

ANEXO 1

ESTIMACIÓN DE LOS PER CÁPITA DIFERENCIADOS PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA DE LA POBLACIÓN CON HIPERTENSIÓN Y/O DIABETES. REGIMEN CONTRIBUTIVO

La estimación de los Per Cápita que se presentan en este anexo ha sido realizada para el Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo. Las correspondientes al Régimen Subsidiado serán realizadas con posterioridad, una vez el CNSS adopte las decisiones sobre la modificación parcial del catálogo del Plan Básico de Salud (actualmente PDSS) con la inclusión de las coberturas explícitas relacionadas con la estrategia de Atención Primaria de Salud, y defina los lineamientos básicos para su implementación.

La estructura de costos en el Régimen Subsidiado es diferente, debido a que la Red Única del Servicio Nacional de Salud combina aportes por la vía del Sistema Dominicano de Seguridad Social (subsidio a la demanda) con aportes por vía presupuestaria nacional (subsidios a la oferta) tales como el pago de personal, asignaciones monetarias fijas y otras, además de mecanismos diferentes de acceso a insumos básicos, como por ejemplo el PROMESE/CAL en el campo de medicamentos esenciales.

Las estimaciones de esta Nota Técnica constituyen una aproximación al impacto financiero en el Régimen Contributivo de la propuesta sobre Atención Primaria de Salud y Primer nivel de Atención en su totalidad. Es un aporte para que el honorable CNSS pueda valorar la factibilidad financiera de la misma. Estas estimaciones deberán ser ajustadas en caso que las decisiones conlleven modificaciones en la misma.

Como se ha señalado, la propuesta asume la Atención Primaria de la Salud como una estrategia para el desarrollo de las redes de servicios contratadas por las ARS, en forma articulada y por niveles de complejidad, y como un conjunto de prestaciones garantizadas para los afiliados al Seguro Familiar de Salud, con énfasis en la promoción de la vida saludable y la prevención de problemas prioritarios de salud, y en la incorporación a las redes de PSS de establecimientos de Primer Nivel de Atención y Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria de enfermedades crónicas de mayor frecuencia, comenzando con la Hipertensión Arterial y la Diabetes. En ambos casos se trata de atenciones predominantemente servidas por equipos interprofesionales.

Se propone que la contratación de estos PSS sea predominantemente por capitación, es decir una tarifa preestablecida por cada familia adscrita a un establecimiento o servicios de primer nivel y por cada afiliado inscrito en los servicios de prevención secundaria y terciaria; y que incorpore incentivos que estimulen la calidad y la integralidad de las atenciones, y el alcance de metas y resultados. Así mismo, se considera que el acceso a estos PSS debe estar libre de barreras vinculadas a la capacidad de pago, y que todas las atenciones, incluyendo los procedimientos incluidos en los protocolos y guías clínicas de atención integral, y los medicamentos incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales

definido por el Ministerio de Salud Pública, incluidos en el catálogo del PDSS, sean servidos sin copagos ni cuotas moderadoras.

En este anexo se describen los elementos que se utilizaron para determinar el valor per cápita adicional necesario en el Régimen Contributivo para otorgar las coberturas del Primer Nivel de Atención para toda la población afiliada al Seguro Familiar de Salud en el Régimen Contributivo, sin copago y sin límite de cobertura; y del Per Cápita necesario para que las ARS gestionen el riesgo de garantizar las coberturas correspondientes al Primer Nivel de Atención y a la Prevención Secundaria y Terciaria, de la población afiliada diagnosticada con Hipertensión Arterial y/o Diabetes, mediante la contratación de los PSS correspondientes, considerando además el establecimiento de incentivos a los PSS por metas y resultados y los gastos administrativos.

Se propone que con base en estos cálculos se establezcan Per Cápitas diferenciados para las coberturas del Primer Nivel y para las de Prevención Secundaria y Terciaria, debido a que su gestión resulta cualitativamente diferente a otros niveles de complejidad de las redes de PSS, y su monitoreo y evaluación resulta indispensable para el logro de los resultados esperados. Se propone también la especialización de un Fondo para la Atención Primaria y otro para Programas Especiales de Salud Pública, en la Cuenta de Cuidados de la Salud de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), para mejor garantía del logro de los objetivos planteados en la propuesta.

1. ESTIMACIÓN DEL PER CAPITA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Prestaciones del Primer Nivel de Atención y per cápita diferenciado estimado.

El catálogo de cobertura del Primer Nivel que se propone fue estructurado con base en los protocolos y guías clínicas vigentes, revisión de experiencias nacionales e internacionales y consultas con Sociedades Médicas Especializadas más directamente relacionadas.

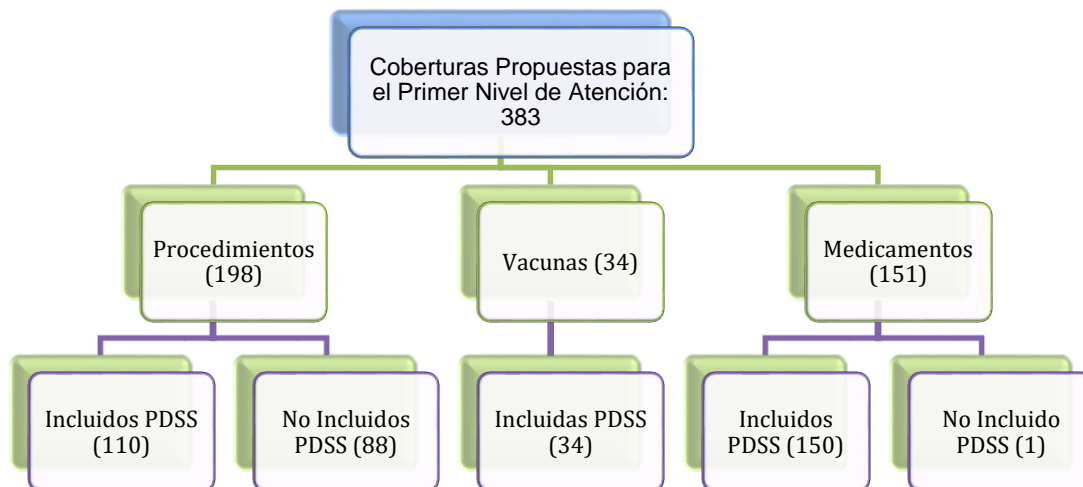
Dicho Catálogo contiene **383** coberturas clasificadas según sexo y grupo de edad de la población afiliada a la que son dirigidas. Comprende **198 procedimientos, 34 vacunas y 151 medicamentos.**

De las 383 coberturas costeadas, **294 se encuentran actualmente incluidas en el PDSS y se propone agregar al catálogo las 89 restantes**, todas para ser otorgadas en el Grupo 1. (Véase Diagrama 1 y **Anexo 1A**):

- a) De los **198 procedimientos, 110 ya están incluidos en el PDSS actual y 88 no están incluidos.**
- b) El total de vacunas ya están incluidas en el PDSS.
- c) Los medicamentos están incluidos en el PDSS salvo un medicamento.

Diagrama 1. República Dominicana.

Total de Coberturas en la Propuesta Atención Primaria en el Primer Nivel de Atención según tipo de cobertura y pertenencia actual al PDSS.



Las coberturas anteriormente descritas estarían garantizando la atención integral, según la edad y el sexo de la población afiliada, de acuerdo con el grupo etario al que pertenezcan: De 0-28 días; de 29 días a 11 meses 29 días; de 1 a 4 años 11 meses y 29 días, de 5 a 9 años 11 meses y 29 días, de 10 a 19 años 11 meses y 29 días, de 20 a 64 años 11 meses y 29 días, y de 65 años y más.

Cada una de las coberturas fue costeadas con las siguientes premisas:

- El acceso a los servicios de Primer Nivel no tiene copago ni cuota moderadora (fija o variable).
- Si se trata de medicamentos con ciclo de otorgamiento continuo, se garantiza el ciclo de su utilización.
- Las vacunas incluidas en el Programa Nacional de Inmunizaciones (PAI) y los medicamentos para el control de la Tuberculosis, se otorgan de acuerdo con las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

Estimación del Per cápita de las Prestaciones propuestas para el Primer Nivel de Atención. Régimen Contributivo.

La estimación del Per Cápita Diferenciado para la Atención Primaria en el Primer Nivel de Atención que respalde la cobertura de los procedimientos y servicios requeridos, se realizó utilizando varios métodos según la fuente de información:

- a) Para las coberturas actualmente incluidas en el PDSS, se utilizó la información que las Administradoras de Riesgos de Salud reportan sobre coberturas otorgadas y pagadas en el Esquema 35, con excepción de las vacunas. Así también, para algunas prestaciones que no están incluidas en el PDSS, pero sí se otorgan vía los Planes Alternativos de Salud Complementarios.
- b) Las vacunas fueron costeadas con base en las informaciones suministradas por el Programa Ampliado de Inmunización; y los medicamentos para el control de la Tuberculosis con base a informaciones del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, ambos considerando tanto la población objetivo a la que va dirigida cada vacuna y medicamento, como su precio.
- c) Para aquellas coberturas que actualmente están fuera del PDSS, se tomaron precios de mercado y utilización, de acuerdo con experiencias nacionales e internacionales.
- d) Con relación a los medicamentos ambulatorios, tanto para el Primer Nivel de Atención como para la Prevención Secundaria y Terciaria, se estimó sobre la base de su entrega en Farmacias, sin copago, ni topes, considerando la recurrencia y los esquemas de utilización, así como el precio de mercado y el pagado por las ARS, en algunos casos.

