

Seguro Familiar de Salud:

PRIVATIZACIÓN
DE RECURSOS,
DESFINANCIAMIENTO
DE SERVICIOS PÚBLICOS
Y COSTO SOCIAL
DE LAS ARS

MAYO 2026

Francisco Alberto Tavárez Vásquez
Matías Bosch Carcuro



Serie Radiografías

Índice de Contenido

I. Presentación	3
II. Análisis de datos	5
A. Privatización en los pagos	6
B. Privatización en las contrataciones	9
C. Privatización de las contrataciones	10
D. ARS privadas: el costo social de la intermediación financiera	12
E. El “cápita diferenciado”: una discusión por las tajadas del mercado	16
III. Conclusiones para la discusión	18

Índice de Gráficos e Infografías

Infografía 1. Los servicios públicos desfinanciados en el Seguro Familiar de Salud	6
Infografía 2. ¿A dónde ha ido el dinero del Seguro Familiar de Salud (SFS) bajo la ley 87-01?	7
Gráfico 1. Porcentaje de pagos totales a prestadores públicos y privados desde SENASA en Régimen Contributivo 2010-2024	8
Gráfico 2. Porcentaje de pagos totales a prestadores públicos y privados desde SENASA en Régimen Subsidiado 2010-2024	8
Infografía 3. Contratos preferenciales para prestadores privados de salud	9
Gráfico 3. Porcentaje de pagos totales a prestadores públicos y privados desde SENASA en Régimen Subsidiado 2010-2024	10
Infografía 4. Privatización ilegal de la afiliación y las cotizaciones	11
Gráfico 4. Porcentajes de empleados públicos afiliados como titulares a SENASA y ARS Privadas en Régimen Contributivo 2008-2025	12
Gráfico 5. Participación porcentual de mercado de las ARS Privadas en base a ingresos por Seguro Familiar de Salud Año 2025	13
Infografía 5. ¿Cuánto consumieron las ARS privadas en 2025?	13
Gráfico 6. Costo Social anual (Suma de beneficios anuales y Gastos de funcionamiento anual de ARS Privadas en Seguro Familiar de Salud 2007-2025 (Valores en Millones RD\$)	14
Infografía 6. ¿Cuál ha sido el costo social total de las ARS privadas?	15
Gráfico 7. Gastos en Salud y Gastos Generales y Administrativos de ARS Privadas en Seguro Familiar de Salud (como porcentaje de Ingresos) Año 2025	17

I. PRESENTACIÓN

En el presente estudio se analizan datos claves sobre el Seguro Familiar de Salud (SFS), en términos de la economía política de esta figura jurídico-financiera, poniendo en perspectiva quiénes ganan y quiénes pierden con su lógica de funcionamiento, lo cual abre interrogantes inevitables sobre cómo actúan y se aplican la institucionalidad y la propia legalidad del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Para esto, se revisan los montos transferidos desde el Régimen Contributivo (RC) como del Régimen Subsidiado (RS), así como desde las Administradoras de Riesgo de Salud (ARS) privadas y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), a los prestadores públicos y privados de servicios de salud.

Asimismo, se precisan la cantidad de prestadores contratados y su evolución en el tiempo, y la cantidad y proporción de empleados y empleadas del sector público afiliados como titulares al SFS en ARS privadas y SENASA.

De igual modo, se revisan los datos sobre proporción de los ingresos totales por ARS privadas en el SFS, verificando el poder de mercado de cada una, así como la evolución de los beneficios y los gastos de funcionamiento a lo largo de los años.

A partir de esta revisión y análisis de datos oficiales, resulta evidente el volcamiento masivo del financiamiento del SFS hacia los prestadores privados de servicios de salud, traduciéndose en el abandono y deterioro crónico y sistemático de los servicios públicos, inclusive cuando se miran las transferencias en el Régimen Subsidiado. Asimismo, es notorio que una cantidad importante de empleados y empleadas del sector público están afiliados en ARS privadas.

Estas situaciones son una manifestación de la operatividad del SFS como mecanismo de privatización neoliberal en la salud, a casi 20 años de vigencia de este y 25 años de existencia de la Ley No. 87-01. La privatización en estos términos se pone en marcha bajo consignas como libre competencia, libre elección y separación de funciones, llevando al Estado al grado de un competidor más, sin necesidad de transferir la propiedad sobre bienes y servicios.

Los ciudadanos son convertidos en clientes y pagadores de manera compulsiva; los derechos se transforman en mercancías a las que se accede con credenciales (carnet o “seguro”); se niega el rol del Estado como garante social pero se le mantiene como garante de transferencias de riquezas hacia particulares; y se produce en el tiempo un deterioro inducido de los servicios públicos, erosionándolos, deslegitimándolos, haciéndolos inviables financieramente y dejándolos como residuo para “población pobre”. Cuando las cosas fallan y se tornan escandalosas, se buscará un chivo expiatorio que sirva para echar la culpa a cualquiera menos a los grandes beneficiarios de que todo esto ocurra.

Así las cosas, la política pública se llama “seguridad social en salud” pero hace posible el enriquecimiento a partir de impuestos y cotizaciones sociales a gran escala, a costa de la privación de derechos, el deterioro de las condiciones de vida y el sufrimiento de la población. Esto se logra con leyes y reglamentos (como la 87-01) y, cuando es necesario, con flagrantes violaciones a estas normas. Los datos analizados dejan ver la direccionalidad y radicalidad de esta agenda.

En tal sentido, si bien lo ocurrido con SENASA en la gestión 2020-2025 implicó conductas que hoy son motivo de un proceso judicial por eventuales delitos de corrupción y malversación de fondos públicos, el principio privatizador y mercantilizador es central, esencial y sostenido en el modelo instaurado con la Ley No. 87-01, y se puede llevar a cabo tanto de manera legal como ilegal.

Por otra parte, puede verificarse que las ARS privadas son empresas que tienen un notable éxito, pese al imperio del “no le cubre” que padece la mayoría de las personas. Al sumar los beneficios anuales y los gastos administrativos y generales acumulados a lo largo de los años, han absorbido de la Seguridad Social un total de RD\$87.650,3 millones, solo en el SFS, es decir, sin incluir los planes complementarios.

En el presente informe se ofrecen ejemplos de los importantes servicios de salud que podrían haber sido financiados con tal volumen de recursos, y por eso se le califica como un Costo Social que carga toda la sociedad al transferir recursos a estas empresas rentistas y privarse de condiciones de vida más dignas y de mejores servicios.

En este escenario, se puede entender mejor la discusión que se ha suscitado sobre el llamado “cápita diferenciado”, llevada incluso al ámbito judicial, y que se trata de reservar a las ARS privadas con mayor afiliación un ingreso per cápita sustantivamente mayor por criterios de “riesgos” asociados al sexo y la edad. Con esta “manzana de la discordia” en el foco, resulta llamativo que algunas de las principales ARS privadas estén declarando pérdidas en 2024 y 2025 en el SFS, incluso cuando presentan altísimos gastos de funcionamiento.

Frente a este escenario, resulta evidente la necesidad de una auténtica transformación integral y estructural del Sistema Dominicano de Seguridad Social, que tenga como misión garantizar y financiar la Seguridad Social, las pensiones y la salud en tanto verdaderos derechos fundamentales de las personas y pilares de la ciudadanía, como establece la Constitución.

