una estructura que da como resultado una concentración creciente, especialmente en las ARS privadas, lo que sugiere la necesidad de evaluar medidas para fomentar la competencia y garantizar mayor equidad en el acceso a los servicios de salud.

El análisis de la concentración en el sector de aseguradoras del sistema de salud en República Dominicana, medido a través de los indicadores C3, C4, C5 y el índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) en base a la cantidad de afiliados (información que se encuentra disponible hasta diciembre de 2024), revela un aumento progresivo en la concentración del mercado entre 2010 y 2024.⁸⁸ Durante este período, el número de empresas en el sector se redujo de 25 en 2010 a 17 en 2024, mientras que el número de afiliados prácticamente se duplicó, pasando de 2.4 millones a 4.8 millones. Paralelamente, los tres principales aseguradores (C3) incrementaron su cuota de mercado del 58.1 % en 2010 al 71.2 % en 2024, indicando una creciente concentración en los mayores actores del mercado. De manera similar, los indicadores C4 y C5 muestran que las cuatro y cinco principales aseguradoras han captado una mayor proporción del mercado, aunque con una ligera estabilización en los últimos años.

En el cuadro 11 se visualiza la concentración del sistema completo (ARS públicas, privadas y autogestión), calculadas sobre la base de la cantidad de afiliadas al sistema. En este sentido, se encuentra que para el 2010 el C3 de la industria estaba representado por ARS PRIMERA quien ostentaba el 30.7%, ARS SENASA tenía al 14.5% y ARS MAPFRE SALUD poseía el

⁸⁸ Los umbrales de concentración se encuentran estipulados en la Resolución 001-2017 del Consejo Directivo de Pro -Competencia.

12.9% del mercado, con lo cual estas tres ARS representaban a más de la mitad de la industria, medida por la cantidad de afiliados. Sin embargo, al 2024 la situación refleja que ARS SENASA tiene al 36.8% de los afiliados, seguida por ARS PRIMERA con 24.2% y ARS MAPFRE SALUD con 10.3%, para un total de 71.2%.

Cuadro 11. Nivel de concentración medidos por el C3, C4 y C5 en base a la cantidad de afiliados del sistema completo, periodo 2010-2024

PERIODO	Núm. empresas	Afiliados	C3	C4	C5	IHH industria
2010	25	2,404,113	58.1	68.7	76.4	1,553.7
2011	25	2,598,514	62.0	72.5	78.0	1,667.7
2012	23	2,761,717	64.5	78.9	83.2	1,856.2
2013	22	2,972,273	65.6	79.2	82.9	1,909.9
2014	22	3,224,936	65.3	77.9	81.6	1,893.5
2015	21	3,456,557	66.1	77.8	82.2	1,898.6
2016	21	3,693,096	68.4	79.3	83.7	1,929.0
2017	20	4,001,053	70.8	80.5	84.5	1,965.2
2018	20	4,242,263	71.7	80.6	84.8	1,985.0
2019	18	4,360,985	72.2	80.6	85.3	2,002.3
2020	17	4,299,444	73.3	81.2	85.6	2,064.3
2021	17	4,373,243	72.7	80.1	84.8	2,037.8
2022	17	4,654,304	72.4	79.2	84.4	2,050.7
2023	17	4,674,244	72.4	78.1	83.8	2,140.2
2024	17	4,789,676	71.2	78.0	83.4	2,148.6

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) basado en datos disponibles en el tablero interactivo de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), Disponible en <https://www.tss.gob.do/tableros-interactivos.html> consultado en fecha 3 de mayo de 2024. [Fecha de actualización 10 febrero 2025].

Cuadro 12. Nivel de concentración medidos por el C3, C4 y C5 en base a la cantidad de afiliados de las ARS Privadas, periodo 2010-2024

PERIODO	Núm. empresas	Afiliados	C3	C4	C5	IHH privado
2010	14	1,580,037	82.4	85.7	88.2	2,861.0
2011	14	1,764,539	82.4	85.1	87.6	2,886.4
2012	13	2,015,451	85.6	88.5	90.8	2,909.9
2013	13	2,233,345	84.5	87.8	90.1	2,898.3
2014	13	2,492,157	81.9	86.8	88.9	2,780.1
2015	13	2,671,699	81.0	86.7	89.0	2,760.3
2016	13	2,793,364	80.9	86.8	89.3	2,775.8
2017	13	2,905,083	80.1	85.7	88.4	2,764.4
2018	13	3,005,158	79.4	85.4	88.2	2,757.4
2019	12	3,019,497	78.7	85.4	88.2	2,730.0
2020	12	2,908,653	78.9	85.4	88.2	2,793.0
2021	12	2,889,757	77.4	84.6	87.4	2,724.5
2022	12	3,112,622	76.3	84.0	87.2	2,782.9
2023	12	2,785,022	71.9	81.5	85.3	2,493.4
2024	12	2,777,902	71.1	80.4	84.4	2,336.2

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) basado en datos disponibles en el tablero interactivo de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), Disponible en <https://www.tss.gob.do/tableros-interactivos.html>, consultado en fecha 3 de mayo de 2024. [Fecha de actualización 10 febrero 2025].

El cuadro 12 muestra los niveles de concentración solo para las ARS privadas, calculados en base a la cantidad de afiliados, y resulta que para el 2010 el C3 de las ARS Privadas se encuentra distribuido en 46.7% ARS PRIMERA, 19.6% ARS MAPFRE SALUD y 16.1% ARS UNIVERSAL, para un total de 82.4% del mercado concentrado en estas tres empresas. Para el 2024, la situación refleja que el 41.7% pertenece a ARS PRIMERA, un 17.8% corresponde a ARS MAPFRE SALUD, y un 11.6% es de ARS FUTURO, para un total de 71.1% del mercado concentrado en estas tres empresas o ARS privadas.

Cuadro 13. Nivel de concentración medidos por el C3, C4 y C5 en base a la cantidad de afiliados de las ARS públicas y privadas, periodo 2010-2024

PERIODO	Núm. empresas	Afiliados	C3	C4	C5	IHH público y privado
2010	15	1,928,763	72.4	85.6	88.3	2,246.9
2011	15	2,195,804	73.4	85.8	88.1	2,249.7
2012	14	2,469,395	72.1	88.2	90.6	2,276.3
2013	14	2,699,731	72.2	87.1	89.9	2,281.9
2014	14	2,961,737	71.1	84.8	88.9	2,219.8
2015	14	3,197,037	71.4	84.1	88.9	2,197.7
2016	14	3,461,913	73.0	84.6	89.3	2,180.2
2017	14	3,798,822	74.6	84.8	89.0	2,170.2
2018	14	4,037,720	75.3	84.7	89.1	2,181.4
2019	13	4,160,014	75.7	84.5	89.4	2,189.9
2020	13	4,105,600	76.7	85.0	89.7	2,251.8
2021	13	4,154,374	76.5	84.3	89.3	2,244.9
2022	14	4,460,176	75.6	82.6	88.1	2,221.5
2023	14	4,474,449	75.6	81.6	87.6	2,324.1
2024	14	4,587,862	74.4	81.4	87.1	2,330.8

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) basado en datos disponibles en el tablero interactivo de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), Disponible en: <https://www.tss.gob.do/tableros-interactivos.html>, consultado en fecha 3 de mayo de 2024. [Fecha de actualización 10 febrero 2025].

Las ARS públicas y privadas, según se observa en el cuadro 13, en su conjunto muestran una concentración del 72.4% del C₃ para el 2010, en donde ARS PRIMERA tiene el 38.3% de los afiliados, ARS SENASA tiene al 18.1% y ARS MAPFRE SALUD tiene al 16.0%. Para el 2024, el C₃ hace notar la poca variabilidad de la referida variable a lo largo del tiempo, cuando es medida por la cantidad de afiliados, alcanzando un 74.4%, el cual se encuentra distribuido entre ARS SENASA con 38.4%, ARS PRIMERA con 25.2% y ARS MAPFRE SALUD con 10.8%.

El cuadro 14 resume los resultados del IHH para los distintos segmentos del mercado de las ARS previamente definidos. El análisis de la concentración del mercado en la industria a según el índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) muestra que el sector ha evolucionado de manera significativa entre 2010 y 2024. En el caso del IHH de la industria en general, se observa un incremento gradual desde 1,553.7 en 2010 hasta 2,148.6 en 2024. Durante los primeros años del período, el mercado se encontraba en la categoría de moderadamente concentrado, con valores entre 1,500 y 2,000. Sin embargo, a partir de 2019, el índice superó la barrera de los 2,000, indicando una tendencia hacia una mayor concentración del mercado, lo que sugiere que menos empresas están logrando una mayor participación relativa en la industria.

Cuadro 14. Índice de concentración Herfindahl-Hirschman (IHH) en base a la cantidad de afiliados, periodo 2010-2024

PERIODO	Núm. empresas	IHH industria	Núm. empresas	IHH privado	Núm. empresas	IHH público y privado
2010	25	1,553.7	14	2,861.0	15	2,246.9
2011	25	1,667.7	14	2,886.4	15	2,249.7
2012	23	1,856.2	13	2,909.9	14	2,276.3
2013	22	1,909.9	13	2,898.3	14	2,281.9
2014	22	1,893.5	13	2,780.1	14	2,219.8
2015	21	1,898.6	13	2,760.3	14	2,197.7
2016	21	1,929.0	13	2,775.8	14	2,180.2
2017	20	1,965.2	13	2,764.4	14	2,170.2
2018	20	1,985.0	13	2,757.4	14	2,181.4
2019	18	2,002.3	12	2,730.0	13	2,189.9
2020	17	2,064.3	12	2,793.0	13	2,251.8
2021	17	2,037.8	12	2,724.5	13	2,244.9
2022	17	2,050.7	12	2,782.9	14	2,221.5
2023	17	2,140.2	12	2,493.4	14	2,324.1
2024	17	2,148.6	12	2,336.2	14	2,330.8

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) basado en datos disponibles en el tablero interactivo de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), Disponible en <https://www.tss.gob.do/tableros-interactivos.html>, consultado en fecha 3 de mayo de 2024. [Fecha actualización 10 febrero 2025].

En cuanto a la concentración del segmento privado, se mantiene en niveles altamente concentrados durante todo el período analizado, con un IHH superior a 2,500 desde 2010 hasta 2022. Se evidencia una leve tendencia a la baja en los últimos años, especialmente en 2023 y 2024, cuando el índice pasó de 2,493.4 a 2,336.2. Esto sugiere que la competencia dentro del sector privado podría haberse incrementado, posiblemente debido a cambios en la participación de las empresas existentes.

Por otro lado, el mercado combinado de empresas públicas y privadas presenta una concentración intermedia, con valores que oscilan entre 2,170.2 y 2,330.8 en los últimos años. A pesar de algunas fluctuaciones, este segmento se ha mantenido dentro de la categoría de concentración moderada, lo que implica que, aunque existe presencia de múltiples empresas. En general, los datos sugieren una reducción del número de empresas en la industria, acompañado de un incremento en la concentración del mercado, lo que puede tener implicaciones en la competencia y en la dinámica del sector de las ARS.

4.1. Índice de rivalidad o intensidad

Según OECD 2021⁸⁹, la competencia es un proceso complejo, por lo que se han desarrollado diversas metodologías para capturar y medir su nivel. En términos generales, existen dos enfoques principales para describir la competencia: la competencia estática y la competencia como un proceso de rivalidad.

Según la teoría económica estándar, la competencia estática implica una condición de equilibrio en la cual las empresas no pueden cobrar precios excesivos de manera persistente ni obtener retornos extraordinarios, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones, como un alto número de empresas y la libre entrada y salida del mercado, entre otras.

⁸⁹ OECD (2021), Methodologies to measure market competition, OECD Competition Committee Issues Paper, disponible en: <https://www.oecd.org/daf/competition/methodologies-to-measure-market-competition.htm> [consulta 17 junio 2024].

Por otro lado, una concepción alternativa define la competencia como un proceso dinámico de rivalidad entre empresas. En este enfoque, las empresas participan en una competencia continua donde las menos eficientes son desplazadas por nuevas empresas más eficientes. En este contexto, un mercado competitivo puede coexistir con empresas que poseen poder de mercado y obtienen retornos extraordinarios, al menos durante ciertos períodos de tiempo.

El índice de rivalidad o intensidad es un indicador en el que la fórmula se calcula como la diferencia de las participaciones de las empresas presentes en un mercado, entre dos períodos. Este índice varía entre cero y uno; cuando el resultado es cero indica que no hay cambios en la participación del mercado de la empresa en el mercado analizado (S_i).⁹⁰

$$IR = \sum_i \frac{1}{2} [S_i - S_{i-1}]$$

Cuadro 15. Resultados del índice de rivalidad de las ARS para la industria (sistema completo), 2011-2024

Periodo	Industria	
	IR ingresos	IR afiliado
2011	1.0E-15 ⁹¹	1.6E-15
2012	-1.6E-14	1.8E-15
2013	6.8E+00	-7.6E-16
2014	-6.8E+00	-1.3E-15
2015	1.3E-14	-2.2E-16
2016	-1.6E-15	3.2E-15
2017	3.7E-16	-4.5E-15

⁹⁰ Resolución del Consejo Directivo de Pro-Competencia CD-001-2027, disponible en: <https://procompetencia.gob.do/resoluciones/consejo-directivo/> [consulta 17 junio 2024].

⁹¹ El valor 1.0E-15 representa 1.8×10^{-15} .

Periodo	Industria	
	IR ingresos	IR afiliado
2018	-2.0E-14	-1.8E-15
2019	1.4E-14	2.5E-15
2020	-4.4E-16	5.0E-16
2021	-5.6E-17	-1.3E-15
2022	3.2E-15	1.2E-15
2023	-3.4E-15	5.0E-16
2024*	-6.2E-15	2.1E-16

Nota: Los valores se encuentran en notaciones científicas. Esto es una forma abreviada de decir en qué punto se encuentra el cambio en el comportamiento de la variable, permite abreviar la cantidad de ceros después del punto decimal. La información utilizada para calcular el índice de rivalidad sobre el ingreso se encuentra disponible hasta noviembre 2024. La referida al índice de rivalidad en base al número de afiliados se encuentra calculada hasta diciembre de 2024.

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a través del portal web, consultada en fecha 13 de noviembre de 2023. [Fecha de actualización 10 febrero 2025].

Los resultados del índice de rivalidad (IR) en ingresos y afiliados muestran fluctuaciones significativas en la participación de las empresas en el mercado analizado. En el caso del IR de ingresos, se observan valores extremadamente pequeños, cercanos a cero, con algunas excepciones donde hay valores elevados positivos y negativos (6.8E+00 y -6.8E+00). Esto sugiere que, en general, hay poca variabilidad en la participación del mercado de ingresos, pero en ciertos momentos se producen cambios abruptos, posiblemente por la entrada o salida de un competidor significativo o una reestructuración dentro del sector.

Por otro lado, el IR de afiliado presenta valores igualmente pequeños, con una menor variabilidad extrema en comparación con el IR de ingresos. Sin embargo, se evidencia que hay momentos de cambio en la distribución de las participaciones, aunque en una escala mucho más reducida. Los valores negativos y positivos en este indicador pueden reflejar una redistribución

de mercado entre empresas afiliadas sin cambios significativos en la estructura del sector. En conjunto, ambos índices sugieren un mercado con relativa estabilidad en la rivalidad competitiva, salvo por eventos puntuales de alta variabilidad. Si cabe recordar que esta es una industria que se caracteriza por alto riesgo y altos costes hundidos. Por tanto, es normal que la entrada y salida de empresas sea relativamente baja.

5. Funcionamiento del mercado de seguros de salud

En condiciones normales, donde la intervención pública dentro del mercado es mínima y/o nula, la demanda de cualquier tipo de seguro se genera en un contexto de incertidumbre. De tal forma, los individuos buscan suavizar (a lo largo del tiempo) los ingresos que han de recibir; independientemente de si estos se ven enfrentados a algún tipo de contingencia o no.

De cierta manera, adquirir un seguro médico es en realidad una forma de apuesta.⁹² La razón por la que adquirir un seguro médico puede ser prudente es que reduce la incertidumbre frente a un suceso adverso. El seguro es una protección contra algún tipo de riesgo, frente a la posibilidad de resultados inesperados. Sin embargo, contratar un seguro de salud significa perder ingresos en tiempos en los que el afiliado goza de buena salud. El propietario que paga mensualmente por un seguro para alguna enfermedad que nunca ocurre podría haber estado mejor si hubiese gastado esos ingresos en otra parte. No obstante, la demanda de un médico es una necesidad de cada uno de los individuos que conforman una sociedad.⁹³

Dicho lo anterior, las aseguradoras son una especie de intermediarios entre los individuos que incurren en gastos de salud y los médicos y hospitales, que proveen los servicios de salud. Cualquier contrato básico de seguro médico comprende las siguientes características:

⁹² Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2013). *Health Economics*. Palgrave Macmillan.

⁹³ *Ibidem*.

- El individuo paga un costo inicial, independientemente de si se mantiene saludable o no. Dicho pago se conoce como prima de seguro.
- En caso de enfermarse, dicho individuo recibe un pago en forma de cobertura médica.
- En el caso alterno, si la persona se mantiene sana, no recibe nada por parte de la compañía de seguros.

Como en cualquier mercado perfectamente competitivo, incluyendo el de seguros, los beneficios económicos serán iguales a cero.⁹⁴ Si las ganancias fueran positivas, los nuevos participantes competirían para eliminar esas ganancias. Si las ganancias fueran negativas, entonces las aseguradoras estarían incurriendo en pérdidas y saldrían del mercado.⁹⁵ El movimiento de empresas en el mercado cesa hasta que los beneficios económicos sean nulos.

Cuando los beneficios económicos son nulos, la prima del seguro es igual a la probabilidad de incurrir en una enfermedad multiplicada por el desembolso por parte de la aseguradora.⁹⁶ Según la literatura, esta condición es conocida como «actuarialmente justa».⁹⁷

Si embargo, al contrastar el modelo con la realidad los beneficios económicos no son nulos y los mercados de seguros no se comportan como un mercado perfectamente competitivo. Las compañías de seguros obtienen algunas ganancias positivas con los contratos que venden. Un contrato de seguro con una ganancia esperada positiva para el asegurador se llama contrato «actuarialmente injusto».⁹⁸ No obstante, existen dos elementos

⁹⁴ A diferencia de los beneficios contables, los beneficios económicos contemplan el costo de oportunidad. Por tanto, es posible que las empresas en mercados competitivos obtengan beneficios contables positivos y a su vez beneficios económicos nulos.