A continuación se explica la forma en que se llegó al Per cápita que garantiza el acceso a las coberturas de Atención Primaria en el Primer Nivel de Atención.

Primer Nivel de Atención coberturas que ya se otorgan en el PDSS (Coberturas fuente Esquema 35)

En primer lugar se creó una relación con el total de las coberturas únicas incluidas en el Catálogo del Primer Nivel de Atención: 198 procedimientos, 34 vacunas y 151 medicamentos por principio activo.

Se costearon **257 coberturas**, vía la utilización reportada en el Esquema 35, tomando como base su frecuencia de utilización observada en los procedimientos otorgados en el Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud, ajustando el resultado a una población esperada. Los precios corresponden a lo pagado por las ARS para dichas coberturas, utilizando una técnica estadística que se apoya en el análisis de comparación de medias, en este caso, **el valor pagado por la ARS.**

Luego se procedió a agrupar, según las coberturas incluidas en la propuesta, todos los registros reportados a través del Esquema 35, del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo para el período de Enero 2013 hasta Diciembre 2017, a nivel de afiliado, sexo, edad, el código de cobertura y año de cobertura, generándose una base de datos con **74,434 registros**; con dicha base fue posible identificar la cantidad de veces que fue otorgada cada cobertura, los valores pagados por las mismas sin el copago y el copago previsto en el actual PDSS, de acuerdo al subgrupo de atención donde fueron otorgadas, considerando **únicamente las atenciones de origen ambulatorio**.

Frecuencia de uso anual: Luego de haber creado la tabla con las coberturas del catálogo y el detalle de los afiliados que las utilizaron, se procedió a estimar la probabilidad de uso anual según sexo, edad y cobertura, que se obtiene dividiendo la cantidad de afiliados únicos que utilizaron por lo menos una cobertura entre la suma de los afiliados expuestos promedio; también se estimó la concentración de utilización anual, que es la cantidad de veces que el afiliado promedio utilizó un servicio, la cual se obtiene dividiendo el total de servicios utilizados entre la cantidad de afiliados únicos que utilizaron la cobertura en ese año.

Finalmente, la frecuencia de uso anual fue calculada multiplicando **la probabilidad de uso anual** por la concentración de utilización anual (**recurrencia**). (Véase Ejemplo en el Cuadro 1).

$$\text{Frecuencia de uso anual} = \text{Probabilidad de uso anual} * \text{Concentración de Utilización anual}$$

Cuadro 1.

Ejemplo de frecuencia de uso

Período Cobertura	Regimen	Sexo	Edad	N° de Cobertura	Nombre de Cobertura	(a)	(b)	(c)	(d) = (a) / (c)	(e) = (b) / (a)	(f) = (d) * (e)
						Afiliados Unicos Atendidos	Total de Servicios	Expuestos Promedio	Probabilidad de Uso Anual	Utilizacion Anual	Frecuencia de Uso Anual
2013 RC	F	0	597	HEMOGRAMA III	14,819	27,242	18,886	0.7846	1.84	1.44	
2014 RC	F	0	597	HEMOGRAMA III	16,354	30,786	19,750	0.8281	1.88	1.56	
2015 RC	F	0	597	HEMOGRAMA III	17,888	33,421	19,814	0.9028	1.87	1.69	
2016 RC	F	0	597	HEMOGRAMA III	20,137	38,104	22,102	0.9111	1.89	1.72	
2017 RC	F	0	597	HEMOGRAMA III	16,221	28,558	24,197	0.6704	1.76	1.18	

La frecuencia de uso seleccionada para la estimación del per cápita, para cada cobertura de acuerdo a la edad y el sexo, fue **la mediana de los cinco años incluidos en el periodo de estudio**, para el ejemplo mostrado en el Cuadro 1 la frecuencia de uso utilizada sería 1.56.

Monto Medio pagado por ARS por servicio: Se calcula dividiendo el Monto Total Pagado por la ARS (con las condiciones actuales del PDSS) entre la cantidad de servicios otorgados. Para la estimación de este Monto Medio Pagado por la ARS no se incluye el monto correspondiente a los esquemas de copagos establecidos en el PDSS actual.

Monto Medio Total pagado por servicio: Se calcula dividiendo el Monto Total que se pagaría absorbiendo (incluyendo) el esquema de copagos actual, entre la cantidad de servicios otorgados. Para estimar este Monto se sumó al Monto Pagado por las ARS, el copago establecido actualmente.

Monto Medio pagado por la ARS= Monto Pagado ARS / Cantidad de Servicios

Monto Medio pagado total = (Monto Pagado ARS + Copago) / Cantidad de Servicios

Cuadro 2. Ejemplo del Cálculo del Monto Medio y Monto Medio al 100%

				(a)	(b)	(c)	(d) = (b)/(a)	(e) = (c)/(a)		
Periodo	Regimen	Sexo	Edad	N° de Cobertura	Nombre de Cobertura	Total de Servicios	Total Pagado	Total Pagado al 100%	Monto Medio	Monto Medio 100%
2013 RC		F	0	597	HEMOGRAMA III	27,242	3,788,097	4,856,534	139.05	178.27
2014 RC		F	0	597	HEMOGRAMA III	30,786	4,913,200	6,298,975	159.59	204.61
2015 RC		F	0	597	HEMOGRAMA III	33,421	4,820,978	6,180,741	144.25	184.94
2016 RC		F	0	597	HEMOGRAMA III	38,104	5,386,155	6,905,328	141.35	181.22
2017 RC		F	0	597	HEMOGRAMA III	28,558	3,945,974	5,058,941	138.17	177.15
2013 RC		F	1	597	HEMOGRAMA III	46,769	6,351,190	8,142,552	135.80	174.10
2014 RC		F	1	597	HEMOGRAMA III	44,459	6,779,090	8,691,141	152.48	195.49
2016 RC		F	1	597	HEMOGRAMA III	57,972	7,790,972	9,988,426	134.39	172.30
2014 RC		F	5	597	HEMOGRAMA III	23,467	3,524,213	4,518,222	150.18	192.54
2016 RC		F	5	597	HEMOGRAMA III	30,818	4,090,259	5,243,922	132.72	170.16
2017 RC		F	5	597	HEMOGRAMA III	21,834	2,869,958	3,679,434	131.44	168.52
2014 RC		F	10	597	HEMOGRAMA III	15,790	2,393,977	3,069,202	151.61	194.38
2017 RC		F	10	597	HEMOGRAMA III	11,996	1,571,227	2,014,394	130.98	167.92
2013 RC		F	15	597	HEMOGRAMA III	15,326	2,189,433	2,806,966	142.86	183.15
2014 RC		F	15	597	HEMOGRAMA III	15,648	2,346,483	3,008,312	149.95	192.25
2015 RC		F	15	597	HEMOGRAMA III	19,099	2,683,684	3,440,620	140.51	180.15
2016 RC		F	15	597	HEMOGRAMA III	19,560	2,670,869	3,424,191	136.55	175.06
2017 RC		F	15	597	HEMOGRAMA III	13,945	1,866,058	2,392,381	133.82	171.56
2014 RC		F	20	597	HEMOGRAMA III	24,526	3,851,523	4,937,850	157.04	201.33
2017		F	20	597	HEMOGRAMA III	25,783	3,739,518	4,794,254	145.04	185.95

El Monto Medio seleccionado para la estimación del per cápita de cada cobertura fue la mediana de los montos medios estimados por edad, sexo y año del periodo de estudio; se consideró que el precio de las atenciones del primer nivel no debe de verse afectado por la edad o el sexo de los afiliados que demanden la atención, **dado su carácter ambulatorio**. (Véase Cuadro 2).

Población expuesta: Una vez estimada la frecuencia de uso anual para las coberturas incluidas en el catálogo de primer nivel, se proyectó la demanda esperada de servicios durante el periodo de un año a ser otorgados de acuerdo a una población estimada en el Régimen Contributivo de **4,500,000** de afiliados.

Para obtener la población expuesta por grupos de edad y sexo, a los 4,500,000 se le aplico la distribución poblacional que a marzo del 2018 tiene la población afiliada al Régimen Contributivo.

Servicios Esperados en el año: Una vez obtenida la Población Expuesta y utilizando la Frecuencia de Uso estimada para cada grupo de edad, sexo y cobertura se estiman los Servicios Esperados en el Año como el producto de ambos componentes.