PRINCIPALES HALLAZGOS DEL ANÁLISIS

LOS SERVICIOS PÚBLICOS HAN SIDO CRÓNICAMENTE DESFINANCIADOS EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD

Bajo la Ley No. 87-01 y la figura jurídico-financiera del Seguro Familiar de Salud, de 2010 a 2024 se ha pagado a Prestadores Privados de servicios de salud la suma total de RD\$597,659 millones, mientras que el total pagado a Prestadores Públicos fue de RD\$144,856 millones. Esto representa un 80.5% para Prestadores Privados y apenas 19.5% para Prestadores Públicos.

LA PRIVATIZACIÓN ATRAVIESA SISTÉMICAMENTE A ARS PRIVADAS Y SENASA

- De 2010 a 2024, SENASA en el Régimen Contributivo pagó a Prestadores Privados RD\$162,386 millones, mientras que pagó a Prestadores Públicos RD\$26,963 millones.
- Desde el Régimen Subsidiado, SENASA pagó a Prestadores Privados RD\$73,801 millones, mientras que pagó a Prestadores Públicos RD\$67,200 millones.
- Los pagos de SENASA en el Régimen Subsidiado a Prestadores Privados pasaron de 21% en 2010 a 66.9% en 2024, contradiciendo en todo momento la Ley No. 87-01, artículo 31.
- Las ARS privadas pagaron a Prestadores Privados RD\$361,472 millones, y solamente RD\$50,693 millones a Prestadores Públicos.
- Proporcionalmente, SENASA en el Régimen Contributivo ha orientado 5.66 veces más recursos en pagos a Prestadores Privados respecto los Prestadores Públicos; SENASA en el Régimen Subsidiado lo ha hecho en 1.10 veces más; y las ARS privadas lo han hecho 7.13 veces más.

LOS CONTRATOS TAMBIÉN HAN PRIVILEGIADO A LOS PRESTADORES PRIVADOS

- Para 2024, SENASA tenía contratados 8,268 Prestadores Privados y apenas 593 Prestadores Públicos. Para el mismo año, las ARS Privadas tenían contrato con 14,379 Prestadores Privados y con tan solo 890 Prestadores Públicos (curiosamente más que SENASA).
- En el periodo estudiado, se ha contratado 14 veces más Prestadores Privados que Públicos por parte de SENASA, y 16 veces más Prestadores Privados por parte de las ARS privadas.
- En SENASA en el Régimen Subsidiado, los Prestadores Privados eran 257 en 2021 y 192 en 2024, esto es 51.3% y 43.8% respectivamente, en una mercantilización que violenta abiertamente la Ley (artículo 31).

SE HA MANTENIDO LA PRIVATIZACIÓN ILEGAL DE LA AFILIACIÓN Y LAS COTIZACIONES

A 2025, un 31.5% de los empleados/as públicos/as afiliados como titulares al SFS seguían estándolo en ARS PRIVADAS, en contra de lo que dispone el artículo 31 de la Ley No.87-01 y lo ratificado por el Tribunal Constitucional en 2018, que obliga a que los empleados y empleadas del sector público estén afiliados en SENASA (Régimen Contributivo).

LAS ARS PRIVADAS SON COSTO SOCIAL

- Las ARS privadas consumen un alto volumen de recursos desde el Seguro Familiar de Salud. En 2025, las ARS privadas en conjunto obtuvieron ingresos desde el SFS por RD\$55,865.9 millones, presentando beneficios anuales por RD\$2,678.1 millones y gastos generales administrativos (no de salud) ascendentes a RD\$5,882.3 millones. La suma de beneficios y gastos de funcionamiento, de 2007 a 2025, alcanza un total de RD\$87.650,3 millones.
- Estos recursos son solo Costo Social, absorbidos de la seguridad social en una economía rentista de intermediación financiera, totalmente improductiva, que se basa en aumentar ingresos, seleccionar población y restringir el derecho a la salud con el imperio del “no cubre”. Además, son recursos de los que dejó de disponer la sociedad para financiar necesidades prioritarias como PROMESE/CAL, Medicamentos de Alto Costo, o Salud Materna y Neonatal.
- La discusión sobre el cápita diferenciado se explica por una disputa dentro de la industria de las ARS. Por una parte, las más grandes asegurarían más ingresos y rentabilidad al tener más ingresos por hombres mayores y niños, y mujeres en edad fértil. Por otra, las ARS más pequeñas se verían perjudicadas en sus intereses, ya que han basado su alta rentabilidad en la selección de población menos “riesgosa”.

II. ANÁLISIS DE DATOS

Como se puede observar en los datos analizados, tanto en el Régimen Contributivo (RC) como el Régimen Subsidiado (RS), el SFS se ha constituido en un prodigioso mecanismo de privatización de los recursos generados por la cotización y los aportes colectivos mediante Presupuesto del Estado a la Seguridad Social en Salud, bajo el Sistema Dominicano de Seguridad Social y su Ley No. 87-01.

El SFS es el mecanismo clave para la transferencia masiva de recursos a los prestadores privados, manteniendo a los prestadores públicos de servicios de salud en el desfinanciamiento crónico y sistemático, sin necesidad de cerrar ni de privatizar explícitamente la propiedad, sino convirtiéndolos en residuales, en “servicios pobres para pobres”, y el RS funcionando como régimen de aseguramiento subfinanciado, a modo de caridad pública para una ciudadanía “de segunda”, mientras deriva cada vez más presupuesto a la industria privada.

Esto es fundamental para que pueda funcionar el mercado de servicios de salud creado por Ley, bajo las consignas de separación de funciones, pluralismo, libre elección y competencia. Además, se hace con la aplicación de la propia Ley o actuando contra esta, sea de facto o mediante herramientas secundarias, como son los reglamentos de 2003 y 2013 en el Régimen Subsidiado.

Formalmente, la Ley No. 87-01 establece que el RS deberá contratar atenciones en los prestadores públicos de salud, dado que dicho régimen se financia con aportes directos del Presupuesto General del Estado (artículo 142).

De hecho, quedó instituido que el Seguro Nacional de Salud (SENASA) tendrá a su cargo “los beneficiarios del Régimen Subsidiado, quienes serán atendidos por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) o el sector público” (artículo 31, párrafo I, inciso c), dejando explícitamente la libre elección de prestadores limitada al RC (y también el Contributivo-Subsidiado, que nunca ha entrado en vigencia).

Por otra parte, la Ley dejó formalmente regulados los ingresos en cuanto a afiliarse a SENASA en el RC “todos los empleados públicos y las instituciones autónomas o descentralizadas y sus familiares (...)” (artículo 31, párrafo I, inciso a), lo cual fue ratificado por el Tribunal Constitucional en 2018 a través de la sentencia TC/0573/18, la cual validó la resolución de traspaso a SENASA de los empleados públicos que en 2012 se encontraban en ARS privadas.

En el análisis de los datos, se puede ver la economía política de este mercado de servicios de salud, solo posible con la cotización compulsiva de trabajadores y empleadores formales, más los aportes de toda la sociedad a través del Estado; los ganadores y perdedores de una privatización de hecho; y la forma de operar este mercado más allá de las formalidades de la Ley.

A. Privatización en los pagos

Desde 2010 a 2024 prácticamente el 90% de los recursos en el Régimen Contributivo (RC), tanto por parte de las ARS privadas como por parte de SENASA, se ha transferido a prestadores privados de servicios de salud. De modo similar ha pasado con casi el 52.3% de los recursos en el caso de SENASA en el Régimen Subsidiado (RS).

En términos de montos, a los prestadores privados entre 2010 y 2024 se transfirieron RD\$361,472 millones a través de las ARS privadas, RD\$162,386 millones vía SENASA en el RC, y RD\$73,801 millones vía SENASA en el RS (Ver Infografía 1).