⁹⁵ En mercados competitivos no existen barreras a la entrada y la salida de empresas. Por ende, pequeños cambios positivos en el precio pueden promover la entrada de nuevos competidores.

⁹⁶ En forma algebraica: .

⁹⁷ Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2013). *Health Economics*. Palgrave Macmillan.

⁹⁸ En forma algebraica: .

que pueden disparar el diferencial entre la prima de seguro y el reembolso multiplicado por la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad (costo de afiliación). A grandes rasgos, los mercados de seguros en general y el seguro de salud en particular se enfrentan a la problemática de la información asimétrica.⁹⁹

Generalmente, las aseguradoras pueden tener problemas al momento de juzgar la probabilidad del estado de salud de un individuo. Por otra parte, los clientes familiarizados con su propio historial médico y hábitos poco saludables tienen un conocimiento íntimo de sus propios riesgos. Esto se conoce dentro de la literatura como selección adversa.¹⁰⁰ En ese mismo orden, producto de la información asimétrica, los asegurados incurren en otra problemática, denominada riesgo moral. En este caso, el riesgo moral no es más que la sobreutilización del seguro de salud. Es decir, el riesgo moral implica, asistir a consultas médicas cuando realmente no son necesarias.¹⁰¹

En este sentido, el mercado de las aseguradoras de salud solo se sostiene si los individuos saludables subsidian a los individuos enfermos. En pocas palabras, solo será factible operar si existe una cierta cantidad de personas saludables que paguen sus primas correspondientes y no utilicen el seguro de salud, mientras existe un pequeño grupo de individuos no saludables cuyos reembolsos son respaldados por las primas de los saludables.

⁹⁹ Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2013). *Health Economics*. Palgrave Macmillan.

¹⁰⁰ Dentro de la literatura de Teoría de Juegos, la selección adversa no es más que un problema de información oculta. De tal manera, un jugador con ventaja informativa puede utilizar la misma como variable estratégica. Por ejemplo, un vendedor de autos puede hacer creer que su auto es de alta calidad con tan solo cambiar la carrocería, modificar algunos aspectos estéticos y mejorar ciertos detalles técnicos superficiales. La selección adversa incrementa los costes de transacción, dificultando así la comercialización de los bienes en cuestión.

¹⁰¹ En la jerga de Teoría de Juegos el riesgo moral se representa como un problema de acciones ocultas. Por ejemplo, un sector regulado podría no invertir lo suficiente en personal técnico, I+D y logística comercial con miras a mejorar su eficiencia, pero puede invertir en capacidad instalada, lo cual sí puede ser observado por el regulador. Otro ejemplo, un poco más claro, viene del tema del seguro contra el desempleo. Cuando una persona accede a un seguro contra el desempleo podría no tener los incentivos suficientes como para optimizar su búsqueda de trabajo.

Bajo asimetría de información, en un mercado privado, las personas que gocen de muy buena salud no tienen los incentivos suficientes para conseguir un seguro de salud; dado que es difícil para las aseguradoras saber quién es quién en su curva de demanda y por ende fijar una tarifa diferenciada.¹⁰² En ese orden, si las aseguradoras de salud incrementan el monto de sus primas, solo conseguirán que el número de individuos sanos rechacen su suscripción. Por ende, con cada aumento sucesivo de la prima de seguros, el grupo restante de clientes se vuelve más pequeño y con un mayor número de enfermos. Este fenómeno cíclico se llama Espiral de Muerte por Selección Adversa.¹⁰³ Dentro de este escenario el mercado se contrae.¹⁰⁴ Esto implica que, el mercado se empequeñece tanto que solo un puñado de personas tendrán acceso al mismo por medio de primas de seguros excesivamente altas. Producto de esta situación, el Estado suele intervenir en los mercados de seguros regulando los precios a los que las aseguradoras pueden vender y al exigir ciertos tipos de riesgos compartidos.¹⁰⁵

La estrategia adoptada por el sistema de salud de la República Dominicana para combatir los problemas de selección adversa es la adopción de Sistema Familiar de Salud (SFS), patrocinado por el empleador. Bajo tal sistema, a los empleadores se les exige o se les anima a ofrecer un contrato de seguro a todos sus empleados.¹⁰⁶ Debido a que la empresa típica tiene una variedad de empleados (sanos y enfermos) las ARS, en el caso específico de la República Dominicana, pierden dinero con algunos empleados enfermos, pero recuperan dinero con los empleados sanos. En lugar de obligar legalmente a los ciudadanos sanos unirse con sus pares no sanos

¹⁰² Otro problema, según la literatura de Teoría de Juegos, es el de la compatibilidad de incentivos. Este indica cuando un individuo enfermo se hace pasar por uno sano.

¹⁰³ Concluye con un colapso del mercado Akerlofiano: como finalmente descubre la compañía de seguros, no puede hacer una ganancia con cualquier prima en este mercado.

¹⁰⁴ Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2013). *Health Economics*. Palgrave Macmillan.

¹⁰⁵ *Ibidem*.

¹⁰⁶ Otras alternativas para lidiar con el problema de selección adversa puede ser un seguro público universal y un seguro obligatorio.

(como en el caso del seguro universal¹⁰⁷), un sistema de seguro patrocinado por el empleador puede crear los incentivos de mercados de lugar. Por lo que, personas en buenas condiciones de salud se unirían voluntariamente al sistema con personas cuyas condiciones de salud quizás no sean las mejores.¹⁰⁸

A través de un fondo común de seguros en el lugar de trabajo, una persona sana de 55 años paga la atención médica de su compañero de trabajo de 55 años que podría parecer saludable, pero en realidad podría tener algún tipo de diabetes y/o hipertensión; o alguna combinación de ambas. Aunque tal vez, un individuo sano (voluntariamente) no quiera otorgar este subsidio a su colega, es muy poco probable que una persona sana prefiera moverse a la informalidad sólo para evitar el pago del seguro; y con este el subsidio.

El seguro patrocinado por el empleador es una solución con incentivos de mercados a un problema de interés público. Una de las ventajas de un SFS, patrocinado por el empleador, es que, por medio de la participación privada, el mercado puede generar mecanismos que permitan el ahorro de recursos. Por otra parte, la participación pública en el sistema de salud por medio de aseguradoras públicas, cambian las condiciones del mercado. Producto de esto, a menudo, las ARS privadas no tienen más remedio que adoptar políticas parecidas de compensación, reembolso, deducibles y cobertura en los servicios médicos.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Hace referencia a una cobertura total de la población.

¹⁰⁸ Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2013). *Health Economics*. Palgrave Macmillan.

¹⁰⁹ Algo similar ocurre en los EE.UU. En este país, tanto Medicare como Medicaid contienen una gran cantidad de afiliados. En el caso de Medicare, la cantidad total de afiliados ascendió a 64 millones en el 2022. Esto hace a Medicare la aseguradora más grande del mundo medida (por gastos en salud) y, con diferencia, el mayor pagador del sistema de salud de EE.UU. Esto significa que Medicare tiene un poder significativo en el mercado para los servicios de atención médica, y las aseguradoras privadas a menudo siguen su ejemplo en lo que respecta a la fijación de precios y decisiones de cobertura. Por otra parte, aunque es enormemente popular entre los inscritos, su futuro está en duda a medida que los costos de la atención médica continúan aumentando rápidamente. Para el caso de la República Dominicana, las aseguradoras ARS SENASA y ARS Salud Segura, disminuyen sustancialmente el costo marginal de la industria.

5.1. Servicios por prestaciones médicas y categorías

Dada las características de la información disponible, existen 13 categorías de gastos en Planes de Servicios de Salud (PDSS)¹¹⁰ realizadas dentro del SFS en la República Dominicana. Las mismas vienen definidas por un grupo descripción. Para todo el periodo, la categoría que generó un mayor desembolso fue la de «Apoyo Diagnóstico en Internamiento y Ambulatoria» con un monto de RD\$108 mil millones. Seguida esta por «cirugía» con un monto de RD\$100 mil millones y en tercer lugar está «Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad» con un monto de RD\$81 mil millones. (Ver cuadro 16).

En cuanto a la cantidad de servicios prestados a «apoyo diagnóstico en internamiento y ambulatoria» tiene (por lejos) el mayor número de servicios ofertados con un valor de 334 millones de servicios. En segundo lugar, la categoría de «emergencia» cuenta con 101 millones de servicios prestados para todo el periodo de estudio y en tercer lugar tenemos «medicamentos ambulatorios» con 95 millones de servicios ofertados. Al momento de dividir el total de los montos pagados entre el total de la cantidad de «servicios prestados» se obtiene el costo por servicio.

Dado que los montos y los servicios fueron agrupados por categoría, el «costo por servicio», de la tercera columna, es una especie de costo promedio para el periodo de estudio. El costo promedio por servicio más alto fue el de «trasplante renal con un valor de RD\$ 9,567.21. En segundo lugar, se encuentra «atenciones de alto costo y de máximo nivel de complejidad» con un valor promedio de RD\$7,231.12 y en tercer lugar están las «cirugía» con un valor promedio de RD\$4,889.05.

¹¹⁰ Existe una categoría adicional que es la de trasplante renal. Sin embargo, solo hay datos disponibles para el 2021 y el 2022. Por lo que, esta fue removida del análisis, con miras a mantener la uniformidad.

Por otro lado, a pesar de que el gasto en «apoyo diagnóstico en internamiento y ambulatoria» fue uno de los mayores servicios demandados, el coste promedio por servicio fue de tan solo RD\$ 323.53. En lo referente a la categoría de «emergencia» conjuntamente con «atención ambulatoria», estas presentaron un costo promedio por servicios de tan solo RD\$384.92 y RD\$401.67, respectivamente, siendo estas tres las categorías menos costosas de los servicios prestados.

Cuadro 16. Montos y servicios por prestaciones médicas en pesos dominicanos (RD\$), periodo 2010-2023

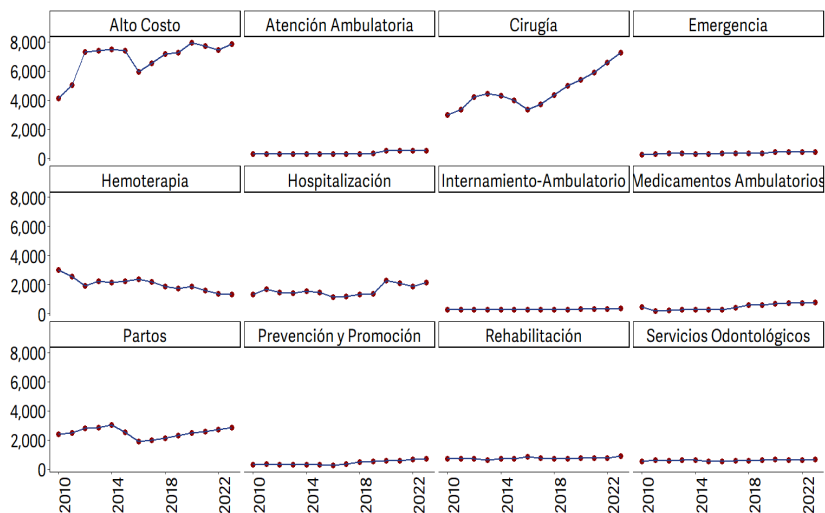
Grupo descripción	Montos pagados	Servicios prestados	Costo por servicio
Apoyo Diagnóstico (Dx) en internamiento y ambulatoria	108,309,139,824.06	334,775,772	323.53
Cirugía	100,054,054,644.05	20,464,941	4,889.05
Atenciones de alto costo y de máximo nivel de complejidad	81,497,357,722.15	11,270,368	7,231.12
Hospitalización	78,754,839,354.34	48,971,623	1,608.17
Medicamentos ambulatorios	47,974,519,185.64	95,001,591	504.99
Emergencia	39,073,190,246.36	101,509,375	384.92
Atención ambulatoria	35,271,624,849.02	87,811,665	401.67
Partos	25,171,187,964.61	10,237,411	2,458.75
Prevención y promoción	11,237,391,548.96	24,435,040	459.89
Servicios odontológicos	7,010,224,180.43	11,428,405	613.40
Rehabilitación	6,545,789,152.31	8,429,498	776.53
Trasplante renal	331,934,270.49	34,695	9,567.21
Hemoterapia	284,891,895.08	160,160	1,778.80

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

En el gráfico 18 se muestra la evolución del costo promedio por servicios para 12 de las 13 categorías.¹¹¹ En ese sentido, 9 de los 12 grupos de descripción mantienen un costo promedio relativamente fijo. No obstante, la categoría de «Atenciones de alto costo y de máximo nivel de complejidad» presenta variaciones considerables dentro del periodo de análisis.

Por otro lado, el costo promedio del grupo descripción «cirugía» ha venido en constante aumento. En cuanto a la categoría de «hemoterapia» el costo promedio por servicio ha estado disminuyendo; pasando de casi RD\$4,000.00 en el 2010 a menos de RD\$2,000.00 para el 2023. En el gráfico 18, muestra el detalle de la información previamente descrita.

Gráfico 18. Evolución del costo promedio por servicios según categoría, periodo 2010-2023



Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

¹¹¹ Se excluyó la categoría de trasplante renal ya que solo se cuentan con datos para el 2021 en adelante.

El gráfico anterior resume la evolución del costo promedio por servicios, de 12 categorías de gastos de salud del sistema de las ARS. Las tipificaciones son proporcionadas por la SISALRIL. Dichas categorías se presentan en dos formatos: 1) número de servicios y 2) monto desembolsado. En este sentido, la presentación de estos datos es mensual. Al dividir los montos entre el número de servicios se obtiene una medida relativa. De esta forma, se puede comparar dicha medida a lo largo del tiempo para cada uno de los grupos de descripción. No se pretende sugerir que uno sustituya al otro; simplemente se delinear las posibles variaciones a lo largo del tiempo.

5.2. Tarifas y estructura de costos del SFS

El mercado de SFS en la República Dominicana, como en la mayoría de los países con un sistema de salud tipo Bismarck,¹¹² sigue una especie de competencia controlada.¹¹³ A grandes rasgos, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y sus respectivos fondos de seguros ofrecen seguros de salud en un mercado nacional el cual se encuentra restringido por ciertas reglas administrativas.¹¹⁴ De manera simplificada, existen cuatro características principales dentro del SFS.

¹¹² Este modelo cuenta con una especie de «seguro universal», pero las aseguradoras privadas desempeñan un papel importante. El modelo de salud tipo Bismarck permite la prestación de atención médica privada, pero los servicios de atención médica están fuertemente regulados con controles de precios. El modelo Bismarck lleva el nombre de Otto Von Bismarck, quien estableció el primer programa nacional de seguro universal en Alemania en la década de 1880. Japón, Alemania, Francia y Suiza son ejemplos importantes de países Bismarck.

¹¹³ Cabe resaltar que, el modelo del sistema de salud en la República Dominicana guarda ciertas similitudes con el sistema de los EE.UU. Esto producto de que, los mercados de seguros de salud y hospitalarios están dominados por empresas privadas. No se proporciona ni es obligatorio un seguro universal, y una parte de la población no está asegurada. Otro sistema, es el modelo Beveridge, el cual consiste en un sistema de salud totalmente público. Por ende, dentro de la literatura de economía de la salud, existen tres tipos de sistemas, 1) El modelo Beveridge, 2) El modelo Bismarck y 3) El modelo americano. Sin embargo, los países no adoptan un modelo tal cual. La mayoría de las naciones mantienen una especie de híbrido. De esta forma, cada país tiene una manera distinta de abordar los macro problemas de salud; tales como igualdad, riqueza y salud. Por tanto, cada país tiene una política distinta para enfrentar los problemas de selección adversa y riesgo moral.

¹¹⁴ Producto de la evidencia empírica y el marco legal de la República Dominicana, el sistema nacional de salud del país, es un tipo de combinación entre el sistema Bismarck y el americano.

¹¹⁴ Ley núm. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (2001).

- Estándares mínimos: todo contrato de seguro debe cumplir con un mínimo de estándar de cuidado; a menudo, se crea una lista de procedimientos o tratamientos que todos los planes deben cubrir. También hay límites a copagos y deducibles.
- Inscripción abierta: las aseguradoras no pueden rechazar a ningún cliente elegible, incluso si la condición de salud no es la óptima.
- Tarifa fija con revisiones periódicas: las aseguradoras no pueden fijar primas utilizando la calificación de riesgo; en cambio, ello debe ser calificado por el ente regulador. Esto significa que a los clientes individuales no se les puede cobrar diferencialmente incluso si esto implica que los mismo representan una mayor carga al sistema.
- Participación obligatoria: los usuarios tienen la obligación de tener (y pagar) un seguro y su cobertura en todo momento. De cierta forma esto limita la selección adversa.¹¹⁵

Estos planes de seguro se financian principalmente mediante impuestos sobre la nómina (es decir, impuestos proporcionales sobre la renta), en lugar de primas para clientes individuales. Este tipo de financiamiento promueve la equidad en el suministro del servicio al garantizar que las personas de bajos ingresos accedan a un SFS. Dicho de otra manera, una vez dentro de la fuerza laboral formal, nadie es demasiado pobre como para no pagar un seguro médico.

La tarifa por pagar de cada usuario del SFS, viene fijada por el estado a través del organismo regulador correspondiente.¹¹⁶ Una variable «proxy» del precio viene dado por medio de la división del monto dispersado sobre el total de cápitas disponibles. Este mismo cálculo se hizo tanto para las cápitas públicas como para las privadas. De tal forma, el precio a fijar es una tarifa uniforme para un periodo de tiempo determinado.

¹¹⁵ Sin ello, las personas podrían pasar sin seguro la mayor parte del tiempo y luego inscribirse para obtener cobertura sólo cuando se enferman.

¹¹⁶ Ley núm. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (2001).