Servicios Esperados en el Año = Población Expuesta * Frecuencia de Uso

Gasto Esperado Cubierto por la ARS (por cobertura PDSS): Se calcula multiplicando la demanda esperada de servicios por el Monto Medio pagado por ARS según el PDSS actual

(sin incluir el copago actual). Es decir, el valor del Gasto Esperado que, de no absorberse el copago actual, la ARS pagaría con el per cápita que hoy se dispersa.

$$\text{Gasto Esperado Cubierto por la ARS (PDSS actual)} = \text{Demanda esperada de Servicios} * \text{Monto Medio pagado por la ARS (Precio)}$$

Gasto Esperado Total (por cada cobertura): De manera similar, el Gasto Esperado Total, por sexo y edad, se calcula multiplicando la demanda esperada de servicios por el Monto Medio Total pagado.

$$\text{Gasto Esperado Total} = \text{Demanda de Servicios} * \text{Monto Medio al 100\% (Precio con Copago)}$$

Cuadro 3. Ejemplo de estimación del Gasto Esperado Cubierto por el PDSS y el Gasto Esperado Total

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(a)*(d)	(f) = (e) * (b)	(g) = (e) * (c)		
Sexo	Edad	Cobertura	Frecuencia de Uso Anual	Monto Medio	Monto Medio al 100%	Población Expuesta Promedio	Servicios Esperados en el Año	Gasto Esperado Cubierto PDSS	Gasto Esperado Total
F	0	HEMOGRAMA III	1.56	141	181	28,859	44,986	6,340,017.16	8,128,227.12

Para la estimación del Per cápita mensual para cubrir las 257 coberturas incluidas en el catálogo de servicios del Primer Nivel de Atención, con información reportada por las ARS a través del esquema 35, se utilizó la estimación del Gasto Esperado Cubierto por ARS (por el PDSS actual) y el Gasto Esperado Total, por grupo etario, entre la Población Estimada (4,500,000).

$$\text{Per Cápita Cubierto PDSS} = \text{Gasto Esperado Cubierto por el PDSS} / \text{Población Estimada}$$

$$\text{Per Cápita Requerido} = \text{Gasto Esperado Total} / \text{Población Estimada}$$

Para cada combinación de utilización de sexo y edad de las **257 coberturas**, se tiene estimada: frecuencia de utilización, monto promedio pagado (cubierto por el actual PDSS), monto promedio pagado TOTAL (incluyendo copagos) y por ende su Gasto Esperado Cubierto por el PDSS y el Gasto Esperado Total, **así como el porcentaje del per cápita total requerido que absorbe cada combinación.**

El valor Per cápita requerido para garantizar las 257 coberturas conformadas por 147 procedimientos y 110 fármacos es de **RD\$ 207.15** por mes por afiliado, de los cuales **RD\$167.43** por mes por afiliado ya estarían cubiertos por el Per cápita Actual Dispersado en el Régimen Contributivo.

En el Cuadro 4 se puede observar la distribución del Per cápita cubierto por el PDSS, así como el Per cápita requerido, de acuerdo a la ponderación porcentual que le corresponde a cada grupo etario.

Con base en el **Per Cápita Requerido (ponderado)**, que considera la solidaridad del sistema, se procedió a estimar cuánto sería necesario aumentar en adición a lo actualmente cubierto por el PDSS del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, **para poder garantizar las 257 coberturas del catálogo del primer nivel de atención sin copago y sin cuota moderadora variable o fija, garantizando la utilización de medicamentos ambulatorios sin límite máximo de cobertura y su ciclo de utilización anual el Per cápita Adicional es de RD\$39.72.**

Per Cápita Requerido Adicional (Exceso no Cubierto) =

Per Cápita Requerido – Per Cápita Cubierto por el PDSS

Cuadro 4. República Dominicana. Régimen Contributivo. Estimación del Per Cápita para el Primer Nivel de Atención. Sin copago, sin cuota moderadora fija o variable.

257 Coberturas que están incluidas en el PDSS actual.

Grupos de edad	Población Expuesta	Gasto Esperado Total Anual	Gasto Esperado Cubierto por el PDSS. Anual	Gasto Esperado por Cubrir. Anual	Per Cápita Requerido Total Mensual	Per Cápita Requerido Cubierto Mensual	Per cápita Requerido Adicional Mensual
Total General	4,500,000	11,185,993,757	9,041,190,819	2,144,802,939	207.15	167.43	39.72
0 años	58,528	213,416,278	173,260,565	40,155,713	3.95	3.21	0.74
1 - 4 años	336,257	767,641,632	614,690,085	152,951,547	14.22	11.38	2.83
5 - 9 años	425,700	571,424,955	458,820,704	112,604,251	10.58	8.50	2.09
10 - 19 años	746,263	973,706,436	781,952,001	191,754,434	18.03	14.48	3.55
20 - 64 años	2,708,969	7,663,406,276	6,194,824,524	1,468,581,752	141.91	114.72	27.20
65 años y mas	224,283	996,398,180	817,642,939	178,755,241	18.45	15.14	3.31

Fuente: SISALRIL. Cálculos propios a partir de la información de las ARS reportada en el Esquema 35.

Coberturas costeadas con base en precios de mercado

En 33 coberturas que son de nueva inclusión y en 29 fármacos de uso continuo que ya están incluidos en el actual PDSS, se utilizó el precio de mercado (Nacional e Internacional) y una ponderación de la frecuencia de uso de estas coberturas. A continuación se detalla la fuente.

- 1) Para 18 procedimientos de nueva inclusión se tomó como base las frecuencias de uso estimadas y los precios comerciales del estudio de SANIGEST 2016, haciendo énfasis en las coberturas de consulta domiciliaria general, consulta domiciliaria por

enfermería y educación; obteniéndose un Per Cápita adicional Requerido mensual por afiliado de **RD\$ 0.22**.

- 2) Para los otros 15 procedimientos de nueva inclusión se utilizaron los precios internacionales indexados y la frecuencia de uso en experiencias internacionales (Colombia) aplicada a una población esperada de cuatro millones y medio de afiliados, obteniéndose un Per Cápita adicional Requerido de **RD\$ 7.08** mensual por afiliado.

- 3) Para la estimación del costo de cubrir los 29 fármacos por principio activo, incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos, se consideró una utilización continua programada, es decir, se garantiza su ciclo de utilización anual, de acuerdo a las patologías a tratar y los costos de mercado, obteniéndose un Per Cápita Requerido mensual por afiliado de **RD\$ 2.04**; de los cuales ya estaría cubierto **RD\$1.41** mensual por afiliado por la dispersión del PDSS actual.

En el Cuadro 5, el gasto esperado cubierto de **RD\$76,403,331.64** es la parte a cargo del PDSS del gasto esperado total para garantizar el uso continuo de los **29 fármacos identificados**.

Para las 23 coberturas que se adicionan al PDSS, no se considera un gasto esperado cubierto, por lo cual solamente se considera su gasto esperado total.

Cuadro 5. República Dominicana. Régimen Contributivo. Estimación del Per Cápita de

Medicamentos de uso continuo y de Coberturas de nueva inclusión. RD\$

Concepto	Coberturas	Población Esperada	Gasto Esperado Total Anual	Gasto Esperado Cubierto por el PDSS. Anual	Gasto Esperado por Cubrir Anual	Per Cápita Requerido Total Mensual	Per Cápita Requerido Cubierto Mensual	Per cápita Requerido Adicional Mensual
Total General	62	4,500,000	504,411,690.40	76,403,331.64	428,008,358.76	9.34	1.41	7.93
Medicamentos de Uso Continuo	29	4,500,000	110,122,717.17	76,403,331.64	33,719,385.53	2.04	1.41	0.62
Coberturas de Nueva Inclusión	33	4,500,000	394,288,973.23	-	394,288,973.23	7.30	0.00	7.30

Cobertura de vacunación e inoculación profiláctica y Fármacos para tratamiento de la Tuberculosis.

Las cobertura de “Vacunación e inoculación profiláctica contra ciertas enfermedades inmunoprevenibles”, se realizaron las estimaciones con base en la cantidad de dosis requeridas de vacunas a ser dispensadas a la población esperada, tomando en consideración las informaciones y los criterios del “Programa Ampliado de Inmunización” (PAI).

Con los datos del PAI, se modeló la matriz de utilización de cada cobertura, de acuerdo con el grupo de población de impacto, tomando en cuenta el sexo y la edad. Los precios que se asumieron fueron los suministrados por **el Ministerio de Salud Pública**.

Adicionalmente, se estimó un costo por la aplicación de cada vacuna y se calculó con base en la cantidad de dosis requeridas por afiliado, proyectando el resultado a una población de **4,500,000** afiliados, obteniéndose un Per cápita requerido mensual por afiliado de **RD\$ 10.30 incluyendo la aplicación de la Vacuna**.

En el caso de los Medicamentos para el tratamiento de la Tuberculosis, se tomaron en cuenta 4 principios activos: RIFAMPICINA, ISONIAZIDA, PIRAZINAMIDA y ETAMBUTOL. Según las estimaciones del Ministerio de Salud los casos en el esquema de tratamiento de primera línea sensible esperados serían 5,000 por año para la población nacional en la República Dominicana. Por lo que se estimaron los casos esperados en el Régimen Contributivo sobre la base de una población de **4,500,000** afiliados y el costo del tratamiento por paciente de RD\$1,215.00; con estos elementos se estima un per cápita mensual requerido de **RD\$0.05, este valor** ya está considerado en la estimación de los **RD\$167.43 Per Cápita Requeridos Mensual Cubierto por el Per Cápita actual en el RC para otorgar las 257 coberturas** por lo que los **RD \$ 0.05** solo se visualizarían para su canalización al Fondo de Programas Especiales de Salud Pública.

