



**FUNDACION
PLENITUD**

VISIÓN

Un mundo regido por valores éticos, donde los seres humanos de hoy y del mañana constituyan el centro de una política de desarrollo basada en el mejoramiento de la calidad de vida, el bienestar material y espiritual y el cuidado del medio ambiente.

MISIÓN

Funcionar como un centro de investigación, divulgación, capacitación y asistencia técnica de calidad mundial, dirigido a promover el desarrollo humano sostenible, en sus dimensiones individual, social y global.

Malaquías Gil No. 16, Ens. Serrallés

Santo Domingo, República Dominicana

Tel. (809)563-1805 / 227-5468

Fax. (809)566-2921

E-mail: mrathe@fundacionplenitud.org



**FUNDACION
PLENITUD**

ANÁLISIS DE LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA, 2002

Informe Final

**Magdalena Rathe
Octubre de 2005**

CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS
RESUMEN EJECUTIVO
SIGLAS
INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

I. INTRODUCCIÓN

- 1.1 Propósito y justificación
- 1.2 Antecedentes
- 1.3 Contenido del trabajo

II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

- 2.1 Marco conceptual
- 2.2 Límites del gasto en salud
- 2.3 Fuentes de los datos
- 2.4 Procesamiento del módulo de gasto en salud
- 2.5 Datos para comparación con 1996
- 2.6 Datos para comparación internacional

III. LA ECONOMÍA DOMINICANA

- 3.1 Evolución de la economía
- 3.2 Situación social y pobreza

IV. EL SECTOR SALUD

- 4.1 Situación de salud
- 4.2 Aspectos institucionales del sector salud
- 4.3 Problemas de carácter estructural
- 4.4 La reforma del sector

V. LAS CNS DEL 2002 EN PERSPECTIVA INTERNACIONAL

- 5.1 Gasto nacional en salud en el período
- 5.2 Fuentes de financiamiento del gasto en salud
- 5.3 Gasto en salud por agente financiero
- 5.4 Gasto en salud por proveedor
- 5.5 Gasto en salud por función

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

ANEXO

RECONOCIMIENTOS

El presente informe sobre las Cuentas Nacionales de Salud en la República Dominicana para el año 2002, es la culminación de un largo proceso que no estuvo exento de obstáculos y dificultades. A la vez, constituye un logro de grandes proporciones, particularmente por lo que implica en términos del proceso de institucionalización de la producción de esta información estadística de manera sistemática en el seno del ente rector de la salud en el país, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).

Después de un primer ejercicio de Cuentas Nacionales de Salud realizado en los años 1997-1998, con datos para 1996, las cifras sólo se actualizaron para el sector público hasta el año 1999. A pesar de la importancia que todos parecían asignar al tema del financiamiento a la salud, la SESPAS nunca asumió el papel que le correspondía de establecer esta tarea como parte de sus actividades permanentes, a pesar de que la Ley General de Salud, promulgada en el año 2001, así lo indicaba. Finalmente, en diciembre del 2004, el Gobierno dio el paso fundamental al crear la Unidad de Cuentas Nacionales de Salud como parte de la Subsecretaría Técnica de la SESPAS y de dotarla del personal y los recursos físicos y financieros necesarios para su desarrollo. Para ello contó con el apoyo de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) quien, con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), dentro del Proyecto de Reforma y Modernización del Sector Salud, había contratado una consultoría con la autora de este informe, quien a su vez, contrató parte del equipo humano de la Fundación Plenitud, para ofrecer la asistencia técnica a la Unidad de Cuentas Nacionales de Salud.

En este sentido, es preciso reconocer en primer lugar, el interés y voluntad política manifestado por el Dr. Bautista Rojas, Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, quien fungía al inicio de la presente gestión gubernamental como Director Ejecutivo de la CERSS y al Subsecretario Técnico de la SESPAS, Dr. Guillermo Serra, quienes se apropiaron de un proyecto que estaba sumido en el letargo. De esta forma, se configuró el equipo de la UCNS, coordinado por la Lic. Mary Reyes e integrado también por el Lic. Rafael Ortiz, Guillermina Tejeda. La Lic. Reyes y su equipo han laborado incansablemente para la concreción de las CNS, así como para lograr que la Unidad sea una realidad tangible, siendo también el eje fundamental en la recolección de los importantes datos de la SESPAS.

Cuando el Dr. Bautista Rojas asumió el cargo de Secretario de Estado de Salud Pública, dio un nuevo espaldarazo a este proyecto, lo mismo que la Lic. Rosa María Suárez, primero desde la CERSS y luego en la SESPAS, por lo que pueden ahora

recoger sus primeros frutos. Al cabo de tan largo proceso, es seguro que este proyecto se convertirá, finalmente, en una actividad permanente, confiable y sostenible y, que, de ahora en adelante, el país contará con estas estadísticas de manera regular.

En la CERSS hay que reconocer los esfuerzos del Lic. Josué Ceballos, quien tuvo fe en el proyecto, incluso en tiempos en que no había una voluntad política manifiesta, del mismo modo que el Dr. Gustavo Rojas y el Lic. Roberto Peguero, así como Birmania Núñez en sus inicios.

Varios profesionales contribuyeron a la realización de este trabajo, desde la Fundación Plenitud, sin cuya dedicación hubiera sido imposible llegar a este resultado. En adición de quien suscribe, en las tareas de asistencia técnica y capacitación al equipo de la UCNS, participaron Dayana Lora, Manuel Robles y Alejandro Moliné. En el proceso de recolección de datos del sector privado participaron Manuel Robles, Laura Rathe, María Cornelio y Doralba Londoño. En el procesamiento de los datos de las encuestas y estimación del gasto de hogares, trabajó Fabio Vio. La obtención de los datos complementarios del sector público fue en gran parte responsabilidad de Alejandro Moliné. Doralba Londoño contribuyó en la obtención de informaciones para la comparación internacional así como en la elaboración de gráficos. El procesamiento mayor de toda la información y la elaboración de las matrices de las CNS estuvo a cargo, fundamentalmente, de Alejandro Moliné. La coordinación de todo el trabajo estuvo a mi cargo, así como también la redacción del informe de análisis de las CNS del 2002. Alejandro Moliné tuvo importantes contribuciones al análisis, así como también Ramón Pérez Minaya. Para todos, mi agradecimiento.

Siento una gran satisfacción por culminar este proceso y una profunda gratitud por haber tenido la oportunidad de contribuir con ello a la producción de informaciones de base que servirán para dar seguimiento a la reforma del sector salud que, finalmente, después de tantos años de esfuerzo, está comenzando en la República Dominicana.

*Magdalena Rathe
Octubre del 2005*

RESUMEN EJECUTIVO

La economía dominicana fue la de más rápido crecimiento en Latinoamérica, en los últimos cincuenta años. A pesar de ello, el país no ha podido aprovecharlo para mejorar la situación de atraso e inequidad social. El Informe sobre el Desarrollo Humano, de las Naciones Unidas, señala que “una de las lecciones más amargamente aprendidas por las dominicanas y dominicanos es que la calidad de vida puede ser precaria en medio de un acelerado crecimiento económico”.

Entre las explicaciones de ese desaprovechamiento se encuentra la realidad de que el Estado Dominicano ha asignado muy baja prioridad al gasto social, particularmente en las áreas de la salud y de la educación. Esto, unido a la ineficiencia con que se entregan los servicios públicos, explica en gran medida que el índice de desarrollo humano no haya mejorado más como resultado del crecimiento de la economía.

Se estima que una tercera parte de la población dominicana vive en la pobreza. Pero, además, existe una gran concentración del ingreso, razón que, unida a la baja inversión social del Estado, ha impedido que la población se aproveche del importante crecimiento económico que ha vivido el país en las últimas décadas.

La esperanza de vida al nacer es uno de los principales indicadores de desarrollo humano, pues ella permite aproximarnos al conocimiento de las posibilidades de la población de vivir una vida larga y saludable. Este indicador ha venido mejorando en las últimas décadas, pero se encuentra por debajo del promedio dentro del contexto de Latinoamérica y el Caribe. Asimismo, el número de años de escolaridad sigue siendo sumamente bajo, ascendente a sólo 5.4 años en promedio, en el año 2002.

Los índices de mortalidad infantil y materna son superiores a muchos países con un grado similar de desarrollo socioeconómico. Destaca el hecho de una elevada mortalidad materna con casi un cien por ciento de partos atendidos por profesionales, así como altísimas tasas de control prenatal. Esto habla pobremente de la calidad de los servicios de salud en el país.

Los servicios públicos de salud, particularmente los de la SESPAS, están orientados hacia la población más pobre, a pesar de que un 18% de éstos utilizan servicios privados al nivel ambulatorio y un 19% para fines de internamiento. Esto es importante en términos de la carga financiera del gasto en salud para estos hogares, puesto que, generalmente, tienen que pagar con recursos propios, debido a la baja cobertura de aseguramiento. En efecto, aunque ha aumentado desde 1996, ésta asciende en promedio a sólo un 21% de la población en el 2002, pero es notoria la baja cobertura en los grupos más pobres, que sólo alcanza el 6.5%.

Todo lo anterior es el resultado de que el sector salud de la República Dominicana posee una serie de problemas de carácter estructural, los cuales lo mantienen en perpetuo estado de crisis, cuya solución requiere de cambios profundos. Esto es, de una verdadera reforma sectorial, que se proponga un cambio en la asignación de los recursos, de la estructura organizativa y del financiamiento de la salud.

En este preciso momento, la República Dominicana se encuentra a punto de iniciar el proceso más grande de transformaciones dentro del sector salud, en toda la historia del país. En el año 2001 se aprobó la Ley de Seguridad Social, que incluye el Seguro Familiar de Salud, con vocación de universalidad. El proceso para su implementación ha sido largo y tortuoso, debido a los conflictos de intereses entre los diversos sectores.

Después de la mayor crisis macroeconómica de la historia, ocurrida en el año 2003, en agosto del 2004, advinieron las actuales autoridades gubernamentales y con ellas retornó la confianza en la sociedad dominicana, junto con los capitales que se habían fugado hacia el exterior. De esta manera, se está consolidando la estabilidad macroeconómica y el Banco Central asegura que las actividades económicas están registrando una notable recuperación.

En consecuencia, las condiciones están dadas para el reinicio del crecimiento económico y de una reorientación del proyecto de sociedad hacia una mayor justicia redistributiva y un mejoramiento del desarrollo humano. Las inversiones en salud y educación son claves para este proyecto.

En este sentido, las actuales autoridades tienen la voluntad política de poner en marcha el nuevo sistema de seguridad social, que ha sido llamado "la reforma más importante del siglo". Existe ya una propuesta concreta para la implementación del régimen contributivo para los empleados del sector público, así como para la extensión del régimen subsidiado. Muy paulatinamente, ha comenzado la implementación de éste último en dos regiones del país, confrontando graves dificultades para la correcta identificación de los usuarios. Por otro lado, este régimen requiere que, concomitantemente, se produzca la transformación institucional de las entidades públicas que administran y proveen servicios de salud, de manera tal que los nuevos subsidios a la demanda no dupliquen la forma tradicional de financiamiento vía la oferta.

La magnitud de la tarea que hay por delante, justifica la producción de información confiable sobre el gasto y el financiamiento dentro del sector salud, para lo cual la mejor herramienta son las Cuentas Nacionales de Salud. Estas son un conjunto de matrices o tablas de doble entrada, cuyo objetivo fundamental es conocer la estructura y los flujos financieros dentro del Sector Salud. Estas informaciones permiten a las autoridades tomar mejores decisiones, tanto en términos de hacer más equitativo el financiamiento de la salud, como en lograr una mayor eficiencia en la asignación de los recursos. Finalmente, las CNS pueden servir de base para monitorear los cambios que se irán produciendo en el sector salud como resultado

de la reforma de la seguridad social, entre ellos, el impacto de las reformas sobre los costos totales, el logro progresivo de las metas en cuanto a la reasignación de recursos, así como establecer quiénes son los que, en definitiva, se benefician con estas transformaciones.

Para producir las CNS de manera institucional y sostenible, en diciembre del año 2004 se creó en la SESPAS la Unidad de Cuentas Nacionales de Salud (UCNS). Se designó el equipo técnico, se produjo el acondicionamiento del espacio físico y asignación de los recursos financieros dentro del presupuesto de la SESPAS. Mediante un proyecto financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a través de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), la Fundación Plenitud ofrece la asistencia técnica a la UCNS para apoyar su proceso de fortalecimiento institucional. Uno de los resultados de este proceso es la producción de las CNS del año 2002.

A continuación se resumen los principales resultados de las CNS del 2002:

- El Gasto Nacional en Salud en la República Dominicana, ascendió a RD\$29,399 millones en el año 2002, lo cual representa el 7.3% del PIB. Esto implica que la participación del sector salud en la economía nacional se incrementó sustancialmente con respecto a 1996 cuando ascendió al 6.5%. Esta tasa es comparable con el conjunto de países latinoamericanos que se utilizaron para realizar comparaciones internacionales en este trabajo. También con el total de Latinoamérica y el Caribe, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- El Gasto Nacional en Salud creció sustancialmente en términos reales en el período entre 1996 y 2002, habiéndose incrementado en un 65%, a precios del 1996.
- El Gasto Público en Salud también se elevó sustancialmente en términos reales, siendo especialmente el gasto de la SESPAS el principal responsable de este aumento, pues se incrementó en un 116%.
- El Gasto Nacional en Salud per cápita asciende a US\$ 191 en el año 2002. No obstante, el gasto per cápita de la SESPAS sólo alcanza los US\$40, lo cual contrasta con el gasto de los hogares que promedia US\$93 y con el total privado, que se eleva a US\$131 por persona. Estas cifras constituyen un punto de partida para el análisis de las implicaciones fiscales de la reforma del sistema de salud, dando a entender que será necesario e inevitable aumentar de manera sustancial las contribuciones del estado para poder financiar el seguro familiar de salud o contemplar una posible reducción del conjunto de prestaciones que se pretende universalizar.
- El grueso de los fondos que maneja el sector salud en la República Dominicana, provienen de fuentes privadas, particularmente los hogares, que

aportan el 52% del total, en forma de pagos directos y de contribuciones al seguro social y los seguros privados. Los fondos fiscales representan un 27% y los préstamos externos no llegan al 2%, a la vez que los recursos provenientes de donaciones internacionales ascienden al 1.8%.

- El principal agente financiero en el sector salud está conformado por los hogares, que administran el 48% del gasto en salud. Los hogares actúan como agentes financieros cuando gastan dinero de su bolsillo para pagar consultas médicas, medios de diagnóstico, cuotas de recuperación en los hospitales públicos, adquirir medicamentos en las farmacias y otros. En el sector público, el principal agente financiero es la SESPAS, que administra el 21% del gasto total en salud. El IDSS maneja 6.4% del gasto total, los seguros privados el 14% y las ONG, el 6.4%.
- En la República Dominicana, el mercado de bienes y servicios de salud está dominado por los proveedores privados, que capturan un 61% del Gasto Nacional en Salud. Resalta el importante papel que en esto juegan las farmacias y otros proveedores de insumos médicos.
- En sentido general, los hospitales tanto públicos como privados manejan más del 33% del gasto en salud, mientras que los centros ambulatorios, alrededor del 23%. Las farmacias y otros establecimientos de expendio de insumos médicos, manejan alrededor del 21% de los recursos del sistema.
- El Gasto Nacional en Salud en la República Dominicana se asigna, principalmente, a los servicios curativos, que representan un 41% del total. Dentro de éstos, la mayor proporción corresponde a internamiento, con un 21% y cuidados ambulatorios, con un 20%. Los insumos médicos representan el 21%, siendo los medicamentos casi la totalidad de este monto. Le siguen en importancia los gastos administrativos, particularmente en el sector público, ya que fue difícil obtener esta información para el sector privado. Otra partida importante está constituida por los servicios auxiliares, que incluyen los medios de diagnóstico, a saber, laboratorio clínico, imágenes y otros.
- Se observa una reducida participación del gasto en programas de salud pública, lo cual es importante que sea destacado, en vista de la importancia que las políticas de salud asignan a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

De los resultados anteriores, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

La principal conclusión que se obtiene del análisis de las Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana en el año 2002, está relacionada, fundamentalmente, con el tema de *equidad financiera*. Resalta la baja proporción de recursos que asigna el sector público a la salud y el elevado porcentaje que

corresponde a los hogares. Posiblemente uno de los indicadores que resume mejor en una sola cifra, el posible estado de equidad o inequidad del financiamiento de un sistema de salud, es la participación del gasto de bolsillo de los hogares dentro del gasto nacional en salud. El mercado de bienes y servicios de la salud, está considerado en la literatura internacional como el más imperfecto en términos económicos.