Dado lo anterior, desde enero del 2010 a octubre del 2011 la tarifa fijada dentro de ese periodo fue de RD\$721.00. En ese orden, para noviembre del 2011 la tarifa fijada para el SFS fue de RD\$ 789.00, presentando así un incremento del 9.43%. Las tarifas a fijar presentaron un cambio en agosto del 2013, donde la misma aumentó a RD\$834.00; con una variación porcentual positiva de 5.70%.

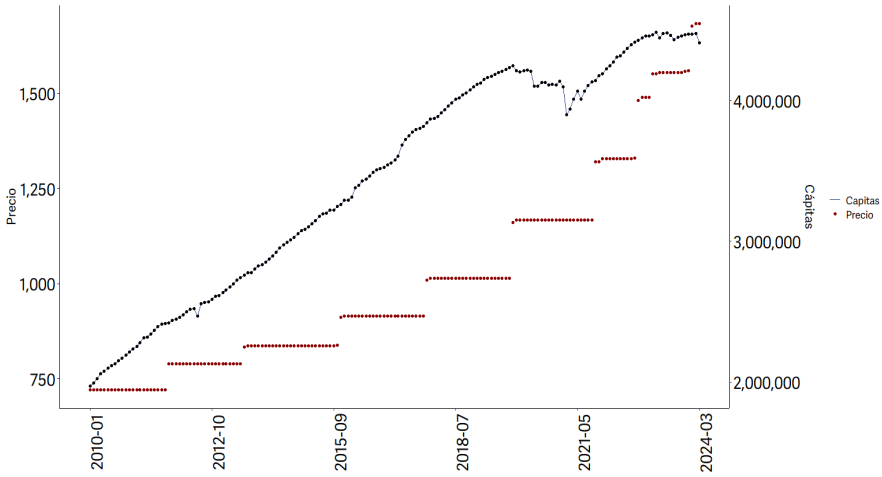
Para noviembre del 2015 el precio se fijó en RD\$ 911. Sin embargo, para diciembre de ese mismo año, el precio se modificó a RD\$915.00. Este cambio de tarifa representó un aumento del 9.71%. Algo similar sucedió en noviembre del 2017. Para esa fecha el precio cambió a RD\$1,009.00 presentando una variación para diciembre de ese mismo año; donde el precio se fijó en RD\$1,014.00. Por ende, para diciembre del 2017 el precio a fijar presentó un incremento del 10.81%.

En diciembre del 2019, la tarifa se fijó en RD\$1,168.00, teniendo una tasa de crecimiento positiva del 15.07%. Para diciembre del 2021, la tarifa a cobrar por el Seguro Familiar de Salud fue de RD\$ 1,328.00, presentando un incremento del 13.69%. Cabe destacar que, a pesar de la crisis sanitaria, para el periodo de los años que van del 2019 al 2021 no hubo un aumento en la tarifa.

Para noviembre del 2022 la tarifa pasó de RD\$1,328.00 a RD\$1,490.00; con una variación porcentual del 12.20%. En lo que respecta a abril del 2023, la tarifa se fijó en RD 1,555.00 con un aumento del 4.36%. Finalmente, el sistema de tarifas dentro del SFS estuvo sujeto a revisión en febrero del 2024, donde el precio a cobrar estaría en RD 1,683.00; generando un incremento del 8.23%. Para el periodo de estudio, 2010-2024, la tarifa ha presentado un incremento total del 133.42%; pasando de RD\$721.00 a RD\$ 1,683.00. Es importante resaltar que la tasa de inflación acumulada para el periodo 2010-2024 fue de 68.52%. El Gráfico 19, muestra el cambio en los precios en el primer eje y las cantidades de pólizas (tanto

públicas como privadas) en el eje secundario.¹¹⁷

Gráfico 19. Tarifas para el seguro de familiar de salud y cantidad de capitales públicas y privadas, periodo 2010-2024



Nota: la información del 2024 se encuentra disponible hasta marzo.

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Por otro lado, los costos son un componente clave de la rentabilidad. Por tanto, probablemente, no debería ser sorprendente que el conocimiento de la función de costos de una industria (o una empresa) sea a menudo de suma importancia para el análisis de condiciones de competencia y el análisis regulatorio. En estos contextos, los reguladores, a menudo optan por fijar los precios en función de alguna medida de coste. Al hacerlo, los reguladores enfrentan la compleja tarea de obtener políticas apropiadas y signi-

¹¹⁷ Para este análisis se excluyeron las cápitas de las ARS de autogestión. Esto producto de que las mismas están destinadas a la administración de los riesgos de salud de los trabajadores de una institución determinada, sectores profesionales, técnicos y/o miembros de entidades asociativas; afiliando de manera exclusiva a aquellos empleados de la institución o miembros del gremio para la cual fue habilitada, y sus dependientes.

ficativas.¹¹⁸ Adicionalmente, los reguladores se enfrentan a problemáticas en la estructura de los datos, y como tal a la carencia de medidas precisas para idear y estimar una función de costos relevantes.¹¹⁹

Para propósitos generales, el costo promedio de la industria es de vital importancia. Dado que, por medio de este se puede formar una idea de cómo funciona el sector en general. En ese sentido, el coste promedio de la empresa es simplemente una medida del gasto por unidad de producción y viene dada por el costo total dividido por la producción total.¹²⁰ De tal manera, si se suma el total del gasto en salud más los otros gastos administrativos entre el número de afiliados (cotizantes y no cotizantes) para el sistema completo y se agrupa por mes y año, se obtiene una aproximación del costo promedio por póliza¹²¹ para el sistema completo.¹²² Tal métrica se puede emplear para las privadas y públicas y para las privadas solamente. De esta manera se puede observar la estructura del gasto en salud por afilia-

¹¹⁸ Davis, P., & Garcés, E. (2009). *Quantitative techniques for competition and antitrust analysis*. Princeton University Press.

¹¹⁹ Church, J., & Roger, W. (1999). *Industrial Organization: A Strategic Approach*. McGraw-Hill.

¹²⁰ Pepall, L., Richards, D., & Norman, G. (2014). *Industrial Organization; Contemporary Theory and Empirical Application*. Wiley.

¹²¹ En términos formales, . También se puede descomponer el costo promedio en sus componentes fijo y variable. El costo fijo promedio es simplemente el costo fijo total por unidad de producción; o . Por otra parte, el costo variable promedio, es el costo variable total por unidad de producción o . Alternativamente, el costo variable promedio es simplemente el costo promedio menos el costo fijo promedio o . Cabe destacar que se suelen emplear otras medidas, como los costes hundidos y el coste marginal. Las estimaciones del coste marginal se presentan más adelante. En cuanto, a los costes hundidos, por el momento no se cuenta con una medida precisa del mismo.

¹²² Hay que tener en cuenta la distinción entre el coste promedio de la empresa y el coste promedio de la industria. Una empresa cuya política de precios esté por debajo del coste variable promedio la llevaría a la quiebra. Por otra parte, el coste promedio de la industria no contempla las diferencias dentro de las unidades productivas. Por ende, un precio fijado por el coste promedio de la industria puede traducirse en rentas económicas para las empresas eficientes y ganancias magras (o de subsistencia) para aquellas que se encuentran operando al margen.

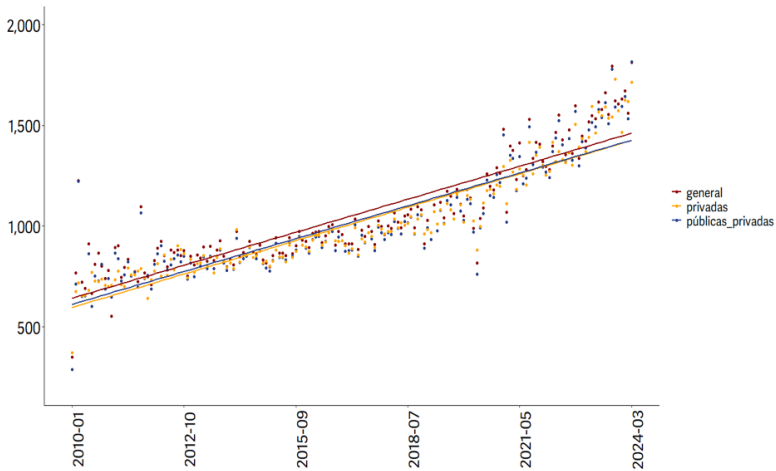
En resumen, el concepto de costo promedio es relevante para determinar si la empresa producirá beneficios positivos en el largo plazo, y el concepto de costo variable promedio es relevante para determinar si la empresa producirá una producción positiva en el corto plazo y el concepto de costo marginal es relevante para determinar cuánta producción la empresa generará si decide producir una cantidad positiva. Finalmente, el costo hundido es relevante para la decisión de ingresar al mercado en primer lugar.

do. Cabe destacar que, producto de las irregularidades encontradas en los datos, los dos primeros meses han sido removidos del análisis estadístico.

El costo promedio de la industria ha variado a lo largo del tiempo. Sin embargo, tales variaciones no han sido drásticas para los periodos en los cuales los precios se han mantenido fijos. Por ejemplo, para el 2010 la media del costo promedio del sistema en su totalidad fue de RD\$ 778.00. Durante el 2011 la media del costo promedio aumento a 800.00. En el 2012, este valor se situó en RD\$843.00. En lo que respecta a los años 2013, 2014 y 2015, los valores fueron similares a los del 2012. Para el 2016, la media del costo promedio aumentó considerablemente, tomando un valor de RD\$952.00. Durante el transcurso del 2017 el valor fue de RD\$962.00. En lo que respecta a los años 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022 media del coste promedio fue de RD\$1,029.00, RD\$1,083.00, RD\$1,161.00, RD\$1,336.00 y RD\$1,416.00, respectivamente. Por otro lado, en lo referente al año 2023 y 2024 el coste promedio se situó en RD\$ 1,591.00 y RD\$ 1,682.00.

Por otra parte, para marzo del 2024, excluyendo a las ARS de autogestión, el costo promedio pasa de RD\$1,682.00 a RD\$1,663.00. En ese mismo orden, si se excluyen del análisis, las ARS de autogestión y las ARS públicas, la media del costo promedio toma un valor de RD\$1,653. En el Gráfico 20, muestra el costo promedio para el sistema de salud durante el periodo 2010-2024 por las tres subdivisiones; Sistema General, Públicas y Privadas en conjunto y Privadas exclusivamente.

Gráfico 20. Costo promedio por afiliado dentro del seguro de familiar de salud, periodo 2010-2024



Nota: la información del 2024 se encuentra disponible hasta marzo.

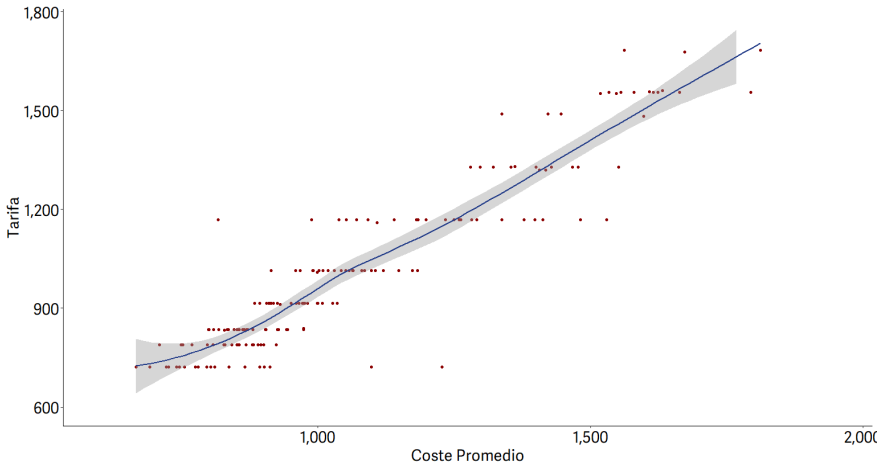
Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Aparentemente, existe una estrecha relación entre la tarifa a fijar por parte del regulador y el costo promedio de la industria. Dicha relación está plasmada en el gráfico 21. En el eje vertical está representado por el precio, mientras que, el eje horizontal está representado por el coste promedio. Para los renglones, en los que el costo promedio es bajo, la línea de predicción presenta mayor varianza; esto se puede apreciar por medio de la amplitud que existe en los intervalos de confianza.

Un fenómeno similar se da cuando el costo promedio supera el valor de los RD\$1,400.00. Para los valores que se encuentran entre RD\$800.00 y RD\$1,500.00 la línea encaja correctamente. Es importante resaltar que, para aquellos valores extremos, posiblemente la línea no predice de mane-

ra precisa dada la poca información disponible.¹²³ (Ver Gráfico 21).

Gráfico 21. Dispersión entre la tarifa fijada y el coste promedio, periodo 2010-2024



Nota: la información del 2024 se encuentra disponible hasta marzo.

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Una política de precio cuya base es el coste promedio se considera, en la literatura económica, como una política de segundo mejor.¹²⁴ No obstante, los entes reguladores recurren a ella en ausencia de presiones de mercados las cuales promuevan una tarifa de primer óptimo. Es decir, una tarifa en la cual el precio sea igual al coste marginal. Para obtener una medida apropiada del coste marginal se debe recurrir a estimaciones de las funciones de costos por medio de un modelo econométrico.¹²⁵

¹²³ Las tarifas fijadas por el regulador tienen una duración promedio de dos años. De tal manera, para principios del 2010, la tarifa fijada tenía poco tiempo en vigencia. Lo mismo pasa para principios del 2024. Por lo tanto, es muy probable que la alta dispersión que puede existir entre el precio y el costo promedio para principios del 2010 y principios del 2024 se deba a la falta de información disponible.

¹²⁴ Church, J., & Roger, W. (1999). *Industrial Organization: A Strategic Approach*. McGraw-Hill.

¹²⁵ Davis, P., & Garcés, E. (2009). *Quantitative techniques for competition and antitrust analysis*. Princeton University Press.

La estimación de funciones de costos suele ser preferible a otros enfoques ya que, en el mejor de los casos, incluye toda la información relevante sobre la producción en una sola función que es muy familiar a la de los modelos teóricos.¹²⁶ Como tal, por medio de esta, se puede combinar evidencia empírica con el marco teórico.

Uno de los principales problemas que probablemente surjan en la estimación de las funciones de costos de producción es la endogeneidad. Para la estimación por Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO), incluso si se supone que el modelo verdadero es lineal en parámetros y el término no observado (productividad) se supone separable aditivamente, la productividad no debe estar correlacionada con las variables independientes en la regresión.¹²⁷

En ese orden, el modelo se enfrenta a un problema de endogeneidad si, por ejemplo, las empresas de alta productividad (aquellas con alta productividad no observada dentro del error de regresión) también demandan la mayor cantidad de insumos. Por un lado, según los modelos teóricos, las empresas eficientes pueden requerir menos insumos para generar cualquier nivel de producción dado. Por otro lado, y probablemente más importante, es de esperar que las empresas eficientes sean mucho más grandes. Por ende, dichas empresas contienen una ventaja competitiva. Como resultado, las empresas eficientes tenderán a ser tanto de alta productividad como a demandar altos niveles de insumos.¹²⁸

Estas observaciones sugieren que la condición clave requerida para que MCO proporcione un estimador consistente no estará satisfecha.¹²⁹ Si no se

¹²⁶ *Ibidem.*

¹²⁷ Davis, P., & Garcés, E. (2009). *Quantitative techniques for competition and antitrust analysis*. Princeton University Press.

¹²⁸ *Ibidem.*

¹²⁹ Wooldridge, J. (2019). *Introductory Econometrics: A Modern Approach*. CENGAGE.

toma en cuenta este problema (de endogeneidad), la estimación del coeficiente de regresión podría estar sesgado hacia arriba. Este problema puede ser resuelto mediante la utilización de instrumentos y estimaciones por medio de Mínimos Cuadrados en Dos Etapas (MC2E). Los avances recientes en la literatura sobre estimación de funciones de producción han incluido métodos que indican utilizar la inversión como variable «proxy» de la productividad y utilizar la misma para controlar la endogeneidad mediante una variable explicativa.¹³⁰

Una segunda consideración es que se debe especificar cuidadosamente la forma funcional para tener en cuenta. De forma tal que, estas puedan reflejar las realidades tecnológicas del proceso de producción.¹³¹ En ese sentido, una función cuadrática puede reflejar rendimientos decrecientes en la producción y costes marginales y promedios crecientes. Obviamente, lo anterior dependerá de los signos de los parámetros. Si no se está seguro de la naturaleza de los efectos de escalas dentro de una industria, se debe adoptar una especificación que sea lo suficientemente flexible como para permitir una estimación adecuada.¹³²

En tercer lugar, particularmente cuando los datos para la estimación de la función de costos provienen de datos de series temporales, es necesario tener en cuenta aquellos cambios exógenos que van sucediendo en la indu-

¹³⁰ Davis, P., & Garcés, E. (2009). *Quantitative techniques for competition and antitrust analysis*. Princeton University Press.

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² No es raro imponer restricciones tales como exigir que la función de producción tenga los mismos rendimientos a escala para todo el rango de producción. En ese orden, tales supuestos (potencialmente restrictivos) sólo deben hacerse cuando se considere razonable en el rango de datos de análisis. Por otro lado, las especificaciones demasiado flexibles pueden producir costos estimados de producción que no se comportan de una manera que sea plausible, por ejemplo; mediante costos marginales negativos. Dado lo anterior, la razón es que los conjuntos de datos suelen ser limitados e incapaces de identificar parámetros en especificaciones demasiado flexibles. Claramente es necesario utilizar cualquier conocimiento real del proceso de producción que se tenga antes de pasar a estimación, pero idealmente no imponer más de lo apropiado sobre los datos.

stria y, por lo tanto, impulsando una parte de la variación de los precios.¹³³ Esto indica que los problemas de cointegración y correlación serial deben de tenerse en consideración al momento de ejecutar la estimación de lugar. Es decir, el costo (variable dependiente) y la cantidad (variable independiente) deben guardar una relación en el largo plazo. Adicionalmente, los errores no deben guardar relación en el tiempo.