El **Per Cápita Requerido** mensual estimado necesario para garantizar las 20 Vacunas incluidas en el PAI que están asociadas a 34 coberturas incluidas en actual PDSS y los medicamentos para el Tratamiento de la Tuberculosis, así como para la aplicación es de **RD\$10.35 de los cuales RD\$9.79 están cubiertos y RD\$0.56 serían parte del Per Cápita Requerido Adicional Mensual que específicamente es el valor que ampara la aplicación de las mismas**.

Por lo que de aceptarse la propuesta de crear el Fondo de Programas Especiales de Salud Pública, la TSS deberá dispersar **RD\$9.79 por afiliado por mes** por el mecanismo que se establezca, como valor Per cápita al Fondo de Programas Especiales de Salud Pública para la compra de vacunas y medicamentos Anti Tuberculosis por parte del Ministerio de Salud Pública. **Este per cápita ya está respaldado por el per cápita que se dispersa actualmente. (Véase Cuadro 6).**

Cuadro 6.

República Dominicana. Régimen Contributivo. Estimación del Per cápita de Vacunas y Medicamentos para el tratamiento de la Tuberculosis.

Coberturas	Monto estimado Anual	Per Cápita Requerido Anual	Per Cápita Requerido Mensual	Per Cápita Requerido Cubierto Mensual	Per Cápita Requerido Adicional Mensual
24	495,400,870.51	124.19	10.35	9.79	0.56
20	492,667,120.51	123.58	10.3	9.74	0.56
4	2,733,750.00	0.61	0.05	0.05	0

Resumen del Per cápita Diferenciado Requerido para el Primer Nivel de Atención

El **Per Cápita Requerido mensual de riesgo** para garantizar las coberturas del Catálogo de Primer Nivel de Atención se estimó en **RD\$226.79**, el cual es el resultado de **RD\$207.15** que respalda las 257 Coberturas incluyendo medicamentos en general y los medicamentos para tratamiento de Tuberculosis) más **RD\$9.34** de 62 coberturas costeadas con base en los precios de Mercado y **RD\$10.30** de las coberturas de Vacunas. De este Per Cápita Requerido total, bajo el esquema actual de Coberturas del PDSS, **RD\$ 178.58** pesos por afiliado por mes **ya** se encuentran respaldados por el Per cápita mensual que hoy se les dispersa a las ARS.

En consecuencia, para llegar al **Per Cápita Requerido Mensual de Riesgo de RD\$226.79** para cubrir las prestaciones del Primer Nivel de Atención, según el modelo propuesto, sería necesario dispersar a las ARS un **Per Cápita Requerido Adicional de RD\$48.21** mensual por afiliado. A este valor se le llama **Per Cápita Requerido Adicional Mensual de Riesgo**.

Con los **RD\$48.21 adicionales por mes por afiliado**, se respaldaría la absorción del Copago, las coberturas de nueva inclusión y la normalización en la utilización; **así como la garantía de los medicamentos de uso continuo en el Primer Nivel de Atención sin límite máximo de cobertura, apegado a la utilización de un ciclo anual, el Esquema de Vacunas y los Medicamentos para Tuberculosis.**

Si se incluye el 10% de Gastos de Administración el otorgamiento del Paquete de Coberturas del Primer Nivel de Atención se estima en **RD\$ 251.99 por afiliado por mes el Per Cápita Requerido Mensual**. De los cuales **RD\$ 198.42** ya se estarían cubriendo con el per cápita actual en el Régimen Contributivo y **RD\$ 53.57** sería por efecto de aumento del Per cápita, **a este último le llamamos Per Cápita Requerido Adicional con Gastos Administrativos.** (Véase Cuadro 7).

Cuadro 7. República Dominicana. Régimen Contributivo. Estimación del Per Cápita Requerido mensual.

Primer Nivel de Atención. RD\$

Concepto	Per Cápita Requerido Total	Per Cápita Requerido Cubierto	Per cápita Requerido Adicional
Primer Nivel de Atención Prima de Riesgo sin GA	226.79	178.58	48.21
Primer Nivel de Atención Prima de Riesgos con GA.	251.99	198.42	53.57

En el Cuadro 8, se presenta la distribución del Per Cápita Diferenciado Requerido, Per Cápita **Diferenciado** Requerido Cubierto y Per Cápita **Diferenciado** Requerido Adicional por tipo de Cobertura sin Gastos de Administración.

Cuadro 8. República Dominicana. Régimen Contributivo. Estimación del Per Cápita

Primer Nivel de Atención por tipo de Cobertura. (No incluye Gastos de Administración).

Tipo de Cobertura	Per Cápita Requerido Total	Per Cápita Requerido Cubierto	Per cápita Requerido Adicional
Total	226.79	178.58	48.21
Primer Nivel de Atención Consultas	54.34	47.10	7.24
Primer Nivel de Atención Procedimientos	124.59	95.37	29.22
Primer Nivel de Atención Vacunas	10.30	9.74	0.56
Primer Nivel de Atención Tratamiento para Tuberculosis	0.05	0.05	0.00
Primer Nivel de Atención para Medicamentos	37.51	26.33	11.19

ESTIMACION DEL PER CÁPITA DE LAS PRESTACIONES PROPUESTAS PARA PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA, PARA HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES

Para la población de la República Dominicana, tomando como base los protocolos de atención médica vigentes y el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales 2015, ambos emitidos por el Ministerio de Salud Pública, y, en la medida de lo posible, apegándose a las recomendaciones internacionales, la SISALRIL elaboró un inventario de Procedimientos y Medicamentos requeridos para la Prevención Secundaria y Terciaria, y tratamiento de Hipertensión Arterial y de la Diabetes. **Este** inventario incluye 146 coberturas específicas, 59 para Hipertensión y 87 para Diabetes.

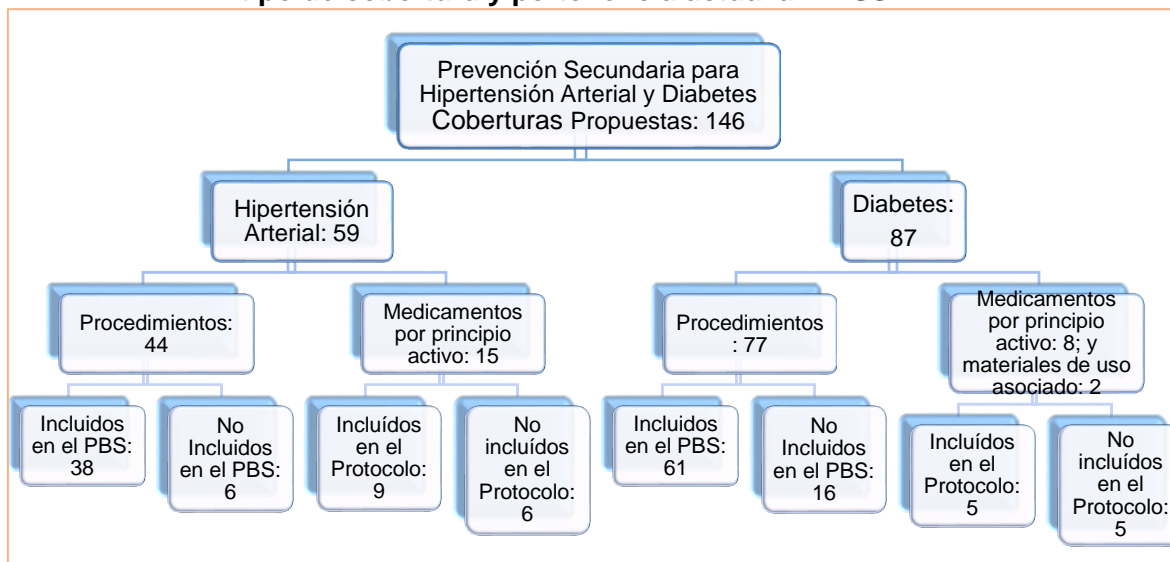
En estas 146 coberturas hay 121 procedimientos, 23 medicamentos y 2 materiales de uso (solo para Diabéticos). Para la atención de la población con Hipertensión están asociados 44 procedimientos y 15 medicamentos. En la atención para la población con Diabetes son 77 procedimientos, 8 medicamentos y 2 materiales uso asociado. En la atención para los afiliados con ambas patologías hay 91 procedimientos, 21 medicamentos y 2 materiales de uso asociado.

De los 44 procedimientos para Hipertensión, 38 ya están incluidos en el PDSS y **6 serían de nueva incorporación**. Los 15 medicamentos propuestos ya están incluidos en el PDSS.