A pesar de que la proporción del financiamiento público ha aumentado sustancialmente desde 1996 hasta el 2002, todavía sigue siendo sumamente baja. A medida que un país se desarrolla, aumenta la proporción pública de financiamiento del gasto en salud, independientemente de que éste se destine a pagar a proveedores públicos o privados. Generalmente, tiende a crecer la proporción de la población asegurada, pagando el gobierno por sus propios empleados y por la población que no tiene ingresos suficientes para tener cobertura de aseguramiento por medio de un trabajo formal. Esta es la meta de la reforma del sector salud, con la finalidad de mejorar la equidad dentro del sistema y reducir la carga financiera, sobre todo para las familias pobres.

La reforma del sistema de salud tiene como objetivo universalizar la cobertura de aseguramiento público. De esta manera, el gasto de bolsillo se reduciría enormemente, aumentaría el financiamiento público y mejoraría la equidad del sistema de salud.

Sin embargo, la lentitud en la implementación del nuevo seguro familiar de salud, promueve el crecimiento de los seguros privados, particularmente en los grupos de mayores ingresos. En efecto, el total de la población asegurada era de 21% en el 2002, lo que implica un crecimiento desde 1996, cuando era del 18%. La mayor parte de este crecimiento se dio en los estratos superiores de ingreso, donde la cobertura pasó del 34% al 44% de la población.

Si se hiciera una encuesta en la actualidad, es probable que el grupo más rico tenga hoy una mayor cobertura de seguros, puesto que, al retrasarse la entrada en funcionamiento del nuevo sistema de seguridad social en salud, las nuevas administradoras de riesgos de salud han estado promoviendo sus planes de salud, dirigiéndose primero a ese grupo social - que usualmente se enferma menos y produce, por lo tanto, mayor rentabilidad. A este proceso se conoce en la literatura internacional como "descreme" del mercado.

Es importante tener esto en cuenta al analizar la sostenibilidad del nuevo sistema, así como su impacto fiscal. Los contribuyentes de mayores ingresos son los que producirán los fondos para financiar a los de menores recursos, dentro de un proceso que se denomina solidaridad.

Otro punto a ser considerado es el del costo del plan básico de salud y su impacto fiscal, en una situación como la actual, de restricciones macroeconómicas a la vez que de entrada en vigencia de un acuerdo de libre comercio. Si en el 2002 la SESPAS asignaba sólo US\$40 por persona, es preciso analizar si el gobierno podrá cubrir a

toda la población a ser subsidiada con un paquete estimado en US\$150. Esto requiere de estudios adicionales y una ponderación adecuada.

El estudio de Cuentas Nacionales de Salud revela áreas que requieren de mayor investigación, pero que apuntan a probables *ineficiencias* en el sistema. Algunos de estos temas son:

- Elevado gasto de personal en la SESPAS y necesidad de conocimiento de su productividad.
- Elevados gastos de administración en el sector público y falta de información en el sector privado.
- Reducidos fondos asignados a salud pública (promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto a nivel individual como colectivo).

Por otro lado, se han identificado ciertos temas que requieren de estudios adicionales, tales como:

- Necesidad de conocer mejor el flujo financiero del gasto en medicamentos, incluyendo la triangulación de datos provenientes de las encuestas de hogares, con informaciones provenientes de otras fuentes, como el consumo aparente de medicamentos.
- Desagregación de los fondos que se asignan a los hospitales, tanto públicos como privados, en gastos curativos y preventivos, ambulatorios y de internamiento.
- Estimación del gasto y financiamiento en la función de rectoría, incluyendo las funciones esenciales de salud pública.
- Estudio más detenido del sector privado proveedor de servicios de salud.
- Realización de un análisis de equidad del financiamiento, en base al gasto en salud por grupos de ingreso o quintil de bienestar, así como estimación de la carga financiera del gasto en salud.
- Realización de estudios de eficiencia del gasto en salud, tanto en el sector público como privado.
- Realización de estudios de impacto fiscal, para determinar la viabilidad del seguro familiar de salud, tanto en su régimen contributivo como subsidiado.
- Estudios sobre la forma en que se hará la transición financiera, desde un sistema de financiamiento a la oferta, hacia otro financiado vía la demanda.

A fin de mejorar la recolección de datos de los organismos no gubernamentales, de las administradoras de riesgos de salud, de los agentes financieros y proveedores tanto públicos como privados, se recomienda la institucionalización del proceso, mediante la solicitud oficial de los datos por parte de las autoridades, asegurando que la información requerida se presente de acuerdo a las necesidades de las CNS.

Se recomienda que, cuanto antes, comience a realizarse la compilación y producción de los datos de los años 2003 al 2005, a fin de que el país pueda contar rápidamente con una serie estadística, que sirva de línea de base al proceso de cambios en la asignación de los recursos como resultado de la reforma sectorial.

Asimismo, que en los ejercicios posteriores de CNS, se continúe aplicando la *Guía de Producción de CNS*, hasta lograr su completa implementación.

Luego sería conveniente revisar las CNS del 1996, que se hicieron previo a la metodología que hoy constituye el estándar internacional y que se produjeran los años intermedios, del 1997 al 2001, estimando el gasto de hogares y otros indicadores mediante interpolaciones, para lo cual se recomienda partir del trabajo ya iniciado por Andrés Guerrero en la CERSS, que estima las CNS del sector público para los años 1997 al 1999.

En lo que respecta a la institucionalización de la producción de las Cuentas Nacionales de Salud en el país, el gobierno ha comenzado a dar los pasos adecuados, al constituir la Unidad de CNS y capacitar a su personal. Es preciso que el proceso continúe y se profundice, y que los resultados de las CNS se divulguen y se utilicen como fundamento para la toma de decisiones en las políticas de salud.

SIGLAS

ARS	Administradoras de riesgos de salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CEDIMAT	Centro de Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina
CERSS	Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
CNS	Cuentas Nacionales de Salud.
CNS	Consejo Nacional de Salud
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
COPRESIDA	Consejo Presidencial del SIDA
DIDA	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados
DMS	Direcciones Municipales de Salud
DPS	Direcciones Provinciales de Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ENGIH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
GNS	Gasto nacional en salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Social
INSALUD	Instituto Nacional de Salud.
IRA	Infección Respiratoria Aguda
LAC	Latino América y Caribe
OCED	Organización de Cooperación Económica y Desarrollo.
OCT/CNS	Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONAPRES	Oficina Nacional de Presupuesto
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PARSS	Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
PBS	Plan Básico de Salud
PDSPS	Proyecto de Desarrollo de los Servicios Provinciales de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PMRSS	Proyecto de Modernización y Reestructuración del Sector Salud
PROMESE	Programa de Medicamentos Esenciales
PROMESE/CAL	Programa de Medicamentos Esenciales/ Central de

	Apoyo Logístico
PROSISA	Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud
REDSALUD	Reforma y Descentralización en Salud
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
TSS	Tesorería de la Seguridad Social
UE	Unión Europea
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UCNS	Unidad de Cuentas Nacionales de Salud
UNAPS	Unidades de Atención Primaria en Salud
VIH/SIDA	Virus de Inmuno deficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

INDICE DE CUADROS

- Cuadro 1: Información Utilizada en la Elaboración de las CNS 2002
- Cuadro 2: Indicadores de Distribución del Ingreso
- Cuadro 3: Esperanza de Vida y Tasa de Fertilidad, 2002
- Cuadro 4: Indicadores Comparativos de Países Seleccionados, 2002

- Cuadro 5: Fuentes del Financiamiento del Gasto en Salud
- Cuadro 6: Gasto en Salud por Agentes Financieros
- Cuadro 7: Gasto en Salud por Proveedor, 2002
- Cuadro 8: Gasto en Salud por Funciones, 2002

INDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Mapa de la Pobreza
- Gráfico 2: Prevalencia de Desnutrición, 2002
- Gráfico 3: Partos atendidos por Personal Capacitado
- Gráfico 4: Utilización de Servicios Ambulatorios, 2002
- Gráfico 5: Cobertura de Seguros, 1996-2002
- Gráfico 6: Gasto Total en Salud como % PIB
- Gráfico 7: Gasto en Salud per cápita (a precios de 1996)
- Gráfico 8: Gasto per Capita (US\$ Tasa Promedio)
- Gráfico 9: Fuentes Públicas como % Total
- Gráfico 10: Fuentes Externas como % Total
- Gráfico 11: Gasto Público como % del Gasto Total
- Gráfico 12: Gasto Hogares como % del Gasto Total
- Gráfico 13: Gasto en Seguro social como % del gasto total
- Gráfico 14: Gasto Seguros Privados en el Gasto total
- Gráfico 15: Gasto en Salud por Proveedor Público, 2002
- Gráfico 16: Gasto en Salud por Proveedor Privado, 2002
- Gráfico 17: Gasto Nacional en Salud por Función, 2002
- Gráfico 18: Gastos de la SESPAS por Objeto, 2002
- Gráfico 19: Internamiento como % del GNS, 2002
- Gráfico 20: Ambulatorio como % del GNS, 2002
- Gráfico 21: Medicamentos como % del GNS, 2002
- Gráfico 22: Salud Pública como % del GNS, 2002

REPÚBLICA DOMINICANA: ANÁLISIS DE LAS CNS DE 2002

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Propósito y justificación

La República Dominicana ha iniciado el proceso más grande de transformación del sector salud en toda su historia. En el año 2001 se aprobaron la Ley General de Salud y la de Seguridad Social, que incluye el Seguro Familiar de Salud de vocación de universal. El proceso de implementación de ambas leyes ha sido largo y tortuoso, debido a limitaciones estructurales y conflictos de intereses entre los diversos sectores. Un hecho muy importante es que paulatinamente ha iniciado el régimen subsidiado en dos regiones del país, aunque confrontando dificultades para la identificación y reconocimiento de los potenciales afiliados. Por otro lado, este régimen requiere que, concomitantemente, se produzca la transformación institucional de las entidades públicas que administran y proveen servicios de salud, de manera tal que los nuevos subsidios a la demanda no dupliquen la forma tradicional de financiamiento vía la oferta.

En lo referente a la Seguridad Social, las actuales autoridades tienen la voluntad política de poner en marcha el sistema. Existe ya una propuesta concreta para la implementación del régimen contributivo para los empleados del sector público, así como para la extensión del régimen subsidiado. Todo ello requiere de información confiable sobre el gasto y el financiamiento dentro del sector salud, para lo cual una de las mejores herramientas son las Cuentas Nacionales de Salud.

Las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) constituyen un conjunto de matrices o tablas de doble entrada, cuyo objetivo fundamental es conocer la estructura y los flujos financieros dentro del Sector Salud.

Entre las preguntas que las CNS pueden contestar, se encuentran las siguientes:

Cuál es el monto total de los recursos que maneja el sector salud
Cuáles son los distintos agentes y componentes
De dónde provienen y quién asigna los recursos
Quién paga, para qué y quién se beneficia de los pagos

Otro objetivo de las Cuentas Nacionales de Salud es mejorar las políticas del sector. La disponibilidad de esta información, permite a las autoridades tomar mejores decisiones, tanto en términos de hacer más equitativo el financiamiento de la salud, como en lograr una mayor eficiencia en la asignación de los recursos.

El tercer objetivo de las Cuentas Nacionales de Salud, es que permiten monitorear los cambios que se producen en el sector, como resultado de la aplicación de ciertas políticas. Esto es especialmente importante cuando en el país se está a punto de iniciar un proceso de reforma, como es el caso de la República Dominicana. En este sentido, dichas Cuentas permitirán establecer puntos de partida para medir, entre otros asuntos, el impacto de la reforma sobre los costos totales, el logro progresivo de las metas en cuanto a la reasignación de recursos, así como establecer quiénes son los que en definitiva se benefician con la reforma.

1.2 Antecedentes

Con la finalidad de tener un conocimiento cabal sobre el financiamiento del sector salud en la República Dominicana y de establecer una base cuantificada para el futuro monitoreo de la reforma en salud, durante los años 1997 y 1998, la antigua Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud (OCT/CNS), la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS) y el Banco Central de la República Dominicana, participaron en la elaboración de las primeras Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana, con cifras del año 1996.

A fin de lograr el levantamiento más completo posible de datos y obtener las informaciones más confiables en la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud, el Banco Central de la República Dominicana se hizo cargo de la compilación y el procesamiento estadístico. El Banco Central especializó un grupo de sus técnicos dentro del Departamento de Cuentas Nacionales, quienes se encargaron del levantamiento de los datos del sector público y de la construcción de las matrices. Asimismo, un grupo de consultores privados liderados por Magdalena Rathe, hicieron el levantamiento de los datos correspondientes a seguros privados y organizaciones no gubernamentales. Asimismo se realizó un análisis del gasto de hogares.

Hasta ahora, esta fue la única vez que la República Dominicana realizó el ejercicio completo de Cuentas Nacionales de Salud. La CERSS, con el financiamiento del Banco Mundial en el marco del Proyecto de Desarrollo a los Sistemas Provinciales de Salud, decidió apoyar el levantamiento de informaciones de gasto en salud para el período 1997-1999 abarcando en la primera fase a SESPAS, IDSS y PROMESE (desagregando la información por provincias y por establecimientos)¹. La intención original de la CERSS era continuar en la segunda fase con el resto del sector público y el sector privado, pero esta etapa nunca se cumplió.

En años posteriores a 1998, se realizaron avances en la metodología internacional de las cuentas de salud. Los más importantes son la publicación del Manual de Cuentas de Salud de la Organización de Cooperación Económica y Desarrollo

¹ Guerrero, Andrés, *Gasto Provincial en Salud (1997-1999) para SESPAS, IDSS y PROMESE: Informe de resultados para la fase I de la construcción de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) 1997-1999 en la República Dominicana*, CERSS, (2001).

(OCED), Un Sistema de Cuentas de Salud, en el año 200, el cual se ha convertido en el estándar internacional para las clasificaciones tanto de entidades como de funciones, y el otro es la Guía de Productores de CNS, con especiales aplicaciones a países de ingreso mediano y bajo, producida por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y publicada en el 2003, que contiene las explicaciones metodológicas sobre cómo elaborar cuentas de salud.

En la República Dominicana, a finales del año 2004 se creó en la SESPAS la Unidad de Cuentas Nacionales de Salud (UCNS), lo que confiere a este ejercicio un carácter institucional y promueve su sostenibilidad. Se designó el equipo técnico, acondicionamiento del espacio físico y asignación de los recursos financieros dentro del presupuesto de la SESPAS. Mediante un proyecto financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a través de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), la Fundación Plenitud ofreció la asistencia técnica a la UCNS para apoyar su proceso de fortalecimiento institucional y para producir las CNS del año 2002.

Es importante señalar que este es un momento muy adecuado para enfrentar la producción de las CNS, puesto que el país está comenzando a introducir reformas sustanciales a su sistema de salud. En este sentido, se esperan cambios importantes en la asignación de los recursos entre los distintos grupos sociales e instituciones del país. Por lo tanto, la elaboración de las CNS permitirá contar con la línea de base para el monitoreo del financiamiento a la salud en la República Dominicana en los próximos años.

1.3 Contenido del trabajo

El trabajo se inicia con una breve panorámica de la situación de la economía dominicana y su evolución en los últimos años, incluyendo un análisis del gasto público y el gasto social. Se presenta la situación social de la población y los niveles de pobreza, así como un análisis de la situación de salud.

Luego se presenta la estructura institucional del sector salud y las prioridades a este respecto, así como los planes de reforma dentro del sector.

A continuación se pasa a la parte central del trabajo, que es el análisis de las Cuentas Nacionales de Salud, enfocando el gasto nacional en salud, la proporción del PIB y el gasto en salud per cápita, todo esto dentro de la perspectiva de un conjunto de países latinoamericanos similares. Luego se analizan las fuentes de financiamiento del gasto en salud y éste último por las categorías básicas de las CNS, es decir, por agente financiero, por proveedor y por función.

Finalmente, se ofrecen las conclusiones y recomendaciones. En anexo se presentan las tres matrices básicas de las CNS así como otros cuadros auxiliares.

II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 Marco Conceptual

Las Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana fueron elaboradas siguiendo la *Guía de Producción de Cuentas Nacionales de Salud, con aplicaciones especiales para países de ingreso medio y bajo*², que considera tres instancias básicas de carácter institucional: las fuentes de financiamiento, los agentes financieros y los proveedores de servicios de salud. Para las clasificaciones, se tomó como base el Manual de la OECD, *Un sistema de cuentas de salud*.³

El sistema de CNS identifica cuatro *fuentes* básicas: el sector público, las empresas, los hogares y el resto del mundo. En el caso del gobierno, toma en cuenta los fondos que éste recibe a partir de los impuestos, préstamos externos y otros; y en el caso de las empresas, las contribuciones al seguro social y otros gastos directos realizados. Los hogares, por su parte, aportan fondos al sistema para realizar pagos directos o lo que se llama comúnmente, gastos de bolsillo. Como resto del mundo, se refiere, fundamentalmente, a las donaciones que provienen del exterior. Estas cuatro se consideran las fuentes originales de los fondos que circulan dentro del sector salud, que luego serán administradas por entidades que pueden decidir en qué se van a invertir esos recursos; estos son los *agentes financieros*.