Para el presente caso, el costo total de producción viene representado por el gasto total en salud por parte de las ARS. En ese sentido, la cantidad de producción viene representada a través de la cantidad total de afiliados (cotizantes y no cotizantes). Dada la estructura del SFS, con las modalidades de contributivo y subsidiado, se utilizan los subsidios que recibe el sistema como variable explicativa; y como regresor exógeno. Finalmente, se utilizan los costos fijos como variable «proxy» de los niveles de inversión realizados del sistema nacional de salud por parte de las aseguradoras.¹³⁴

En consonancia con lo anteriormente descrito, se estima una regresión por medio de MC2E, utilizando como instrumentos el índice mensual de actividad económica (IMAE), la comisión a la SISALRIL y el recaudo total del sistema. La función de costos asume rendimientos constantes a escala. Por tal razón no hay ningún término cuadrático.¹³⁵

¹³³ Cambios exógenos a lo largo del tiempo darán como resultado nuevas funciones de producción y costos de los insumos asociados con la producción correspondiente.

¹³⁴ Nerlove, M. (1961). Returns to scale in electricity supply (p. 0001). Institute for mathematical studies in the social sciences. Si bien, Nerlove (1961) utiliza el precio de los insumos de capital, trabajo y petróleo como control, el propósito de estas variables no es explicar en si cuanto cambia el costo de producción conforme cambia el capital, el trabajo y el precio del petróleo, sino servir de controles dentro de la regresión. Por lo cual, el propósito de dichas variables es aislar el efecto de la producción sobre el costo.

¹³⁵ De hecho, los resultados no eran plausibles en lo absoluto al estimar la forma funcional descrita con términos cuadráticos en la cantidad de afiliados.

Por otra parte, para corregir los problemas de correlación serial se emplean los errores estándares HAC.¹³⁶ Para evaluar si existe una relación en el largo plazo entre el gasto en salud y el número de afiliados, se empleó el contraste de cointegración de Engle y Granger,¹³⁷ para la función de costes del sistema en general, las públicas y las privadas en conjunto, y las privadas solamente.¹³⁸ Todas las pruebas arrojan resultados satisfactorios.¹³⁹

El cuadro 17 presenta las funciones de costos para el sistema de salud en su conjunto, incluyendo tanto el sector público como el privado, y, de manera específica, el sector privado. Los resultados muestran que, con excepción de los subsidios, las variables clave tienen los signos esperados. Específicamente, la variable afiliados tiene un efecto positivo en el gasto en salud, mientras que la inversión muestra un efecto negativo. Además, todas las variables son estadísticamente significativas al 1% de nivel de significancia.

Cada una de estas estimaciones refleja un valor promedio. En este sentido, un incremento de un afiliado genera un aumento en el gasto en salud de las ARS en general (sistema completo) de RD\$344.66. Para el grupo de ARS públicas y privadas combinadas, el gasto aumenta en RD\$381.50 por afiliado adicional. En el caso de las ARS privadas exclusivamente, el incremento en el gasto por afiliado es considerablemente mayor, alcan-

¹³⁶ Por sus siglas en inglés *Heteroskedasticity-Autocorrelation Consistent*. Estos errores corrigen por heterocedasticidad y autocorrelación, dos de los principales problemas en series de tiempo.

¹³⁷ La noción de cointegración hace que las regresiones que involucran variables integradas de orden 1 sean potencialmente significativas. Por ejemplo, si los costos totales y la cantidad producida son integradas de orden 1, la cointegración de ambas variables indica que el error de regresión es integrado de orden 0. Esto significa que tiene media constante, varianza constante y autocorrelaciones que dependen sólo de la distancia temporal de las dos variables de la serie. De esta forma, no hay correlación asintóticamente. Además de mostrar una tendencia en común, esto permite una estimación en nivel, sin tener que recurrir a las primeras diferencias.

¹³⁸ El cual da un estadístico de -8.03 para las privadas, de -8.17 para las públicas y las privadas en conjunto y de -5.47 para el sistema en general.

¹³⁹ El valor crítico para el nivel de significancia del 1.00% con tendencia y deriva es de -4.32. Como tal, cada estadístico es mucho mayor (en términos absolutos) que su valor crítico (en términos absolutos).

zando RD\$698.84. Por otro lado, en cuanto a la inversión, un aumento en esta variable reduce el gasto en salud en las tres regresiones estimadas. No obstante, a pesar de su significancia estadística, el impacto económico es marginal en comparación con el efecto de los afiliados.

Finalmente, el efecto de los subsidios resulta ser estadísticamente significativo, pero con un signo inesperado. Sin embargo, su impacto económico es relativamente bajo, con valores de RD\$19.72 para el sistema en general, RD\$18.30 para las ARS públicas y privadas combinadas, y RD\$8.90 para las ARS privadas. Por esta razón, la variable subsidios funciona más como un factor de control o una variable exógena dentro del modelo.

Cuadro 17. Estimaciones de las funciones de costos, periodo 2010-2024

Variable dependiente:			
Gasto en salud			
	Sistema completo	Públicas y privadas	Privadas
Afiliados	344.366*** (-101.612)	381.501*** (-94.032)	698.837*** -54.128
Inversión	-2.177*** (-0.667)	-1.983*** (-0.642)	-1.141*** -0.387
subsidios	19.721*** (-1.408)	18.300*** (-1.254)	8.902*** -0.545
Constante	-123,478,372.00 (-224801728)	-295,560,302.00 (-191701149)	-604,734,293.000*** -80,072,475.00
Observaciones	171	171	171
R²	0.96	0.961	0.972
Adjusted R²	0.959	0.96	0.971

Variable dependiente:**Gasto en salud**

	Sistema completo	Públicas y privadas	Privadas
Residual Std. Error (df = 152)	322,187,232.00	306,580,292.00	153,831,965.00
Note:	* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$		

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Dicho lo anterior, la relación entre el gasto en salud y el número de afiliados en las tres ecuaciones de regresión puede interpretarse como el costo marginal estimado de la industria en su conjunto (sistema general), el costo marginal de las ARS públicas y privadas combinadas, y el costo marginal de las ARS privadas de manera individual.

Por tanto, de acuerdo con la literatura, existe una relación importante entre los costos promedios y los costes marginales. Cuando el costo marginal es menor que el costo promedio, una expansión de la producción conducirá a una reducción en el costo promedio. Por el contrario, cuando el coste marginal es mayor que el costo promedio, una expansión de la producción conducirá a un aumento en el costo promedio. En el primer caso, se dan economías de escala dentro de la industria, mientras que en el segundo se encuentran diseconomías de escala.¹⁴⁰ Al dividir el coste promedio por el coste marginal obtenemos el coeficiente de economías de escala para una industria en particular. Si el coeficiente es mayor que 1 existen economías de escala, si es menor que 1 existen diseconomías de escala y si es igual a 1 no hay ni economías ni diseconomías de escala.¹⁴¹

¹⁴⁰ Pepall, L., Richards, D., & Norman, G. (2014). *Industrial Organization; Contemporary Theory and Empirical Application*. Wiley.

¹⁴¹ Davis, P., & Garcés, E. (2009). *Quantitative techniques for competition and antitrust analysis*. Princeton University Press.

Dado que la estimación del coste marginal es una estimación promedio, para evaluar si hay o no economías de escala es necesario tener la media del coste promedio. Para el periodo de estudio, la media del coste promedio fue de RD\$ 1,052.11 para la industria, de RD\$ 1,011. 21 para las públicas y privadas en conjunto, y de RD\$ 1,019.09 para las privadas por separado. Por tanto, el coeficiente de economías de escala fue de 3.05 para la industria, de 2.65 para las públicas y privadas, y 1.45 para las privadas por separado. De tal manera, existen economías de escalas globales para los tres renglones considerados.

Cuadro 18. Estimaciones de las funciones de costos, periodo 2010-2024

Funciones	Sistema en general	Públicas y privadas	Privadas
Media del coste promedio	RD\$ 1,052.10	RD\$ 1,011.21	RD\$ 1,019.09
Coste marginal	RD\$ 344.66	RD\$ 381.50	RD\$ 698.84
Economías de escala (S)	3.05	2.65	1.45

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Las estimaciones anteriores brindan otra panorámica. *Si bien el coste promedio es mucho mayor cuando se toma a la industria en su totalidad, la presencia de las ARS de autogestión y, principalmente, las ARS públicas reducen el costo marginal drásticamente una vez estas entran en juego.* Esto significa que, las ARS públicas SENASA y Salud Segura/Banreservas¹⁴² tiene un poder significativo dentro del mercado de servicios de atención médica en la República Dominicana. Por ende, las aseguradoras pri-

¹⁴² Salud Segura era el antiguo Seguro Social, y a partir del año 2019-2020 la ARS autogestionada del Banco de Reservas pasa a formar parte de la categoría ARS pública.

vadas a menudo siguen comportamiento en lo que respecta a políticas de reembolso y decisiones de cobertura.¹⁴³

5.3. Índice de Lerner y utilidades del SFS

La mayoría de los mercados de productos básicos, como bienes de consumo o materiales industriales, presentan descuentos de productos a granel, lo cual se traduce en precios unitarios más bajos para compras más grandes. Estos precios más bajos (a menudo) reflejan el hecho de que las grandes compras ayudan a sufragar los costos fijos. Sin embargo, dentro de la Economía de la Salud, los modelos sugieren todo lo contrario; fijar precios unitarios más altos.¹⁴⁴ Producto de las informaciones asimétricas, la tarifa a fijar por el ente regulador debe ser superior a la de los mercados perfectamente competitivos.¹⁴⁵

En el sistema de salud de la República Dominicana, el precio del SFS está estrechamente vinculado al costo promedio de la industria. Ante esta realidad, el Estado dominicano ha optado por implementar políticas de segundo óptimo como estrategia para mitigar los efectos de la selección adversa y el riesgo moral, problemas inherentes a este sector. Como resultado, establecer una tarifa de primer óptimo se vuelve prácticamente inviable, ya que representaría un desafío actuarial de gran magnitud.

Para poder formar una idea de las implicaciones de una política de precios de segundo óptimo, el cuadro 18, muestra el diferencial entre el precio y el

¹⁴³ Empíricamente, los sistemas nacionales de seguro de salud tienden a ser bastante generosos, con menos cargos para los pacientes y una atención más integral. En el lenguaje de economía de la salud, el seguro médico público tiende a ser más completo que el seguro privado. Este es ciertamente el caso en Estados Unidos, donde el programa de seguro Medicare para personas mayores cubre una amplia gama de servicios y cobra a los pacientes cantidades mínimas por su atención. Sapelli y Vial (2003) encuentran que el sistema de seguros públicos chileno es similar, y que el riesgo moral entre los chilenos trabajadores es mayor con seguros públicos que con seguros privados.

¹⁴⁴ Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2013). *Health Economics*. Palgrave Macmillan.

¹⁴⁵ *Ibidem*.

coste marginal para los tres renglones de lugar:

1. Sistema completo;
2. Públicas y privadas en conjunto, y
3. Privadas solamente.

Es importante resaltar que, el precio promedio durante el periodo de estudio fue de RD\$1,010.00. Por otro lado, dentro de las políticas de competencia y economía de la regulación, el índice de Lerner es la medida estándar para medir el poder de mercado. Bajo condiciones de competencia perfecta, el precio es igual al costo marginal y por lo tanto el índice de Lerner es cero. A medida que el índice de Lerner aumenta esto sugiere un aumento en la conducta monopólica. Cuando el índice de Lerner es 1 significa el ejercicio completo del poder de mercado. Es de esperar que el índice de Lerner tome valores entre 0 y 1.

Al momento de medir el poder de mercado, las ARS privadas solamente, tienen un índice de Lerner de 0.33. Por tanto, el margen esperado de ganancias por afiliado dentro del SFS es de 33.00%. *El índice aumenta para las públicas y privadas, pero esto no necesariamente se traduce en pérdidas para los consumidores. Las ARS públicas conllevan a que el mercado se ajuste hacia la baja, es decir, insertan presiones competitivas en favor de los afiliados.*

Cuadro 19. Estimaciones del poder de monopolio, periodo 2010-2024

Funciones	Sistema en general	Públicas y privadas	Privadas
Precio - coste marginal	RD\$ 655.34	RD\$ 628.50	RD\$311.16
Índice de Lerner	0.66	0.62	0.33

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

A pesar de las tarifas de segundo óptimo para las ARS, este tipo de políticas no se traduce, necesariamente, en rentas económicas. En ese sentido, el promedio mensual de las utilidades durante el año 2010, para el sistema en general, para las ARS públicas y privadas en conjunto, y para las ARS privadas fue del 6.00%, del 5.82% y del 11.40% respectivamente. En lo que corresponde al año 2011, el promedio mensual de las utilidades presentó una disminución sustancial, ya que para el sistema en general el promedio mensual de las utilidades fue de 2.17%. Dicho valor fue aún menor para las ARS públicas y privadas en conjunto, obteniendo un valor promedio de 1.73%. En cuanto a las privadas, el promedio mensual de las utilidades fue del 6.38%.

Para el año 2012, el retorno aumentó en comparación con los niveles del 2011. En ese aspecto, el promedio mensual de las utilidades para el sistema en general fue del 7.00%, para las ARS públicas y privadas en conjunto, el promedio mensual de las ganancias fue de 6.42%, mientras que para las ARS privadas únicamente, el promedio de los beneficios sobre el ingreso fue del 8.64%. En lo que respecta al año 2013, los rendimientos aumentaron considerablemente, ya que, el promedio mensual de los beneficios sobre el ingreso fue de 18.10%, del 23.20% y del 27.90% para el sistema en general, las públicas y privadas en conjunto, y las privadas solamente.

Durante el año 2014, las utilidades presentaron una baja en su valor promedio. De tal manera, para el sistema en general, las públicas y privadas en conjunto, y las privadas solamente la media de las ganancias sobre el ingreso fue de 11.60%, 10.00% y 10.60%. En lo referente al 2015, el valor medio de las utilidades fue de 8.62%, 10.10% y 12.50% para el sistema en general, las públicas y privadas en conjunto, y las privadas solamente. En el año 2016, el valor medio de las ganancias sobre el ingreso fue similar al del año anterior, con porcentajes de beneficios sobre el ingreso de 7.10%, 11.00% y 14.40% para la industria, las públicas y privadas en conjunto, y las privadas solamente.

En lo que corresponde al año 2017, el sistema en general, las públicas y privadas en conjunto y las privadas por separado, obtuvieron valores promedios del 4.08%, 11.10% y del 14.40% respectivamente. Sin embargo, durante el 2018 el valor promedio de las utilidades fue de 25.00% para el sistema en general. Es importante destacar que, para ese mismo año, las privadas solo obtuvieron un valor promedio de 13.10% y las ARS privadas y públicas en conjunto obtuvieron un valor promedio de 12.40%.

En el año 2019, el sistema en general presentó pérdidas, con un valor promedio en el beneficio sobre el ingreso de -0.14%. No obstante, las ARS públicas y privadas en conjunto y las privadas obtuvieron beneficios de 6.85% 11.60% respectivamente. En lo referente al año 2020, durante la crisis sanitaria producida por la pandemia del COVID-19, las utilidades mantuvieron valores similares a los de los años anteriores. De tal manera, el valor promedio de las ganancias fue de 9.69% para el sistema en general, 13.40% para las públicas y privadas en conjunto, y de 15.40% para las privadas solamente.

Ya para el 2021 y el 2022, las utilidades fueron del 1.99 % y 9.34% para el sistema en general. En cuanto a las públicas y privadas en conjunto, los valores fueron de 7.11% y 11.40% para el 2021 y el 2022. Finalmente, para las privadas solamente, la media mensual de las utilidades para el 2021 y el 2022 fueron de 10.90% y 16.70%. En lo que concierne al 2023, las utilidades fueron de 13.10%, de 15.50% y de 18.90% para el sistema completo, las públicas y privadas en conjunto y las privadas solamente. Finalmente, en lo que respecta al 2024, las utilidades del sistema en general, las públicas y privadas en conjunto y las privadas solamente fueron de 8.47%, 7.76% y de 13.30%.

Lo datos presentados anteriormente plantean que, si bien la política de precios dentro del sector es de segundo óptimo, la misma no garantiza retornos excesivos, ya que el año de mayor retorno anual para las privadas fue

el 2013 con una tasa de rendimiento superior al 20.00%. Adicionalmente, al desagregar la información por mes y año, se observa que las utilidades son relativamente volátiles.

Gráfico 22. Beneficios sobre el ingreso de salud por mes y año, periodo 2010-2024



Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a través del portal web.

Según se observa en el gráfico anterior, para abril del 2013 las utilidades (como porcentaje del ingreso en salud) fueron del -47.20% para el sistema en general, del -62.50% para las públicas y privadas en conjunto y del -72.50% para las privadas. Es decir, en lo que corresponde a ese punto del tiempo, el sistema incurrió en pérdidas sustanciales. En cambio, en noviembre de ese mismo año, se puede ver el mismo fenómeno. En esa fecha los beneficios sobre el ingreso fueron positivos y de tres dígitos, con valores de 109.00% para el sistema en general, 147.00 % para las públicas y las privadas en conjunto, y de 177.00% para las privadas solamente. Dí-gase que, un mismo año presencié dos cambios abruptos.

