



15 de agosto de 2023

Doctor
Jesús Feris Iglesias
Superintendente
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
Su Despacho.

Atención: Dirección Jurídica

Atención: Dirección de Aseguramiento en Salud de los Regímenes Contributivos y Planes

Ref.: S/C SISALRIL DJ-DARCP No. 2023004993

Proyecto de Resolución Administrativa que regula los procesos de contrataciones de prestadoras farmacéuticas validación de derechos, tramitación de autorización y dispensación de medicamentos ambulatorios.

Distinguido doctor Feris:

Luego de saludarle, tenemos a bien remitir nuestras consideraciones sobre el Proyecto de Resolución Administrativa que regula los procesos de contrataciones de prestadoras farmacéuticas validación de derechos, tramitación de autorización y dispensación de medicamentos ambulatorios.

Con mucha preocupación vemos el artículo primero donde se indica que la ARS y el IDOPRIL: *“contratarán farmacias u otros prestadores contemplados en el renglón de establecimientos farmacéuticos, autorizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (...).”*

El párrafo anterior pareciera sugerir que se permitiría que otros establecimientos que no sean farmacias sean contratados por la ARS/ IDOPRIL para proveer prestaciones farmacéuticas ambulatorias, aun cuando este postulado sería manifiestamente ilegal.

En primer lugar, veamos la definición de PSS que ofrece la Ley 87-01, en su artículo 160, en la que se indica que son personas físicas o jurídicas que están: (...) *“dedicadas a la provisión de servicios ambulatorios”*. De su lado, el Reglamento para la prescripción y dispensación se señala que las prestaciones farmacéuticas ambulatorias son: *“la financiación de los medicamentos del PBS prescritos y dispensados a los pacientes”*. Ese mismo reglamento señala que la receta médica ordinaria es: *“el documento que firman los médicos u odontólogos (...) mediante el cual prescriben*



la medicación al paciente para su dispensación ambulatoria por parte de las farmacias autorizadas por SESPAS.”

Por su parte, la definición que ofrece el citado reglamento sobre farmacia señala que: **“es el establecimiento dedicado al despacho de receta y al expendio de medicamentos al público (...) son los únicos prestadores de servicio de salud autorizados a dispensar y comercializar medicamentos al público.”**

El artículo 170 de la Ley General de Salud indica que una farmacia es: **“un establecimiento dedicado al despacho de recetas y al expendio de medicamentos al público”**. El reglamento 246-06 sobre Medicamentos, en su artículo 132 dice que: **“LOS UNICOS ESTABLECIMIENTOS AUTORIZADOS PARA DISPENSAR Y COMERCIALIZAR MEDICAMENTOS AL PÚBLICO DE MANERA AMBULATORIA SERÁN LAS FARMACIAS LEGALMENTE AUTORIZADAS, excluyéndose la comercialización expresamente en las farmacias hospitalarias, consultorios, dispensarios médicos, distribuidores laboratorios, centros médicos privados y cualquier otro establecimiento que no esté debidamente autorizado por SESPAS.”**

El párrafo primero de este artículo dice que: **“el suministro y dispensación de medicamentos dentro de estructuras sanitarias corresponderán legalmente a las farmacias autorizadas.”**

De ser aprobada esta regulación se estaría construyendo una integración vertical, prohibida en el artículo 122 de la Ley 87-01.

De manera que, quisiéramos se nos aclarara la intención de la Superintendencia con este artículo, porque no estamos de acuerdo con la apertura que pudiera estar dando a que las ARS contraten a otros establecimientos, cuando solo las farmacias están autorizadas a dispensar medicamentos en el Sistema Nacional de Seguridad Social.

Nos preocupa la ambigüedad del párrafo III cuando señala: “entre otros” como parte de los requisitos, porque pudiera dar lugar a que las ARS agreguen exigencias adicionales a la contratación que debería solo versar en que las farmacias tengan permiso del Ministerio de Salud Pública.

Otro aspecto delicado es el párrafo IV, que señala que las ARS, en virtud de “negociaciones” puede establecer estrategias de contención o “racionalización” de costos, negociando con los prestadores precios que ofrezcan mayor oportunidad de brindar y garantizar dispensación, incluidos los de PYP del catálogo del Plan Básico de Salud, siempre que se traduzca en beneficio del afiliado.

Creemos que este artículo no solo aborda el tema del PYP, sino que también se hace para tratar el 10% que descuentan la mayoría de las ARS a la factura de la farmacia. Es preocupante porque



entendemos que la SISALRIL no puede entregar su capacidad reguladora a “negociaciones” con empresas que ya tienen concentración del mercado y cuyas “negociaciones” solo serán trajes a su medida, explotando a los comercios pequeños como lo son las farmacias. Este artículo simplemente legaliza sus actuaciones indiscriminadas en contra de nuestros establecimientos, amplía su marco de acción, con el que podrán negociar precios con quienes no imponen precios, las farmacias. Con esta regulación los únicos afectados somos nosotros como farmacias.