INFOGRAFÍA 1

Fuente: Elaboración propia con datos de SISALRIL obtenidos a través de acceso a la información pública (SAIP)

Estos más de 73 mil millones de pesos, contabilizados de 2010 a 2024, debieron haber ido a los servicios en prestadores públicos, representando un financiamiento sustraído contra la Ley. En total, los montos destinados a sufragar servicios de salud a prestadores privados ascendió a RD\$597,659 millones y a prestadores públicos solo RD\$144,856 millones (Ver Infografía 2).



INFOGRAFÍA 2

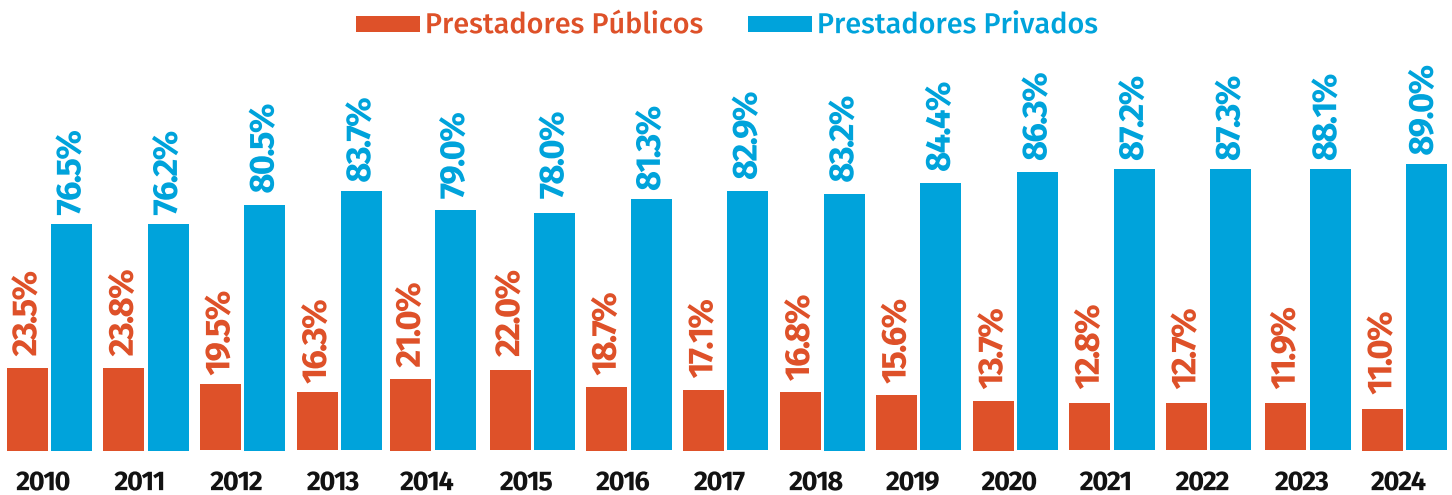
Elaboración propia con datos de SISALRIL obtenidos a través de acceso a la información pública (SAIP)

Lo antes dicho tiene como consecuencia la asfixia financiera de los servicios públicos de salud, los cuales se ven sometidos a una economía de sobrevivencia, lo cual tiene una explicación clave en la política pública de Seguridad Social, la Ley No. 87-01, sus reglamentos, resoluciones y esquema de contrataciones.

Como ya se mencionaba, la Ley No. 87-01 es subvertida en el reglamento del RS de 2003 y su versión de 2013, dejando la aplicación a la forma más ambigua posible, disolviendo la exclusividad de los servicios públicos para la atención de la población afiliada en el RS, actualmente mayoritaria (5,655,485 en el RS versus 4,833,892 en el RC, y con un cápita de apenas RD\$327.02, una sexta parte del cápita del RC igual a RD\$1,887.53).

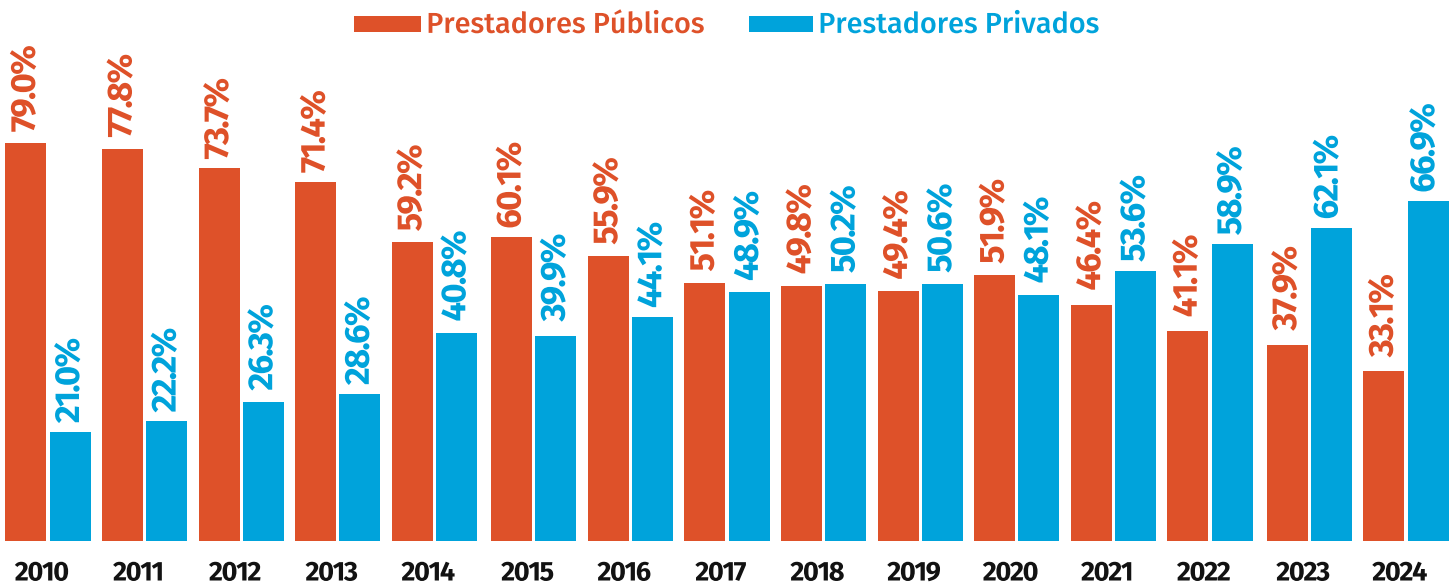
Los datos, además, permiten ver que la transferencia de recursos a privados, que llegó a su apogeo en la gestión de SENASA entre 2020 y 2025, ha sido una tendencia a lo largo de los años, representando en 2010 el 77% en los pagos de SENASA a prestadores privados en el RC y 21% en SENASA en el RS; pasando luego a 79% y 41% en 2014, 83% y 50% en 2018; 87% y 59% en 2022, y su máximo de 89% y 67%, respectivamente, en 2024 (Ver Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1. Porcentaje de pagos totales a prestadores públicos y privados desde SENASA en Régimen Contributivo 2010-2024



Fuente: Elaboración propia con datos de SISALRIL obtenidos a través de acceso a la información pública (SAIP)

Gráfico 2. Porcentaje de pagos totales a prestadores públicos y privados desde SENASA en Régimen Subsidiado 2010-2024



Fuente: Elaboración propia con datos de SISALRIL obtenidos a través de acceso a la información pública (SAIP)

B. Privatización en las contrataciones

Esta inmensa transferencia de recursos de la sociedad (cotizaciones e impuestos mediante el Presupuesto General del Estado) a privados a través del mercado del Seguro Familiar de Salud, tiene su correlato en la contratación de prestadores y, una vez más, en perjuicio evidente de los servicios públicos de salud (**Ver Infografía 3**).