5.4. Siniestralidad, riesgo de selección y riesgo moral del SFS

La siniestralidad es uno de los conceptos de mayor relevancia dentro de la industria de los seguros, tanto para las entidades aseguradoras, como para los clientes como tomadores de los seguros. Se conoce como siniestralidad al conjunto de siniestros que se producen dentro de un determinado periodo de tiempo, y que afectan a una póliza o a un grupo de pólizas de seguros. La medida de la siniestralidad se puede aportar tanto en cantidades netas, es decir, el número de siniestros en ese plazo de tiempo, como en las cantidades monetarias desembolsadas por la entidad aseguradora para una determinada póliza o un conjunto de pólizas. La siniestralidad es una medida clave que utilizan las aseguradoras para evaluar su rentabilidad y eficiencia operativa (gasto en salud sobre el ingreso en salud).¹⁴⁶

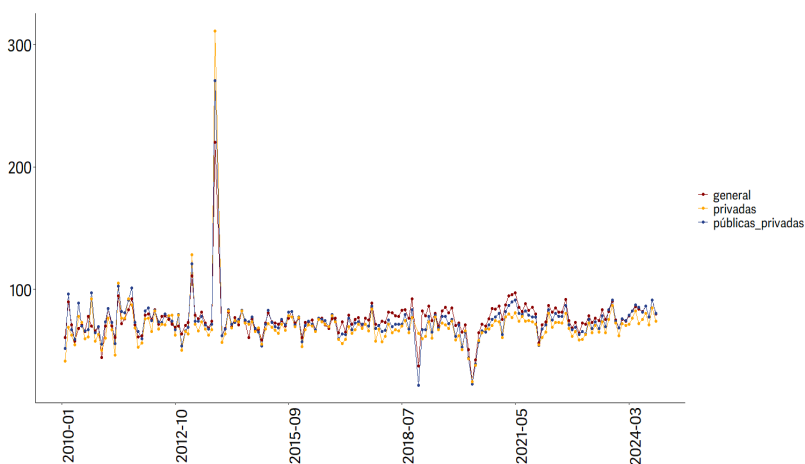
Una siniestralidad alta puede indicar que la aseguradora está pagando mucho en reclamaciones en comparación con lo que está cobrando en primas, lo cual puede afectar su rentabilidad. Por otro lado, una siniestralidad baja podría sugerir que la aseguradora está reteniendo una mayor parte de las primas, lo cual puede ser positivo para su rentabilidad, pero podría también indicar que está denegando muchas reclamaciones o que los asegurados no están recibiendo el valor esperado de sus pólizas.

Las entidades aseguradoras estudian la siniestralidad de las pólizas con detenimiento, ya que les permite conocer la probabilidad con la que ocurre determinado riesgo, y así, calcular la probabilidad con la que habrá de desembolsar determinada indemnización. Una vez estudiada esta probabilidad, así como evaluadas las cantidades que supone cada desembolso, la entidad aseguradora podrá aumentar el coste de la prima de ese determinado riesgo, e incluso adecuarlo a cada cliente.

¹⁴⁶ Se hicieron estimaciones de la siniestralidad con relación a los grupos etarios y el sexo, para los grupos de cotizantes y no cotizantes, pero los resultados no eran significativos, porque la información estaba muy agregada. De haber contado con información más desagregada, los resultados habrían podido ser incluidos en este estudio.

Esto es habitual que ocurra a la hora de contratar seguros de salud, de acuerdo con la edad del tomador del seguro y a los diferentes historiales médicos. Parece obvio que una persona con un historial de fumador y con una edad avanzada podrá tener probabilidad de requerir una asistencia médica determinada distinta que otra persona no fumadora y de edad media, por lo que la prima que deberá pagar el primero será más alta.

Gráfico 23. Siniestralidad por mes y año por categoría de ARS, periodo 2010-2024



Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercados (DEEM) basado en datos disponibles en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a través del portal web.

El gráfico 23 muestra la evolución de la siniestralidad¹⁴⁷ por mes y año en el período 2010-2024, diferenciando entre el total general, las aseguradoras privadas y las públicas-privadas. Se observa un comportamiento relativamente estable a lo largo del tiempo, con fluctuaciones regulares. Sin embargo, hay un pico extremo alrededor del año 2012, lo que sugiere un evento atípico que disparó la siniestralidad en ese momento. También

¹⁴⁷ La variable de siniestralidad se encuentra en los estados de ingresos de las ARS.

se notan caídas abruptas en ciertos periodos, como a mediados de 2018 y durante 2020-2021, lo que podría estar asociado a factores externos como crisis económicas o sanitarias.

A pesar de la variabilidad mensual, las tres categorías (general, privadas y públicas-privadas) muestran patrones muy similares, indicando que los cambios en siniestralidad afectan de manera similar a todos los tipos de ARS. Sin embargo, las aseguradoras privadas parecen experimentar picos más pronunciados en ciertos momentos. En los años más recientes, se aprecia una tendencia de leve crecimiento en la siniestralidad, lo que podría estar vinculado al incremento en el uso de servicios de salud o cambios en la regulación del sistema.

6. Barreras de entrada

El Reglamento de Aplicación de Ley núm. 42-08, General de Defensa de la Competencia núm. 252-20, artículo 2, numeral 3, describe que «las barreras de mercado son factores de tipo regulatorio, natural, estructural o creados por los propios agentes económicos participantes en el mercado, que retrasan, dificultan o impiden la expansión o entrada de competidores o limitan su capacidad para competir en los mercados, con lo que se restringe u obstaculiza la competencia». Esta definición se condice con la expresada por (OECD 2011),¹⁴⁸ quienes la definen como «los elementos que obstaculizan la entrada de nuevas empresas al mercado relevante».

6.1. Barreras legales

Las barreras legales se originan en las normativas, leyes, entre otras, y corresponden a aquellas con las cuales, por algún cuerpo legal, se impide, limita o se encarece, la entrada de nuevas empresas en una industria (Tar-

¹⁴⁸ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2011). *Herramientas para la Evaluación de la Competencia* Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

ziján y Paredes 2006).¹⁴⁹ Este tipo de barreras de entrada interfieren en los mercados, y en sentido amplio, son aquellas regulaciones establecidas por gobiernos y asociaciones profesionales.¹⁵⁰ En definitiva, las barreras legales comprenden aquellas regulaciones establecidas para el sector del cual forma parte el mercado relevante, las cuales se originan a partir de la exigencia de cumplimiento de una ley, normativa, acto administrativo u cualquier otra forma de intervención pública en el mercado.¹⁵¹ En ese contexto, desde el punto de vista de la competencia, la Ley núm. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, establece una serie de condiciones que pudieran obstaculizar la entrada de un agente económico al mercado de la ARS.

6.1.1. Funciones de las ARS según la Ley núm. 87 - 01

De acuerdo con el artículo 148 de la Ley núm. 87-01, las ARS tienen las siguientes funciones:

- A. Asumir el riesgo de garantizar a los beneficiarios una protección de calidad, oportuna y satisfactoria;
- B. Racionalizar el costo de los servicios logrando niveles adecuados de productividad y eficiencia;
- C. Coordinar la red de Proveedores de Servicios de Salud (PSS) para maximizar su capacidad resolutive;
- D. Contratar y pagar en forma regular a las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS);
- E. Rendir informes periódicos a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

¹⁴⁹ TARZIÁN (Jorge) y PAREDES (Ricardo). Organización Industrial para la Estrategia Empresarial. México D.F.: Prentice Hall, 2006.

¹⁵⁰ OECD. Herramientas para evaluación de la competencia. 2011, p.25.

¹⁵¹ Pro-Competencia (2024). Guía metodológica para la determinación del mercado relevante y la posición dominante. Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (Pro-Competencia) 2024, p. 51.

Esto implica que las ARS deben operar de forma eficiente, así como tener la capacidad de poder coordinar todo el servicio de salud con los PSS y tener la suficiente liquidez para realizar los pagos de forma periódica. En este mismo orden, el proceso debe ser ágil pues deben rendir informes a la SISALRIL.

6.1.2. Requisitos mínimos para acreditarse como ARS

La Ley núm. 87-01 en su artículo 150 señala lo siguiente: «Sin perjuicio de las condiciones que establezcan las normas complementarias, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y el Seguro Nacional de Salud (SNS) deberán llenar, por lo menos, los siguientes requisitos»:

- A. Tener personería jurídica de acuerdo con las leyes del país;
- B. Contar con una organización administrativa y financiera capaz de administrar los riesgos de salud en condiciones de eficiencia, competitividad y solvencia económica;
- C. Organizar una red integral de servicio a nivel local con unidades subrogadas que cubran adecuadamente todas las prestaciones del Plan Básico de Salud;
- D. Contar con un seguro de garantía contra contingencias extraordinarias de salud y contra reclamos de los afiliados, proporcional al número de beneficiarios, cuyo monto mínimo será establecido por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales;
- E. Instalar un sistema de información gerencial y registro de servicios, compatible con el sistema único de información, con capacidad para formular reportes y estadísticas regulares;
- F. Acreditar capacidad técnica para supervisar las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) afiliadas, en lo relativo a la calidad, oportunidad y satisfacción de los servicios contratados, en el marco de la presente ley y sus normas complementarias;
- G. Acreditar periódicamente el nivel mínimo de solvencia técnico-financiero que establezca la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales;
- H. Contar con un capital operativo mínimo pagado en dinero efectivo, proporcional a la población beneficiaria, el cual será fijado, revisado e in-

dexado por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales;

- I. Cumplir con cualquier otro requisito que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y/o la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

6.1.3. Tiempo para iniciar operaciones

La Ley núm. 87-01 en su artículo 151, el tiempo máximo para aprobar la entrada de una ARS es de cuatro (4) meses, tras la recepción de la solicitud formal de aprobación por la SISALRIL. En caso de que se cumpla el período de cuatro (4) meses y no se haya notificado oficialmente ninguna decisión, la misma se considerará aprobada de pleno derecho. Por lo que las ARS que entran a este mercado, tienen un rezago para iniciar sus operaciones que tarda como máximo cuatro (4) meses.

Esto también se pone de manifiesto en el Reglamento para la Organización y Regulación de la Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), en el artículo 3 numeral 4 y 4.1, donde establece lo siguiente:

Autorización para el funcionamiento. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales deberá resolver la solicitud dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su presentación. Si la presentación de la solicitud o los documentos que la acompañan requieren ser aclarados o complementados, la SISALRIL informará al solicitante dentro del mes siguiente a la presentación de la solicitud para que aclare o complemente la información respectiva. Si el solicitante no alega la información dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al requerimiento de la SISALRIL se entiende que desiste de la solicitud. Si transcurridos los cuatro (4) meses la SISALRIL no se ha pronunciado se entenderá que la ARS fue aprobado.

La SISALRIL concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación con la operación.

Cabe destacar que por la propia definición de barreras plasmada en el Reglamento de Aplicación de la Ley núm. 42-08, «es un impedimento de entrada que limita/retrasa/dificulta la libre competencia en el mercado relevante definido» en el presente estudio, por tanto, que las nuevas ARS deban esperar un periodo de tiempo determinado para entrar a operar en el mercado, se configura en una barrera de entrada al mercado.

Sin embargo, y en contraposición con lo anterior, se encuentra lo siguiente en el artículo 149 de la Ley núm. 87-01:

Párrafo. - (Transitorio). Se dispone el reconocimiento y la articulación de las igualas médicas, seguros de salud y seguros autoadministrados, con y sin fines de lucro, registrados a la fecha de la promulgación de la presente ley en la Secretaría de Estado de Industria y Comercio. Las mismas podrán operar como Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) sin necesidad de llenar todos los requisitos establecidos, **durante los dos primeros años de vigencia de la presente ley**, período en el cual deberán completarlos y solicitar la autorización correspondiente a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

6.1.4. Niveles de atención requeridos por las ARS y contratación de promotores

Además, la Ley núm. 87-01 en su artículo 152 establece¹⁵² las condiciones mínimas con las que deben contar los PSS, pues los mismos, en conjunto, deben cubrir y articular los niveles de atención, cumpliendo con las condiciones mínimas establecidas a continuación:

- Un nivel de atención primaria como puerta de entrada a la red de servicios, con atención profesional básica a la población a su cargo, dotado de adecuada capacidad resolutive y centrado en la prevención, en el fomento de la salud, en acciones de vigilancia y en el seguimiento de pacientes especiales, que cubra las emergencias y la atención domiciliaria;
- Un nivel de atención ambulatoria especializada con capacidad profesional y tecnológica para atender a los pacientes referidos desde el primer nivel de atención;
- Un nivel de hospitalización general y complejo dotado de los recursos humanos y tecnológicos para atender la demanda de pacientes que requieren internamiento y cirugía, referidos por los niveles ambulatorios o por emergencias;
- Un sistema de referencia desde el nivel de atención primaria hacia la atención ambulatoria especializada, y/o la hospitalización general y compleja, y viceversa.

¹⁵² Cabe resaltar que respecto a los servicios preventivos se establece lo siguiente en el artículo 152 de la Ley núm. 87-01.

Párrafo. - Los servicios preventivos de carácter general permanecerán a cargo de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y serán financiados con recursos especializados del presupuesto nacional, en tanto que las acciones de promoción y prevención individual serán cubiertas por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) prestará toda su colaboración a la SESPAS en la planificación y ejecución de las campañas sanitarias, así como en las que se deriven de situaciones de emergencia o catástrofe nacional, aportando el personal profesional, técnico y administrativo necesario.

Por otro lado, el artículo 155 trata de la contratación de promotores de seguros de salud para ofertar sus servicios e inscribir a sus afiliados, siempre que éstas sean responsables de sus actuaciones por parte de las ARS. «Los promotores de seguros de salud cumplirán determinados requisitos profesionales y técnicos, serán entrenados por las ARS y deberán recibir una acreditación de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISAL-RIL), la cual podrá suspenderla o cancelarla de acuerdo con la gravedad de la infracción. Las normas complementarias establecerán la regulación correspondiente».

6.1.5. Cantidad mínima de afiliados

Se establece una cantidad mínima de afiliados¹⁵³ para que las ARS puedan operar en el mercado, dicho número ronda los 50,000 afiliados. Esto se establece en el artículo 11 del Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) mediante Resolución núm. 47-04 del 03 de octubre del 2002, donde además establecen la composición de los afiliados:

ARTICULO 11. OBLIGACIONES ESPECIALES. Son obligaciones especiales de las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud:

1. Acreditar al corte del mes de junio y al corte del mes de diciembre de cada año que su composición de beneficiarios se sujetó a los siguientes porcentajes promedio estimado:
 - a. No menos de un cinco por ciento (5%) deben ser personas mayores de sesenta (60) años;
 - b. No menos de un veinte por ciento (20%) deben ser mujeres entre los quince (15) y los cuarenta y cuatro (44) años. PARRAFO. Los

¹⁵³ Resolución núm. DE-030-2019 de la Dirección Ejecutiva (DE), de Pro-Competencia.

porcentajes aquí previstos podrán ser reducidos excepcionalmente por el CNSS, previo examen de la composición demográfica de las regiones de influencia donde la Administradora de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud preste sus servicios.

2. Acreditar después del segundo año de operación, contado a partir de la fecha en que se le otorgue el certificado de funcionamiento, un mínimo de cincuenta mil (50.000) afiliados. Para el primer año se deberá acreditar un mínimo de veinte mil (20.000) afiliados.
3. Mantener actualizada toda la información de los afiliados, de tal forma que se logre una oportuna prestación del servicio.

Cabe destacar que el Reglamento de Aspectos Generales de Afiliación al Seguro Familiar de Salud (SFS) del *régimen* contributivo, asigna las personas de nuevo ingreso al SDSS a aquella ARS donde se encuentran la mayoría de los colaboradores, lo que contribuye a que ARS con carteras mayores de afiliados no tengan competencia con aquellas de menor cartera, ya que es el mismo sistema que se encarga de realizar la asignación del nuevo afiliado, con periodicidad mensual. En este sentido, el CNSS debería de prestar atención a esa situación, pues crea ventajas de unas ARS sobre otras, en el mercado.

6.1.6. Requisitos o estándares que deben cumplir las ARS

De acuerdo con la **Circular SISALRIL-DARCP-DARS-DJ núm. 2023003418**,¹⁵⁴ se establecen una serie de requisitos que las ARS/IDOPPRIL deben cumplir en la contratación con los Prestadores de Servicios de Salud (PSS). Estos requisitos, aunque son esenciales para participar en el mercado objeto del presente estudio, si no se aplican de manera equitativa a todos los actores, podrían constituir barreras legales que perjudiquen la competencia efectiva, ya sea limitando la entrada de nuevos participantes al mercado o dificultando el crecimiento de las empresas existentes. Ver anexo 1.

¹⁵⁴ Circular de fecha 9 de junio de 2023 emitida por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

6.2. Barreras estructurales

Las barreras estructurales son aquellas barreras de entrada que proceden de las características fundamentales de la actividad económica analizada, como lo son las características asociadas a la oferta y la demanda del producto o servicio ofertado. En este sentido, las barreras estructurales están relacionadas con la oferta (acceso a la tecnología, economías de escala, costos hundidos), con la demanda (costos de cambio, tamaño del mercado, lealtad a la marca), así como con elementos que afectan a ambas, como son la diferenciación del producto y los efectos de red (*networking effect*).¹⁵⁵

6.2.1. Costos, liquidez e inversión

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), establece en las publicaciones de los estados financieros¹⁵⁶ los capitales mínimos con los que deben contar las ARS para poder operar en este mercado.

En ese mismo orden, la Ley núm. 87-01 en el art. 150, considera que las ARS deben, entre otros aspectos, acreditar la capacidad técnica para supervisar a las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) afiliadas, condición que requiere una continua actualización tecnológica, dado el crecimiento del sector.

Según informaciones ofrecidas por ARS-Palic¹⁵⁷ solo el proyecto de autorización *Web* le tomó más de seis años, una implicación de recursos considerable y el desarrollo tecnológico necesario de los prestadores de servicio, al momento de la capacitación, a una compañía ya establecida en el mercado. Lo que indica que ciertos procesos de desarrollo y administración de base de datos hacen al sector intensivo en tecnología y en capital.

¹⁵⁵ Pro-Competencia (2024). Guía Metodológica para la Determinación del Mercado Relevante y la Posición Dominante. Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (Pro-Competencia) 2024, p. 51.

¹⁵⁶ Estados Financieros disponibles en: <http://www.sisalril.gov.do/EstadisticasdelSfs2.aspx> [consulta 9 octubre 2023].

¹⁵⁷ Resolución núm. DE-030-2019 de la Dirección Ejecutiva (DE), de Pro-Competencia.

Este nivel tecnológico, juntamente con la forma de gestión, implican una importante especialización del negocio, «el negocio es muy complejo e intenso en operatividad», por lo que, posibles ventas difícilmente atraerían individuos de otros sectores, sino empresas internacionales del mismo sector, o las demás ARS.¹⁵⁸

6.2.2. Límites de expansión

La estructura del mercado de seguros de salud se ve limitada por el número total de afiliados, cuyo crecimiento depende del empleo de los individuos o de algún miembro de su familia, según lo estipulado en la Ley núm. 87-01. Esta ley prohíbe la afiliación a más de una Administradora de Riesgos de Salud (ARS) incluso para aquellos que trabajan para varios empleadores o realizan distintas actividades productivas. Por otro lado, para garantizar la eficiencia y prevenir el fraude, es esencial que las ARS implementen auditorías en todas las etapas del proceso: previa, concurrente y documental (posterior). Este proceso de auditoría demanda personal técnico altamente especializado, reforzando así la integridad y eficacia del sistema de salud (Pro-Competencia, 2018).