Para el padecimiento de Diabetes, de los 78 procedimientos, 61 ya están en el PDSS y se estarían incorporando **17 procedimientos**. Los 6 medicamentos ya están en el PDSS, se incluyen 2 insumos para el seguimiento de la enfermedad.

Para la atención de los afiliados con ambas patologías, de los 91 procedimientos, 72 ya están en el PDSS y se estarían incorporando 19 procedimientos. Los 21 medicamentos ya están cubiertos en el PDSS, se incluyen 2 insumos para el seguimiento de la Diabetes. Véase Diagrama 2.

Diagrama 2. República Dominicana. Total de Coberturas en la Propuesta Prevención Secundaria y Terciaria para Hipertensión Arterial y Diabetes según tipo de cobertura y pertenencia actual al PDSS



Para la estimación del per cápita que garantice la Prevención Secundaria y Terciaria para Hipertensión Arterial y Diabetes, se tuvieron que identificar tres elementos:

- La población que se estima padece de Hipertensión, Diabetes o ambas, y que debería ser objeto de atención dentro del Régimen Contributivo.
- La frecuencia de utilización de los procedimientos y los medicamentos, asociada a dicha población.
- La distribución de la probabilidad de uso de los medicamentos para una misma patología, es decir, la distribución de la población según la utilización de determinado medicamento.

2.1. Población afiliada al Régimen Contributivo según su condición de Hipertensión, Diabetes e Hipertensión y Diabetes. POBLACIÓN DE REFERENCIA.

Para estimar la población que al día de hoy se tiene identificada con Diabetes, Hipertensión y/o Diabetes e Hipertensión (**POBLACIÓN DE REFERENCIA**), se procedió de manera inicial a analizar la información de la utilización de los medicamentos de diabetes y de hipertensión en dos etapas:

- A partir de las coberturas de medicamentos otorgadas y reportadas por las ARS (E35), asociadas a cada una de los afiliados y afiliadas durante el período 2013 a 2017, se pudo identificar a una población que utiliza de manera sistemática dichos

medicamentos. Los códigos de cobertura utilizados fueron por principio activo y los homologados en noviembre 2015. La población afiliada se clasificó en Diabético, si solo utilizaba medicamentos asociados a Diabetes; en Hipertensos, si sólo utilizaba medicamentos asociados a Hipertensión; y en Diabéticos e Hipertensos sí utilizaba ambos tipos de medicamentos, aunque no fuera en el mismo año de cobertura.

- b) Por otra parte, se buscaron los diagnósticos reportados por las ARS (Esquema 36) en el periodo 2016 a la fecha, con lo cual se obtuvo la identificación de población reportada como Diabética y como Hipertensa.
- c) Una vez obtenidos los NSS de las poblaciones identificadas mediante los procedimientos antedichos, se cruzaron las informaciones y se determinó la población Diabética, Hipertensa y Diabética-Hipertensa.

La Diabética si tenía el diagnóstico y/o si solo utilizaba los medicamentos asociados a Diabetes aunque no estuviera diagnosticada.

La Hipertensa si tenía el diagnóstico y/o si solo utilizaba los medicamentos aunque no estuviera diagnosticada.

La Hipertensa-Diabética se obtuvo al validar el diagnóstico (en un momento tenía diagnóstico de Hipertensión y en otro Diagnóstico Diabético) y/o la combinación de medicamentos que utilizaba.

A la población así obtenida, la llamaremos Población de Referencia, cuya estructura de utilización sirve de base para establecer los ponderadores de utilización de los medicamentos y migrarlos a la **población base**.

La población de Referencia asciende a 168,609 afiliados de los cuales 105,618 son Hipertensos; 50 810 Diabéticos y 12,181 Diabéticos e Hipertensos. Es decir, el 4.22% de la población afiliada en Mayo del 2018 en el Régimen Contributivo. En esta población están identificados 2,450 personas menores de 18 años.

Aun cuando este porcentaje es mucho menor de la reportada como prevalencia en varios estudios de población adulta general, consideramos que constituyen una buena muestra para conocer los hábitos esperados de utilización de medicamentos y coberturas en el conjunto de personas con estas patologías.

A partir de esta Población de Referencia se obtuvo la información asociada sobre procedimientos y sobre medicamentos, reportados por las ARS en el E35. Con lo cual se obtuvieron los ponderadores de:

- a) Utilización por procedimientos asociados a la cartera de servicios propuesto.
- b) El monto pagado por las ARS para estos procedimientos (2015, 2016 y 2017) con copago asumido por el afiliado.
- c) El monto que hubiera pagado el afiliado, en caso de haber asumido el copago, en el ámbito ambulatorio.
- d) Para el caso de medicamentos, se obtuvo toda la utilización de las coberturas asociadas y después se clasificó por NSS cada registro que utilizó uno de los

medicamentos propuestos. Con lo cual se pudo obtener la distribución de utilización de los medicamentos según condición de diagnóstico.

- e) Para los NSS que utilizan los medicamentos pero que no están clasificados dentro de la Población de Referencia se mantuvo su condición de “No diagnosticado” y no fueron utilizados para los ponderadores.

2.2. Población base para la Estimación del Per cápita Diferenciado por población con condición de Hipertensión, Diabetes e Hipertensión y Diabetes.

Para estimar el Per cápita Diferenciado se utilizó una población afiliada de 4,500,000 de afiliados en el Régimen Contributivo.

Para estimar la población Hipertensa: Se estima la Población de 18 años y más asumiendo que el 67.14% de la población total afiliada pertenece al grupo etario, se tendría estimada una población de 3,021,360, a este valor le aplicamos la tasa de prevalencia de 35%¹ (tomado de EFRICARD II), por lo que se estimaría una población Hipertensa de 1,057,476.

Para el inicio de la implementación de este servicio de prevención, se estima que el 25% entraría de manera inicial en el primer año, con lo cual la población Hipertensa base de la estimación sería de **264,369 afiliados y afiliadas** en el RC. Esta cifra incluye a la población Hipertensa que también es Diabética que se estima que son **18,506 afiliados**.

Para estimar la población Diabética: A la población de 18 años y más estimada, 3,021,360, se le aplicó una la tasa de prevalencia de 10%, con lo cual se estimaría una población Diabética afiliada en el Régimen Contributivo **302,136**.

Para el inicio de la implementación de este servicio de prevención, se estima que el 30% entraría de manera inicial en el primer año, con lo cual la población Diabética base de la estimación sería de 90,641, de los cuales **72,135** son sólo diabéticos y **18,506** tienen la condición de Diabetes e Hipertensión Arterial simultáneamente.

Para estimar la población con Hipertensión Arterial y Diabetes simultáneas: Para estimar la población de 18 años y más que tiene la condición de Diabetes e Hipertensión se aplicó lo observado en la población clasificada en el Régimen Contributivo. Es decir, el 7% de los Hipertensos totales también son Diabéticos, con lo cual la población Hipertensa y Diabética se estimó en 18,506 afiliados.

Así se tiene que para el primer año de implementación se tendría involucrado:

- a) Población base con solo Hipertensión : **245,864**
- b) Población base con solo Diabetes: **72,135**
- c) Población base con Hipertensión y Diabetes: **18,506**
- d) Para una población estimada total controlada por la prevención Secundaria y Terciaria de: **336,504**. Es decir, 7.48% sobre la base de una Población Afiliada en

¹ Sociedad dominicana de Cardiología y SeNaSa. Estudio de Frecuencia de Enfermedades Cardiovasculares y Factores de Riesgo. EFRICAR II. 2012.

el Régimen Contributivo de 4,500,000 y del 11.14% de la población de 18 años y más.

2.3. Estimación del Per cápita Diferenciado para la cobertura de los Servicios y Procedimientos de Prevención Secundaria y Terciaria

Una vez obtenidas las distintas poblaciones según patología priorizada se procedió a estimar el Per cápita Diferenciado Requerido para la cobertura de las prestaciones para los Servicios y Procedimientos de Prevención Secundaria y Terciaria; así como la cobertura para el tratamiento garantizado de medicamentos.

Para la estimación del Per cápita Diferenciado Requerido para la cobertura de las atenciones, sin copago y sin cuota moderadora fija o variable, se estimó la frecuencia de utilización según la frecuencia observada en la Población de Referencia, en el Esquema 35, para los años 2015, 2016 y 2017, involucrando a toda la población identificada independientemente de su edad. Así se obtuvo la frecuencia de uso, el monto por procedimiento pagado por las ARS y el monto total por procedimiento pagado incluyendo los copagos establecidos.

Respecto al precio por prestación se hizo una distinción entre el importe total de las prestaciones y el costo que efectivamente cubrieron las ARS (Costo ARS), con el fin de cuantificar la diferencia que se requeriría para cubrir el total de los servicios de prevención y tratamiento de los padecimientos en cuestión, sin copago para la población.

Al aplicar las frecuencias de utilización de la Población de Referencia a la Población Base clasificada según Hipertensos, Diabéticos e Hipertensos y Diabéticos **se tienen los totales de servicios esperados por cada procedimiento.**

Por su parte, al aplicarle al total de servicios esperados por cada procedimiento, según la patología, el precio promedio que paga la ARS y el precio con el copago incluido, se obtuvo el Monto Requerido según la condición poblacional clasificada y por lo tanto **el Per cápita Diferenciado Requerido** se obtuvo dividiendo el Monto Requerido Total entre el total de población base con la patología priorizada.