Para el periodo 2021-2024, las ARS privadas en el RC cerraron con un 94% de sus contrataciones concentradas en prestadores privados, llegando a los 14,379 prestadores privados frente a 1,062 prestadores públicos en 2021, que disminuyeron a 890 en 2024.

En el mismo periodo, la situación con SENASA en el RC es aún peor para los prestadores públicos, que pasaron de 599 en 2021 a 593 en 2024, moviéndose entre el 8% y 7%, mientras los prestadores privados contratados pasaron de 92% al 93%, esto es de 6,471 a 8,268. Es importante señalar que se llegó a 2021 ya en más del 90% de contrataciones en prestadores privados.

Así las cosas, en general, para el RC en 2024 se contrataron en total 15,420 prestadores privados de servicios de salud (93%), frente a tan solo 1,136 prestadores públicos (7%).

CONTRATOS PREFERENCIALES PARA PRESTADORES PRIVADOS DE SALUD

2024



EN 2024, LOS PRESTADORES PRIVADOS CONTRATADOS SUPERARON A LOS PÚBLICOS EN AMBOS ESQUEMAS:
14 VECES MÁS EN SENASA | **16 VECES MÁS** EN ARS PRIVADAS

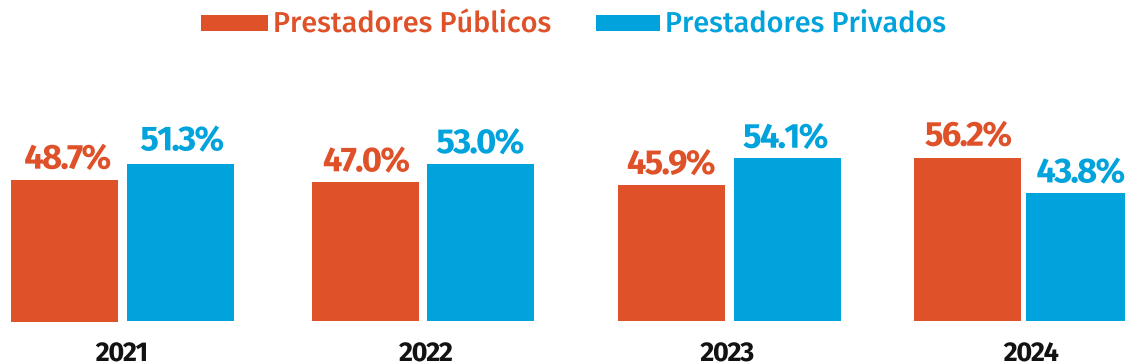
INFOGRAFÍA 3

Fuente: Elaboración propia con datos de SISALRIL obtenidos a través de acceso a la información pública (SAIP)

Nota: Totales según datos a agosto de cada año

En el caso del RS, se confirma la misma lógica de mercantilización junto con una notoria violación de la Ley, viéndose una contratación significativa de prestadores privados, que eran 257 en 2021 y 192 en 2024, esto es 51.3% y 43.8% respectivamente, que, en todo caso, para cumplir la legislación deberían haber sido de un 0% (**Ver Gráfico 3**).

Gráfico 3. Porcentaje de prestadores públicos y privados de servicios de salud contratados por SENASA en Régimen Subsidiado 2021-2024



Fuente: Elaboración propia con datos de SISALRIL obtenidos a través de acceso a la información pública (SAIP)

Nota: Según datos a agosto de cada año

C. Privatización de las contrataciones

A todo lo anterior se suma la disputa por el control de las cotizaciones. La Ley No. 87-01 dispone que los empleados y empleadas públicos coticen y estén afiliados a SENASA en el RC (artículo 31).

Cuando la SISALRIL dispuso en 2012 el traspaso a SENASA de todos los afiliados titulares que eran empleados públicos, las ARS Privadas judicializaron el proceso, lo cual fue rechazado por el Tribunal Constitucional en 2018 mediante la sentencia TC/0573/18.

Pese a estas obligaciones jurídicas, si en 2018 (año de la sentencia del Tribunal Constitucional) había 208,982 empleados/as públicos/as como afiliados titulares en ARS privadas (un 42% del total de empleados públicos afiliados como titulares), en 2025 seguía siendo una cifra significativa, alcanzando los 185,159, equivalente al 31.5%. Esto es una situación que viola abiertamente la legislación, la decisión del TC y atenta contra el financiamiento adecuado y sostenible de SENASA¹ (**Ver Infografía 4**).

¹Es importante señalar que un trabajador o trabajadora puede estar empleado al mismo tiempo en una entidad privada y en una entidad pública. En ese sentido, tocará a SISALRIL y a los órganos competentes dilucidar los detalles y alcance de esta situación y la consecuente violación de la Ley y afectación a SENASA en que se esté incurriendo.

PRIVATIZACIÓN ILEGAL DE LA AFILIACIÓN Y LAS COTIZACIONES

A 2025



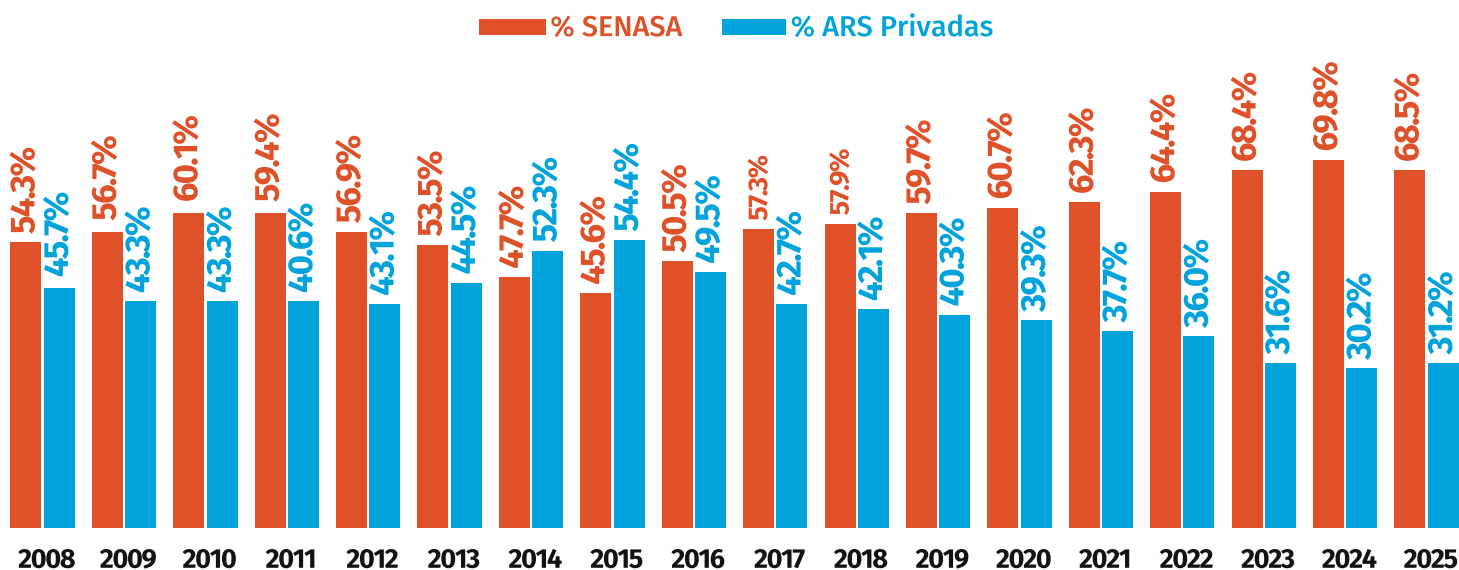
100% DE EMPLEADOS/AS PÚBLICOS/AS DEBERÍAN SER AFILIADOS TITULARES EN **SENASA** SEGÚN ARTÍCULO 31 DE LA LEY NO.87-01

INFOGRAFÍA 4

Fuente: Elaboración propia con datos de SISALRIL obtenidos a través de acceso a la información pública (SAIP)

Las ARS privadas, por su parte, contaban a 2025 con la cotización del 72.1% de empleados y empleadas privados, y el ya mencionado 31.5% de empleados y empleadas públicos. Si bien desde 2008 a la actualidad ha habido una disminución, jamás se ha hecho cumplir la legislación en esta materia, llegando a picos del 54.4% en ARS privadas en 2015 y aún siendo más de un 30% (Ver Gráfico 4).