Como vemos, tenemos un primer artículo permitiendo que “otros” puedan ser considerados PSS y un segundo que, a las farmacias que ya están en el Sistema, las condena a negociar con su verdugo, aun cuando son los laboratorios los que colocan los precios de referencia. Esto dará lugar a que, por ejemplo, en el caso de los PYP solo puedan negociar con las ARS farmacias cuyos capitales pudieran ser muy cuestionados.

En solo un artículo ya estamos frente a una mayor concentración del mercado, legalización de prácticas anticompetitivas, inclusión de barreras de entrada, integración vertical y muy pronto en un oligopolio o monopolio.

Estamos hablando de salud, no de negocios. A la hora que las ARS tengan todo el poder de negociación van a escoger los medicamentos y servicios que entiendan baratos, no así los mejores y más eficientes. Las estrategias de negocios de las ARS con un prestador determinado para el beneficio del PyP debe ser un punto de mayor vigilancia, con topes de porcentajes y no tener exclusividad, sino permitir la participación de todos los prestadores para contrarrestar la competencia desleal. Es decir, que no sea de manera impositiva al afiliado que muchas veces por la calidad del servicio prefiere un determinado prestador y su ARS le impone tener que adquirir sus medicamentos en determinada farmacia. Esta “negociación” simplemente tergiversa y transgrede el Derecho de Libre Elección de la propia Ley 87-01.

Reiteramos que nuestro sector solo quiere regulaciones claras para las ARS y no así negociaciones absurdas con quienes tienen todo el poder del mercado. Si la SISALRIL entiende que se necesitan mejores precios en los medicamentos, ahí es donde deben entrar los “otros establecimientos farmacéuticos”, pues los fabricantes son los que marcan la pauta del precio, no la farmacia. Cada sector que se encargue de su función en el Sistema, por eso está prohibida la integración vertical, para evitar distorsiones en el mercado.

Repetimos: LA SISALRIL NO DEBE ENTREGAR SU CAPACIDAD REGULADORA A LAS ARS PARA QUE IMPONGAN LAS REGLAS DEL MERCADO.



El artículo segundo señala que, la receta debe contener principio activo o Denominación Común Internacional (DCI), obviándose la prescripción por marca en la definición. Nos preocupa la aplicación de este artículo en particular porque ya existe una experiencia adquirida por casi 20 años del Sistema Dominicano de Seguridad Social, donde las recetas son aceptadas en la ARS, tanto por marca como por DCI. Este cambio implicaría un colapso en términos de glosa de los expedientes. En ese sentido, quisiéramos saber si se ha consultado al Colegio Médico sobre este particular, así como a las asociaciones que agrupan a la industria farmacéutica nacional e internacional, pues entendemos que sería una regulación de impacto a sus subsectores.

Es necesario dirigir mayor esfuerzo en capacitación a los médicos que son quienes prescriben porque sus errores generan devoluciones por parte de la ARS. Pudiera implementarse que las recetas de uso continuo deban colocarse un sello tipografía. Además, lo mejor es que exista una especie de planilla o modelo de receta que haga la SISALRIL y sea distribuida por el Colegio Médico a los galenos. Además, el mejor escenario sería una receta digitada e impresa para evitar gastos de bolsillo adicional para los pacientes que llegan con recetas ilegibles a las farmacias y deben regresar a consulta a validar la información suministrada. Esto además garantiza una correcta dispensación en la farmacia.

Sobre el párrafo II, más del 95 % de las ARS no aceptan las recetas digitales y de recibirse en las farmacias colocan esos reclamos como glosa.

En el artículo tercero, en su párrafo III, se ordena a la farmacia a “contar con controles necesarios para evitar fraudes o sobreutilización de prestación”. Esto es un gasto adicional para la farmacia y no nos queda claro cuáles podrían ser esos mecanismos porque no señala si son informáticos o de que tipo o qué deben contener estos controles. Somos de opinión que estos controles los debe tener las ARS, como el envío de alertas a sus afiliados cuando ha sido usado el seguro. En el caso de la farmacia, con el hecho de validar cédula y receta, nos parece suficiente. No nos queda clara de qué otra manera podríamos “evitar fraudes”

Por otro lado, es necesario revisar el requisito obligatorio de muchas ARS quienes piden anexar copias de estos documentos al reclamo, de no realizarse, colocan estos como una devolución. Estas copias representan un gasto extra de material gastable para los prestadores y el uso de un tiempo mayor en la atención al afiliado por el proceso de sacar copia o escanear. Lo mismo en el párrafo I, reevaluar las copias obligatorias de estos documentos y tener que anexar a los reclamos las mismas, de no colocarse no pagan el reclamo y es colocado en devolución.