Para **la cobertura de prestaciones** se estima:

- a) Un Per Cápita Diferenciado Requerido de **RD\$558.72** por afiliado Hipertenso por mes; de los cuales **RD\$427.71** se estima ya están cubiertos por el actual per cápita en el RC. En consecuencia el Per Cápita Diferenciado Requerido Adicional por mes para la cobertura de las prestaciones de servicios y procedimientos es de **RD\$131.02** por mes para un afiliado con Hipertensión registrado en un Servicio de Prevención secundaria y Terciaria.

- b) Un Per Cápita Diferenciado Requerido de RD\$930.32 por afiliado Diabético por mes; de los cuales RD\$428.93 se estima ya están cubiertos por el actual per cápita en el RC. En consecuencia el Per Cápita Diferenciado Requerido Adicional por mes para la cobertura de las prestaciones de servicios y procedimientos es de RD\$501.39 por

mes para un afiliado con Diabetes registrado en un Servicio de Prevención secundaria y Terciaria.

- c) Un Per Cápita Diferenciado Requerido de RD\$796.59 por afiliado con ambas patologías por mes; de los cuales **RD\$284.00** se estima ya están cubiertos por el actual per cápita en el RC. En consecuencia el Per Cápita Diferenciado Requerido Adicional por mes para la cobertura de las prestaciones de servicios y procedimientos es de **RD\$512.59** por mes para un afiliado con Diabetes y con Hipertensión registrado en un Servicio de Prevención secundaria y Terciaria.

La estimación de los Per Cápitas Diferenciados Requeridos garantiza que las coberturas de los Servicios y Procedimientos se otorguen sin copago, sin cuota moderadora fija o variable por cada paciente registrado en un Servicio de Prevención Secundaria y Terciaria, sin importar sexo y edad. (Véase Cuadro 9).

Cuadro 9. República Dominicana: Monto Requerido según situación de cobertura actual por tipo de Población para la cobertura de los Servicios y Procedimientos de Prevención Secundaria y Terciaria.

Clasificación de la Población	Población Base	Monto Requerido	Monto Cubierto Actualmente	Monto Adicional	Per cápita Diferenciado Requerido por Afiliado	Per cápita Diferenciado Requerido Cubierto por Afiliado actualmente	Per cápita Diferenciado Requerido Adicional por Afiliado
Total	4,500,000	219,219,442.19	141,353,697.84	77,865,744.35			
Hipertensión	245,863	137,369,164.11	105,156,963.38	32,212,200.72	558.72	427.71	131.02
Diabetes	72,135	67,108,688.27	30,941,038.75	36,167,649.52	930.32	428.93	501.39
Hipertensión y Diabetes	18,506	14,741,589.81	5,255,695.71	9,485,894.10	796.59	284.00	512.59

Fuente: SISALRIL. Julio 2018.

2.4 Impacto en el Per cápita del Régimen Contributivo de las coberturas de Servicios y Procedimientos en Prevención Secundaria y Terciaria.

El Impacto en el Per cápita estimado respecto a la Población total sería de RD\$48.72 de los cuales RD\$31.42 ya estarían cubiertos por el per cápita que hoy se cubre y RD\$17.30 sería el Per Cápita Adicional para cubrir a la población Hipertensa y/o Diabética. En el cuadro 10, se visualiza la distribución del Per cápita por condición.

Cuadro 10: República Dominicana: Per cápita requerido según situación de cobertura actual por tipo de Población para la cobertura de Servicios y Procedimientos de Prevención Secundaria y Terciaria.

Clasificación de la Población	Población Base	Per cápita requerido solo para Servicios	Per cápita que actualmente se cubre solo para servicios	Per cápita adicional solo para servicios
Total	4,500,000	48.72	31.42	17.30
Hipertensión		30.53	23.37	7.16
Diabetes		14.91	6.88	8.04
Hipertensión y Diabetes		3.28	1.17	2.11

Fuente: SISALRIL. Julio 2018.

2.5. Estimación del Per cápita Diferenciado para la cobertura de los Medicamentos propuestos en Prevención Secundaria y Terciaria.

Se propone otorgar a los pacientes registrados en Servicios de prevención Secundaria y Terciaria, los medicamentos sin copago y sin cuota moderadora (fija o variable), incluyendo medicamentos para otras complicaciones propias, tales como hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y dolor neuropático; también se consideró la anti agregación plaquetaria.

Para la estimación del Per cápita Diferenciado Requerido y el Per cápita Diferenciado Requerido Adicional por mes por afiliado con alguna padecimiento, se utilizaron los costos promedio de mercado de distintos laboratorios, presentaciones y concentraciones y la utilización se estimó con base en los protocolos y guías médicas de Diabetes e Hipertensión Arterial.

El criterio para la selección de los medicamentos propuestos para Diabetes y para Hipertensión es que estén en el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales

Los medicamentos para Hipertensión son 15 de los cuales 9 están en los protocolos de Atención para la población con Hipertensión y 6 no están. Véase Cuadro 11.

Así, los medicamentos para Diabetes son 8 de los cuales 5 están en los protocolos de Atención para población con Diabetes y 3 no están en el protocolo pero sí en el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales. Véase Cuadro 12.

Cuadro 11. República Dominicana: Medicamentos que se consideran para la Prevención Secundaria y Terciaria de la Hipertensión Arterial

Cobertura Número	Cobertura Descripción	Cuadro Básico (Si=1, No=0)	PDSS (Si=1, No=0)	Protocolo (Si=1, No=0)
14029	ÁCIDO ACETILSALICILICO	1	1	1
14051	ALFAMETILDOPA	1	1	0
14061	AMILORIDA	1	1	0
14067	AMLODIPINO	1	1	0
14080	ATENOLOL	1	1	1
14115	CAPTOPRILO	1	1	0
14152	CLOPIDOGREL	1	1	1
14222	ENALAPRIL	1	1	1
14252	FENOFIBRATO	1	1	0
14271	FUROSEMIDA	1	1	1
14293	HIDROCLOROTIAZIDA	1	1	1
14375	LOSARTAN	1	1	1
14505	RAMIPRIL	1	1	1
14531	SIMVASTATINA	1	1	0
14610	VALSARTAN	1	1	1

Fuente: SISALRIL. Julio 2018.

**Cuadro 12. República Dominicana: Medicamentos que se consideran para Prevención Secundaria
y Terciaria de la Diabetes Mellitus**

Cobertura Número	Cobertura Descripción	Cuadro Básico (Si=1, No=0)	PDSS (Si=1, No=0)	Protocolo (Si=1, No=0)
14252	FENOFIBRATO	1	1	0
14275	GLIBENCLAMIDA	1	1	1
14321	INSULINA DE ACCIÓN INTERMEDIA NPH	1	1	1
14323	INSULINA MIXTA 70/30 HUMANA	1	1	1
14389	METFORMINA	1	1	1
14482	PREGABALINA	1	1	0
14531	SIMVASTATINA	1	1	0
14570	TIAMINA (VITAMINA B1)	1	1	1

Fuente: SISALRIL. Julio 2018.

A partir de esta lista de Medicamentos se procedió a:

- a) Extraer del Esquema 35 la utilización de estos medicamentos a nivel de afiliado de la población de referencia durante el período 2016 y 2017.
- b) Se clasificó a cada NSS según la condición de ser Hipertenso, Diabético e Hipertenso y Diabético, así como a la población que utiliza los medicamentos pero no está clasificado. Esta clasificación fue apoyándonos en la Población de Referencia.
- c) Se construyeron los ponderados de utilización de cada uno de los medicamentos a partir de la población de Referencia o Modelo.
- d) Se aplicaron estos ponderadores a la Población Base para estimar la población Diabética, Hipertensa e Hipertensa y Diabética que utiliza cada uno de los medicamentos. Con lo cual se obtuvo la distribución de la Población Base según medicamento.
- e) Se estimó el precio por afiliado por ciclo anual por medicamento según padecimiento.
- f) Se aplicó el precio por ciclo anual por medicamento según padecimiento con la distribución que se obtuvo en el punto **d**
- g) Finalmente se obtuvo el Monto Requerido por Medicamento y por padecimiento.

- h) Con la utilización de la Población Modelo y estableciendo los límites de cobertura de Medicamentos Ambulatorios y de Medicamentos que se otorgan en el Grupo 1, se logró estimar el Monto que asumiría el Per cápita que al día de hoy se paga.
- i) La diferencia entre el Monto Requerido y el Monto que hoy se cubre, se obtiene el Monto Adicional que se tendría que cubrir para que se otorgue el ciclo de utilización anual de los medicamentos sin copago y sin cuota moderadora (fija o variable).

Para la cobertura de Medicamentos se estima un **Per Cápita Diferenciado Requerido de RD\$962.30** por mes por afiliado Hipertensa; de RD\$644.54 por mes por afiliado Diabético y de RD\$1,629.38 por mes por afiliado que tiene las dos condiciones.