Los *agentes financieros* son las entidades que toman las decisiones programáticas en materia de salud, es decir, las que adquieren los bienes y servicios transfiriendo recursos económicos a los proveedores. Algunas entidades pueden jugar varios roles y desempeñarse como fuente y como agente e, incluso, también como proveedor. Los hogares, por ejemplo, aportan fondos al sistema y parte de ellos luego los administran, cuando van a las farmacias y pagan una consulta. La SESPAS, por su parte, actúa como fuente cuando transfiere recursos a una organización descentralizada o a una ONG que, a su vez, decidirá como gastar los fondos. Sin embargo, cuando paga a uno de sus propios proveedores (hospitales o centros ambulatorios) o a proveedores privados, actúa como agente.

Los *proveedores*, como su nombre lo indica, son las entidades que producen los bienes y servicios de salud, es decir, los hospitales, clínicas, consultorios, farmacias, etc. En el caso de la SESPAS, esta institución es también un proveedor porque administra sus propios servicios de salud.

Como hemos visto hay instituciones, como el caso de la SESPAS, que realizan varias funciones simultáneamente. Es fuente, cuando financia instituciones que tomarán decisiones de gasto; es agente, cuando ejecuta sus propios programas y transfiere

² Publicada en el 2003 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

³ Publicado por la OECD en el año 2000.

fondos a los proveedores; y es proveedor, cuando brinda directamente servicios de salud a través de una red de establecimientos propios.

En el caso de la República Dominicana, la organización institucional anterior busca modificarse y simplificarse con la reforma del sector salud, que consagra la separación de funciones como uno de sus principios fundamentales. El proceso busca separar las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios y ese cambio en las estructuras institucionales podría ser apreciado a través de las CNS, una vez comiencen a ejecutarse las transformaciones estructurales del sector.

Uno de los objetivos principales de las CNS es aportar informaciones relevantes para la toma de decisiones de políticas por parte de las autoridades del sector y, para esos fines, el gasto en salud se presenta de acuerdo a ciertas clasificaciones especiales. Una de ellas es la *clasificación funcional*, que muestra los servicios que se producen en el sistema de salud, tales como internamientos, consultas, medicamentos, etc. Otra es la *clasificación por objeto del gasto*, que presenta la misma información pero en forma de servicios personales, no personales, suministros y otros. En el caso de las CNS de la República Dominicana del año 2002, se realizó la clasificación funcional pero sólo se obtuvieron datos parciales del sector público para la clasificación por objeto del gasto. En este informe se presenta un cuadro para la SESPAS.

Como se ha señalado, las CNS son un conjunto coherente de tablas de doble entrada (matrices) que muestran los flujos financieros dentro del sector salud. Las columnas muestran las entidades que aportan los fondos (fuentes) y las filas, las entidades o funciones que los reciben (usos). En el caso del caso específico de la República Dominicana para el 2002, se elaboraron las tablas siguientes:

- Fuentes de financiamiento a agentes financieros
- Agentes financieros a proveedores
- Agentes financieros por función

En adición a estas matrices, a medida que el proceso de producción de las CNS se vaya consolidando, se irán añadiendo nuevas tablas, que darán mayor amplitud y profundidad al análisis. Entre ellas se encuentran las que distribuyen el gasto, por ejemplo, al nivel subnacional, o de acuerdo a ciertos grupos poblacionales, como por edad, sexo o nivel de ingreso.

2.2 Límites del gasto en salud

Si consideramos que un sistema de salud está conformado por todas aquellas actividades que tienen como objetivo principal fomentar, mantener y restaurar la salud de una población determinada, podemos entender que bajo el nombre de

actividad de salud se comprende un gran número de acciones de diversas naturalezas y difícil clasificación.

Por lo tanto, la definición de qué es o qué no es gasto en salud es un asunto complejo donde deben establecerse algunos criterios comunes que permitan reducir al mínimo las interpretaciones arbitrarias para, de esta forma, poder facilitar las comparaciones entre distintos países y contextos. Para contribuir con esto último se ha llegado a un conjunto de criterios y definiciones comunes que son compatibles con las normas internacionales que rigen este tipo de actividad. El Sistema de Cuentas de Salud define como actividades de salud, aquellas acciones que tienen por objetivo esencial:

- La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades
- La curación de las patologías y la reducción de la mortalidad prematura
- La provisión de cuidados a las personas con enfermedades crónicas
- La provisión de cuidados a las personas con deficiencias, incapacidades o discapacidades relacionadas con la salud
- La asistencia a los pacientes para una muerte digna
- La provisión y administración de la salud pública
- La provisión y administración de programas de salud, de seguros de salud y otros mecanismos de financiamiento

Sin embargo, la CNS abarcan un rango mayor incluyendo actividades de proveedores de carácter informal, no tradicional y hasta ilegal, siempre y cuando la intención final de quien la adquiera sea fomentar, mantener o restaurar su salud.

Las CNS se elaboran en función del gasto en salud, por lo que las actividades que se incluyen deben estar expresadas en términos monetarios mediante el intercambio o la transacción basada en recursos económicos. Algunos ejemplos de actividades que son importantes desde el punto de vista de su incidencia en la salud personal pero que no se consideran como gasto por las razones esgrimidas previamente, son las siguientes: dejar de fumar, cuidado familiar de una persona enferma, los programas de alimentación y nutrición, y otras por el estilo.

Las CNS se definen para la población de un territorio determinado en un momento histórico específico a partir de una serie de convenciones y limitaciones de carácter espacial y temporal. En sentido espacial, se establece que los gastos de salud no están circunscritos exclusivamente a las fronteras de un determinado territorio y se incluyen: los gastos de ciudadanos y residentes que se encuentran temporalmente fuera del país⁴ y las aportaciones de los donantes internacionales que contribuyen con el mejoramiento de la salud. De igual forma, no se incluyen como gasto nacional de salud los realizados por extranjeros que visitan el país y los administrativos de los donantes del sector.

⁴ En el caso de la República Dominicana, no se contó con esta información para el año 2002.

En sentido temporal, se utiliza el criterio de lo devengado, por lo que se considera gasto en salud de un año determinado, el correspondiente a los bienes y servicios que fueron obtenidos o proporcionados durante el período temporal de referencia, por ejemplo: 1996, en lugar de considerar el momento en que se realiza el pago por el consumo, que podría ser, por ejemplo: el 1997.

Las CNS son estimaciones que se construyen en función de una amplia gama de informaciones que en ocasiones son difíciles o costosas de obtener o que su confiabilidad puede arrojar dudas. De esta manera, se aconseja utilizar el mecanismo de triangulación, o sea, obtener la misma información a partir de varias fuentes, a fin de elevar el grado de confiabilidad. En sentido general se recomienda hacer esfuerzos especiales para ganar precisión sólo en aquellas partidas que representen más del 2% del gasto total en salud.

2.3 Fuentes de los datos nacionales 2002

La recolección de información fue la etapa más larga y difícil del proceso de elaboración de las CNS del 2002. En la República Dominicana existen numerosas deficiencias en cuanto al registro y almacenamiento de información, así como en la rendición de cuentas y presentación de reportes de ejecución. El trabajo de obtención de informaciones para las CNS 2002 adoleció de numerosas dificultades originadas principalmente en los inconvenientes anteriores y de forma específica podemos destacar las siguientes:

Ausencia de registros de información. Muchas organizaciones e instituciones, sobre todo la más pequeñas e informales, no registran sus informaciones financieras o lo hacen de manera inadecuada. En algunas instituciones públicas, informaciones que debieron estar registradas no se encuentran, lo que a veces pudiera interpretarse como una falta de transparencia.

Información registrada distinta a la solicitada. En las CNS se trabaja con información específica que ha sido convenida internacionalmente para facilitar la comparación entre países y que permite representar de manera más clara las interioridades de los sistemas de salud, para que puedan ser de mayor utilidad en la toma de decisiones del sector. En la mayoría de los casos, las instituciones, tanto públicas, privadas y sin fines de lucro, registran tradicionalmente las informaciones de una forma que no coincide con lo requerido por las CNS, lo que implica dificultades y trabajo adicional. Esta es una causa importante de los retrasos en la entrega de información.

Información no organizada ni sistematizada. En muchas ocasiones las instituciones recogen la información necesaria, pero no la organizan ni procesan, ni la tienen almacenada en forma fácil para su recolección, lo que añade trabajo adicional a su obtención y depuración.

Falta de conciencia y compromiso con las CNS. Gran parte de los gerentes de las instituciones del sector todavía no están suficientemente sensibilizados con la importancia de las Cuentas, lo que afecta la intensidad de los esfuerzos que se destinan a la obtención de información.

Del proceso de recolección de las informaciones requeridas para la elaboración de las CNS se obtuvieron enseñanzas fundamentales y en la actualidad se trabaja con la UCNS, área por área de información, para tratar de minimizar las dificultades que puedan presentarse en los esfuerzos de elaboración de las Cuentas de los años subsiguientes.

Para la obtención de parte de las informaciones del sector privado se diseñaron una serie de cuestionarios que fueron utilizados y que en la actualidad descansan en la UCNS para la realización de trabajos posteriores. Además, se encuentran allí todos los registros y las informaciones recopiladas.

En la página que sigue se presenta una tabla conteniendo la información utilizada en la elaboración de las CNS del 2002 y sus medios o instrumentos de recolección.

2.4 Procesamiento del Módulo de Gasto en Salud

La estimación del gasto en salud de la población dominicana para los años 1996 y 2002 se realizó a partir de dos fuentes: la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA) correspondiente al año 1996; y una versión preliminar (sección "Gasto en Salud" no publicada por DHS) de la ENDESA del año 2002.

Una vez realizadas las estimaciones, se procedió a verificar la consistencia de nuestros resultados con los antecedentes provenientes de otros análisis basados en las mismas fuentes. Esta verificación confirmó la coherencia de nuestros resultados con los informes ENDESA 1996 y 2002.

Finamente, debemos mencionar que la tabulación de las encuestas y la estimación del gasto en salud se efectuaron utilizando el software de análisis estadístico SPSS.

Año 1996

Se utilizó la base de datos de miembros del hogar de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA) correspondiente al año 1996. Esta base de datos recopila los gastos en salud de todos los miembros del hogar durante un período determinado y, por lo tanto, constituye una fuente de información adecuada para el cálculo del gasto de bolsillo en salud. Los tipos de gastos en que incurren las familias, que se recogen en esta encuesta, consisten en gastos por servicios ambulatorios, de internamiento, medicamentos, exámenes de laboratorio, otros exámenes, entre otros.

Cuadro 1: Fuentes de Información

INFORMACION	MEDIOS O INSTRUMENTOS
<i>Instituciones Públicas</i>	
Gasto de la SESPAS	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución Presupuestaria de ONAPRES 2002. • Memorias SESPAS 2002. • Nómina por establecimientos de salud 2002. • Uso del Fondo Reponible de la SESPAS 2002 y 2003. • Registros de Gasto de Capital de la SESPAS 2002. • Registros financieros internos. • Registros financieros CERSS.
Gasto del IDSS	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución Presupuestaria de ONAPRES 2002. • Ejecución Presupuestaria del IDSS 2002. • Informaciones del Area de Presupuesto del IDSS. • Registros financieros CERSS.
PROMESE	<ul style="list-style-type: none"> • Registros financieros internos. • Documentos SISUM (CERSS: BID/1047 OC/DR)
Gasto de otras secretarías e instituciones del sector público	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución Presupuestaria de ONAPRES 2002.
CERSS	<ul style="list-style-type: none"> • Registros financieros CERSS.
COPRESIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Registros financieros COPRESIDA.
<i>Instituciones Privadas</i>	
Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de la SISALRIL. • Encuestas ARS.
Proveedores Privados	<ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento del Módulo de Gasto de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2002)
<i>Instituciones sin Fines de Lucro</i>	
ONG	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta ONG. • Ejecución Presupuestaria de ONAPRES 2002.
<i>Hogares</i>	
Gasto de los Hogares (Bolsillo)	<ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento del Módulo de Gasto de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 1996 y 2002)

- **Gastos ambulatorios:** Con el objetivo de estimar el gasto de las personas en los distintos bienes o servicios de salud, se consideraron los gastos de los individuos que asistieron a una consulta y los gastos de aquellos que no consultaron.

Para los individuos que declararon haber consultado por un problema de salud durante los últimos 30 días, se computó la suma de los valores, en pesos dominicanos, de las variables relacionadas con gastos de consulta, medicamentos, exámenes de laboratorio, otros exámenes y otros gastos

ambulatorios (gastos no contenidos en las categorías anteriores, así como gastos en salud de los individuos que sólo recordaron la suma global pagada y no por tipo de prestación). Una vez computadas las sumas mensuales totales se multiplicaron por 12 para obtener estimados de los gastos totales anuales. Estos gastos fueron convertidos a dólares, utilizando el tipo de cambio promedio del año 1996. Finalmente, se estimaron los gastos per cápita dividiendo el gasto total entre la población dominicana para el año 1996, corregida de acuerdo a los antecedentes proporcionados por el censo nacional de población del 2002.

Para estimar el gasto de las personas que declararon no haber consultado a un profesional de la salud a raíz de su problema de salud (pero muchos de ellos consultaron otra persona, como farmacéutico y otros), se procedió a agregar los valores declarados contenidos en una pregunta específica del cuestionario. Cabe destacar que esta pregunta no desglosa el tipo de gasto e incluye gastos en transporte. A fin de distribuir estos gastos, se tomó la decisión de hacerlo siguiendo la misma estructura de los pacientes que consultaron un profesional de la salud, pero básicamente entre medicamentos y otros.

- **Gastos de internamiento y otros gastos:** Se utilizó un procedimiento similar al descrito anteriormente, considerando los gastos de internamiento, consulta de odontología y consulta de medicina preventiva. En el caso de estos servicios, la pregunta del cuestionario toma en cuenta lo ocurrido en los últimos 6 meses, por lo que para computar los gastos anuales se multiplicaron las sumas calculadas por 2.
- **Distribución del gasto según tipo de prestación y lugar de la primera consulta:** Con el objetivo de estimar la distribución del gasto en salud de los individuos según tipo de prestación y lugar de la primera consulta, se procedió a tabular la información contenida en las variables de la base de datos, mencionadas más arriba, por la variable "Lugar de la primera consulta". De esta manera, se obtuvo la distribución del gasto total entre Hospitales de SESPAS, Consultorios/Dispensarios de SESPAS, Clínicas rurales, Hospitales del IDSS, Dispensarios del IDSS, Hospitales militares, Clínicas/consultorios privados, Clínicas/consultorios de iglesias, Hogares y Otros.

Año 2002

En términos generales, se siguió una metodología similar a la del año 1996 utilizando, esta vez, la base de datos de miembros del hogar de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA) levantada durante el año 2002.

- **Gastos ambulatorios:** Los gastos ambulatorios fueron estimados utilizando la metodología descrita anteriormente para el año 1996, esta vez, utilizando el tipo de cambio y la población dominicana correspondientes al año 2002.
- **Gastos de internamiento y otros gastos:** De la misma manera, se siguió la metodología descrita anteriormente para la estimación de los gastos de internamiento y otros gastos, incorporando los gastos en consulta odontológica, de salud preventiva y de fisioterapia, que no fueron recogidos en la encuesta del año 1996.
- **Distribución del gasto según tipo de prestación y lugar de la primera consulta:** Se procedió de manera similar al año 1996.

2.5 Datos para comparación con 1996

Tal como se explicó en la sección de antecedentes, la única estimación previa de las CNS se realizó en el año 1997-98, referida al año 1996, dentro del proyecto de la Red Latinoamericana de Cuentas Nacionales de Salud. En esa ocasión se hicieron encuestas institucionales al sector privado, particularmente las igualas médicas y compañías de seguros y las ONG. Asimismo, se contó con una encuesta de hogares con un módulo de gasto en salud, la ENDESA 1996.

En vista de que no existían los desarrollos metodológicos que vinieron después, tal como la *Guía de Producción de CNS*, las CNS del 1996 no son totalmente comparables a las del 2002. No obstante, en el caso de los grandes agregados, como el gasto nacional en salud, el gasto per cápita, la proporción público-privada y otros, sí es posible realizar la comparación y, por lo tanto, se incluye en el presente informe.

Para realizar comparaciones a nivel de proveedor y de funciones, se requiere un trabajo de recomposición de los datos del 1996, así como ciertas reestimaciones y reclasificaciones, lo cual cae fuera del alcance de este trabajo.