6.2.3. Red de prestadores

Para mejorar la calidad de los servicios de salud, es crucial contar con una red de prestadores completa, que incluya todas las especialidades médicas requeridas por el Plan de Salud. Esto garantiza la disponibilidad de un espectro completo de servicios de salud para los afiliados, independientemente de su número. La formación de una red así requiere una planificación detallada y negociaciones exhaustivas con los proveedores de servicios de salud. Esto asegura que los afiliados tengan acceso a atención médica integral y especializada, lo cual es fundamental para la eficacia del sistema de salud. Esta estrategia también implica una inversión significativa de tiempo y recursos para asegurar la participación de un amplio espectro de especialidades y servicios de alta calidad.

¹⁵⁸ *Ibidem.*

Por tanto, el mercado dominicano presenta importantes barreras estructurales derivadas de la inversión requerida para iniciar operación en el mismo; la estructura de comercialización que no permite una planificación de la distribución de los productos de las empresas; un sistema de ventas basadas en ventas al crédito; entre otras barreras que se describen en esta sección. No obstante, es importante resaltar que en los últimos 10 años se han incorporado en el mercado tres empresas y se han registrado expansiones de capacidad, lo que ha generado un exceso de capacidad instalada en el mercado.

7. Asociatividad del sector

7.1. Asociaciones y gremios

En el mercado de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) participan dos (2) asociaciones que representan a los agentes económicos de este sector, las cuales son: la Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud, Inc. (ADARS) y la Asociación Dominicana de Iguales Medicas (ADIMARS), ambos gremios están amparados bajo la Ley núm. 122-05 del año 2005, sobre Instituciones Sin Fines de Lucro (INSFL).

7.1.1. Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud, Inc. (ADARS)

La Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud, Inc. (ADARS), fue incorporada mediante el Decreto del Poder Ejecutivo núm. 1192-01 del 14 de diciembre de 2001; entró en funcionamiento de inmediato y desarrolló su rol más relevante a partir del año 2007 cuando comenzó el Régimen Contributivo de Seguro Familiar de Salud.

Esta organización tiene como objetivo, promover entre sus asociadas la eficiencia del Seguro Familiar de Salud (SFS), que ofrezcan servicios de salud oportunos, pertinentes, eficientes, con calidad, calidez y garantizando su sostenibilidad. Y como misión tiene definido fomentar la participación de las ARS asociadas en el aseguramiento de la salud y en el desarrollo del

Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), estimulando las mejores prácticas, la investigación, la difusión de información confiable y la interacción adecuada con los actores del Sistema Dominicano de la Seguridad Social, así como representando y defendiendo los derechos de las ARS asociadas y sus afiliados. Esta Asociación en la actualidad¹⁵⁹ posee cinco Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) afiliadas a la organización.

Cuadro 20. Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS) asociadas en ADARS, 2024.

Núm.	ARS asociadas
1	ARS Primera, S.A.
2	Mapfre Salud ARS, S.A.
3	ARS Universal, S.A.
4	ARS Abel González (SIMAG)
5	ARS Monumental, S.A.

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) tomando como referencia los resultados del cuestionario completado por la Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS) en el marco de la elaboración de este estudio de condiciones de competencia, Doc.: DE-IN-2023-1400 de fecha 18 de octubre de 2023 y recibido con código C-0667-2023 en fecha 7 de noviembre de 2023, en donde se especificada que eran siete las asociadas (incluidas AES Futuro y ARS Yúnen). Al momento de realizar la actualización de este documento en fecha 3 de marzo de 2025 se verifica que, a septiembre de 2024, estas ARS ya no pertenecen a esta asociación.

7.1.2. Asociación Dominicana de Iguales Médicas & Administradora de Riesgos de Salud (ADIMARS)

La Asociación Dominicana da Iguales Médicas y Administradoras de Riesgos de Salud Incorporada (ADIMARS, Inc.) fue constituida en fecha 26 de julio de 1983 e incorporada bajo el Decreto núm. 482-86 en fecha 15 de

¹⁵⁹ Información consultada en su página *web* en fecha 3 de marzo de 2025. Dicha información fue corroborada vía telefónica, en donde fue notificado que las ARS Futuro y Yunen, ya no pertenecen a esta asociación desde septiembre de 2024.

diciembre de 1986 con el nombre de Asociación Dominicana de Iguales Médicas, acorde a la Ley Núm. 520-20. Inició sus operaciones en el año 2006.

En tanto, para el año 2007 cambiaron al nombre que esta conserva en la actualidad, más tarde se adecuó a la Ley núm.122-05 sobre asociaciones sin fines de lucro, la cual fue reincorporada por la Resolución núm. 0069 de fecha 15 de septiembre 2015, emitida por la Procuraduría General de la República Dominicana.

ADIMARS posee como objetivo principal, promover actividades y proyectos, en bloque de desarrollo de negocios conjuntos y defensa de los derechos de sus miembros asociados frente a los sectores públicos, privado y a nivel internacional. Actualmente, esta asociación tiene cinco Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) afiliadas.

Cuadro 21. Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS) asociadas en ADIMARS

Núm.	ARS asociadas
1	ARS APS
2	ARS-ASEMAP (Aseguradora de Riesgos de Salud Amor y Paz)
3	ARS Renacer
4	ARS Meta Salud
5	ARS GMA Grupo Médico Asociado

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM tomando como referencia los resultados del cuestionario completado por la Asociación Dominicana de Iguales Médicas & Administradora de Riesgos de Salud (ADIMARS) en el marco de la elaboración de este estudio de condiciones de competencia, Doc.: DE-IN-2023-1401 de fecha 24 de octubre de 2023 y recibido con código C-0693-2023 en fecha 16 de noviembre de 2023. Al momento de realizar la actualización de este documento en fecha 3 de marzo de 2025 se verifica que a en la página web de esta asociación han incluido como asociada a ARS Futuro, pero no hay información al respecto.

7.1.3. Colegio Médico Dominicano (CMD)

Este gremio se fundó el 18 de agosto de 1891, siendo sus principales objetivos para la época el impulso de los adelantos médicos, el mejoramiento de la organización de los estudios médicos y el fortalecimiento de la fraternidad de sus miembros. Sin embargo, es más tarde que surge la Ley 68-03 que crea El Colegio Médico Dominicano en fecha 19 de febrero del 2003, creándola como una corporación de derecho interno, de carácter autónomo y con personería jurídica (Colegio Médico Dominicano CMD 2023).

El CMD tiene como fin, servir al Estado dominicano como organismo consultor en materia de salud, defender el derecho de los médicos, sus intereses morales intelectuales y materiales de su profesión; propugnar porque en regiones lejanas de nuestro país se implementen incentivos económicos y sociales, crear un código de ética médica, así como procurar la remuneración de la docencia y la investigación en salud.

Para colegiarse ante este gremio es preciso cumplir con los requisitos estipulados en el Capítulo III, art. 9, Párrafo I de la Ley núm. 68-03 sobre colegiación médica y sus reglamentaciones.

8. Posibles restricciones o problemas de competencia

De acuerdo con la opinión externada por los agentes económicos del sector,¹⁶⁰ existen diversas barreras y restricciones tanto técnicas como legales que dificultan la entrada de nuevas empresas al mercado de Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) en la República Dominicana. En primer lugar, el tamaño limitado del mercado contributivo, ligado al lento crecimiento del empleo formal, reduce el atractivo para nuevos operadores. A esto se suma el alto porcentaje de empleo informal que no aporta al sistema

¹⁶⁰ Pro-Competencia elabora un formulario con preguntas que permiten conocer, desde la perspectiva de los agentes económicos del sector en estudio, cómo funciona dicho sector, sus características principales y su opinión sobre las posibles barreras que enfrentan tanto las nuevas empresas para ingresar como las ya existentes para crecer.

contributivo, lo que limita aún más la capacidad de expansión del mercado. Además, el financiamiento insuficiente de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) dificulta el ajuste de los pagos a las ARS al ritmo de la inflación y de los crecientes costos de los servicios de salud.

Las nuevas empresas también enfrentan barreras como la necesidad de grandes inversiones de capital, un profundo conocimiento del mercado y una compleja gestión operativa. Las estrictas regulaciones de solvencia, calidad de servicio y cobertura, sumadas a los requisitos tecnológicos y de negociación con prestadores, elevan significativamente los costos de entrada a este mercado. La Ley 87-01 estableció un periodo transitorio para ciertas entidades preexistentes, lo que ya ha vencido, incrementando las restricciones para nuevos actores.

En cuanto al crecimiento de las ARS ya establecidas, el mercado también presenta importantes desafíos. El limitado crecimiento del empleo formal desde el 2020, en parte debido a la pandemia, ha frenado el aumento de la base de afiliados contributivos. Además, la ARS pública SENASA, que maneja el régimen subsidiado, cubre ya más de la mitad de la población dominicana y compite con las ARS privadas en el régimen contributivo, afectando el crecimiento de estas últimas.

Las ARS privadas enfrentan barreras adicionales relacionadas con los costos crecientes de la atención médica, la actualización tecnológica y la complejidad de negociar con una amplia red de prestadores. Asimismo, el sistema de asignación automática de nuevos afiliados a las ARS con carteras grandes reduce la competencia efectiva y limita las oportunidades de expansión para las ARS más pequeñas. En resumen, tanto nuevas como establecidas, las empresas en el mercado de ARS se enfrentan a un entorno altamente regulado y competitivo que dificulta su crecimiento y expansión, según las informaciones suministradas por los agentes económicos participantes del referido mercado.

Conforme al levantamiento de información realizado mediante el cuestionario aplicado a los agentes económicos que participan en el Mercado de las ARS, en octubre del año 2023, estos dejaron plasmados su parecer sobre las principales condiciones que pudiesen restringir la competencia en este sector. Básicamente fueron identificaron restricciones en el Régimen Contributivo (RC) que se resumen a continuación:¹⁶¹

- I. Las ARS privadas presentan desventajas frente a la ARS pública del Seguro Nacional de Salud, (ARS SENASA), al contar la segunda con mayor capacidad para captar afiliados empleados del Estado, así como campañas publicitarias, inversiones y reservas económicas¹⁶². Expresan que esta última posee condiciones y privilegios diferentes a las restantes del mercado, en materia de financiamiento y gestión: es decir, le eliminan la presión de las principales variables que impactan al sector privado como son las fiscales y la de rentabilidad.
- II. En este mismo sentido, una de las quejas que mayormente externalizan los agentes económicos en este mercado es que «si existen restricciones/barreras que dificultan el establecimiento y/o crecimiento en este mercado porque las ARS Privadas solo pueden participar en el Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, reservándose la participación en el Régimen Subsidiado y Contributivo Subsidiado a la ARS del Estado», en donde las ARS Privadas podrían desarrollar productos y servicios ajustados a este segmento de la población servido para estos dos últimos regímenes, en busca de la eficiencia, calidad y mejoras al servicio para el afiliado”.
- III. Otra ventaja que ostenta la ARS pública sobre las privadas es el aprovechamiento de economías de escala en áreas de compras y contratación de servicios, además de que esta posee la red pública hospitalaria, lo cual se traduce en tarifas más bajas que las que tienen que contratar las ARS privadas.

¹⁶¹ Respuestas de los agentes económicos a solicitud de información relevante (cuestionario) para Estudios de Condiciones de Competencia en el Mercado de las ARS) en la República Dominicana 2023, realizada por Pro-Competencia, en el marco de la elaboración del presente estudio de condiciones de competencia.

¹⁶² *Ibidem*.

- IV. Otro aspecto relacionado a las restricciones legales y técnicas son las im-
puestas por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), en cuanto a las limi-
tantes de financiamiento, pues no permite el crecimiento del pago, con la
cual se financian las ARS. Este debe ser relacionado con la tasa de inflación
y con el crecimiento de los gastos por prestación de servicios en salud de
todo tipo.
- V. Finalmente, los agentes económicos argumentan que «la competencia es
esencialmente en materia de servicios, oportunidad de respuesta, calidad de
prestadores contratados y algunos servicios adicionales, pero no en precio,
toda vez que este es determinado a través del valor per cápita (valor fijado
por cada afiliado activo) que es dispersado por la Tesorería de la Seguridad
Social (TSS) por igual para cada ARS y cuyo monto varía en función del
número de afiliados», esto en referencia al Plan de Servicios de Salud (PSS)
o Plan Básico.

9. Experiencias internacionales

La entrada y promoción de proveedores privados y la diversificación de
proveedores, unidas a la libertad de elección, hacen que los mercados de
salud sean más eficientes, reducen los costos, mejoran la calidad de los ser-
vicios y aumentan la satisfacción de los usuarios (Banco Mundial 1993).

Sin embargo, de acuerdo a la experiencia internacional se han identificado
obstáculos para un desarrollo de competencia efectiva en estos mercados,
tales como: la poca o nula movilidad de los afiliados que tienden a per-
manecer en una ARS a pesar de la opción de cambio que pudiese mejorar
sus prestaciones de servicios y primas, debido a que dan preferencia a la
estabilidad con la aseguradora/proveedora y el médico o por las dificulta-
des de obtener información comparativa de los planes de salud existentes y
entender en detalle las diferencias entre estas y los beneficios que le pueda
proporcionar una sobre las demás; fuertes restricciones a la libertad de
elección que pueda haber en el mercado; aseguradoras eficientes pueden
ser desplazadas del mercado por aseguradoras ineficientes que practican
la diferenciación con éxito, estas ganan pero transfieren los costos a otras

aseguradoras y el efecto global puede ser nulo o negativo.¹⁶³

Un estudio realizado en el 2013 sobre el sector salud de Colombia, interesante análisis dada su gran similitud con República Dominicana, específicamente en que la afiliación al régimen contributivo es de carácter obligatorio en ambos países. En este se afirma que el Sector Salud es «un sector complejo de analizar considerando la cantidad de agentes involucrados y las relaciones contractuales que los unen, por lo que, dada estas consideraciones la literatura existente se centra en el análisis de las interacciones de unos pocos agentes», y no del sistema en su conjunto.¹⁶⁴

Uno de los aspectos importantes de resaltar en el referido estudio es que el Estado organizó el sistema de salud a través de la creación de un mecanismo de ajuste *de riesgo, con el fin de garantizar el acceso de toda la población a los servicios*, lo que conllevó a la eliminación total o parcialmente del vínculo directo en precio que relaciona a los asegurados con los aseguradores, por lo que el factor de competencia está basado únicamente en la calidad del servicio; por lo tanto, no se manifiesta una competencia fuerte entre Empresas Promotoras de Salud (EPS).¹⁶⁵

Otra condición de competencia identificada, y que pudiera ser un factor importante para analizar en futuros estudios del mercado en la República Dominicana y que se pone de manifiesto en (Bardey 2013) fueron las barreras de entrada al mercado o más bien al sistema de salud por parte de la oferta médica, las cuales son creadas bajo el concepto *numerus clausus*¹⁶⁶,

¹⁶³ CEPAL. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social. Documentos de Proyectos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

¹⁶⁴ Bardey, D. (2013). Competencia en el sector de la salud: énfasis en el caso colombiano. Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social, XLIII (2), 17-52. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11445/261> [consulta 1ero febrero 2023].

¹⁶⁵ *Ibidem*.

¹⁶⁶ *Numerus Clausus* es una cláusula explícita, fijada por alguna autoridad central, en donde se determina el número de cupos de cada especialidad que se va a abrir en una región o país.

donde se establece un número limitado de especialistas para desempeñarse en el mercado, cuya concepción presenta tres dimensiones:

- I) La primera, desde la óptica estatal, al decidir cuantos especialistas debe haber en cada área
- II) La segunda, son las establecidas por las compañías aseguradoras, al permitir un número específico de especialistas, y;
- III) Las establecidas por las organizaciones de médicos y de las facultades de medicina, en donde inclusive las asociaciones pueden generar restricciones de oferta en cuanto a la generación de licencias y el importante papel de la regulación en su determinación.

Por otro lado, existen controversias en la literatura en cuanto a la integración vertical¹⁶⁷, debido a la presencia de estas en el sector de la salud en Colombia, y de manera particular entre los prestadores de salud y los aseguradores. En esta relación se consideran las empresas *downstream* (aguas abajo) a las aseguradoras, mientras que, las empresas *upstream* (aguas arriba) son los prestadores de salud; por lo que, al obtener los insumos de las empresas *upstream* se generará eficiencia al enfrentar los costos que supondría la doble marginalización.¹⁶⁸ En este sentido, la experiencia internacional pone de manifiesto la importancia de que las autoridades de competencia sugieran una vigilancia continua de las acciones de los agentes económicos integrados verticalmente para verificar que no incurran prácticas anticompetitivas.

En esta misma revisión de la literatura, ahora respecto a la concentración de este tipo de mercados, se encuentra que en ellos se realizan análisis de causa y efectos de esta, es decir, como la concentración afecta a variables como el

¹⁶⁷ La integración vertical, es una asociación entre una o varias empresas productoras de insumos (en el nivel *upstream*-aguas arriba-) y una o varias empresas productoras de bienes finales (en el nivel “*downstream*”- aguas abajo).

¹⁶⁸ Resolución DE-023-2021 de la Dirección Ejecutiva de Pro-Competencia, p. 49. Doble marginalización, es cuando dos empresas con poder de mercado y en diferentes eslabones de la misma cadena de suministro, aplican un margen de beneficio a sus precios.

precio. Se observó que el análisis de este fenómeno se investiga fundamentalmente en el marco de las relaciones entre los aseguradores de la salud y los prestadores del servicio de salud, principalmente de los hospitales.