Se estima que el Per cápita Diferenciado Requerido Adicional por Afiliado por mes, que se tendría que cubrir para un afiliado con Hipertensión es de **RD\$434.45**, para un afiliado Diabético es de **RD\$186.20** y para un afiliado con las dos condiciones es de **RD\$673.01**. Ya que la diferencia respecto al Monto Requerido la adsorbería el per cápita que hoy se dispersa. (Véase Cuadro 13).

Cuadro 13. República Dominicana: Monto Requerido por afiliado por mes y Per Cápita Requerido según situación de cobertura actual por tipo de Población para la cobertura de los Medicamentos para la Prevención Secundaria y Terciaria.

Clasificación de la Población	Población Base	Monto requerido	Monto Cubierto Actualmente	Monto Adicional	Per Cápita Diferenciado Requerido por afiliado	Per Cápita Diferenciado Requerido por afiliado que hoy se cubre con el Per cápita del RC	Per Cápita Diferenciado Requerido Adicional por afiliado
Total	4,500,000						
Hipertensión	245,863	236,593,420.43	129,779,093.68	106,814,326.74	962.30	527.85	434.45
Diabetes	72,135	46,493,650.92	33,062,221.18	13,431,429.74	644.54	458.34	186.20
Hipertensión y Diabetes	18,506	30,152,999.49	17,698,350.24	12,454,649.25	1,629.38	956.37	673.01

Fuente: SISALRIL. Julio 2018.

2.6. Impacto en el Per cápita del Régimen Contributivo de las coberturas de Medicamentos en Prevención Secundaria y Terciaria.

El Impacto en el Per Cápita del Régimen Contributivo del otorgamiento de las coberturas de Medicamentos estimado respecto a la Población total de 4,500,000, **sería de RD\$69.61** por mes por afiliado, de los cuales **RD\$40.12** ya estarían cubiertos por el per cápita que hoy se cubre y **RD\$29.49** por mes sería el Per cápita Adicional para cubrir a la población

Hipertensa y/o Diabética, solo para medicamentos. En el cuadro 14, se visualiza la distribución del Per cápita por condición.

Cuadro 14. Per cápita requerido según situación de cobertura actual por tipo de Población para la cobertura de Medicamentos para la Prevención Secundaria y Terciaria.

Clasificación de la Población	Población Base	Per cápita requerido	Per Cápita Requerido que se cubre actualmente con el Per Cápita del RC	Per Cápita Requerido Adicional
Total	4,500,000	69.61	40.12	29.49
Hipertensión		52.58	28.84	23.74
Diabetes		10.33	7.35	2.98
Hipertensión y Diabetes		6.70	3.93	2.77

Fuente: SISALRIL. Julio 2018.

2.7. Estimación del Per Cápita Diferenciado Requerido para la cobertura de todas las coberturas propuestas para Prevención Secundaria y Terciaria.

En resumen, el Per cápita Diferenciado Requerido Mensual por afiliado según patología para que se cubran los medicamentos y las prestaciones o servicios para la Prevención Secundaria y Terciaria a la población con Hipertensión Arterial y/o Diabetes, sin copago y sin cuota moderadora fija o variable, así como la garantía del ciclo de utilización de medicamentos es de:

- a) RD\$ 1,521.02 para la población con Hipertensión
- b) RD\$1,574.86 para la población con Diabetes
- c) RD\$ 2,425.97 para la población con ambos padecimientos.

Cuadro 15. República Dominicana: Monto Requerido y Per Cápita Diferenciado Requerido por Afiliado según situación de cobertura actual por tipo de Población para la Prevención Secundaria y Terciaria. MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

Clasificación de la Población	Población Base	Monto requerido	Monto Cubierto Actualmente	Monto adicional	Per Cápita Diferenciado Requerido por Afiliado	Per Cápita Diferenciado Requerido Cubierto por el Per cápita del RC por afiliado	Per Cápita Diferenciado Requerido Adicional por Afiliado
Total	4,500,000	532,459,513.02	321,893,362.95	210,566,150.07			
Hipertensión	245,863	373,962,584.53	234,936,057.07	139,026,527.47	1,521.02	955.56	565.46
Diabetes	72,135	113,602,339.19	64,003,259.93	49,599,079.26	1,574.86	887.27	687.59
Hipertensión y Diabetes	18,506	44,894,589.30	22,954,045.95	21,940,543.35	2,425.97	1,240.37	1,185.60

Fuente: SISALRIL. Julio 2018.* Medicamentos y Procedimientos

2.8. Impacto en el Per cápita del Régimen Contributivo de las coberturas de Procedimientos y Medicamentos en Prevención Secundaria y Terciaria.

El per cápita requerido mensual por afiliado sería de **RD\$118.32**, de los cuales **RD\$71.53** ya se absorben con el per cápita actual que se dispersa y los **RD\$46.79** restantes se estarían cubriendo por el Per cápita adicional. (Véase cuadro 16).

Cuadro 16. Per cápita requerido según situación de cobertura actual por tipo de Población Diagnosticada para la cobertura de Procedimientos y Medicamentos de Prevención Secundaria y Terciaria.

Clasificación de la Población	Población Base	Per cápita requerido	Per cápita que actualmente se cubre	Per cápita adicional
Total	4,500,000	118.32	71.53	46.79
Hipertensión		83.10	52.21	30.89
Diabetes		25.24	14.22	11.02
Hipertensión y Diabetes		9.98	5.10	4.88

Fuente: SISALRIL. Julio 2018.

2.9. Estimación del Per cápita con Gastos de Administración y el Per cápita Diferenciado por afiliado inscrito.

Para estimar el impacto en el Per Cápita Diferenciado Requerido del Régimen Contributivo, al per cápita estimado por padecimiento y por tipo de cobertura se le aplica el 10% de GA.

De manera inicial se estima un Per cápita Diferenciado Requerido por Afiliado inscrita en un Servicio de Prevención Secundaria y Terciaria, por patología y tipo de cobertura, al aplicar el 10% de GA, como Per cápita Diferenciado/ (1-GA).

Con lo cual el Per Cápita Diferenciado Requerido con Gastos Administrativos incluidos para Hipertensión llega a RD\$1,690.02; para Diabetes se estima en RD\$1,749.84 y de RD\$2,695.52 para ambos casos. (Véase Cuadro 17). El Per cápita Diferenciado Requerido Adicional sería de RD\$628.29 para Hipertensión Arterial, RD\$763.99 para Diabetes y RD\$1,317.34 para ambas patologías.

Cuadro 17. República Dominicana: Per Cápita Diferenciado Requerido por afiliado Inscrito en Coberturas de Prevención Secundaria y Terciaria según padecimiento y tipo de coberturas para la Prevención Secundaria y Terciaria.

Padecimientos y Tipo de Cobertura	Per cápita Diferenciado Requerido por Afiliado inscrito	Per cápita Diferenciado Requerido que hoy se cubre con el Per cápita del RC	Per cápita Diferenciado Requerido Adicional por afiliado inscrito	Per cápita Diferenciado Requerido 10% de GA por afiliado inscrito	Per cápita Diferenciado Requerido que hoy se cubre con el Per cápita del RC con 10% GA por afiliado inscrito	Per cápita Diferenciado Requerido Adicional con 10%GA por afiliado inscrito
Hipertensión	1,521.02	955.56	565.46	1,690.02	1,061.73	628.29
Procedimientos	558.72	427.71	131.02	620.80	475.23	145.57
Medicamentos	962.30	527.85	434.45	1,069.22	586.50	482.72
Diabetes	1,574.86	887.27	687.59	1,749.84	985.86	763.99
Procedimientos	930.32	428.93	501.39	1,033.69	476.59	557.10
Medicamentos	644.54	458.34	186.20	716.15	509.26	206.89
Hipertensión con Diabetes	2,425.97	1,240.37	1,185.60	2,695.52	1,378.19	1,317.34
Procedimientos	796.59	284.00	512.59	885.10	315.56	569.54
Medicamentos Hipertensión	962.30	527.85	434.45	1,069.22	586.50	482.72
Medicamentos Diabetes	667.08	428.52	238.57	741.20	476.13	265.07

Fuente: SISALRIL. Julio 2018.

2.10. Impacto en el Per cápita del Régimen Contributivo de las coberturas de Procedimientos y Medicamentos en Prevención Secundaria y Terciaria incluyendo Gastos Administrativos.

Así el Per cápita Requerido para respaldar las prestaciones para la Prevención Secundaria y Terciaria de Hipertensión Arterial y/o Diabetes (los procedimientos y medicamentos), sin copago, sin cuota moderadora variable y con la garantía del ciclo de medicamentos completo, sería de **RD\$ 131.47**, de los cuales ya se absorben **RD\$79.48** y el Per cápita Adicional sería de **RD\$51.99**.

Cuadro 18. República Dominicana: Per cápita Requerido mensual según situación de cobertura actual por tipo de Población. Procedimientos y Medicamentos para la Prevención Secundaria y Terciaria.