Gráfico 4. Porcentajes de empleados públicos afiliados como titulares a SENASA y ARS Privadas en Régimen Contributivo 2008-2025



Fuente: Fuente: Elaboración propia con datos de SISALRIL obtenidos a través de acceso a la información pública (SAIP)

Nota: Según datos a diciembre de cada año

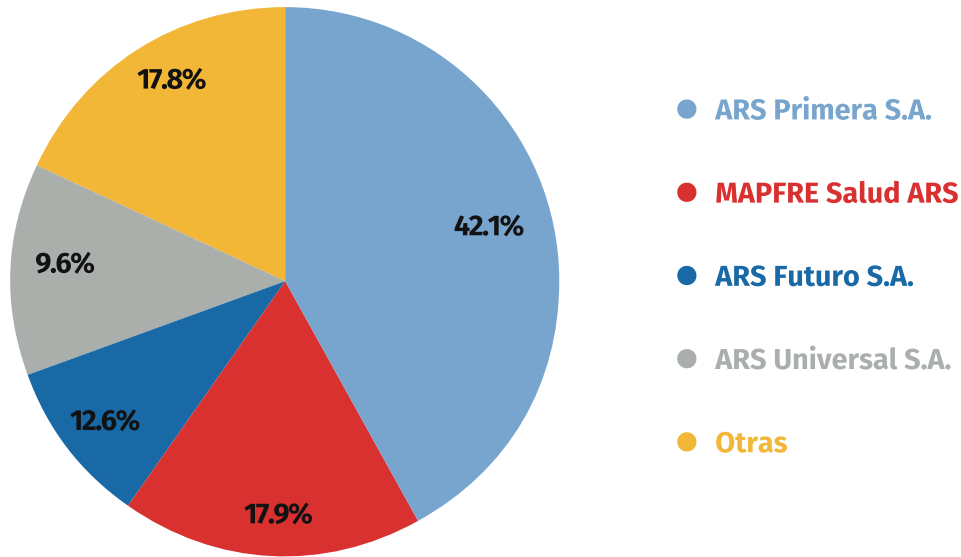
D. ARS privadas: el costo social de la intermediación financiera

Otro aspecto clave del mercado de la salud creado bajo la Ley No. 87-01, a costa del derecho fundamental a la seguridad social y a la salud de las personas (artículos 60 y 61 de la Constitución dominicana), es la economía rentista de intermediación financiera bajo la figura del seguro de riesgo, en manos de Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) privadas.

Las ARS privadas hasta ahora rinden cuentas públicas a través de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) únicamente de los recursos que gestionan en el Seguro Familiar de Salud (SFS), quedando fuera de la transparencia del sistema los resultados financieros, costos y rentabilidad que obtienen en los planes complementarios.

El mercado de afiliación y cotización a las ARS privadas por SFS es cada vez más concentrado, siendo protagonizado en la actualidad por cuatro de estas, particularmente ARS PRIMERA (HUMANO) con el 42.1% de los ingresos, MAPFRE con el 17.9%, FUTURO con el 12.6% y UNIVERSAL con el 9.6%, sumando estas el 82.2% de los ingresos por Seguro Familiar de Salud entre las ARS privadas en el RC (Ver Gráfico 5).

Gráfico 5. Participación porcentual de mercado de las ARS Privadas en base a ingresos por Seguro Familiar de Salud Año 2025



Fuente: Elaboración propia con datos publicados por SISALRIL

Viendo los resultados, para 2025 las ARS privadas en conjunto obtuvieron en el SFS ingresos por RD\$55,865.9 millones, presentando beneficios anuales por RD\$2,678.1 millones y gastos generales y administrativos (no de salud) ascendentes a RD\$5,882.3 millones, es decir, de prácticamente el doble de las ganancias anuales.

Esto significó un Costo Social para 2025 que alcanzó RD\$8,560.4 millones; una impresionante cantidad de fondos que dejaron de estar disponibles para asegurar el derecho a la salud de las personas y comunidades, y fueron absorbidos por dichas empresas de intermediación administrativa (Ver Infografía 5).

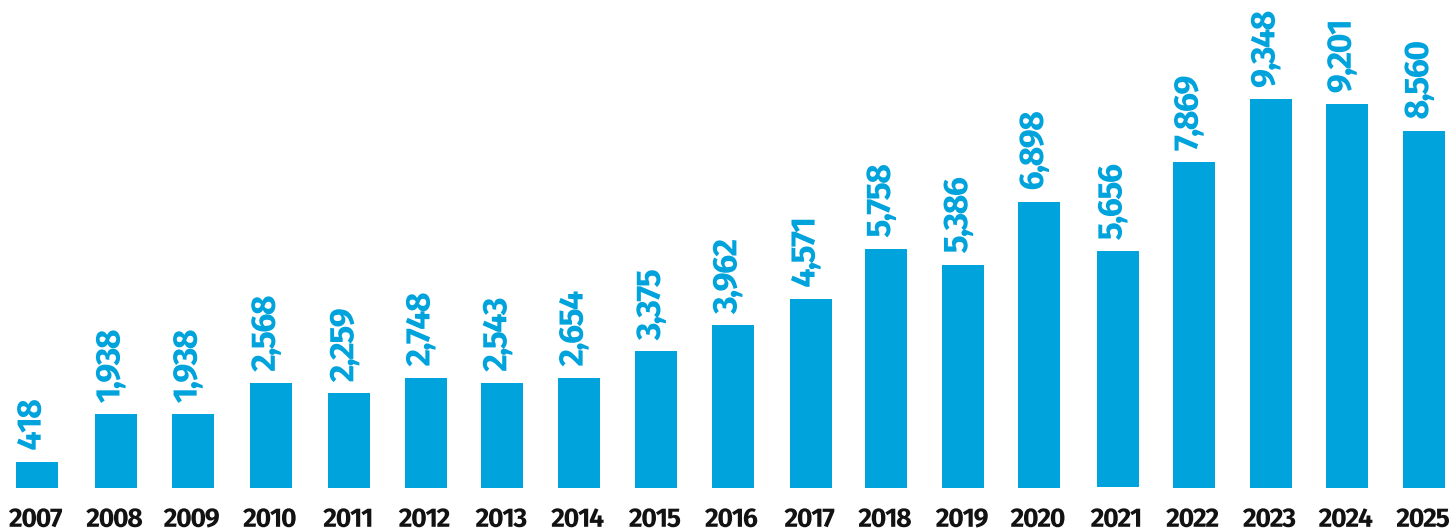


INFOGRAFÍA 5

Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados por SISALRIL

Viendo los resultados de 2007 a 2025, las ARS privadas han tenido ingresos por SFS que alcanzaron un total de RD\$573,132.6 millones, sobre cuya base han acumulado ganancias por RD\$24,007.2 millones y gastos administrativos generales por RD\$63,643.1 millones (gastos de funcionamiento superiores en 265% a las ganancias). Esta absorción de recursos por intermediación financiera, de carácter rentista, se puede observar en un proceso a lo largo de los años, desde la aparición del SFS y las ARS privadas en funcionamiento desde 2007 **(Ver Gráfico 6)**.