Cuadro 22. Estudios que tratan la concentración en área de la Seguridad Social

Estudios	Tema	Periodo	País	Variable	Medida de concentración	Resultado
Moriya y otros (2010)		2001-2003	EE. UU.	reclamaciones de seguros	IHH	La concentración de los aseguradores está negativamente asociada con los precios de los hospitales, la relación precio hospitales/concentración es insignificante.
Burgess y otros. (2005)		1994-1998	California, EE. UU.	Promedio neto de ganancias, por altas privadas	IHH del sistema hospitalario es medido como el IHH promedio para cada condado (zip-code)	Realizan una ecuación de estimación generalizadas, obteniendo que el IHH del sistema hospitalario esta correlacionado con el precio
Dirección de estudios previsionales (2004)	Barreras de entrada, concentración y competencia en el mercado de las AFP	2009, 2013	Chile	Número de Afiliados, masa salarial, fondo administrado	IHH	El sector de las AFP de la seguridad social se encuentra altamente concentrado
Grupo de Economía de la Salud (GES) 2001	Oferta del seguro público de salud en Colombia	2001	Colombia	Entidades Promotoras de Salud (EPS) /Municipio	C_K	Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) muestran una a tendencia concentrarse en las regiones (municipios) de mayor desarrollo económico

Fuente: elaborado por el Departamento de Estudios Económicos y de Mercado (DEEM) de Pro-Competencia, con datos recopilados de los estudios mencionados en el referido cuadro.

10. Conclusiones

En este estudio se realizó un análisis de condiciones de competencia en el mercado de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) del Seguro Familiar de Salud (SFS), en la República Dominicana para el periodo 2010 – 2024. Las fuentes de datos consultadas para tales fines incluyen el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN-2008) y la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT) del Banco Central de la República Dominicana (BCRD), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Además, para este estudio se realizó un cuestionario dirigido a los agentes económicos y asociaciones del sector para entender la dinámica del referido, desde su propia perspectiva.

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) comprende a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que realizan actividades principales o complementarias de seguridad social, a los recursos físicos y humanos, así como las normas y procedimientos que los rigen. Dicho esto, la prestación de servicio de seguro no está restringida según el origen del capital de los agentes que operan en el mercado. Es decir, en el mercado están llamados a competir tanto los agentes públicos como los privados.

En la República Dominicana, el mercado de seguros, enfocado particularmente en el Seguro Familiar de Salud (SFS), se destaca por su complejidad y los retos que enfrenta. Las personas recurren a los seguros médicos como una herramienta para mitigar los impactos financieros de eventos imprevistos, surgiendo así en un contexto de incertidumbre y riesgo. Las aseguradoras juegan un rol vital como intermediarios, ofreciendo cobertura en casos de enfermedad a cambio de primas periódicas.

La oferta en el mercado de seguro familiar de salud dominicano está altamente regulada por el Estado, debido a que este, a través de sus instituciones competentes, establece los servicios de atención a los que tienen derecho todos los afiliados de cada uno de los diferentes regímenes, además

de que evalúan y controlan la entrada de las entidades facultadas a ofrecer los servicios de salud. Dicho lo cual, el afiliado paga una cuota definida por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), quien determina un acápita a pagar por los afiliados del régimen contributivo, subsidiado y el contributivo subsidiado, pudiendo los pacientes, según los principios rectores de la seguridad social, optar por planes complementarios. Esta per-cápita es administrada por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), quien pasa el pago a las Administradoras de Riesgo de Salud (ARS), quienes administran los recursos y los riesgos de salud de sus afiliados,¹⁶⁹ a partir del bloque de servicios determinado por el CNSS.

En un entorno ideal, las primas de seguro deberían ser «actuarialmente justas», es decir, reflejar de manera precisa la probabilidad de enfermedad y su costo asociado. Sin embargo, la realidad de un mercado no perfectamente competitivo permite que las aseguradoras obtengan ganancias. Este escenario se vuelve complejo por la presencia de información asimétrica, donde las aseguradoras no siempre pueden juzgar con precisión la salud de un individuo, a diferencia de los clientes que tienen un conocimiento más detallado de sus propios riesgos. Esto conduce a temas de selección adversa y riesgo moral.

Para abordar estos desafíos, en la República Dominicana se ha implementado el SFS patrocinado por el empleador, buscando un equilibrio entre personas sanas y enfermas en el conjunto de asegurados y, de este modo, mitigar la selección adversa y el riesgo moral. Este enfoque ha llevado a un crecimiento en el número de afiliados al SFS, tanto cotizantes como no cotizantes, con una diversa distribución por edad y género.

Una alta tasa de ocupación y una menor informalidad laboral pueden implicar que, más personas tengan acceso a seguros de salud proporcionados por sus empleadores, lo que reduciría las partidas presupuestarias que el

¹⁶⁹ Ver detalle en la Ley núm. 82-01, art. 7.- Regímenes de financiamiento del SDSS.

Estado destina al subsidio de seguro de salud a los segmentos de la población más vulnerables. Por el contrario, una baja tasa de ocupación y un alto grado de informalidad laboral podrían llevar a un aumento en la partida presupuestaria destinada a subsidios por parte del Estado. De esto último se deduce que, altos niveles de informalidad en la economía dominicana plantean un desafío para el Estado en su compromiso de garantizar el derecho a la salud de la población, pues a medida que aumenta el número de personas que participan en el sector informal de la economía, también aumenta la cantidad de personas que necesitan acceder a protección de salud a través de subsidios gubernamentales.

En este sentido, el impacto de la pandemia de COVID-19 fue notable en este mercado, afectando la composición y el número de afiliados al SFS, aunque posteriormente se observó una recuperación. El sistema se sostiene a través de una estructura de costos y tarifas reguladas por el Estado, financiada principalmente mediante impuestos sobre la nómina.

El análisis del mercado de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) revela un nivel significativo de concentración, medido a través de los ingresos en salud reportados por cada entidad. En noviembre de 2024, ARS SENASA, ARS PRIMERA y ARS MAPFRE SALUD concentraban más del 70% del mercado, reflejando un Índice Herfindahl-Hirschman (IHH) de 2,136.4 puntos para el total de la industria. Según la resolución de Pro-Competencia, esta cifra indica una concentración moderada. De manera similar, las ARS privadas registraron un IHH de 2,355.0 puntos, también dentro del rango de concentración moderada. En tanto, la combinación de ARS públicas y privadas mostró un IHH de 2,329.8 puntos, aún por debajo del umbral de 2,500 puntos que marca el inicio de una alta concentración.

Desde la perspectiva del número de afiliados, los resultados mantienen la misma tendencia. Para diciembre de 2024, tres empresas (ARS SENASA, ARS PRIMERA y ARS MAPFRE SALUD) concentraban el 71.2% del total de afiliados, con un IHH de 2,148.6 puntos para la industria en su con-

junto. En el segmento de ARS privadas, el IHH alcanzó los 2,336.2 puntos, mientras que la combinación de ARS públicas y privadas registró un IHH de 2,330.8 puntos. Estos valores confirman una concentración moderada en el sector, verificable tanto a través de los ingresos como del número de afiliados.

Las barreras de entrada en el mercado de las ARS en la República Dominicana incluyen factores regulatorios, estructurales y económicos que dificultan la entrada de nuevos competidores. La Ley núm. 87-01 impone una serie de requisitos legales, como contar con personería jurídica, una organización financiera adecuada, y redes de servicios de salud integrales, que las ARS deben cumplir antes de operar. Además, deben mantener solvencia económica y estar sujetas a supervisión por parte de SISALRIL. Estas exigencias pueden hacer que sea costoso y complicado para nuevas empresas ingresar al mercado.

Las barreras estructurales también juegan un papel importante. Por ejemplo, las ARS deben tener una infraestructura tecnológica avanzada y una capacidad técnica robusta para gestionar tanto los servicios de salud como la relación con los prestadores. Esto implica inversiones significativas en sistemas de información y bases de datos. El mercado es intensivo en tecnología, lo que dificulta la entrada de empresas nuevas o pequeñas, y favorece a las ya establecidas, que pueden absorber mejor estos costos.

Adicionalmente, el mercado de ARS está limitado por la cantidad de afiliados, cuyo crecimiento depende del empleo formal. La Ley núm. 87-01 prohíbe la afiliación a más de una ARS, lo que restringe la expansión rápida. Para garantizar eficiencia y prevenir fraudes, las ARS deben implementar auditorías en diferentes fases del proceso, lo que requiere personal técnico especializado. Esto refuerza la integridad del sistema, pero al mismo tiempo eleva las barreras de entrada debido a la complejidad operativa.

Por último, el desarrollo de una red de prestadores es fundamental para que las ARS ofrezcan una atención médica integral. Crear esta red requiere negociaciones detalladas y una inversión considerable de tiempo y recursos, lo que puede dificultar que nuevas ARS logren ofrecer un servicio competitivo. Aunque estas barreras son significativas, el mercado ha visto la entrada de nuevas empresas en los últimos años, lo que indica que, aunque exigente, el acceso al mercado no es imposible.

Se destaca la realización de estimaciones mediante la aplicación de modelos econométricos que permitieron analizar las presiones competitivas que el gobierno ejerce por medio de las ARS Públicas en el mercado objeto de estudio. Los resultados mostraron que un incremento en el número de afiliados aumenta el gasto en salud de las ARS en RD\$344.366 en promedio. Para las ARS públicas y privadas combinadas, el incremento es de RD\$381.501, mientras que para las privadas es de RD\$698.837.

De acuerdo con la literatura, existe una relación importante entre los costos promedios y los costes marginales. Cuando el costo marginal es menor que el costo promedio, una expansión de la producción conducirá a una reducción en el costo promedio. Por el contrario, cuando el coste marginal es mayor que el costo promedio, una expansión de la producción conducirá a un aumento en el costo promedio. En el primer caso, se dan economías de escala dentro de la industria, mientras que en el segundo se encuentran deseconomías de escala. Al dividir el coste promedio por el coste marginal obtenemos el coeficiente de economías de escala para una industria en particular. Si el coeficiente es mayor que 1 existen economías de escala, si es menor que 1 existen deseconomías de escala y si es igual a 1 no hay ni economías ni deseconomías de escala.

Dado que la estimación del coste marginal es una estimación promedio, para evaluar si hay o no economías de escala es necesario tener la media del coste promedio. Para el periodo de estudio, la media del coste promedio fue de RD\$ 1,052.11 para la industria, de RD\$ 1,011. 21 para las

públicas y privadas en conjunto, y de RD\$ 1,019.09 para las privadas por separado. Por tanto, el coeficiente de economías de escala fue de 3.05 para la industria, de 2.65 para las públicas y privadas, y 1.45 para las privadas por separado. Por tanto, el análisis arroja como resultado que existen economías de escalas globales para los tres renglones considerados, dígase para las ARS Privadas, ARS Públicas y Privadas y ARS de la industria en su conjunto.

Las estimaciones anteriores brindan otra panorámica. Si bien el coste promedio es mucho mayor cuando se toma a la industria en su totalidad, la presencia de las ARS de autogestión y, principalmente, las ARS públicas reducen el costo marginal drásticamente una vez estas entran en juego. Esto significa que, las ARS públicas SENASA y Salud Segura/Banreservas tienen un poder significativo dentro del mercado de servicios de atención médica en la República Dominicana. Por ende, las aseguradoras privadas a menudo siguen comportamiento en lo que respecta a políticas de reembolso y decisiones de cobertura.

Es importante resaltar que, el precio promedio durante el periodo de estudio fue de RD\$1,052.10 para la industria. Por otro lado, dentro de las políticas de competencia y economía de la regulación, el índice de Lerner es la medida estándar para medir el poder de mercado. Bajo condiciones de competencia perfecta, el precio es igual al costo marginal y por lo tanto el índice de Lerner es cero. A medida que el índice de Lerner aumenta esto sugiere un aumento en la conducta monopólica. Cuando el índice de Lerner es 1 significa el ejercicio completo del poder de mercado. Es de esperar que el índice de Lerner tome valores entre 0 y 1. El índice de Lerner, que mide el poder de mercado, fue de 0.33 para las ARS privadas, indicando un margen esperado de ganancias por afiliado dentro del SFS de 33.00%. La inclusión de las ARS públicas ajusta el mercado hacia menores precios, introduciendo competencia en favor de los consumidores.

Finalmente, la siniestralidad, que representa la frecuencia y severidad de los reclamos, es una preocupación clave para las aseguradoras. La gestión efectiva de la siniestralidad es esencial para mantener la viabilidad del sistema de seguros, destacando la importancia de políticas regulatorias efectivas y una gestión prudente del riesgo para mantener la eficiencia y equidad del sistema de salud.

Aunque las ARS de autogestión no fueron objeto de un análisis profundo, debido a que su afiliación se limita exclusivamente a los empleados de la institución o miembros del gremio para los que fueron creadas, así como a sus dependientes, resulta pertinente destacar en este estudio la situación expuesta por la Administración de Riesgos de Salud de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (ARS-UASD). A través del cuestionario facilitado por Pro-Competencia, la ARS-UASD detalla la delicada situación financiera que arrastra desde su fundación en 2008 hasta 2023. Según esta entidad, la Universidad, en su calidad de empleador, no ha cumplido con las obligaciones financieras correspondientes, lo que ha dado lugar a una deuda acumulada importante que asciende a aproximadamente RD\$ 2,500 millones de pesos dominicanos, en concepto de SFS, SRL y accidentes de tránsito.

11. Recomendaciones

El análisis realizado en el presente estudio y las fuentes consultadas, permiten la elaboración de recomendaciones con el propósito de fortalecer y promover la competencia efectiva en el mercado de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) de la República Dominicana. Puntualmente, como resultado del presente estudio, se citan a continuación algunas recomendaciones para el ente regulador:

- I. Implementación de la atención primaria:** pertinencia de la entrada en efecto de uno de los pilares fundamentales del Seguro Familiar de Salud, PDSS/PBS, como es la atención primaria, la cual aún no ha entrado en vigor y que según la Ley núm. 87-01, debe ser promovida por la SISALRIL y el CNSS. Esto permitiría mayor eficiencia en la prestación de los servicios de salud (al promover una sola puerta de entrada), en donde solo se utilizarían los servicios de los especialistas en caso de ser dirigidos previamente por esta atención primaria en ejecución. Además, esto promueve la creación de un récord médico electrónico único para cada afiliado, tan importante para dar seguimiento en cualquier lugar del país que la persona deba ser atendida.
- II. Revisión del mecanismo de asignación de afiliados:** el reglamento de aspectos generales de afiliación al Seguro Familiar de Salud (SFS) del régimen contributivo, asigna las personas de nuevo ingreso al SDSS a aquella ARS donde se encuentran la mayoría de los colaboradores, lo que contribuye a que ARS con carteras mayores de afiliados no tengan competencia con aquellas de menor cartera, ya que es el mismo sistema que se encarga de realizar la asignación del nuevo afiliado, con periodicidad mensual. En este sentido, el CNSS debería de prestar atención a esa situación, pues crea ventajas de unas ARS sobre otras, en el mercado.
- III. Revisión de barreras regulatorias:** la Ley núm. 87-01 en su artículo 151 dispone que el tiempo máximo para aprobar la entrada de una ARS es de 4 meses, por lo que la entrada en operación de una nueva ARS tiene

este periodo de rezago. Sin embargo, y en contraposición con lo anterior, se encuentra lo dispuesto en el artículo 149 de la Ley núm. 87-01, párrafo transitorio, que básicamente dispone el reconocimiento y la articulación de las igualas médicas, seguros de salud y seguros autoadministrados, con y sin fines de lucro, registrados a la fecha, las cuales podrán operar como ARS sin necesidad de llenar todos los requisitos establecidos, durante los dos primeros años de vigencia de la presente ley (plazo vencido). Desde el punto de vista de la leal competencia que debe primar en los mercados, se entiende que deben ser revisados ambos artículos, uno porque se configura como una barrera de entrada al mercado y el segundo porque otorga una ventaja en cuanto a requisitos que una debe de cumplir y la segunda no.

IV. Promoción de mayor transparencia en la información: es necesario fortalecer la transparencia en la información de los precios y calidad de los servicios ofrecidos por las ARS. Esto permitiría a los consumidores comparar opciones de manera más efectiva y tomar decisiones informadas, lo que incentivaría a las ARS a mejorar su competitividad en términos de servicios y atención.

Estas recomendaciones buscan crear un entorno más competitivo que beneficie a los afiliados y fortalezca la equidad y eficiencia del mercado de salud.