En adición a lo anterior, este proceso de sacar copias de cedulas y carnet es recurrente cada vez que el afiliado asiste a requerir el dispendio de sus medicamentos, ya sean de uso continuo de por vida, compras normales una sola vez al mes. De ahí que debe normalizarse este requerimiento obligatorio



que se han adjudicado varias aseguradoras. Este protocolo ha generado un índice exorbitante de devoluciones de reclamos y recuperación de una cuenta por cobrar que debió ser a 20 días y se tarda hasta en 90 días para el saldo por el tiempo en solución de dichos reclamos, lacerando las finanzas de los prestadores.

Esta práctica de sacar copias de las cédulas al afiliado expone a nuestros colaboradores a las constantes quejas de afiliados que se rehúsan a que sus documentos sean fotocopiados por las inseguridades de estos a que sus documentos sean usados para fines fraudulentos .

Es necesario verificar aquellas ARS que no solo exigen la cédula del afiliado principal cuando un tercero, que no está dentro de su núcleo, asiste a solicitar el medicamento, pues adicional a esto, devolucionan el reclamo porque la firma del tercero no coincide con la contenida en la cédula del titular o cuando firma de orden.

En ese mismo orden amerita sea revisado el motivo de Glosa y no pago de aquellos reclamos por parte de una ARS que indica: “**La firma contenida en documentos no es la misma que en la cédula**”. Partiendo que no es nuestra función hacer un experticios de firmas.

Sobre el artículo cuarto, tomar en cuenta la cobertura de medicamentos que luego de auditar el reclamo indican no tener cobertura. Las ARS tienen un sistema de autorizaciones por Fono operadores en **Call Center**, cuyos márgenes de errores en cobertura afectan al prestador. Luego de ofrecer la cobertura a un porcentaje, cuando auditan el reclamo, le indican al prestador que debe realizarse una nota de crédito, por diferencia en la cobertura dada por la ARS y la cobrada por el PSS, aun teniendo un formulario manual llenado por el prestador al momento de la autorización de los medicamentos al afiliado, con el nombre del representante de la ARS que otorgó dicha cobertura, se rehúsan a pagar con dicha diferencia.

En el párrafo II, las ARS co-autorizaciones por Fono arrojan márgenes de errores en perjuicio del prestador.

Artículo quinto, párrafo I, esta parte requiere el cumplimiento por parte de la Superintendencia de Salud, puesto que las ARS son las que han estado asumiendo esta función, dicha herramienta aun contemplada en el Reglamento no ha sido de alcance general, solo algunas ARS dan fiel cumplimiento. De igual manera no debería ser dirigido solo al PBS sino abarcar los planes complementarios, pues el afiliado sin importar el plan de salud que posee requiere el dispendio de medicamentos. Debe ser de mayor alcance el conocimiento de este beneficio entre los prestadores, pues muchas farmacias la desconocen y generan desinformación al cliente que no sabe el porque una farmacia utiliza este formulario y otra no. Este formulario debería ser integrado de manera digital,



ahorra costos a las ARS y quizás podría ser una de las causas por las que muchas ARS nunca lo han integrado en el proceso de contratación con el prestador. Existe desconocimiento de este formulario entre los prestadores y ARS.

En el artículo noveno, es necesario mayor seguimiento al uso de las plataformas tecnológicas, el impacto de estas en perjuicios de los prestadores cuando sus servicios son interrumpidos por fallas internas, Las ARS deben garantizar al prestador la obtención de las autorizaciones a sus afiliados sea realizada por otra vía, ya sea Cal Center. Con la innovación de este recurso las ARS han delegado en estas plataformas la auditoría del expediente o reclamo, en consecuencia, se refleja en los pagos al prestador.

Las plataformas deben ser normalizadas y delimitar cuales son sus funciones, mas aun velar por que estas no actúen al margen de las aseguradoras a las que les administran las autorizaciones de coberturas de sus afiliados y el proceso interno de auditorias de reclamos. No deberían fungir como si fuesen ARS desvirtuando su rol dentro del sistema.

Creemos que esta regulación amerita comisiones interinstitucionales para abordar todas las oportunidades de mejora de esta.

Para ponerse en contacto con nosotros, puede hacerlo a través de nuestra Directora Ejecutiva, Licenciada Scarlet Sánchez Contreras, al (809)-564-6666 Ext. 2280 y 2281, (829)-341-8488 y al correo: Scarlet.sanchez@union.org.do.

Con sentimientos de consideración y alta estima.

Atentamente,

Ingeniero Raúl Hernández Castaños, MIE
Presidente