2.6 Datos para comparación internacional

La fuente principal de los datos para el análisis comparativo internacional, provienen del estudio *Evolución de las Cuentas Nacionales de Nicaragua 1997-2002, con perspectiva internacional*⁵. Para la elaboración de los cuadros básicos de este análisis, se partió de informes recientes de CNS, elaborados por equipos nacionales, en los países que integraron la Red Latinoamericana de CNS a finales de la década pasada, a saber: Bolivia, Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México y

⁵ Rathe, Magdalena, et al, *Evolución de las Cuentas Nacionales de Nicaragua 1997-2002*, (sin publicar), Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard / MSH, Managua, Nicaragua, 2005.

Perú, en adición a Nicaragua. No pudieron obtenerse las cifras de Perú y Ecuador, pero sí las de Paraguay, que no formaba parte del grupo original. Todos estos países producen sus CNS con metodologías bastante comparables. Bolivia, El Salvador y Paraguay siguen la llamada “metodología Harvard”, que fue la predecesora de la actual Guía de Producción de CNS. Dominicana, Nicaragua, Guatemala y México, ya comenzaron el proceso de transición a ésta última y adoptan las clasificaciones de la OECD.

Para la mayoría de los países estaba disponible el año 1997 (Dominicana el 1996, Guatemala y México el 1999) y el 2002 (El Salvador y Paraguay el 2001).

Los países seleccionados poseen grandes similitudes en su situación socio-económica. Si bien es cierto que México se halla muy lejos en términos de espacio físico y número de habitantes y de que duplica el ingreso per-cápita del promedio de los seis países restantes, sus indicadores de salud son apenas ligeramente superiores a éstos, tal como podrá verse en el capítulo siguiente.

Es preciso señalar que existen muchas disparidades entre las cifras que presentan varios estudios de comparación internacional de CNS. En el trabajo citado para Nicaragua⁶, se analizó un estudio comparativo de veintiséis países, elaborado por PHRplus⁷, y dos estudios comparativos sobre la Red Latinoamericana de CNS, elaborados por la Escuela de Salud Pública de Harvard a finales de la década pasada⁸. Estos trabajos se refieren a un año específico, en vista de que hacen una revisión de estudios de CNS realizados por equipos nacionales que participaron en redes de investigación en CNS, a finales de la década pasada. En estos estudios, todos referidos sólo a los años 1995 y 1996, las cifras no siempre coinciden con los resultados posteriores que publican los equipos nacionales de los países de referencia.

Dichos estudios comparativos llegan a la conclusión de que, al ser los primeros trabajos realizados en CNS, los resultados tenían ciertas deficiencias, incluyendo confusiones en la clasificación tanto de agentes financieros, funciones y proveedores, en los límites del gasto en salud, y otros. Como se señaló previamente, estos trabajos fueron previos a la publicación de las clasificaciones de la OECD y de la Guía de Productores, por lo que sus limitaciones son comprensibles¹⁰. De cualquier modo, estos concluyen que las CNS constituyen el método más adecuado de estudiar el gasto y financiamiento a la salud, si se comparan con otras metodologías para estimar estas variables.

⁶ Rathe, M. opus cit, 2005.

⁷ Nandakumar, A. K. et al, *Synthesis of Findings from NHA Studies in Twenty-Six Countries*, PHRplus / Abt Associates, Maryland, USA, 2004.

⁸ Berman, Peter, et al, *Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Countries: The First Regional National Health Accounts Network*, Harvard School of Public Health and PHR-USAID, 1999

⁹ Magnoli, Alessandro, *Cuentas Nacionales de Salud en América Latina y el Caribe: Conceptos, resultados y política de empleo*, Universidad de Harvard / BID - INDES, (2001).

¹⁰ Magnoli, Al, opus cit (2001) sugiere que algo similar sucedió en las primeras rondas de los países de la OECD.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), publica anualmente su Informe sobre la Salud Mundial¹¹. Desde el año 2000 ha venido publicando estadísticas de gasto y financiamiento a la salud, denominadas “Cuentas Nacionales de Salud” y en el último presenta una serie desde el 1998 al 2002. No se trata de las tradicionales matrices que conforman las CNS, sino de un conjunto de indicadores, tales como: gasto total en salud como porcentaje del PIB, gasto per-cápita, y la proporción de cada uno de los principales componentes del gasto, como el gobierno, la seguridad social, los hogares y otros. Las cifras se publican para los 196 países miembros de la OMS, por lo que la utilización de estos datos para realizar análisis comparativo es muy atractiva, dada la facilidad con que pueden obtenerse las cifras.

No obstante, un estudio reciente ha destacado que existen diferencias importantes entre estas cifras y las que resultan de los estudios nacionales de CNS¹². Dicho trabajo concluye en que, muy probablemente, los datos de estos últimos sean más confiables, debido a que los primeros son estimaciones de fuentes secundarias, mientras que los últimos levantan información primaria y siguen una metodología comprensiva y coherente. Aunque la OMS tiene la intención de publicar los resultados nacionales a medida que los países los van produciendo¹³, hasta ahora esto se ha logrado para un limitado número de países.

Las consideraciones anteriores justifican la metodología adoptada en este trabajo para la comparación internacional, lo mismo que en el caso de Nicaragua¹⁴-- es decir, utilizar resultados de CNS disponibles producidos por los equipos nacionales de los países pertenecientes a la Red Latinoamericana.

¹¹ WHO, The World Health Report 2000, *Health Systems: Improving Performance*, Geneva, Switzerland, 2000.

¹² Berman, Peter and Heather deVries, *Differences in National and International Estimates of National Health Spending in Developing Countries*, Harvard School of Public Health, (2005).

¹³ Poullier, J., Hernández, P., *Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997*, WHO, EIP, 2000.

¹⁴ Rathe, M., opus cit. 2005.

III. LA ECONOMÍA DOMINICANA

3.1 Evolución de la economía

La economía dominicana fue la de más rápido crecimiento en Latinoamérica, en los últimos cincuenta años. A pesar de ello, el país no ha podido aprovecharlo para mejorar la situación de atraso e inequidad social. El Informe sobre el Desarrollo Humano¹⁵ señala que “una de las lecciones más amargamente aprendidas por las dominicanas y dominicanos es que la calidad de vida puede ser precaria en medio de un acelerado crecimiento económico”. En efecto, se ha estimado que entre 177 países del mundo, la República Dominicana ocupa el número 13 de los que “menos aprovechamiento han hecho del ingreso por habitante para mejorar el nivel de desarrollo humano. En América Latina y el Caribe queda en la segunda posición”.¹⁶

Entre los principales factores que explican ese desaprovechamiento del crecimiento económico, se encuentran los bajos niveles de gasto público, cuya proporción del PIB a finales de la década pasada ascendía a 17%, mientras que el promedio de Latinoamérica rondaba en 24%.¹⁷ El Banco Mundial, por su parte, ha señalado que la “República Dominicana en el año 1997 parece ser la única economía en el rango de PIB entre US\$10 y US\$20 billones cuyo gasto total del Gobierno central estaba por debajo del 20 por ciento del PIB. Asimismo, la República Dominicana se ubica entre el 25 por ciento de los países de todas las dimensiones económicas cuyo gasto público es menor al 20 por ciento del PIB”¹⁸.

Por su parte, el Estado Dominicano ha asignado muy baja prioridad al gasto social, particularmente en las áreas de la salud y de la educación. Esto, unido a la ineficiencia con que se entregan los servicios públicos, explica en gran medida que el índice de desarrollo humano no haya mejorado más como resultado del crecimiento de la economía.

En efecto, el gasto público en salud, por ejemplo, ha estado proverbialmente debajo del 2% del Producto Interno Bruto (PIB)¹⁹, salvo en el 2002, tal como se verá más adelante. El promedio de los países de América Latina y el Caribe asciende a 3.2% y ciertos países con mejores resultados de salud asignan cifras superiores. Por ejemplo, Costa Rica asigna un 5.2% y Panamá un 4.9%²⁰.

¹⁵ PNUD, *Informe Nacional de Desarrollo Humano: República Dominicana, 2005*, Santo Domingo, República Dominicana, 2006.

¹⁶ PNUD, opus cit., (2006).

¹⁷ Lizardo, Magdalena, *The economic distribution of public expenditure in the Dominican Republic*.

¹⁸ Banco Mundial, *Reformando instituciones para una mejor administración del gasto: Informe sobre el gasto público*, República Dominicana, 2004.

¹⁹ Banco Mundial, opus cit. 2004.

²⁰ Banco Mundial, opus cit. 2004

En el caso de educación, también los gastos de la República Dominicana son bajos con relación a estándares internacionales. Desde 1997, los gastos del Gobierno central se han mantenido por encima del 2 por ciento del PIB, promediando un 2.6 por ciento del PIB durante el período entre 1997 y 2002. Estos niveles se comparan de manera desfavorable con el promedio de 3.5 por ciento de los países de América Latina y el Caribe. El bajo gasto público de la República Dominicana en educación, combinado con sus grandes ineficiencias, pueden haber contribuido a los débiles indicadores de educación en la República Dominicana en comparación con otros países de la región²¹.

En la última década, desde 1991 hasta 2000, la economía registró una dinámica actividad cuando el PIB se expandió en 6% anual promedio, presentando algunos años una de las tasas más altas del mundo. Pero al final de ese período las cotizaciones internacionales del petróleo se elevaron drásticamente y las autoridades económicas no realizaron el ajuste fiscal y monetario, ni en los precios internos que demandaba la situación, lo que deterioró rápidamente la estabilidad macroeconómica. Entre otras cosas, las reservas internacionales netas del Banco Central cayeron a niveles peligrosos (agosto del 2000, US\$197.3MM)²².

Las nuevas autoridades que asumieron el poder en ese mes, aplicaron las medidas requeridas en el momento y los balances macroeconómicos mejoraron notablemente. Sin embargo, las necesarias medidas de ajuste, reprimieron las actividades de producción, consumo e inversión y la economía disminuyó su ritmo de crecimiento de 8.1% en el 2000 a 3.4% en el 2001.

En ese último año, paradójicamente, las mismas autoridades que habían ajustado firmemente la economía, iniciaron una política monetaria expansiva y un fuerte endeudamiento externo que disparó el gasto fiscal, todo lo cual, necesariamente, presionó los mercados cambiarios. La política expansionista, mejoró el crecimiento del 2002 (4.3%), pero las presiones cambiarias siguieron en aumento, lo que generó una desconfianza generalizada en la capacidad del Gobierno de controlar la situación económica. Esto se tradujo en una fuga masiva de capitales hacia el exterior, presionando aún más la tasa de cambio, lo que a su vez, aumentaba la desconfianza. A esto se agregaba que, desde principio del 2003, se iniciaron fuertes presiones inflacionarias. Estas circunstancias se vieron coronadas por la quiebra, sin precedentes, de tres instituciones bancarias. Las autoridades monetarias tomaron una ilegal, trascendente y catastrófica decisión: asumir el pago de la deuda de los bancos en quiebra. Como resultado de esta iniciativa, el Banco Central adquirió una deuda interna que excede al valor de la emisión monetaria, sin contar con los activos suficientes para afrontarla. Esta es una situación sin precedentes para una institución de emisión monetaria y, todavía al día de hoy, no tiene una solución planteada.

²¹ Banco Mundial, opus cit, 2004.

²² Metodología del FMI.

Con una deuda externa que había registrado un insólito crecimiento de 50% respecto a agosto del 2000, ante la presencia de fuertes presiones inflacionarias, con las reservas internacionales netas del Banco Central en US\$97.3MM)²³ y los mercados cambiarios en continuo aumento, las autoridades del país, pactaron un acuerdo con el FMI, que al cabo de unos meses fue violado y dejado sin efecto, cuando el Gobierno decidió comprar las acciones del socio privado de las empresas distribuidoras de energía eléctrica.

En agosto del 2004, advinieron las actuales autoridades gubernamentales y con ellas retornó la confianza en la sociedad dominicana, junto con los capitales que se habían fugado hacia el exterior. De esta forma, cayó drásticamente la tasa de cambio. Se realizó un nuevo acuerdo con el FMI que consolidó la estabilidad macroeconómica y, actualmente, el Banco Central asegura que las actividades económicas están registrando una notable recuperación.

Pareciera que están dadas las condiciones para que la República Dominicana retome su camino de crecimiento y, esta vez, se concentre en la reducción de las desigualdades y la inversión social.

3.2 Situación social y pobreza

Pobreza y distribución del ingreso

La República Dominicana poseía a finales de la década pasada una tasa de pobreza de 28.6 por ciento (1998)²⁴. El Informe sobre la Pobreza del Banco Mundial en el 2001, encuentra una reducción de ésta en los últimos quince años, aunque menor de lo esperado dado el crecimiento de la economía y lo atribuye a las disparidades existentes en la distribución de activos humanos, físicos y financieros²⁵. Obviamente, después de la gran crisis macroeconómica del año 2003, es muy probable que esa situación se haya revertido.

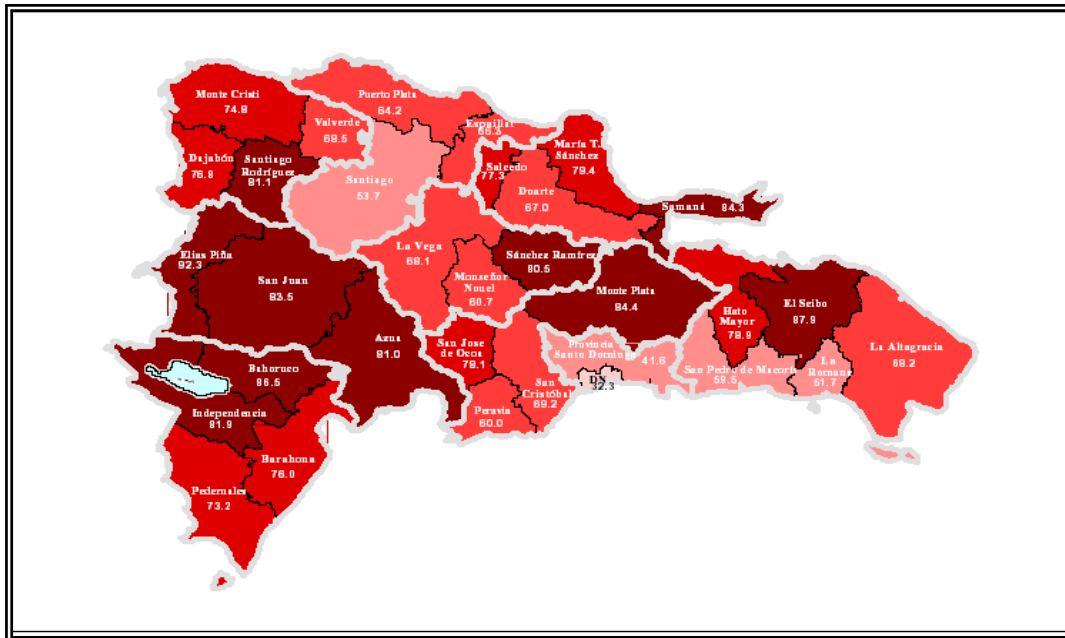
Hay grandes desigualdades territoriales, como se muestra en el mapa. Las provincias del Suroeste son las que tienen los mayores porcentajes de población pobre, a las que se añaden, Monte Plata y Samaná. El Distrito Nacional, la Provincia de Santo Domingo, Santiago y San Pedro son las que presentan un menor índice de pobreza en términos relativos. No obstante, como se trata de las zonas más pobladas, en ellas se encuentra la mayor concentración de personas pobres en términos absolutos.

²³ Metodología del FMI.

²⁴ Ver *Informe Sobre la Pobreza*, Banco Mundial 2001. Este informe utiliza el método del costo de necesidades básicas. Utilizando un análisis de variables múltiples, ONAPLAN arroja una cifra de pobreza de un 55 por ciento (20 por ciento para pobreza extrema) en 1991 y de un 52 por ciento (15 por ciento para pobreza extrema) en 1998. De acuerdo al Banco Central, la más reciente ENGIH realizada entre octubre de 1997 y septiembre de 1998 indica que el 25.8 por ciento de dominicanos viven por debajo de la línea de pobreza.

²⁵ Banco Mundial, opus cit, 2004.

Gráfico 1: Mapa de la Pobreza



FUENTE: ONAPLAN, *Estrategia de Reducción de la Pobreza*, Santo Domingo, RD, 2003.

Además de la pobreza, en la República Dominicana existe una gran concentración del ingreso, razón que, unida a la baja inversión social del estado, ha impedido que la población se aproveche del importante crecimiento económico que ha vivido el país en las últimas décadas.