Gráfico 6. Costo Social anual (Suma de beneficios anuales y Gastos de funcionamiento anual de ARS Privadas en Seguro Familiar de Salud 2007-2025 (Valores en Millones RD\$)



Fuente: Elaboración propia con datos publicados por SISALRIL

En ese sentido, el Seguro Familiar de Salud ha permitido a las ARS privadas acumular beneficios y gastos de funcionamiento, desde las cotizaciones a la Seguridad Social (y subsidios estatales como fue el caso en la pandemia por COVID-19), por un total de RD\$87,650.3 millones, lo cual representa una aproximación monetaria a su Costo Social.

Para ejemplificar, este monto equivaldría a cinco (5) veces el presupuesto del Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL) para 2025, que ascendió a RD\$15,295.9 millones². Asimismo, corresponde a casi doce veces (11.5) el presupuesto para 2025 del Ministerio de Salud Pública destinado a medicamentos de alto costo, que llegó a RD\$7,618.2 millones³.

En una comparación similar, equivale a cuarenta (40) veces al monto otorgado en 2025 al Programa Presupuestado orientado a Resultados en materia de Salud Materna y Neonatal, que tiene como objetivo reducir las muertes maternas y de neonatos y que tan solo alcanzó los RD\$2,180.3 millones⁴ **(Ver Infografía 6)**.

² Ver en: <https://promesecal.gob.do/transparencia/index.php/presupuesto/presupuesto-aprobado-del-ano/category/5517-2025>

³ Ver en: <https://www.digepres.gob.do/wp-content/uploads/2024/12/1.-Anexo-I.pdf> página 267

⁴ Ver en: <https://www.digepres.gob.do/wp-content/uploads/2024/12/Ley-de-Presupuesto-2025.pdf> página 219

¿CUAL HA SIDO EL COSTO SOCIAL TOTAL DE LAS ARS PRIVADAS?

2007-2025



EQUIVALE A:



INFOGRAFÍA 6

Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados por SISALRIL y presupuestos institucionales.

Si se suma lo absorbido desde la seguridad social por las ARS privadas y las AFP en Costo Social (sumando volumen de ganancias y gastos de funcionamiento de ambas estructuras a lo largo de los años), el mismo alcanzó los RD\$214,136.4 millones a diciembre de 2025. Todo esto es resultado de una actividad empresarial incrustada en la intermediación y, contrario a la producción de valor a través de bienes o servicios, practican una economía rentista, en que las ganancias y los costos, lejos de ser eficientes, basarse en la inversión y tender a la optimización, son crecientes y traspasados a la sociedad como un costo neto de mera administración burocrática, para el cual las personas y sus derechos y necesidades son “riesgo” o “siniestro”.

E. El “cápita diferenciado”: una discusión por las tajadas del mercado

La Ley No.87-01, establece en la última frase de su artículo 169 (sobre pago por capitación) que “cuando se desarrollen las condiciones técnicas necesarias el Consejo Nacional de la Seguridad Social podrá establecer tarifas diferenciadas en función del riesgo individual de los beneficiarios”.

Veinticinco años después, mediante resolución 624-02 del Consejo Nacional de la Seguridad Social⁵ se ha decidido, por un lado, el aumento del cápita mensual por afiliado que reciben las ARS en el Seguro Familiar de Salud, llevándolo a RD\$1,882.49, con un aumento total para las ARS de RD\$199.27, de los cuales RD\$142.08, es decir, el 71.3% del aumento, se debió a “aumento por concepto de indexación”.

En consecuencia, apenas el 22.4% estuvo orientado a aumentar los honorarios por consulta de los y las profesionales de la salud (\$44.71), y tan solo un 6.3% (\$12.48) se destinó a incorporar medicamentos, pruebas, un procedimiento en el catálogo y aumento en el monto de cobertura de medicamentos.

Por otro lado, se decidió instaurar el llamado “cápita diferenciado” tomado de la última línea del ya citado artículo 169 de la Ley, con una fórmula que considera “factores de ajuste por riesgo individual” en base a edad y sexo, que claramente perfila a los varones niños y adolescentes hasta 14 años, a las mujeres entre 15 y 64 años, y a los hombres mayores de 65 como los grupos “más riesgosos”. Siendo así, al “per cápita base” de RD\$1,694.24 se le agregaría un “per cápita por Riesgo Salud por edad y sexo”.

Así las cosas, el per cápita se convierte en la manzana de la discordia, en montos que fluctúan entre los RD\$525.21 (mujeres de 12 a 14 años) y los RD\$5,574.05 (hombres de 65 años y más). En función de esto, se condiciona los ingresos de las ARS según qué población afiliada tengan (siempre manteniendo en estado de abatimiento el cápita del RS, que, como ya se mencionó, apenas llega a RD\$327.02, con un 123.3% de siniestralidad).

A partir de allí, la Asociación de Iguales Médicas y Administradoras de Riesgos de Salud, Inc. (ADIMARS) (paralela a ADARS), y las ARS FUTURO, GMA, META SALUD y RENACER decidieron actuar judicialmente para neutralizar la decisión, acusando, entre otros, que la resolución “viola la Ley No. 107-13 sobre Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración Pública y de Procedimiento Administrativo; vulnera el principio de jerarquía normativa; efectúa una utilización incorrecta de herramientas de inteligencia artificial generativa en su razonamiento; y contraviene las exigencias actuariales y técnicas establecidas en la Ley No. 87-01, sobre Seguridad Social”⁶, entre otros argumentos.

Más recientemente, el 28 de abril 2026, el CNSS publicó un espacio pagado en la prensa nacional anunciando la puesta en marcha del “cápita diferenciado”, expresando que se trata de la “necesidad de ajustar el financiamiento del Sistema a las demandas reales de salud que presente la población afiliada”, añadiendo que representa “un avance significativo hacia un modelo más justo y solidario” que “beneficia directamente a la población de adultos mayores”⁷.

Esta discusión hay que entenderla en base a que los beneficios registrados por las ARS privadas se ven influidos por la llamada “siniestralidad”, y no en vano estas empresas no se llaman Aseguradoras de Salud sino Administradoras de Riesgos de Salud.

La necesidad de restauración de la salud no es administrada como derecho fundamental, sino como “siniestro”, de modo que la “siniestralidad” (carga económica) es el indicador clave a gestionar, lo cual se hace de varias formas: seleccionando población de menor riesgo, limitando coberturas (evitando gastos, limitando el catálogo, haciendo “glosas” que niegan el pago) o compensando con mayores ingresos (incrementando ingresos y, por tanto, el cápita).