Sin Gastos Administrativos y Con Gastos Administrativos. RD\$

Clasificación de la Población	Población Base	Per cápita requerido sin GA	Per cápita que actualmente se cubre sin GA	Per cápita adicional sin GA	Per cápita requerido Con GA	Per cápita que actualmente se cubre con GA	Per cápita adicional Con GA
Total	4,500,000	118.32	71.53	46.79	131.47	79.48	51.99
Hipertensión		83.10	52.21	30.89	92.34	58.01	34.33
Diabetes		25.24	14.22	11.02	28.05	15.80	12.25
Hipertensión y Diabetes		9.98	5.10	4.88	11.09	5.67	5.42

Fuente: SISALRIL. Julio 2018.

IMPACTO EN EL PER CÁPITA DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

Para dar respuesta a la propuesta integral de Atención Primaria en el Primer Nivel de Atención y para Prevención Secundaria y Terciaria de Hipertensión Arterial y Diabetes, sin copago y sin cuota moderadora (fija y variable) y con ciclo de medicamentos garantizado, se estima un per cápita de RD\$345.11 sin GA y de RD\$383.45 incluyendo el 10% de los Gastos Administrativos.

Se estima que el Per cápita del Régimen Contributivo actual absorbe RD\$250.11 por mes y se requeriría de un Per cápita Adicional de RD\$95.00 sin considerar el 10% de Gastos Administrativos y de RD\$105.55 si se consideran los GA. (Véase Cuadro 19)

Cuadro 19. República Dominicana: Per cápita por Nivel de Atención y Programa con y sin Gastos Administrativos.

Cobertura según Nivel de Atención y Programa	Per Cápita total Requerido	Per Cápita Requerido Cubierto	Per Cápita Requerido Adicional
Propuesta Atención Primaria sin GA	345.11	250.11	95.00
Primer Nivel de Atención	226.79	178.58	48.21
Prestaciones de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión Arterial	118.32	71.53	46.79
Propuesta Atención Primaria con 10% GA	383.45	277.90	105.55
Primer Nivel de Atención	251.99	198.42	53.57
Prestaciones de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión Arterial	131.47	79.48	51.99

Fuente: SISALRIL. Octubre 2018

Estimación del Per cápita si se considera un incentivo para el Primer Nivel de Atención y para los Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria.

Para los fines del pago de incentivos por cumplimiento de metas en el Primer Nivel de Atención y en los Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria, se estimó la reserva del 10% mensual del Per cápita Diferenciado sin GA y solo el que está destinado para la cobertura de Procedimientos.

Para el Primer Nivel de Atención se estimó un Per cápita Requerido de **RD\$226.79**. Si al Per Cápita Requerido se le divide entre 0.90 (1-GA) se obtiene el Per cápita total de **RD\$251.99** (con GA). El Per cápita Adicional sería de **RD\$53.57**.

El 10% del pago de incentivos a los Prestadores de Servicios de Salud por cumplimiento de metas, ha sido estimado en **RD \$17.89** Per cápita por mes por persona inscrita. Este valor se obtiene del Per cápita Requerido mensual para la gestión de las prestaciones de los procedimientos en el Primer Nivel que es de **RD\$178.93** (exceptuando el valor del per cápita destinado para medicamentos y vacunas) y multiplicando por 0.10.

Para la administración del paquete de servicios para el Primer Nivel de Atención el Per cápita Total Requerido es de **RD\$269.88** por afiliado adscrito por mes, incluyendo el 10% del GA y el 10% de incentivos por cumplimiento de metas. Este incentivo está destinado a ser entregado a los Prestadores de Servicios de Salud.

El Per cápita Adicional para el Primer Nivel de Atención ha sido estimado en **RD\$71.46**. Esto incluye **RD\$53.57** como Per cápita adicional incluye Gastos Administrativos y **RD\$ 17.89** para el pago de incentivos.

Para el Programa de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión es de RD\$118.32 sin Gastos Administrativos y de RD\$131.47 incluyendo Gastos Administrativos. El Per cápita adicional es de **RD\$51.99** por afiliado inscrito por mes y de **RD\$ 4.87** por afiliado inscrito en el programa por mes para el pago de incentivos. Este sería el escenario en donde todos los Hipertensos, Diabéticos e Hipertensos con Diabetes, esperados estuvieran inscritos.

Por lo que de manera inicial, el Per cápita tendría un aumento de RD\$51.99 por afiliado por mes para la Prevención Secundaria y Terciaria, lo que sumado a los RD\$ 4.87 para incentivos a los Prestadores que ofrezcan servicios de Prevención Secundaria y Terciaria alcanzaría los RD\$ 56.86 por afiliado por mes. La forma de visualizar mejor esta situación es analizando la información del Cuadro 20.

Cuadro 20. República Dominicana: Per cápita por Nivel de Atención con Incentivos sobre el Per Cápita Requerido en procedimientos y con 10% de GA del Per Cápita Requerido Total.

Cobertura según Nivel de Atención y Programa	Per Cápita total Requerido	Per Cápita Requerido Cubierto	Per Cápita Requerido Adicional
Per Cápita Propuesta Atención Primaria sin GA y sin INCENTIVOS	345.11	250.11	95.00
Primer Nivel de Atención	226.79	178.58	48.21
Programa de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión Arterial	118.32	71.53	46.79
Per Cápita Propuesta Atención Primaria con GA 10%	383.45	277.90	105.55
Primer Nivel de Atención	251.99	198.42	53.57
Programa de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión Arterial	131.47	79.48	51.99
Per Cápita Propuesta Atención Primaria sin GA y con 10% de Incentivos	367.87	250.11	117.76
Primer Nivel de Atención	244.68	178.58	66.10
Programa de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión Arterial	123.19	71.53	51.66
Per Cápita en Exceso sin GA para Incentivos 10% 1/	22.76	0.00	22.76
Primer Nivel de Atención	17.89	0.00	17.89
Programa de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión Arterial	4.87	0.00	4.87
Per Cápita Propuesta Atención Primaria con 10% GA e incentivos.	406.22	277.90	128.32
Primer Nivel de Atención	269.88	198.42	71.46
Programa de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión Arterial	136.34	79.48	56.86

1/ El 10% de incentivos está estimado sobre el Per cápita de Riesgo Requerido solo para procedimientos.

Fuente: SISALRIL. Septiembre 2018

En resumen, el impacto en el Per cápita Adicional para el Primer Nivel y los Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria sería de RD\$105.55 por afiliado por mes, incluyendo un 10% de Gastos Administrativos, y de RD\$128.32 de implementarse la estructura de Incentivos.

Finalmente el Per cápita Diferenciado Requerido sin Gasto Administrativo por afiliado Hipertenso inscrito se estimó en RD\$1,521.02 y el incentivo por cumplimiento de metas para los Prestadores de Servicios de Salud es de RD\$55.87. Las ARS/SENASA recibirán un Per Cápita Diferenciado Requerido Adicional por afiliado con diagnóstico de Hipertensión Arterial inscrito de RD\$628.29.

El Per cápita Diferenciado Requerido sin GA por afiliado Diabético inscrito se estimó en RD\$1,574.86, mientras que el incentivo para los Prestadores de Servicios de Salud es de RD\$93.03 por afiliado diabético, por cumplimiento de metas. Las ARS/SENASA recibirán un Per cápita Diferenciado Requerido Adicional, por afiliado con diagnóstico de Hipertensión Arterial, de RD\$763.99

Para el caso de afiliados con ambas condiciones (Hipertensión y Diabetes), el Per cápita Diferenciado Requerido por afiliado inscrito sería de RD \$2,425.97, más RD \$79.66 por el pago de incentivos por cumplimiento de metas (Ver Cuadro 21)

Cuadro 21. República Dominicana: Per cápita Diferenciado por afiliado inscrito en los Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria.

Clasificación de la Población	Per cápita Diferenciado Requerido por afiliado Inscrito con Incentivos	Incentivos por cumplimiento de metas por afiliado	Per cápita Diferenciado Requerido por afiliado sin Incentivos	Per cápita Diferenciado Requerido que actualmente se cubre	Per cápita Diferenciado Requerido Adicional sin Gastos Administrativos	Per cápita Diferenciado Requerido Adicional con Gastos Administrativos
Hipertensión	1,604.83	55.87	1,521.02	955.56	565.46	628.29
Procedimientos	614.59	55.87	558.72	427.71	131.02	145.57
Medicamentos	962.30		962.30	527.85	434.45	482.72
Diabetes	1,714.41	93.03	1,574.86	887.27	687.59	763.99
Procedimientos	1,023.35	93.03	930.32	428.93	501.39	557.10
Medicamentos	644.54		644.54	458.34	186.20	206.89
Hipertensión y Diabetes	2,545.46	79.66	2,425.97	1,240.37	1,185.60	1,317.34
Procedimientos	876.25	79.66	796.59	284.00	512.59	569.54
Medicamentos HTA	962.30		962.30	527.85	434.45	482.72
Medicamentos Diabetes	667.08		667.08	428.52	238.57	265.07

Fuente: SISALRIL. Octubre 2018.