Como se observa en el cuadro, el coeficiente de Gini²⁶ muestra una elevada concentración del ingreso en la República Dominicana, aunque no tan alta como en Guatemala, Paraguay, México y El Salvador. Puede verse que el 10% más rico de la población acapara el 38% del total de los ingresos, mientras que el 10% más pobre sólo percibe un 2%. En el resto de los países seleccionados para fines de comparación internacional en este estudio, la situación es peor o similar. Estas disparidades tan dramáticas en la distribución del ingreso generan conflictos sociales o, en el mejor de los casos, frenan las posibilidades de desarrollo.

Cuadro 2: Indicadores de distribución del ingreso (alrededor de 2000)			
PAÍSES	Coefficiente de GINI	% Ingreso decil superior	% Ingreso decil inferior
Bolivia	44.7	32.0	1.3
Dominicana	47.4	37.9	2.1
El Salvador	53.2	40.6	0.9
Guatemala	59.9	48.3	0.9
Mexico	54.6	43.1	1.0
Nicaragua	43.1	33.8	2.2
Paraguay	57.8	45.4	0.6

FUENTE: Banco Mundial, World Development Indicators.

²⁶ Dicho indicador mide el grado de concentración del ingreso, siendo ésta mayor a medida que el mismo se acerca a la unidad y menor cuando se aproxima a cero.

Situación social

La esperanza de vida al nacer es uno de los principales indicadores de desarrollo humano, pues ella permite aproximarnos al conocimiento de las posibilidades de la población de vivir una vida larga y saludable. Este indicador ha venido mejorando, al pasar de 65 años como promedio en 1990, a 67 años en el 2002. No obstante, ésta es relativamente baja dentro del contexto de Latinoamérica y el Caribe, que asciende a 71 años. Como se observa en el cuadro, incluso dentro del grupo de países que se incluyen para fines de comparación en este trabajo, la esperanza de vida es inferior en la República Dominicana, salvo el caso de Bolivia.

Según la ENDESA del año 2002²⁷, en la República Dominicana el tamaño promedio de los hogares es de 3.9 personas, lo cual significa una reducción desde el año 1996, cuando ascendía a 4.3. Es interesante notar que no hay diferencias entre las zonas rural y urbana. Entre los factores más importantes que determinan la reducción en el tamaño del hogar está el descenso en la tasa de fecundidad, que ha pasado de 3.2 a 3 hijos por mujer en los años respectivos. Otros factores son las migraciones al exterior, la mayor incidencia de divorcios y separaciones y otros factores. En efecto, un 28% de los hogares se hallan encabezados por mujeres, lo que significa un aumento de un punto porcentual con respecto a 1996.

PAÍSES	Esperanza de vida	Tasa de fertilidad
Bolivia	64.1	3.7
Dominicana	67.1	2.6
El Salvador	70.4	2.8
Guatemala	66.1	4.3
México	73.6	2.2
Nicaragua	68.8	3.4
Paraguay	71.0	3.8
Promedio países	68.7	3.3
Promedio sin México	67.9	3.5
Promedio LAC	70.9	2.4

Fuente: Banco Mundial, World Development Indicators

El 65% de la población vive en las zonas urbanas, al tiempo que hay una tendencia a la disminución de la proporción de niños y jóvenes, aunque todavía un 45% de la población tiene menos de 19 años. Se registraron avances en el nivel de instrucción, bajando a la mitad la proporción de la población sin instrucción entre 1996 y 2002, al tiempo que los que lograron una educación secundaria y superior pasaron de 25 a 30%.

No obstante, el número de años de escolaridad sigue siendo sumamente bajo, ascendente a sólo 5.4 años en promedio.

Con relación al acceso a los servicios básicos, la ENDESA muestra importantes disparidades entre las zonas rural y urbana. En efecto, un 99% de la población urbana tiene conexión a la red de electricidad, frente a un 81% de la rural; un 70% tiene inodoro en las ciudades, frente a 29% en el campo; el 92% de los hogares urbanos utiliza gas propano para cocinar, frente a 69% de los rurales. En el caso del

²⁷ Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2002, CESDEM/SESPAS/CERSS/COPRESIDA/USAID/ORC Macro, Santo Domingo, RD, 2003.

agua potable hay deficiencias notorias: sólo un 46% de los hogares urbanos tiene agua dentro de la vivienda y sólo un 21% de los rurales. No obstante, la distancia de la fuente de agua más cercana es poca, puesto que, en promedio, se invierten quince minutos para acarrearla. Un aspecto interesante es que el 55% de los hogares dominicanos compran agua embotellada para beber.

El cuadro que sigue muestra una serie de indicadores sobre la situación social en la República Dominicana y un grupo de países de desarrollo similar, seleccionados para realizar las comparaciones internacionales en este trabajo. Como se explicó en la parte metodológica, la selección de estos países está relacionada con el hecho de que formaron parte de la primera red latinoamericana de Cuentas Nacionales de Salud y de que se pudo disponer de información reciente sobre el particular.

Cuadro 4: Indicadores Comparativos de Países Seleccionados, alrededor de 2002						
PAÍSES	PIB PC en dólares internac. Del 2000	Población Millones de personas	Prevalencia diarrea (niños menores de 5 años)	Acceso a facilidad sanitaria (% población)	Acceso agua potable (% población)	Médicos cada 1000 habitantes
Bolivia	2,444	8.8	24.8	45.0	85.0	0.7
Dominicana	6,445	8.7	20.1	57.0	93.0	1.9
El Salvador	4,517	6.5	19.8	63.0	82.0	1.3
Guatemala	3,919	12.3	13.3	61.0	95.0	0.9
Mexico	8,661	102.3	nd	77.0	91.0	1.5
Nicaragua	3,082	5.5	14.0	66.0	81.0	1.6
Paraguay	4,425	5.7	nd	78.0	83.0	1.2
Promedio países	4,785	21.4	18.4	63.9	87.1	1.3
Promedio sin México	4,139	7.9	18.4	61.7	86.5	1.3
Promedio LAC	6,397	nd	nd	74.5	88.9	1.4

FUENTE: Banco Mundial, Indicadores de Desarrollo Mundial (www.worldbank.org)

Como se observa, el país posee el nivel de ingreso per cápita más elevado del grupo, después de México. Asimismo, tiene el más alto acceso a los servicios sanitarios, pero se halla por debajo de la mayoría en lo que concierne al agua potable. Quizás esto explica que la prevalencia de diarrea sea ligeramente superior al promedio del conjunto de países. En cuanto al número de médicos por habitante, el promedio es bastante más alto que el conjunto de países estudiados y también superior al promedio de toda la región latinoamericana y del Caribe. Estas cifras apoyan una vez más, lo que se había señalado previamente sobre la falta de aprovechamiento que ha hecho la República Dominicana de su crecimiento económico.

IV. EL SECTOR SALUD

4.1 La situación de la salud

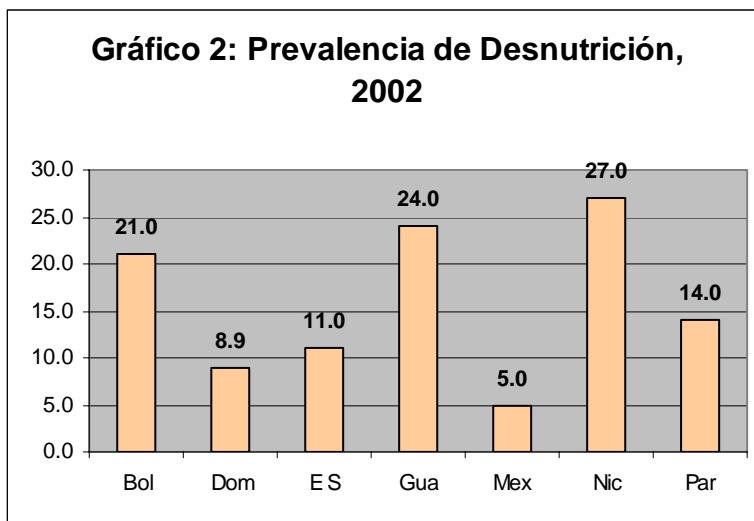
La República Dominicana está en un período de transición epidemiológica intermedia con una fuerte reducción de morbilidad por enfermedades transmisibles y altas tasas de mortalidad infantil y materna debidas a la pobreza, inequidades de acceso y baja calidad de los servicios de salud. De acuerdo con la OPS, las cinco causas principales de consulta médica son la Infección Respiratoria Aguda (IRA), la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) la hipertensión arterial, el embarazo y las Dermatitis. En el caso de infecciones como el VIH/SIDA, el módulo de VIH/SIDA de la ENDESA 2002 determinó una prevalencia en la población general de alrededor del 1%, siendo mucho mayor en áreas específicas de riesgo como son los *bateyes*, áreas marginales con un fuerte componente migratorio²⁸.

La desnutrición sigue siendo un serio problema entre los más pobres, particularmente en los niños, y las tasas de las enfermedades diarreicas y respiratorias continúan siendo elevadas entre los menores de cinco años. Muchas de estas infecciones son prevenibles mediante una atención adecuada.

Dentro del contexto latinoamericano, la situación de República Dominicana

respecto a este indicador es ligeramente mejor y se halla muy por debajo del conjunto de países estudiados, salvo el caso de México. Pueden observarse las elevadas tasas de países tales como Nicaragua, Guatemala y Bolivia.

Los índices de mortalidad infantil y materna son superiores a muchos países con un grado similar de desarrollo socioeconómico. De acuerdo con fuentes oficiales, la tasa de mortalidad infantil estimada es de 34.4 por 1.000 nacidos vivos para 2000-2005²⁹. La ENDESA, por su parte, estimó esta tasa en 47 por mil en el 1996, habiendo reducido hasta 31 por mil en el 2002. Este último indicador es comparable al de México y El Salvador, y muy inferior al correspondiente al resto de los países estudiados. La inadecuada alimentación de las mujeres embarazadas conduce a que

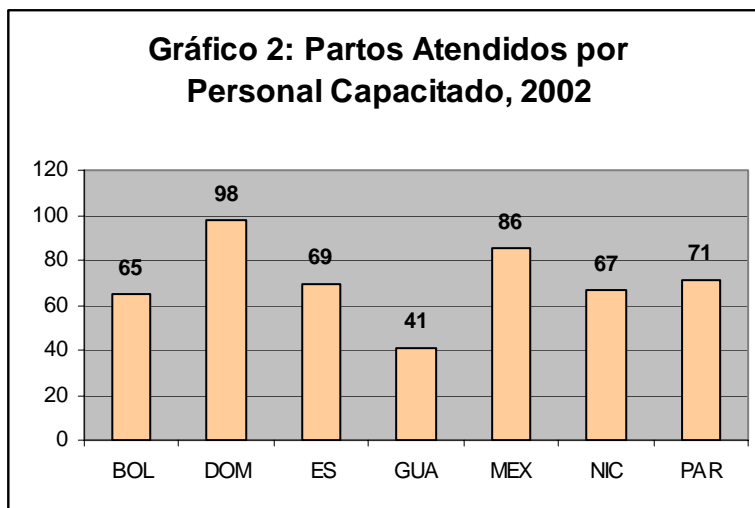


²⁸ Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2002, CESDEM/SESPAS/CERSS/COPRESIDA/USAID/ORC Macro, Santo Domingo, RD, 2003.

²⁹ SESPAS-OPS, *Indicadores Básicos de Salud 2002*. República Dominicana.

un alto porcentaje de niños nazcan con bajo peso lo que disminuye sus posibilidades de sobrevivencia.

La mortalidad materna es un indicador útil no sólo para medir la situación de salud, sino también el acceso y la calidad de los servicios. Es relevante que siendo casi el 100% el porcentaje de partos institucionales, las cifras de mortalidad materna continúan siendo muy elevadas. La meta mundial es de 45 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y de acuerdo a cálculos del



sistema de vigilancia, la tasa de mortalidad fue de 122 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en 1999³⁰. La ENDESA, por su parte, la estima en 177. Como es evidente, se requiere una mejor vigilancia de este indicador, ya que la SESPAS indica que existe un elevado índice de subregistros³¹.

En el contexto de los países analizados, la mortalidad materna parece ser un problema grave, con tasas tan elevadas como 230 en Bolivia. Sin embargo, en ningún país existe la elevada proporción de partos institucionales que hay en la República Dominicana, lo cual es una realidad muy seria que habla pobremente de la calidad de la atención de salud en el país.

4.2 Aspectos institucionales del sector salud

Desde el punto de vista institucional, el sector salud en la República Dominicana es de naturaleza mixta y está conformado por instituciones del sector público, privado y no gubernamental. El público incluye un conjunto de instituciones como la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el Programa de Medicamentos Esenciales/ Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL), que forma parte de la Secretaría de la Presidencia, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), entre otras.

La SESPAS es la entidad rectora del sector salud y se organiza en los niveles central, regional y provincial, integrada por nueve Regiones de Salud, más de treinta Direcciones Provinciales de Salud (DPS) y Direcciones Municipales de Salud (DMS).

La SESPAS es, además, el principal proveedor público de servicios de salud. Desde este punto de vista, se organiza por niveles de atención. El primer nivel de atención está constituido por clínicas urbanas, rurales y consultorios de salud. Estos centros

³⁰ SESPAS/DIGEPI, *Análisis de la Situación de Salud*, Santo Domingo, RD, 2003.

³¹ SESPAS/DIGEPI, opus cit, 2003.

de salud constituyen la sede de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) de las cuales hay una o más por establecimiento. El segundo nivel de atención incluye los hospitales municipales y provinciales y, el tercer nivel, los hospitales regionales.

De acuerdo a las Memorias de la SESPAS del 2002, la entidad contaba en esa fecha con 6 hospitales especializados, 8 hospitales regionales, 107 hospitales municipales, 22 hospitales provinciales, 615 clínicas rurales, 90 dispensarios médicos, 30 centros sanitarios y 159 consultorios³².

Predomina en el país un modelo de atención de tipo curativo. Los establecimientos públicos de salud ofrecen un total de 12,057 camas que corresponden a una cama por 720 habitantes. Esto, unido a la suficiente disponibilidad de personal médico, podría indicar que el país debería estar en condiciones de proveer servicios públicos de buena calidad a la población que los requiere. Sin embargo, esto no acontece, debido a las ineficiencias del proceso de producción de la salud, incluyendo la concentración de recursos médicos en los centros urbanos y la baja disponibilidad de enfermeras calificadas.

El modelo de atención del subsector público se ha caracterizado por la provisión gratuita de la atención de salud con financiamiento público, a pesar que se han venido introduciendo otras modalidades como la recuperación de costos. Además, las precariedades en los centros públicos de salud obligan, con frecuencia, a los usuarios a cubrir parte de los costos, como los medicamentos y otros insumos médicos. En años recientes se continuó con el desarrollo de un nuevo modelo de atención basado en las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAP) y se han fomentado nuevas modalidades de gestión hospitalaria.

El IDSS, por su parte, poseía en el 2002, unos 196 establecimientos de salud, de los cuales 19 eran hospitales, 28 eran policlínicas y 145 eran consultorios. Los hospitales poseen un total de 1,398 camas, de las cuales más de la tercera parte se encuentran en el Distrito Nacional.

El país tiene un importante sector privado proveedor de servicios de salud que se sustenta fundamentalmente por pago directo. En las últimas décadas se desarrolló un sector de medicina pre-pagada dentro del cual existen las "iguales médicas" que también tienen la función de aseguramiento. Mientras que las facilidades de la SESPAS alcanzan todo el territorio nacional, el IDSS, las ONGs y las clínicas privadas se concentran principalmente en las zonas urbanas del país.

El sector de las ONG tiene un papel importante en la provisión de servicios de atención primaria, particularmente en el área de programas de VIH/SIDA y salud sexual y reproductiva, dirigidos a poblaciones de bajos ingresos en áreas marginales.

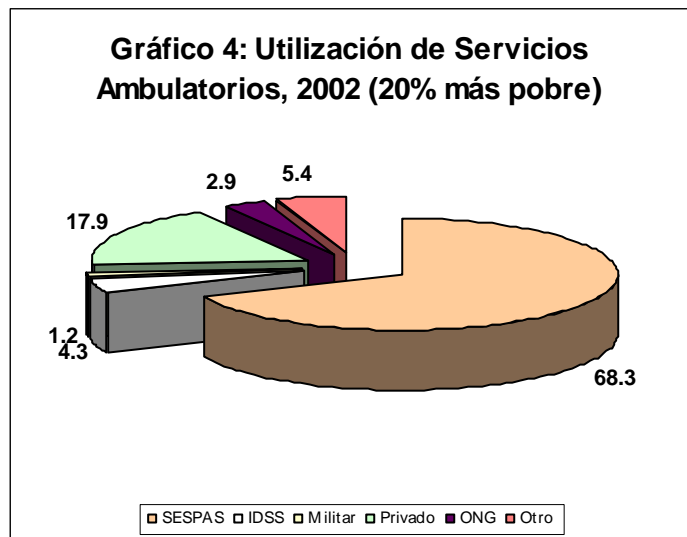
³² SESPAS, *Memoria 2002*, Santo Domingo, RD, 2003.