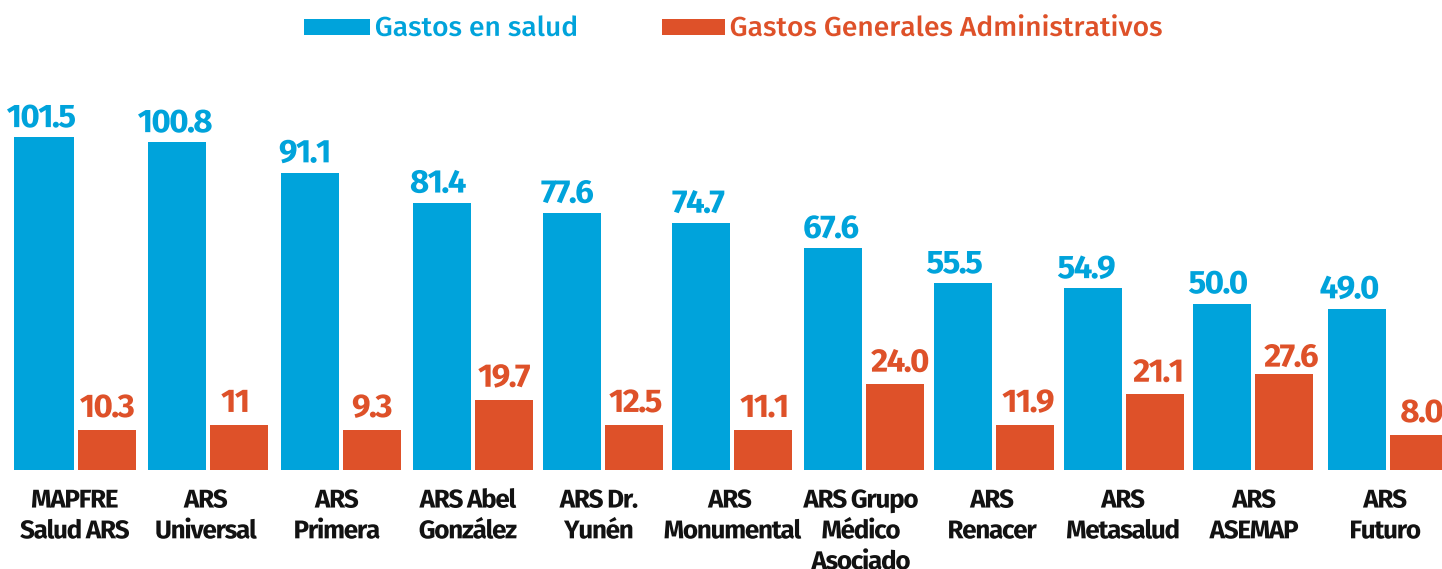
⁵ Ver https://servicios.cnss.gob.do/consulta_resolucion/pdf/1762405923453-ResolSesion624.pdf

⁶ Ver: Recurso contencioso administrativo contra la Resolución 624-02, dictada en fecha treinta y uno (31) de octubre de dos mil veinticinco (2025) por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), que sustituye el histórico esquema de cápita uniforme, vigente por más de dos decenios, por un modelo de cápita diferenciada. Expediente 2025-0306197.

⁷ Periódico El Día, 28 de abril de 2026, página 3. Ver en: <https://eldia.com.do/edicion-impresa-28-de-abril-2026/>

Esto es más claro de entender cuando se observa que ARS FUTURO es la que declara haber tenido en 2025 el menor gasto en salud, de tan solo un 49%, y solo un 8% de gastos generales y administrativos, y sabiendo que para abril de 2025 era la que menos población mayor de 55 años tenía afiliada, tan solo el 1.6% de todo ese grupo poblacional⁸, mientras MAPFRE declaró haber tenido un gasto en salud de 101.5% (más que sus ingresos) y UNIVERSAL un 100.8%, además de un 10.3% y 11% en Gastos Generales y Administrativos, respectivamente (Ver Gráfico 7).

Gráfico 7. Gastos en Salud y Gastos Generales y Administrativos de ARS Privadas en Seguro Familiar de Salud (como porcentaje de Ingresos) Año 2025



Fuente: Elaboración propia con datos publicados por SISALRIL

Así las cosas, mientras que FUTURO declaró ganancias en 2024 por RD\$1,739.4 millones y en 2025 por RD\$1,830.6 millones, casualmente MAPFRE y UNIVERSAL han declarado pérdidas en ambos años (hasta de - RD\$878,5 millones en el caso de MAPFRE para 2025).

Además de las dudas razonables que suscita que dos de las cuatro principales ARS privadas estén declarando pérdidas en un mercado multimillonario (lo cual, entre otras cosas, permite descontar impuestos), estas supuestas pérdidas son, por cierto, un argumento clave para exigir el “cápita diferenciado” (responsabilizando a las personas por su “riesgo”) y es la causa fundamental del aparente descenso en las ganancias totales en esta industria entre 2024 y 2025.

Esta modalidad de ingresos con “cápita diferenciado” claramente beneficiará a las ARS con mayor población, especialmente a aquellas que concentran grupos de “mayor riesgo” o, según sus términos, con “mayor siniestralidad”, a la vez que hace comprensible la resistencia de las ARS más pequeñas que han aplicado estrategias de selectividad muy exitosas en términos de ganancias anuales.

⁸ Ver: Radiografía de la Seguridad Social: Rentabilidad y Costo Social de la industria de AFP y ARS enero-diciembre 2024: <https://juanbosch.org/wp-content/uploads/2025/07/Radiografía-Seguridad-Social-2025.pdf>

Con el “cápita diferenciado” y una afiliación centrada en población menos riesgosa, lo que hasta ahora era ganancia privaría a ARS como FUTURO de la tajada más grande del bizcocho de los ingresos en el Seguro Familiar de Salud. En cambio, para las ARS que puedan demostrar “cargar” con más número de personas “riesgosas”, los ingresos aumentarán.

Esto es, y no otra cosa, la disputa por el “cápita diferenciado”: una discusión intraindustrial de las ARS, como empresas intermediarias, en torno a la proporción del salario y recursos estatales que pueden captar como ingreso, y no sobre las necesidades y costos de proteger la salud de las personas y las familias, aunque se usen términos como mencionar “garantizar coberturas” y “mantener la sostenibilidad financiera”.

III. CONCLUSIONES PARA LA DISCUSIÓN

Desde la óptica de la economía política, la reiterada experiencia del afiliado frente al permanente “no le cubre” no constituye una falla accidental del sistema, sino un mecanismo estructural de contención del gasto y maximización de rentas. La fragmentación del catálogo de prestaciones, las exclusiones explícitas e implícitas, las glosas y la burocratización del acceso operan como instrumentos de disciplinamiento de la demanda, trasladando el riesgo financiero y sanitario desde las ARS hacia las personas y las familias.

En este esquema, el afiliado deja de ser sujeto de derecho y se convierte en un portador de riesgo a gestionar, internalizando los costos del sistema cada vez que debe acatar los límites del régimen de aseguramiento, y entonces tiene que pagar de su bolsillo, desistir de una atención, organizar colectas, pedir a la caridad pública, o judicializar su derecho a la salud.

Este diseño reproduce una asimetría radical de poder: las ARS y los grandes prestadores privados controlan la información, los contratos y los flujos financieros, mientras el afiliado enfrenta un mercado opaco, con reglas móviles y con altos costos de transacción para hacer valer sus derechos. Así, la restricción de coberturas no es un problema técnico, sino una condición necesaria para sostener la rentabilidad de la intermediación privada bajo un esquema de capitación.

1 CONVERGENCIA DE INTERESES ENTRE ARS E INDUSTRIA PRIVADA DE SERVICIOS DE SALUD

Lejos de ser un mercado “competitivo”, el Seguro Familiar de Salud ha configurado una convergencia estructural de intereses entre ARS privadas y una creciente industria de los servicios de salud, cuyos incentivos se alinean en torno a la contención del gasto en salud pública, la absorción de recursos sociales mediante contratos y la expansión del mercado privado.