12. Bibliografía

- AEICD, Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia, & Fundación CEDDET. (2018). *Introducción a la Defensa de la Competencia*, 12ª edición (Modulo 1).
- Banco Central de la República Dominicana (BCRD). (2010). *Metodología de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT)*. Santo Domingo, D.N.: Banco Central de la República Dominicana (BCRD).
- Bardey, D. (diciembre de 2013). *Competencia en el sector de la salud: énfasis en el caso colombiano*. *Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social*, XLIII (2), 17-52. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11445/261>
- Barrios, O. A., Méndez, C. A., & Morrison, R. H. (2011). *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago.
- Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2013). *Health Economics*. Palgrave Macmillan.
- Blanchard, O., Amighini, A., & Giavazzi, F. (2012). *Macroeconomía*. Madrid: PEARSON.
- Castañeda, C. C. (2007). *Indicadores de Concentración: Una revisión del Marco Conceptual y la Experiencia Internacional*. Lima: Organismo Supervisor de Inversión Privada en Telecomunicaciones.
- Church, J., & Roger, W. (1999). *Industrial Organization: A Strategic Approach*. McGraw-Hill.
- CLICAC. (2001). *Guía para el control de las concentraciones Económicas (art. 19 de la Ley 29 de 1996)*. Panamá.
- Consejo Nacional de Seguridad Social. (2001). *Ley núm. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social*. Santo Domingo: Ministerio de Trabajo.
- Crespo, J. F., & Martínez Corral, B. (2006). *La posición de dominio colectiva: estado actual de una larga evolución*. Madrid.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approach*. Sage Publications.
- Davis, P., & Garcés, E. (2009). *Quantitative techniques for competition and antitrust analysis*. Princeton University Press.
- De Gregorio, J. (2007). *Macroeconomía. Teoría y Política (1ra Edición)*. Santiago: Pearson.
- D’Oleo, G. (2018, 26 de marzo). *¿Qué hacer si me quiero traspasar a otra ARS?* *Argentarium*.
- Domingo, R., Ponce, J., & Zipitria, L. (2016). *Regulación económica para economías en desarrollo*. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales.
- Freshfields Bruckhaus Deringer. (2013, 22 de octubre). *Collective Dominance: article 102 TFEU*.
- Gormsen, L. L. (2014). *Collective Dominance: An Overview of National Case Law*.
- Grupo de Economía de la Salud (GES). (2001). *Oferta del Seguro Público de Salud en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Hernández, C. (2020). Modelos Estructurales para Estimar la Brecha del Producto: el Caso de la República Dominicana (Serie de Documentos de Investigación Núm. 2020-03). Santo Domingo, D.N.
- INDECOPI. (2017, 07 de febrero). <https://www.indecopi.gob.pe/>. Recuperado el 26 de julio de 2018.
- INDECOPI. (2011, 21 de diciembre). <https://www.indecopi.gob.pe/>. Recuperado el 26 de julio de 2018.
- Instituto de Ciencias de Seguro. (2008). El Mercado Español de Seguros en 2008. Madrid: Centro de Estudios Monte del Pilar.
- Instituto de Ciencias de Seguro. (2008). El Mercado Español de Seguros en 2008. Madrid: Centro de Estudios Monte del Pilar, s/n.
- Instituto de Ciencias del Seguro. (2007). El Mercado Español de Seguros en 2007. Madrid: Centro de Estudios Monte del Pilar, s/n.
- Mena, T. T. (2007). Oligopolio, Posición de Dominio Conjunta y Colusión Tácita. *Derecho & Sociedad*, 28, 64.
- Naciones Unidas. (2008). Abuso de posición dominante. TD/B/COM.2/CLP/66, Ginebra.
- Observatorio de la Seguridad Social. (2001). Oferta del seguro público de salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquía.
- OFT. (2004). Market definition: Understanding Competition Law.
- Okun, A. M. (1962). Potential GNP: Its measurement and significance. *American Statistical Association, Proceedings of the Business and Economics Statistics Section*, 98-104.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2012). (01 de 2007). <https://www.oecd.org/competition/mergers/37921908.pdf>
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2012). Market Definition. París, Francia: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD).
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2012). La medición de la informalidad: Manual estadístico sobre el sector informal y el empleo informal. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2013). La medición de la informalidad: Manual estadístico sobre el sector informal y el empleo informal. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Ginebra: Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Pepall, L., Richards, D., & Norman, G. (2006). Organización Industrial. México D.F.: International Thomson Editores.
- Petrecolla, D. (2016). Condiciones de Competencia en el Mercado Asegurador Dominicano. Santo Domingo, Distrito Nacional: SERIGRAF.
- Petrecolla, D., Greco, E., & Ferro, F. (2012). Estudio sobre las Condiciones de Competencia del Sector de Seguros en el Salvador. El Salvador: Superintendencia de Competencia.

- Pinilla, K. F. (2010). La competencia regulada en el sistema de salud colombiano. *Lebret*, (2), 73-99.
- Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. (2012). Mercado de Salud Privada en Chile.
- (2011). Reporte Harvard. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, Santo Domingo. Obtenido de <http://economia.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/libros/reporte-harvard.pdf>
- Rohde Faraudo, C. (1993). Evolución del Sector. México D.F.: Comisión Nacional de Seguros y Finanzas (CNSF).
- Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado, y Pilar Baptista Lucio. Metodología de Investigación. México D.F.: McGraw-Hill, 2016.
- Sánchez-Fung, J. R. (2015). Producto, Desempleo y La Ley De Okun. *Ciencia y Sociedad*, 613-637.
- Stiglitz, J. E. (2000). La Economía del Sector Público. Barcelona: Antoni Bosch.
- Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. (2007). Guía de actividades y procedimientos del PDSS. Santo Domingo, D.N.
- Unión Europea. (2011). Definición de mercado de referencia. Bruselas, Bruselas, Bélgica: Unión Europea. Recuperado el 27 de 9 de 2018, de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:l26073&from=ES>
- Vargas Ladino, V., & Arias Correa, D. C. (junio de 2003). Principales determinantes de la demanda por seguros privados voluntarios en salud, de los hogares de la zona central nacional en el 2003. <http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/1762/1/CDMECO25.pdf> [consulta 6 agosto 2018].
- Whish, R., & Bailey, D. (2012). *Competition Law*. Nueva York: Oxford University Press Inc.

13. Anexos



República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales



SISALRIL-DARCP-DARS-DJ No. 2023003418

07 JUN 2023

CIRCULAR

A: Las ARS/IDOPPRIL y los Prestadores de Servicios de Salud (PSS).
Asunto: Notificación de los requisitos para la contratación entre los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y las ARS/IDOPPRIL.

Distinguidos señores:

Les saludamos cordialmente, en ocasión de notificarles los requisitos para la contratación entre los Prestadores de Servicios de Salud Institucionales (PI) y los Profesionales de la Salud (PS) y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y el Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL) para su conocimiento, implementación y fines correspondientes.

El objetivo principal de establecer un listado general e identificar las obligaciones particulares que aplican a algunos tipos de prestadores es lograr la estandarización de los referidos requisitos que deben observar las partes al momento de la contratación, sobre la base de las disposiciones establecidas en la Ley No. 87-01, la Normativa sobre los Contratos de Gestión, y el artículo Décimo Séptimo de la Resolución del CNSS No. 563-01, del 26 de enero de 2023. Esta última disposición del Consejo Nacional de la Seguridad Social instruye a esta Superintendencia en los términos siguientes:

DÉCIMO SÉPTIMO: Se instruye a la SISALRIL a realizar las convocatorias que sean necesarias, con el objetivo de fungir como mediador entre las ARS y el CMD para que los médicos puedan recibir de manera oportuna sus respectivos códigos, reiterando el cumplimiento del compromiso establecido para los Códigos de PSS en los Acuerdos firmados en fecha 6 de octubre del 2021 (...).

PÁRRAFO: Conforme lo establecido en el Acuerdo Compromiso firmado el 25 de enero del 2023, las ARS se comprometen a otorgar los códigos a los médicos, en un plazo no mayor de treinta días (30), a partir de que completen las documentaciones y requisitos necesarios. En el caso de diferencias, la SISALRIL se compromete a realizar las convocatorias que sean necesarias, con el objetivo de fungir como mediador entre las ARS y el CMD, para que los médicos puedan recibir de manera oportuna sus respectivos códigos.

Página 1 de 6



• Av. 27 de Febrero No. 261 • Edificio SISALRIL • Ensanche Plantón • Santo Domingo, R.D.
• Ofc. Pres.: 809-227-0714 • Servicio al Usuario: 809-227-4080 • Sgo.: 809-724-4556
• Fax: 809-540-3540 • Email: ofsu@sisalril.gob.do • Website: www.sisalril.gob.do



República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

Resaltamos que este listado de requisitos es el resultado en un proceso de consenso y participación fruto de los encuentros sostenidos durante el mes de marzo del año en curso, en las instalaciones de esta Superintendencia con los siguientes actores del sistema: las ARS, PSS por asociación e independientes (ANDECLIP, centros privados de referencia y distribuidoras de suministro); IDOPPRIL y Ministerio de Salud Pública, a través de sus dependencias, la Dirección General de Habilitación y Acreditación (DGHA) y la Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS) y posterior intercambio de correos electrónicos donde quedó consignada la postura de cada participante.

La instrucción de la referida Resolución CNSS No. 563-01; los encuentros sostenidos y la postura de cada participante; así como la consulta y la revisión de los requisitos regulatorios establecidos por varias instituciones -dentro de los que destacan MISPAS/ DGII/ ONAPI/ CNE/ CMD/ CODOPSI/ CDO/ TSSI/ MESCOT-; junto a una revisión de los requerimientos actualmente solicitados; y la particularización de las obligaciones a cumplir según el tipo de PSS permitió definir los requisitos y estandarizar los criterios de contratación a ser requeridos a los diferentes tipos de PSS y a las ARS. Por lo que, esta Superintendencia procede a establecer los requisitos para la contratación entre los Prestadores de Servicios de Salud, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y el Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL). A saber:

1) Profesionales de la Salud (médicos, odontólogos y psicólogos)

- 1) Carta y/o formulario de solicitud de contratación firmado por la parte interesada y dirigida al departamento de contrataciones de la ARS/IDOPPRIL.
- 2) Copia de la cédula de identidad y electoral y RNC, según aplique
- 3) Copia del título de la universidad, título de la/s especialidad/es y/o subespecialidades, debidamente legalizado y reconocido por el Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCOT). Cuando sea un título de universidad extranjera deberá disponer de la legalización realizada por la MESCOT para documentos académicos extranjeros¹.

¹ Para la legalización de títulos de especialidades y subespecialidades que se realicen en un país que no forme parte del Convenio de La Haya, se deberán completar ante la MESCOT los pasos establecidos para tal fin, a saber: 1. Legalización del Ministerio de Educación en el país de procedencia; 2. Legalización del Ministerio de Relaciones Exteriores en el país de procedencia; 3. Legalización del Consulado de la República Dominicana en el país de procedencia; 4. Legalización de Relaciones Exteriores en la República Dominicana



• Av. 27 de Febrero No. 261 • Edificio SISALRIL • Ensanche Piantini • Santo Domingo, R.D.
• Ofic. Princ.: 809-227-0714 • Servicio al Usuario: 809-227-4050 • Sgo.: 809-724-0555
• Fax: 809-540-3640 • Email: ofu@sisalril.gob.do • Website: www.sisalril.gob.do

Página 2 de 6



República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

- 4) Copia del exequátur emitido por el Poder Ejecutivo.
- 5) Carta del Colegio Médico Dominicano (CMD), del Colegio Dominicano de Odontólogos o del Colegio Dominicano de Psicólogos (CODOPSI), según aplique.
- 6) Carta del colegio o de la sociedad médica especializada, en caso de que sea miembro.
- 7) Hoja de vida que contenga dirección, teléfono, correo electrónico, experiencia laboral y sus anexos.
- 8) Carta del o los centros donde presta servicios
- 9) Los profesionales de la salud que ofrecen servicios en un consultorio, sea este un establecimiento independiente, edificio profesional o plaza comercial deberán depositar copia de la certificación de habilitación de su consultorio emitida por el Ministerio de Salud Pública (MISPAS).
- 10) Especificar la vía por la que desea recibir los pagos (cheque o transferencia).
- 11) Copia del formulario para transferencia bancaria donde se indique el número y tipo de cuenta, a nombre de quien esté la misma, el cual debe coincidir con quien solicita el contrato o el de su representante legal. En este caso, el representante deberá depositar el poder de representación ante la ARS.
- 12) Constancia (copia de contrato o factura) de que dispone de mecanismos para reporte de servicios a través de internet y teléfono.
- 13) Copia de certificado de habilitación y de cartera de servicios habilitados junto a la propuesta de tarifario.
- 14) Copia de la póliza de responsabilidad civil.

Los profesionales que se constituyen como empresa individual de responsabilidad limitada, deberán completar los requisitos requeridos para los PSS de tipo Institucional. Deberá completar, además, el proceso de habilitación correspondiente para el consultorio, aún se encuentre dentro de otro PSS de tipo institucional.

II) Prestadores de Servicios de Salud Institucionales.

- 1) Carta de solicitud de contratación y/o formulario de la parte interesada dirigida al Departamento de contrataciones de la ARS/DOPPRIL.
- 2) Copia de la certificación de habilitación vigente, emitida por el Ministerio de Salud Pública, con el nivel de complejidad para el que fue habilitado.
- 3) Copia de la cartera de servicios habilitada².

² Las novedades en la cartera de servicio del PSS deben ser notificadas y solicita la actualización de los mismos a la DGH del MISPAS.





República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

- 4) Propuesta de tarifario de servicios habilitados, elaborada por la PSS.
- 5) Copia del certificado de Registro Nacional de Contribuyente (RNC).
- 6) Copia vigente del certificado de Registro Mercantil.
- 7) Copia del registro o certificación de la Oficina Nacional de la Propiedad Industrial (ONAPI) (vigente).
- 8) Tipo y número de cuenta bancaria, a nombre de la institución o su representante legal (debe coincidir con quien solicita el contrato o su representante legal) y/o formulario de transferencia si aplica.
- 9) Asamblea General/ Acta del Consejo o Poder donde se haga constar quienes son los Gerentes, Administradores o representantes legales del centro de salud o institución.
- 10) Copia de la certificación emitida por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), donde se haga constar que se encuentra al día en el cumplimiento de sus obligaciones.
- 11) Copia de cédula y/o pasaporte del representante o propietario del PSS, según aplique, avalado por el consejo directivo o el acta de asamblea.
- 12) Lista de recurso humano que contenga personal administrativo y técnico, con los contactos.
- 13) Dirección (ubicación exacta), correo electrónico, y constancia de que dispone de mecanismos para reporte de servicios a través de internet y teléfono³.
- 14) Copia de certificado o aval de trámite emitido por la Comisión Nacional de Energía, aplica para los centros con servicios de imágenes.
- 15) Fotografía de la planta física de los centros.
- 16) Expediente en formato físico y/o digital de los médicos generales y especialistas que conforman el Staff (con su nombre, copia de cédula, de exequátur, de título que le acredite como médico, de la certificación de especialidad o especialidades, número de colegiación del CMD, carta de la sociedad especializada a la que pertenece, según aplique)⁴.
- 17) Copia de póliza de Responsabilidad Civil.

III) **Requisitos específicos y adicionales que deben cumplir los Establecimientos Farmacéuticos (farmacias, distribuidoras y laboratorios fabricantes)**

- 1) Copia de la certificación de habilitación emitida por el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS) que especifique la clasificación del

³ Los cambios de dirección y ubicación de las PSS deberán ser notificados y solicitada la actualización de la Habilitación al MESPAS.

⁴ La copia del Título de la Universidad, especialidad (es) y/o subespecialidades, deberán cumplir los requisitos del punto 3 de los profesionales independientes (debidamente legalizado y reconocido por el Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCYT). Cuando sea título de universidad extranjera deberá disponer de la legalización de la MESCYT de documentos académicos extranjeros.

AME
D



• Av. 27 de Febrero No. 251 • Edificio SISALRIL • Ensanche Piantini • Santo Domingo, R.D.
• Ofic. Princ.: 809-227-0714 • Servicio al Usuario: 809-227-4050 • Sigs.: 809-724-0556
• Fac: 809-540-3640 • Email: ofau@sisalril.gob.do • Website: www.sisalril.gob.do



República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

- establecimiento, tipo de actividad, categoría del producto, especificación de categoría y forma farmacéutica, según aplique.
- 2) Copia de cédula y/o pasaporte del propietario o regente farmacéutico de la institución, según aplique, avalado por el consejo directivo o acta de asamblea.
 - 3) Documento que avale el acceso a servicio de internet.
 - 4) Para PSS e instituciones farmacéuticas que dispensen medicamentos controlados, copia legible del certificado de inscripción de drogas controladas clase B, vigente.
 - 5) Copia de título del licenciado o doctor en farmacia, director técnico o regente farmacéutico y el licenciado químico, según aplique.
 - 6) Copia del exequátur del regente farmacéutico.
 - 7) Certificación de Buena Conducta emitido por la Procuraduría General de la República Dominicana a favor del propietario o del regente farmacéutico.
 - 8) Copia de los avales de libre venta, de buenas prácticas de: manufactura, certificado por el país de origen, almacenamiento y dispensación. Además, certificado de ventanilla única de comercio exterior.
 - 9) Copia de Registros Sanitarios de acuerdo a los productos comercializados.

Estos establecimientos Farmacéuticos también deberán cumplir con los requisitos generales de los PSS Institucionales, exceptuando los numerales 2), 3), 15) y 16).

IV) Requisitos particulares a cumplir según el tipo de PSS

- 1) Los Hospitales de la Red Pública deberán depositar copia de la designación del director o gerente médico.
- 2) Los PSS que quieran contratar con ARS de autogestión vinculadas a entidades de intermediación financiera deberán completar el formulario solicitado por estas, por ser sujetos obligados conforme a la Ley de Lavado de Activos.
- 3) Los PSS que sean Asociaciones Sin Fines de Lucro (ASFL) deberán depositar copia certificada de los estatutos sociales y de la resolución de incorporación.
- 4) Para contratar con las ARS públicas, las PSS deben poder emitir número de comprobante fiscal gubernamental (formulario B15); y deben contar con su Número de Proveedor del Estado (RPE).

Página 5 de 6



• Av. 27 de Febrero No. 261 • Edificio SISALRIL • Ensanche Piantini • Santo Domingo, R.D.
• Ofc. Princ.: 809-227-0714 • Servicio al Usuario: 809-227-4050 • Sigo.: 809-724-0556
• Fax: 809-540-3640 • Email: pfau@sisalril.gob.do • Website: www.sisalril.gob.do



República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

- V) **Requisitos específicos para las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)**
- 1) Contar con una certificación emitida por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales que sirva de constancia del cumplimiento regulatorio establecido para operar en el Sistema Dominicano de Seguridad Social, misma que podrá ser entregada en copia por ARS/IDOPPRIL a solicitud del PSS.
 - 2) El PSS podrá solicitar a la SISALRIL una documentación que de constancia de la solvencia financiera de la ARS/IDOPPRIL con quien se tiene la intención de contratar.
 - 3) La ARS/IDOPPRIL que requiera contratar de manera directa un PSS institucional o profesional de la salud, deberá remitir una carta de solicitud de contratación dirigida a la Dirección o Gerencia Médica o al profesional que desee incluir en su red.

Finalmente, resaltamos que este listado es limitativo, por lo que las partes no podrán exigir el cumplimiento de otros requisitos adicionales para la contratación, salvo disposición legal o normativa que lo modifique y sea emitida por la SISALRIL, quien podrá solicitar a sus regulados informes de las novedades o programar seguimiento para verificar el cumplimiento de estas disposiciones con la periodicidad que estime necesaria.

Atentamente,

Dr. Jesús Ferrer Ig
Superintendente

JF/yc/nc/ap/au/am/ta/ta



Página 6 de 6



• Av. 27 de Febrero No. 261 • Edificio SISALRIL • Ensanche Piantini • Santo Domingo, R.D.
• Ofic. Princ.: 809-227-0714 • Servicio al Usuario: 809-227-4050 • Sigo.: 809-724-0556
• Fax: 809-940-3640 • Email: sfau@sisalril.gob.do • WebSite: www.sisalril.gob.do