4.3 Utilización de servicios³³

En términos de utilización de los servicios de salud por parte de la población dominicana, puede señalarse que en el 2002 un 41.3% asistieron a un hospital de la SESPAS para la primera consulta, mientras que un 11.5% decidieron consultar en un centro ambulatorio, sea un dispensario o una clínica rural.

En el caso del IDSS, un 5.8% utilizó sus servicios, mientras un 1.1% utilizaba un hospital militar. Por su parte, el 31.9% escogía una clínica o consultorio privada y un 3.9% prefería una entidad no gubernamental o iglesia.

En lo que respecta al quintil más pobre de la población dominicana, puede notarse en la gráfica que un 68% utiliza los servicios de la SESPAS para la primera consulta, lo cual indica que, en efecto, los fondos que asigna el estado se dirigen a la población de menores recursos. Sin embargo, es preciso señalar que todavía un 18% de las personas más pobres utilizan servicios privados, muchos de ellos costosos y de baja calidad. Este patrón de utilización es similar al correspondiente al año 1996, en lo que respecta a la SESPAS. No obstante, la participación de los servicios privados se redujo, desde un 25% que era en el 1996, lo cual se explica por un aumento en la utilización del IDSS, de las ONG y de otros proveedores.



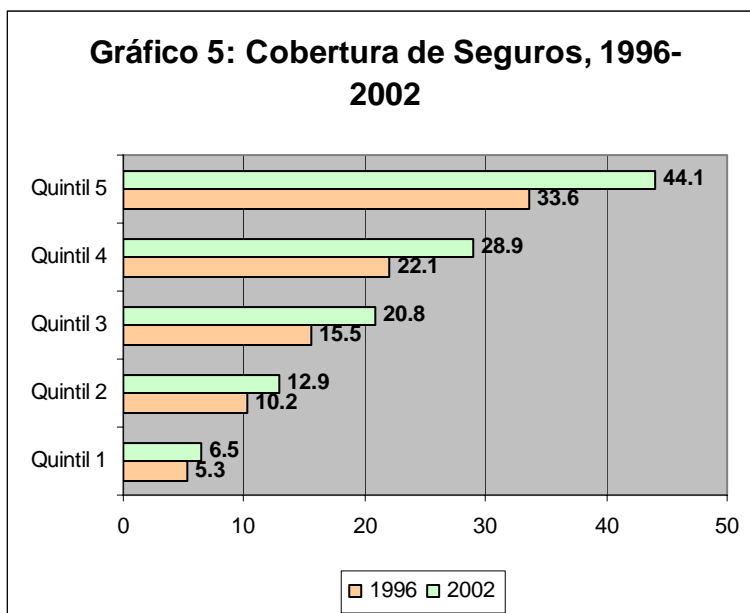
En el caso de la utilización de servicios de internamiento, un 53% a nivel nacional utiliza los establecimientos de la SESPAS, lo que representa un importante incremento respecto de la tasa de utilización del 1996, que ascendía al 46%. El porcentaje de uso de la SESPAS se eleva a un 72% en el primer quintil y a 68% en el segundo. Las clínicas privadas reciben un 35% de la población total (frente a un 47% en el 1996) y un 19% de los individuos pertenecientes al primer quintil. Esto es importante en términos de la carga financiera del gasto en salud para estos hogares, puesto que, generalmente, tienen que pagar con recursos propios, debido a la baja cobertura de aseguramiento.

En el caso de los servicios de internamiento, se observa un importante incremento en el uso de los servicios públicos y una disminución de los privados en los dos años

³³ Elaborado en base a datos de la ENDESA 1996 y 2002 y al trabajo de M. Rathe, *Salud y Equidad: Una mirada al financiamiento a la salud en la República Dominicana*, Macro International, Calverton, Maryland, USA, 2000.

de referencia. Esto pudiera indicar una mejoría en los servicios públicos, que promuevan su preferencia por parte de los sectores más necesitados de la sociedad.

A nivel nacional, la cobertura de seguros era de un 21.1% en el 2002. En el primer quintil, no obstante, sólo ascendía al 6.5%. Por el contrario, en el quintil superior, ésta se elevaba al 44.1%. Puede observarse en el gráfico que en todos los grupos sociales se experimentó una mejoría en la cobertura de seguros entre el año 1996 y el 2002, pero que ésta fue más pronunciada en el grupo de mayores ingresos.



4.4 Problemas de carácter estructural

El sector salud de la República Dominicana posee una serie de problemas de carácter estructural, los cuales lo mantienen en perpetuo estado de crisis, cuya solución requiere de cambios profundos, esto es de una verdadera reforma sectorial. A continuación, se resumen algunos de ellos³⁴:

Ineficacia: No cumple con el objetivo de garantizar el acceso a la salud para toda la población. Esto puede expresarse en la cobertura limitada de los servicios de atención a las personas y por la baja inversión en las acciones de promoción y prevención de alta externalidad.

Inequidad: El sistema de salud es altamente inequitativo. No garantiza un nivel mínimo de prestaciones de calidad a todos sus habitantes, porque no existen criterios claros de focalización hacia la población más pobre y vulnerable y porque las cargas financieras se distribuyen de manera injusta; cargan más pesadamente quienes menos pueden pagar y en el momento más difícil, que es cuando se presenta la enfermedad.

Insatisfacción de la gente: Esta se refleja en las carencias de un cuadro de servicios básicos, por la falta de oportunidad en la entrega de las intervenciones de salud, la baja calidad de las mismas, el trato poco humanizado que reciben los usuarios y usuarias del sistema de salud.

³⁴ OCT-CNS, *Salud: Visión de Futuro - Elementos para un Acuerdo Sectorial*, Santo Domingo, RD, 1996.

Insatisfacción del personal de salud: La prestación de servicios de salud de calidad adecuada tiene como actores principales a los trabajadores del sector: médicos, enfermeras, otros profesionales y personal auxiliar. Ellos constituyen el punto central del servicio y sus condiciones de trabajo en el sector público, altamente centralizado, donde la contratación es homogénea e independiente de la capacidad y la dedicación, no ofrece incentivos al personal. A esto se agregan nóminas excesivas vinculadas al clientelismo político y la distribución irracional de los recursos en la geografía nacional.

Ineficiencia: Hay desarticulación en el sistema de salud, con superposición de subsectores sin coordinación, donde no hay una correcta interacción entre los recursos humanos, la infraestructura física, el financiamiento, la tecnología y la prestación de los servicios. Existen substanciales ineficiencias en las tres funciones principales del sistema: el financiamiento, la asignación de los recursos y la prestación de los servicios.

Aumento de costos: La ineficiencia tiene un efecto importante en el aumento de los costos del sistema de salud, sin que ello se traduzca en aumento o mejoría de los servicios. Las necesidades de salud son infinitas y los recursos escasos, por lo que se necesita racionalizar el gasto en salud, asignándolo a donde están las necesidades reales.

Los problemas estructurales del sector salud requieren de una profunda reforma, que se proponga un cambio en la asignación de los recursos, de la estructura organizativa y del financiamiento de la salud.

4.5 La reforma sectorial

Con la finalidad de dar respuesta a estos problemas de carácter estructural en el sistema de salud de la República Dominicana, desde principios de los noventa se iniciaron las discusiones para llevar a cabo una reforma sectorial. La primera propuesta de reforma, que se centraba fundamentalmente en la modernización del sistema de entrega de servicios, se realizó en 1992, por parte de la Comisión Nacional de Salud, que había sido creada un año antes.

Un hito fundamental del proceso fue la publicación, en 1996, del documento *Salud, Visión de Futuro. Elementos para un acuerdo nacional*, elaborado por la Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud, el cual sirvió de base para las discusiones con todos los sectores de la sociedad. Asimismo, fue el punto de partida para el diseño de la reforma, que se consolidó en 1997 con la creación de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS).

Después de un largo proceso de discusiones, finalmente el 8 de marzo del 2001 se aprobó la ley General de Salud (42-01) y, el 9 de mayo del mismo año, la que crea el Nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social; estableciendo los principios de

la reforma sectorial y fundando las bases legales de una nueva etapa en el campo de la salud y la seguridad social en República Dominicana.

La Ley General de Salud determina que la SESPAS debe promover, gradualmente, la separación de las funciones de rectoría y provisión de servicios, indicando que sus establecimientos de salud deberán conformar una nueva modalidad de oferta de servicios. Además, la ley crea el Consejo Nacional de Salud (CNS) como entidad de participación social, asesoría y apoyo a la SESPAS.

Esta misma ley establece que la SESPAS sea la máxima autoridad sanitaria, responsable de diseñar y aplicar las políticas y planes de salud en todo el país, y ordena que las funciones de rectoría se desconcentren hacia las representaciones locales en todo el territorio nacional. La ley provee disposiciones generales concernientes a la acreditación y funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas.

La Ley de Seguridad Social, por su parte, determina entre otras cosas el financiamiento del sistema, las prestaciones generales de salud que deberán entregarse y la forma en que los afiliados van a acceder a los mismos. El espíritu fundamental es que toda la población tenga cubiertas las necesidades básicas de salud a través de un sistema de seguridad social universal, que no discrimine por condición ni régimen a los afiliados del sistema.

Para su implementación, la ley dispuso la creación de varias entidades como son: el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social, y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISASRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), entre otras.

El Seguro Familiar de Salud inició con el régimen subsidiado en la Región IV de Salud el 1 de noviembre del 2002. Con muchas dificultades, ha comenzado la reestructuración de los servicios públicos de salud en la Región y, hasta el momento, existen cerca de 100,000 afiliados subsidiados que han sido reconocidos por el nuevo sistema.

Para el apoyo y consolidación de la reforma, se han gestionado préstamos y donaciones a nivel internacional, entre los cuales pueden citarse los siguientes:

Banco Mundial (BM)

El Banco Mundial apoyó la reforma de salud en la República Dominicana con el proyecto de Desarrollo de los Servicios Provinciales de Salud (PDSPS). Tal proyecto incluyó un préstamo de \$30 millones y una contribución del Gobierno de \$12 millones por un valor total de \$42 millones. El proyecto inició en 1998 y concluyó en el 2004. Tiene tres componentes: el primero para financiar nuevas maneras para brindar servicios básicos a poblaciones desatendidas; el segundo para desarrollar mecanismos para fortalecer el financiamiento y la asignación de recursos en el sector salud y la contratación local a nivel piloto; y el tercero para apoyar a la SESPAS en sus funciones de establecer políticas y regular servicios. El proyecto trabajó intensamente en la Región IV de Salud. El proyecto ha apoyado los esfuerzos de vacunación de la SESPAS, rehabilitación de hospitales, capacitación

en reforma de hospitales, introducción de un sistema computarizado de información, planificación para la reorganización de la red de servicios de salud, adquisición de vehículos y un inventario de personal de salud para varias provincias del país. En el año 2004 inició el Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSS) con el apoyo financiero del Banco Mundial que busca profundizar el proceso de reforma del sector salud y de la seguridad social.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

El Banco Interamericano de Desarrollo ha apoyado la reforma con el Proyecto de Modernización y Reestructuración del Sector Salud (PMRSS) que fue aprobado en 1997, consta de un financiamiento de US\$75 millones, habiendo iniciado su ejecución en el 1998, esperándose que concluya en el 2006.

El Proyecto tiene cuatro componentes: el primero de formulación de políticas; el segundo de apoyo a la SESPAS y al PROMESE; el tercero, de apoyo al IDSS y al sistema de seguridad social; y el cuarto, de experiencias pilotos en áreas de atención primaria y especializada.

Unión Europea (UE)

La Unión Europea apoyó a la reforma en salud a través del Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud (PROSISA) que comenzó en 2000 y terminó sus operaciones en el 2005. Este programa tiene una donación de la Unión Europea de 12 millones de Euros y una donación gestionado por el Ordenador Nacional de los Fondos Europeos de Desarrollo de 1.5 millones de Euros. PROSISA tiene tres componentes: el primero de Refuerzo Institucional; el segundo de Gestión de Recursos Humanos; y el tercero de Medicamentos. Desarrolla proyectos locales en la Región Nordeste.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

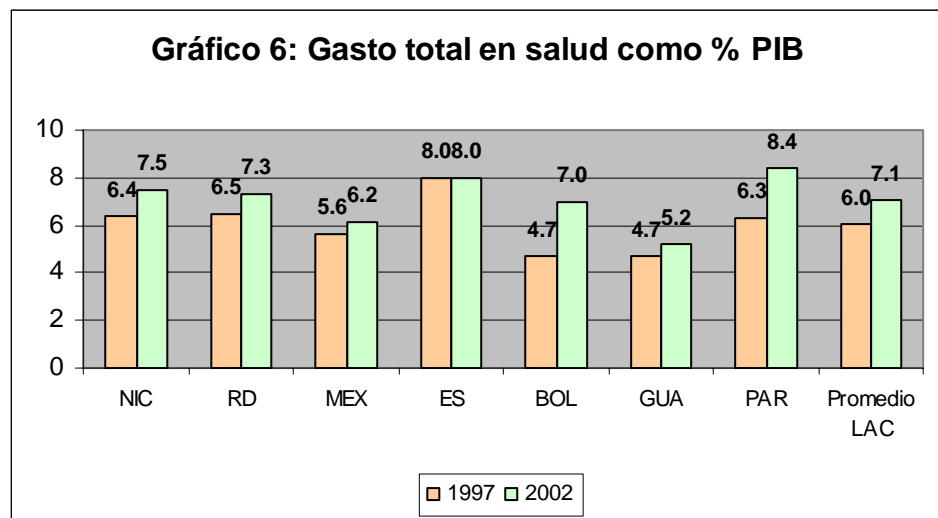
USAID apoya la reforma en salud con el proyecto Reforma y Descentralización en Salud (REDSALUD), que comenzó en 2000 y su primera fase concluyó en el 2005, con una donación de \$13.3 millones. El proyecto tiene tres componentes: apoyo a la gestión local de servicios de salud que se ejecuta en la Región 5 (Región Este); apoyo al nivel central de SESPAS; y apoyo al ambiente político. Se ejecuta a través de un contrato de USAID con la firma de Abt Associates y cinco socios—Development Associates, el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), Family Health International, George Washington University, y American Manufacturers Export Group (AMEG). En el año 2005 se aprobó una extensión del proyecto por dos años adicionales.

V. LAS CNS DEL 2002 EN PERSPECTIVA INTERNACIONAL

5.1 Gasto nacional en salud

El gasto nacional en salud en la República Dominicana, ascendió a RD\$29,399 millones en el año 2002, lo cual representa el 7.3% del PIB. Esto implica que la participación del sector salud en la economía nacional se incrementó con respecto a 1996 cuando ascendió al 6.5%. Como se ha señalado previamente, el año 1996 fue el único año anterior al 2002 para el cual se elaboraron las CNS para todo el sector salud de la República Dominicana.

Esta participación con respecto al PIB es ligeramente superior al conjunto de países latinoamericanos seleccionados, como se muestra a continuación.



Puede verse que prácticamente todos los países incrementaron el gasto en salud con relación al tamaño de su economía, en el período de referencia.

En el caso de la República Dominicana, este aumento fue tanto en términos absolutos como relativos. Si se analiza el Gasto Nacional en Salud del 2002 a los precios de 1996³⁵, puede decirse que éste se incrementó en un 65%. El principal responsable de este aumento fue el Gobierno, particularmente, la SESPAS, cuyo gasto más que se duplicó, al incrementarse en un 116%. También los hogares elevaron su gasto, en un 45%, proporción considerable, pero muy inferior al caso público. No obstante, todavía el peso de los hogares sigue siendo muy superior, tal como se verá más adelante.