Esta relación no es meramente contractual, sino política y económica: las ARS (incluyendo SENASA) garantizan volúmenes estables de pago y los prestadores privados aseguran capacidad instalada, influencia regulatoria y presión permanente para ampliar transferencias de recursos vía tarifas, contrataciones, capitación y ampliación selectiva del catálogo. SENASA, especialmente el RS, al ser la mayor aseguradora se convierte así en el fondo a capturar.

En un círculo vicioso, el sector público de salud queda relegado a un rol residual, obligado a asumir la atención de mayor complejidad social y sanitaria, pero sin un financiamiento acorde. Ese rol residual es indispensable para justificar la creciente contratación de privados, y se consolida así una dualización del sistema: rentabilidad asegurada para el capital privado y precarización crónica para los servicios públicos, aun cuando estos últimos continúan siendo esenciales para la garantía efectiva del derecho a la salud.

2 EL TRASVASE DE FONDOS PÚBLICOS COMO PRIVATIZACIÓN ENCUBIERTA

El uso creciente de recursos del Régimen Subsidiado —financiados en su totalidad por el Presupuesto General del Estado— para el pago de servicios privados constituye un trasvase estructural de fondos públicos hacia intereses, inversiones y empresas particulares, opera como privatización encubierta.

En una forma de verlo, este mecanismo contradice el espíritu redistributivo del Régimen Subsidiado y entra en conflicto directo con la Ley No. 87-01, la cual dispone de manera expresa la primacía de los prestadores públicos y el rol central de SENASA como asegurador público. Más aún, este trasvase vulnera la sentencia del Tribunal Constitucional que reafirma el carácter público del aseguramiento en SENASA y la obligatoriedad de canalizar estos recursos conforme a la ley.

En otra perspectiva, esta política consume la naturaleza de la salud mercantilizada y el rol subsidiario-residual del Estado. La normalización administrativa de estas prácticas, amparada en reglamentos y resoluciones secundarias, refleja la captura regulatoria del sistema de seguridad social y la disputa por el excedente del trabajo en forma de cotización y de impuestos, siendo la legalidad reinterpretada para adecuarse a las necesidades del mercado, y no a los derechos de la población.

3 CONFLICTO LEGAL Y EROSIÓN DEL ESTADO SOCIAL DE DERECHO

Desde una perspectiva de economía política institucional, la contradicción entre la Ley 87-01, la jurisprudencia constitucional y las prácticas efectivas del SFS revela un proceso de erosión del Estado social de derecho. No se trata únicamente de incumplimientos puntuales, sino de una reconfiguración del orden normativo en favor de actores privados con alta capacidad de incidencia política y económica.

Esta tensión expresa un conflicto más profundo: el choque entre un principio normativo de la salud como derecho fundamental y un modelo operativo que la gestiona como mercancía y como fuente de rentas.

En ese sentido, la transferencia de fondos públicos al sector privado no es neutra ni inevitable, sino el resultado de decisiones políticas concretas que redefinen el rol del Estado, profundizando y radicalizando su función como recaudador, garante y pagador al capital privado.

4 EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD COMO MERCADO POLÍTICO

En suma, el Seguro Familiar de Salud no puede ser entendido simplemente como un esquema técnico de aseguramiento neutral y desprovisto de intencionalidad, sino como dispositivo neoliberal dentro de una época y una correlación de fuerzas e intereses para instaurar y asegurar la rentabilidad de un mercado, atravesado por cuotas de poder, disputas distributivas y captura institucional. La capitación, el catálogo, las contrataciones y las supuestas discusiones sobre sostenibilidad financiera encubren una pregunta central que rara vez se formula: ¿quién se apropia del excedente social generado por las cotizaciones obligatorias y los recursos públicos?

Mientras esta pregunta permanezca excluida del debate, el sistema continuará reproduciendo un patrón de acumulación rentista y normativas de privilegio, en que los servicios públicos se deterioran de forma crónica y sistemática y se busca toda clase de chivo expiatorio mientras que las ARS y la creciente industria privada de servicios de salud resultan sistemáticamente favorecidos, sobre la base de una población impedida de satisfacer su derecho fundamental a la salud.

5 LA REFORMA NECESARIA

Por todo lo anterior, la reforma necesaria debe asegurar el cumplimiento de la Constitución y de la Ley No. 01-12 de Estrategia Nacional de Desarrollo, garantizando el derecho pleno a la salud de todas las personas, la inversión correspondiente al 5% del PIB en este sector, la recuperación y transformación de SENASA, y su compromiso con los servicios públicos.

La elevación de las cotizaciones y la mercantilización radical solo serán pasos a la deshumanización, la crisis social y el deterioro de lo público hacia su colapso total. En ese escenario, se podrán buscar todo tipo de causales (demanda elevada, flujo migratorio, etc.) y los ganadores seguirán siendo los mismos, con cada vez mayor provecho a costa de los derechos y los recursos sociales.

Para evitar esto, las cotizaciones sociales y los recursos provenientes de impuestos no pueden terminar capturados y privatizados en la intermediación de las ARS ni en las contrataciones privilegiadas para la provisión de servicios empresariales.

Deben, por un lado, solventar un sistema de servicios públicos robusto, suficiente, altamente eficaz y resolutive y, por otro, proteger a las personas y las familias del riesgo socioeconómico con coberturas que atiendan el derecho fundamental y no catálogos o menús, ni discriminen entre planes de seguros y servicios mercantilizados según capacidad de pago.

El rescate del Seguro Nacional de Salud (SENASA) y su transformación en un seguro efectivamente universal y universalizador del derecho a la salud y la ciudadanía social, con plenas coberturas no limitadas al catálogo; y la recuperación y la reunificación del Ministerio de Salud (MISPAS) y del Servicio Nacional de Salud (SNS) como garantes efectivos de la Salud individual y colectiva -más que meros competidores fragmentados en un mercado de facto privatizado-, son pasos claves hacia el Estado social y democrático de derecho, y la salud como bien público y derecho fundamental.

La libre concurrencia y elección entre servicios públicos y privados son también derechos establecidos en la Constitución, pero que deben hacerse con reglas de mercado, no convirtiendo al mercado en la regla de la sociedad.



Francisco A . Tavárez Vásquez

Licenciado en Economía de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Máster en Políticas Económicas y Máster en Finanzas Públicas para Países en Desarrollo. Docente universitario e investigador en áreas de finanzas públicas y mercado de trabajo.



Matías Bosch Caruro

Licenciado en Ciencias y Artes Ambientales. Magíster en Ciencias Sociales mención Política y Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Docente universitario e investigador sobre economía política, trabajo, desarrollo y seguridad social.



Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)



Facultad de Ciencias Económicas y Sociales



Fundación Juan Bosch



CIUDAD ALTERNATIVA
EQUIDAD - PARTICIPACIÓN - DEMOCRACIA

Mayo 2026

Vivian Martínez Hart. Portada, diseño y diagramación

juanbosch.org
uasd.edu.do
uasd.edu.do/facultad-economia

fundacion@juanbosch.org

[fundacionjuanboschrd](https://www.facebook.com/fundacionjuanboschrd)
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (UASD)

[FundacionJuanBosch](https://www.youtube.com/FundacionJuanBosch)

[fundacionjuanbosch_economiauasd](https://www.instagram.com/fundacionjuanbosch_economiauasd)

[@economiauasd](https://twitter.com/economiauasd)



Esta investigación ha sido realizada, editada y publicada en el marco del convenio de cooperación interinstitucional entre la Universidad Autónoma de Santo Domingo, la Fundación Juan Bosch y la Cátedra Extracurricular “Profesor Juan Bosch” de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES), contando con el apoyo del Ministerio de Cultura a las Asociaciones Sin Fines de Lucro (ASFL).