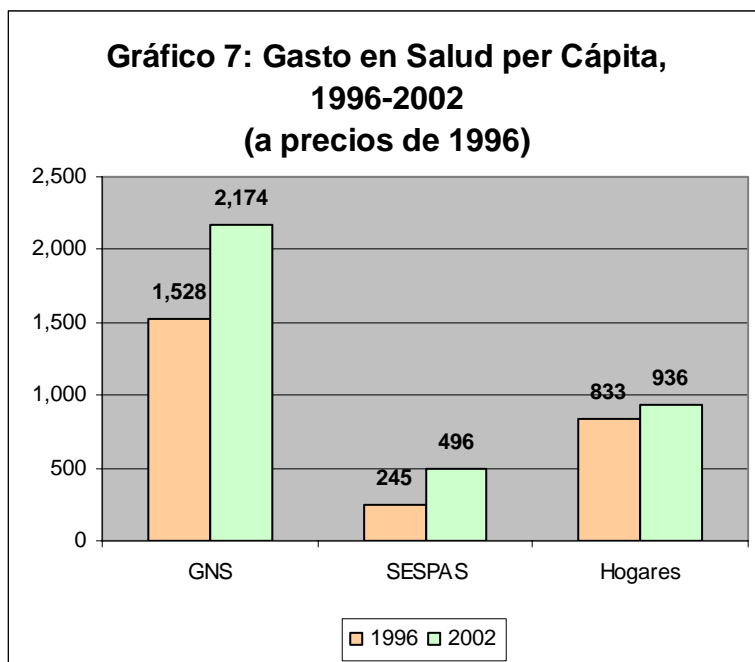
El indicador del gasto en salud per cápita es de suma importancia, en términos de analizar las posibilidades que tiene un país de atender los problemas de salud de su población. No obstante, dicho indicador guarda relación con el tamaño de la economía, por lo cual los países ricos suelen tener un gasto per cápita muy superior.

³⁵ Calculado en base al Índice de Precios al Consumidor (IPC) que publica el Banco Central, www.bancentral.gov.do

El gasto en salud per cápita se incrementó de manera sustancial, pasando de RD\$1,528 en 1996 a RD\$ 2174 en el año 2002, a precios de 1996.

En este sentido, pareciera que el gobierno ha ido aumentando sus contribuciones al sector, salud, pero se halla todavía muy lejos de lo requerido para alcanzar sus metas de desarrollo humano.

Adicionalmente, es preciso recordar que para que esto suceda, se requiere que la inversión en salud siga un criterio racional, orientado a resolver los problemas fundamentales con eficiencia; asimismo, debe orientarse a los sectores sociales con mayores necesidades, es decir, los más pobres. Esto no necesariamente ha ocurrido en el país.

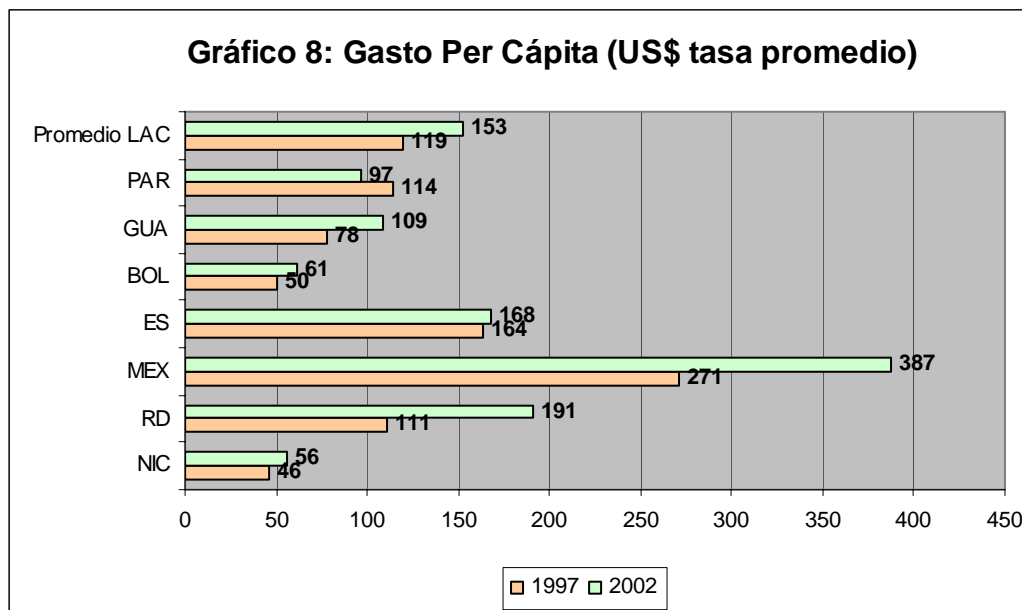


Puede notarse en el gráfico que el gasto per cápita de la SESPAS ha aumentado sustancialmente entre 1996 y 2002, siendo, como ya se dijo, el principal responsable del incremento del gasto público.

No obstante, en el año 2002, el gasto per cápita de la SESPAS sólo alcanzaba los US\$40, lo cual contrasta con el gasto de los hogares que promediaba US\$93 y con el total privado, que se elevaba a US\$131 por persona³⁶.

Estas cifras constituyen un punto de partida para el análisis de las implicaciones fiscales de la reforma del sistema de salud, dando a entender que será necesario e inevitable aumentar de manera sustancial las contribuciones del estado para poder financiar el régimen subsidiado del seguro familiar de salud o reducir las prestaciones incluidas en el paquete. En la actualidad, el valor propuesto del Plan Básico de Salud (PBS) del nuevo sistema de seguridad social, se eleva a US\$ 150 per cápita.

³⁶ Tasa de cambio promedio del año, según el Banco Central (www.bancentral.gov.do).



Si se observa la posición de la República Dominicana en el contexto de los países de LAC seleccionados, su gasto per cápita es superior al conjunto y es el más alto, después de México. Esto guarda relación con el hecho de que nuestro país es el que tiene el ingreso per cápita más elevado del conjunto seleccionado, después de México.

5.2 Fuentes de financiamiento

El grueso de los fondos que maneja el sector salud en la República Dominicana, provienen de fuentes privadas. El cuadro a continuación muestra un resumen de la Tabla 1, *Fuentes de financiamiento a agentes financieros*, que se muestra en detalle en el Anexo. La lectura de estas tablas para el análisis de las fuentes es por las filas de la matriz. A continuación se muestra un cuadro resumen.

Puede observarse que casi un 70% del total son fondos privados, dentro de los cuales resaltan los hogares, que aportan un 52% del total de los recursos. Los recursos de los hogares se

Cuadro 5: Fuentes de financiamiento del Gasto en Salud, 2002
(En Millones)

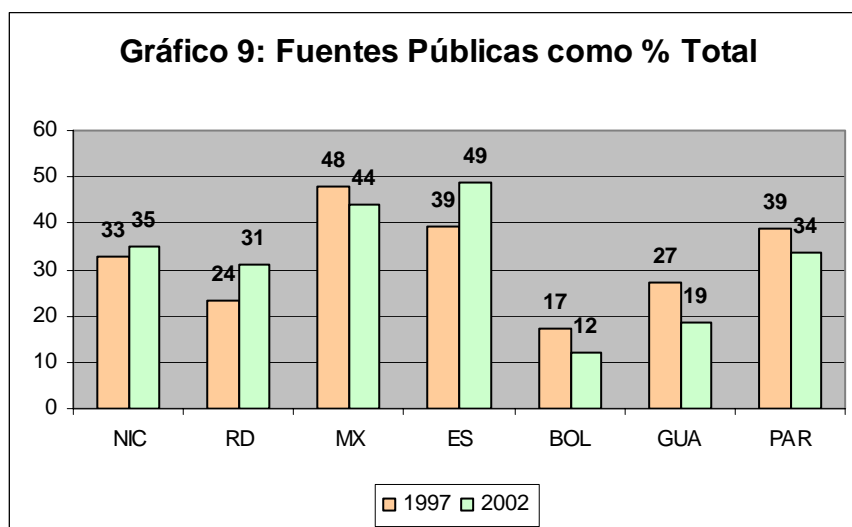
FUENTES DE FINANCIAMIENTO	2002		
	(RD\$)	(US\$)	%
Fuentes fiscales	7,877	425	26.8
Préstamos externos	446	24	1.5
Subtotal fuentes públicas	8,324	449	28.3
Hogares	15,386	829	52.3
Empleadores	5,136	277	17.5
Otros	39	2	0.1
Subtotal fuentes privadas	20,561	1,108	69.9
Donaciones	515	28	1.8
Subtotal resto del mundo	515	28	1.8
	29,399	1,585	100.0

destinan, en primer lugar, al pago directo y, en menor proporción, a la adquisición de coberturas de seguros.

El resto de las fuentes privadas corresponde, fundamentalmente, a los empleadores, es decir, las empresas, tanto públicas como privadas, con o sin fines de lucro, que pagan cotizaciones al seguro social y primas a los seguros de salud privados³⁷. Las "otras fuentes privadas" se refiere, fundamentalmente, a los recursos que recaudan las organizaciones no gubernamentales de manera no específica y que luego destinan a salud.

En el caso del financiamiento público, que constituye un 28% del total, la mayor parte está formada por las fuentes fiscales que recauda el gobierno y transfiere, en gran medida, a la SESPAS. Los préstamos externos para salud alcanzan el 1.5% del total. La información sobre los recursos financieros desembolsados durante el año se contabilizan como fondos públicos y, durante el 2002, los recursos provenientes del BID y el BM ascendieron a unos US\$17.6 millones, un 1.1% del financiamiento total del sector.

El gráfico muestra la participación de las fuentes de financiamiento público dentro del total de recursos asignados al sector salud en los dos años de la serie, por los países seleccionados de LAC. A pesar de que en Dominicana ha aumentado entre 1996 y 2002, al pasar del 24% al 31%, estos porcentajes se hallan por debajo del promedio y son muy inferiores a México y El Salvador, donde se acerca al 50%.

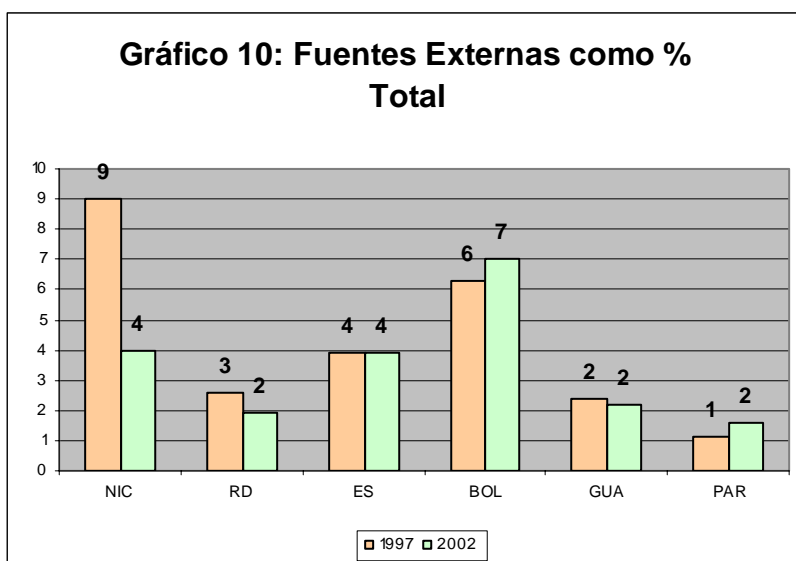


En cuanto a las fuentes externas, básicamente donaciones, éstas constituyen el 1.8% del financiamiento total.

La participación de las fuentes de financiamiento externo son muy limitadas en Dominicana, e incluso se redujeron en el período de 1996 al 2002, al pasar del 2.6% al 1.9%. Como se ve en el gráfico, sólo Nicaragua en el año 1997, recibió fondos externos cercanos al 10%.

³⁷ La metodología de CNS (Ver Guía de Productores y Manual de la OECD) sugiere esta clasificación. También se incluyen dentro de esta partida los gastos que hacen las empresas para financiar servicios propios de salud para sus empleados, pero no fue posible obtener esta información para el caso dominicano.

En la mayoría de los países la cooperación internacional aporta menos del 5% del total. En países de menor desarrollo relativo, como muchos de África, los fondos externos constituyen una ayuda importante a su desarrollo. Es contrastante que países latinoamericanos muy pobres, como Bolivia y Nicaragua, no reciban un apoyo similar.



5.3 Gasto en salud por agente financiero

Como se había señalado previamente, los agentes financieros son las instituciones que administran los fondos que circulan en el sistema de salud y toman las decisiones programáticas, es decir, en qué bienes y servicios gastar dichos recursos. En el Anexo, la información en detalle sobre el gasto por agente financiero se muestra en la Tabla 1, *Fuentes de financiamiento a agentes financieros*. La lectura de esta tabla para el análisis del gasto por agente es por las filas de la matriz. A continuación se presenta un cuadro resumen.

En el sector público, el principal agente financiero es la SESPAS, que administra el 21% del gasto total en salud. El segundo agente financiero importante es el IDSS, pero con sólo el 6.4% del gasto total.

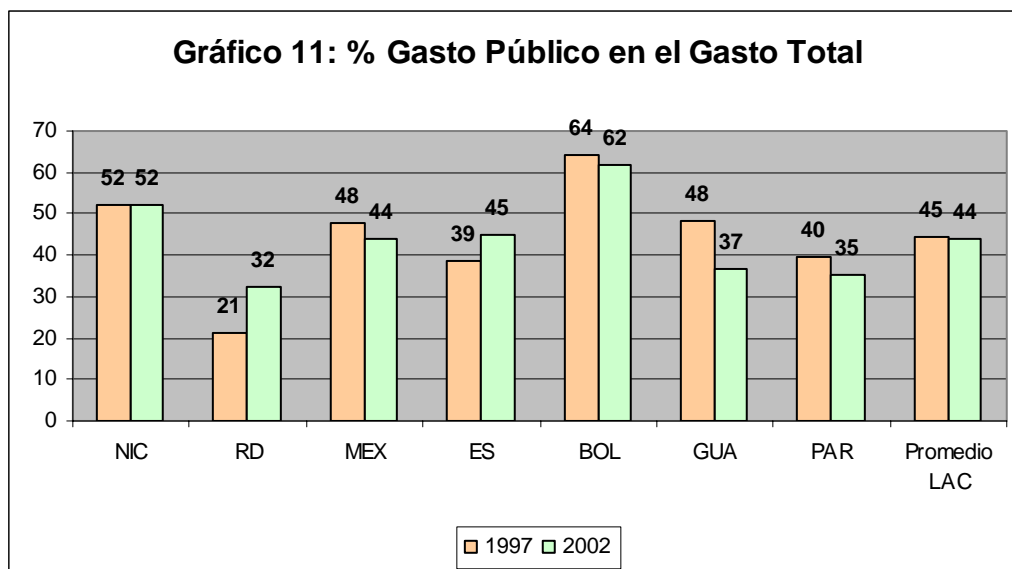
Cuadro 6: Gasto en Salud por Agente Financiero, 2002
(En Millones)

AGENTES FINANCIEROS	2002		
	(RD\$)	(US\$)	%
SESPAS	6,148	331	20.9
F.F.A.A. y P.N.	416	22	1.4
PROMESE	175	9	0.6
Otras Secretarías e I.P.	858	46	2.9
IDSS	1,891	102	6.4
Subsector Público	9,488	511	32.3
Seguros Privados	3,983	215	13.5
Hogares	14,057	758	47.8
ONG	1,871	101	6.4
Subsector Privado	19,911	1,073	67.7
TOTAL	29,399	1,585	100.0

La mayor parte de los recursos la maneja el sector privado, particularmente, los hogares, que administran el 48% del gasto en salud. Los hogares actúan como agentes financieros cuando gastan dinero de su bolsillo para pagar consultas médicas, medios de diagnóstico, cuotas de recuperación en los hospitales públicos, adquirir medicamentos en las farmacias y otros.

El tercer agente financiero en importancia en cuanto al monto de los recursos que administra es el de los seguros privados, que manejaba en el 2002 el 14% del total. Las ONG, por su parte, representaban el 6.4% del total, cifra similar a la correspondiente al IDSS. Debe señalarse que este porcentaje correspondiente a las ONG es relativamente elevado, porque se incluyen los fondos que manejan CEDIMAT y la Plaza de la Salud como parte de este grupo³⁸. Si se excluyeran, el resto de las ONG en su conjunto representa el 4.6% del gasto nacional en salud.

Las cifras anteriores muestran que es relativamente baja la proporción de recursos que asigna el sector público a la salud. Debe señalarse que, a medida que un país se desarrolla, aumenta la proporción pública de financiamiento del gasto en salud, independientemente de que éste se destine a pagar a proveedores públicos o privados. Generalmente, tiende a crecer la proporción de la población asegurada, pagando el gobierno por sus propios empleados y por la población que no tiene ingresos suficientes para tener cobertura de aseguramiento.

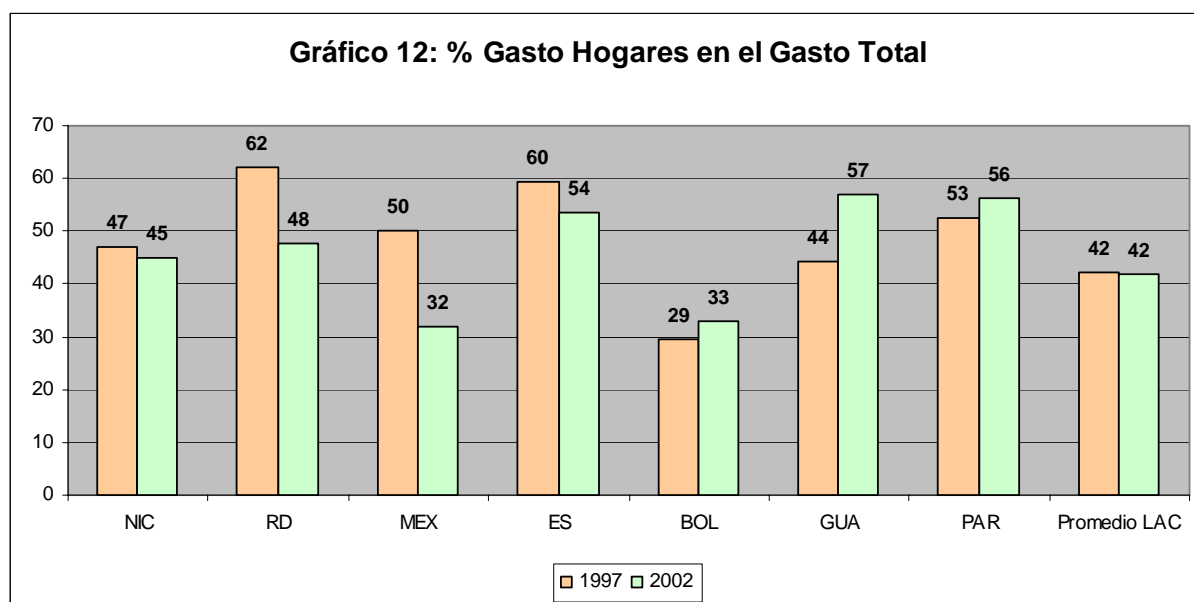


Esta proporción es relativamente baja en RD, en comparación con los países de LAC seleccionados, cuyo promedio es de 44% en el 2002.

³⁸ Estas entidades podrían ser clasificadas también dentro del sector público con administración privada. En este caso se tomó la decisión de ubicarlas dentro de los organismos no gubernamentales, de manera similar al año 1996.

El gasto de bolsillo de los hogares, por su parte, es elevado en toda Latinoamérica y el Caribe, acercándose al 50% del gasto total en salud para los dos extremos del período analizado. México y Bolivia son los países donde el gasto de bolsillo es menos pronunciado, porque ambos tienen una mayor cobertura de seguridad social.

Posiblemente uno de los indicadores que resume mejor en una sola cifra, el posible estado de equidad o inequidad del financiamiento de un sistema de salud, es la participación del gasto de bolsillo de los hogares dentro del gasto nacional en salud. El mercado de bienes y servicios de la salud, está considerado en la literatura internacional como el más imperfecto en términos económicos. Algunos autores han señalado que la economía del sector salud es una "economía anormal", donde no funcionan las leyes del mercado³⁹, pues no existe libertad de elección ni información adecuada por parte del consumidor.



En efecto, las necesidades de salud de una persona son impredecibles y el costo de su atención puede resultar catastrófico, lo cual lleva a la necesidad de diseñar mecanismos de distribución de riesgo en el financiamiento a la salud. Por ello, la Organización Mundial de la Salud considera que una de las metas del sistema de salud es la equidad en la contribución financiera⁴⁰.

Un análisis sobre la equidad en contribución financiera para la salud realizado por la OMS en 1997, ubicaba a la República Dominicana en el lugar 154 dentro de un total de 191 países, es decir, con uno de los sistemas de salud menos equitativos en el mundo. La explicación de estos resultados es el elevado gasto de bolsillo de los

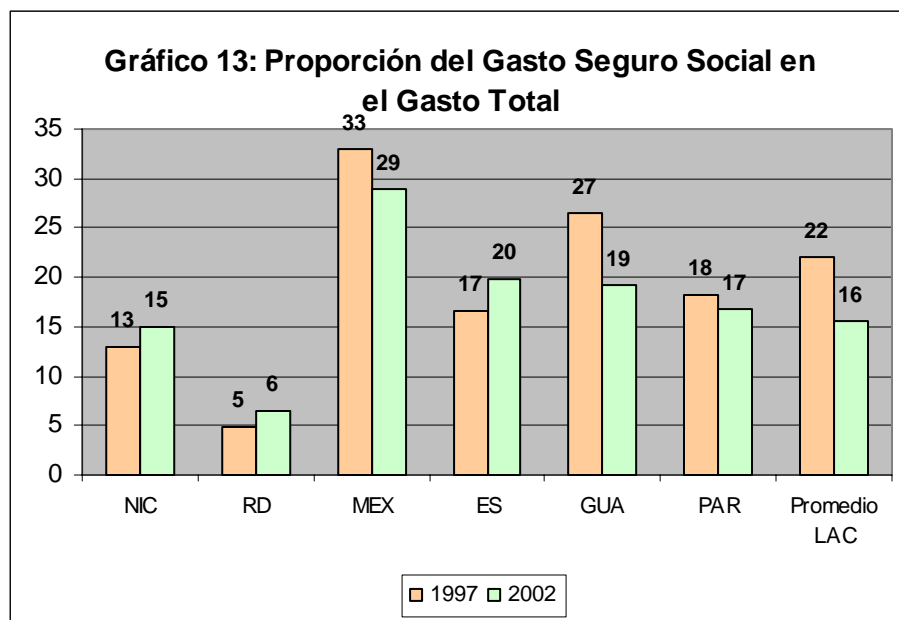
³⁹ Hsiao, William, *Abnormal economics in the health sector*, publicado dentro del libro de P. Berman, *Health Sector Reform in Developing Countries: making health development sustainable*, Harvard University Press, (1995).

⁴⁰ WHO, *The World Health Report - Health Systems: Improving Performance*, Geneva, Switzerland, 2000.

hogares dentro del financiamiento a la salud y la baja cobertura de aseguramiento⁴¹.

En efecto, la cobertura del IDSS ascendía a sólo 5.2% de la población en el año 2002.

La proporción del gasto del seguro social es la más baja en la República Dominicana, dentro del contexto de los países de LAC seleccionados, cuyo promedio es de alrededor de 20% del gasto total.



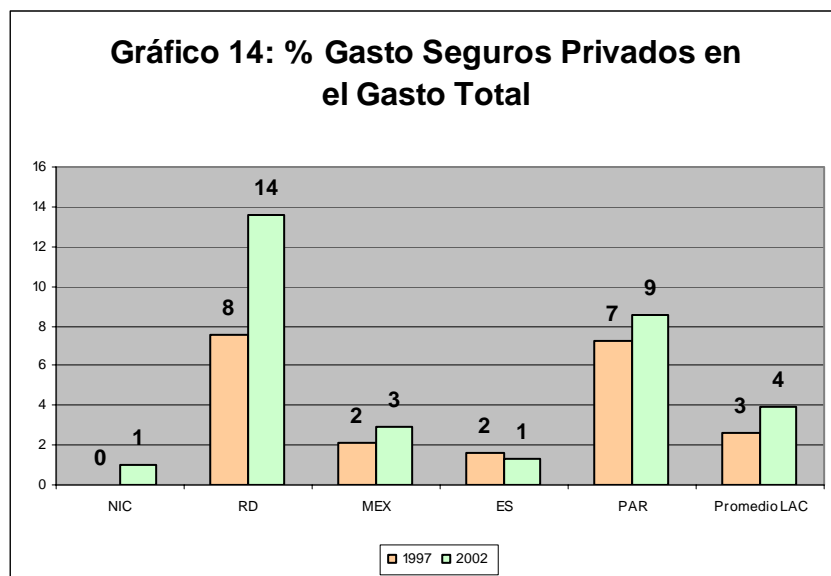
Esta situación es la que pretende modificar la reforma del sistema de salud, al tener como objetivo universalizar la cobertura de aseguramiento público. De esta manera, el gasto de bolsillo se reduciría enormemente, aumentaría el financiamiento público y mejoraría la equidad del sistema de salud.

La lentitud en la implementación del nuevo seguro familiar de salud, promueve el crecimiento de los seguros privados, particularmente en los grupos de mayores ingresos. En efecto, el total de la población asegurada era de 21% en el 2002, lo que implica un crecimiento desde 1996, cuando era del 18%. La mayor parte de este crecimiento se dio en los estratos superiores de ingreso, donde la cobertura pasó del 34% al 44% de la población.

Si se hiciera una encuesta en la actualidad, es probable que el grupo más rico tenga hoy una mayor cobertura de seguros, puesto que, al retrasarse la entrada en funcionamiento del nuevo sistema de seguridad social en salud, las nuevas administradoras de riesgos de salud han estado promoviendo sus planes de salud, dirigiéndose primero a ese grupo social - que usualmente se enferma menos y produce, por lo tanto, mayor rentabilidad. A este proceso se conoce en la literatura internacional como "descreme" del mercado.

⁴¹ WHO, opus cit, 2000.

El gasto en seguros privados tiende a ser muy bajo en todos los países, menos del 4%, salvo en la República Dominicana, donde éste pasó de representar el 7.5% en 1996 al 14% en el 2002. Este es otro indicador del proceso descrito antes sobre el descreme del mercado de aseguramiento en salud, que debe haberse profundizado aún más en los años recientes.



Con relación a las ONG, éstas representan, en promedio, menos del 2% del gasto en los países estudiados, siendo la cifra máxima el 6.4% en la República Dominicana en el 2002.

5.4 Gasto en salud por proveedor

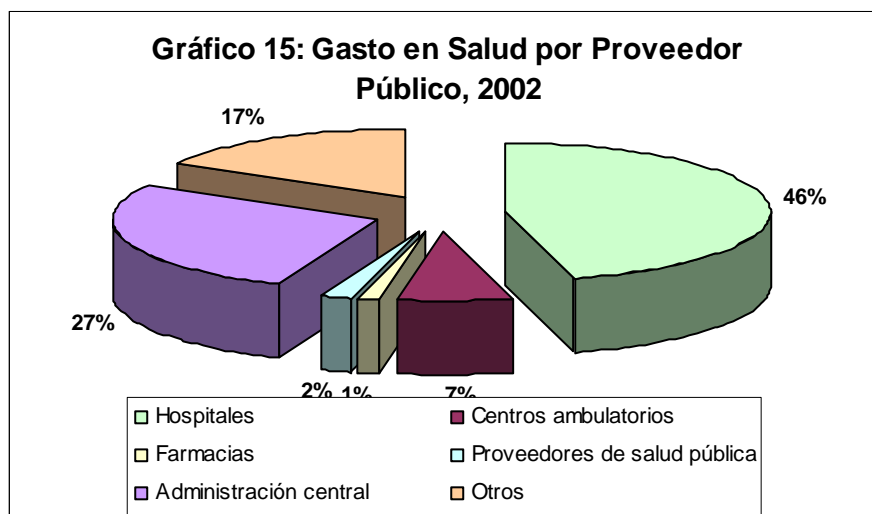
El gasto en salud por proveedor se muestra en la Tabla 2 del Anexo, *Gasto en salud de agentes financieros a proveedores*. Para fines de análisis en el caso dominicano, se han desglosado los proveedores en públicos y privados. A continuación se muestra un cuadro resumen.

En la República Dominicana, el mercado de bienes y servicios de salud está servido principalmente por los proveedores privados, quienes capturan un 61% del gasto nacional en salud.

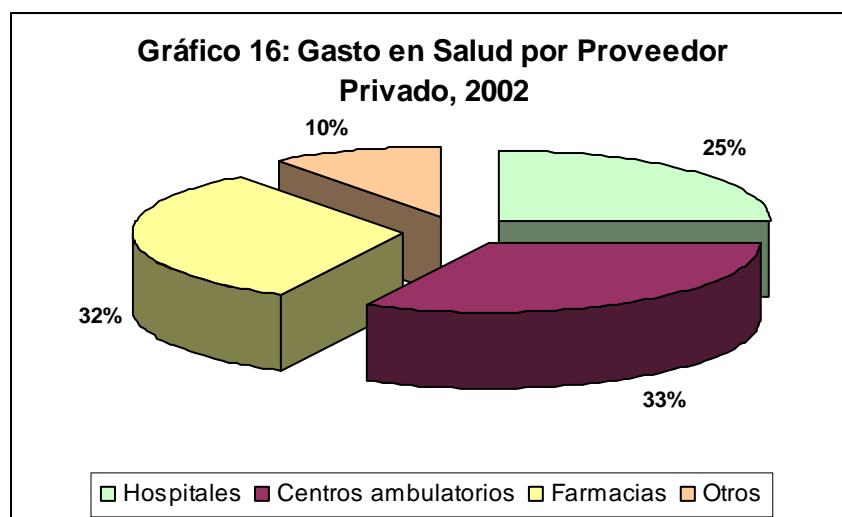
Cuadro 7: Gasto en Salud por Proveedor, 2002			
En Millones			
PROVEEDORES	RD\$	US\$	%
Hospitales públicos	5,246	283	17.8
Centros de atención ambulatoria	808	44	2.7
Proveedores de Productos médicos	146	8	0.5
Suministro y Administración Salud Pública	241	13	0.8
Administración	3,106	167	10.6
Gastos no clasificables por proveedor	1,919	103	6.5
Subtotal proveedores públicos	11,466	618	39.0
Hospitales Privados y Clínicas con camas	4,486	242	15.3
Centros de atención ambulatoria	5,827	314	19.8
Proveedores de Productos médicos	5,801	313	19.7
Instituc. Prov. Bienes y Serv Relac Salud	8	0	0.0
Otros gastos no clasificables por proveedor	1,811	98	6.2
Subtotal proveedores privados	17,933	967	61.0
TOTAL	29,399	1,585	100.0

Los hospitales tanto públicos como privados, manejan la tercera parte del gasto en salud, mientras que los centros ambulatorios, el 23%. Las farmacias y otros establecimientos de expendio de insumos médicos, manejan alrededor del 20% de los recursos del sistema.

En el caso de los proveedores públicos, se observa que el 46% del gasto lo realizan los hospitales y sólo un 7% los centros de atención ambulatoria. Esto está vinculado al hecho de que la mayor parte de las consultas ambulatorias se realizan en los hospitales públicos, en lugar de en centros especializados en consulta externa ubicados fuera de los hospitales. Dentro del sector público se observa que los gastos de la administración central alcanzan el 27%.



La estructura del sector proveedor público difiere mucho de la correspondiente a la provisión del sector privado. En efecto, un 25% del gasto corresponde a los hospitales y un 33% se entrega en consultorios y otros centros de atención ambulatoria.



Se observa que en este sector son muy importantes los proveedores de insumos médicos, básicamente, las farmacias, con un 32% del total.

El análisis de comparación internacional no fue posible hacerlo por proveedor, en vista de que las cifras no estaban disponibles para todos los países seleccionados o, en ciertos casos, no eran comparables.

5.5 Gasto en salud por función

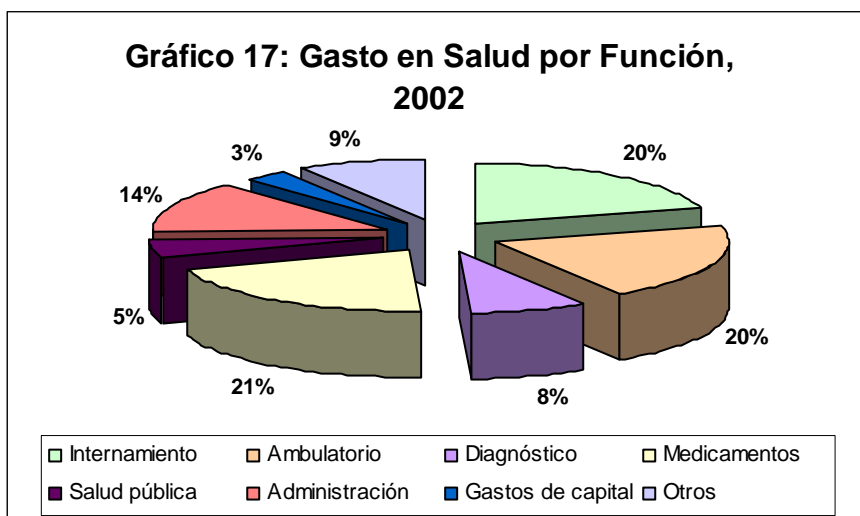
El gasto en salud por función se presenta en la Tabla 3 del Anexo, *Gasto en salud de agentes financieros por función*. A continuación se presenta un cuadro resumen.

Cuadro 8: Gasto en Salud por Función, 2002			
FUNCIONES	RD\$	US\$	%
Servicios curativos	12,107	653	41.2
Hospitalización	6,121	330	20.8
Ambulatorios	5,986	323	20.4
Servicios de rehabilitación	75	4	0.3
Servicios auxiliares	2,350	127	8.0
Insumos médicos	6,075	327	20.7
Medicamentos	6,042	326	20.6
Otros Insumos	33	2	0.1
Servicios preventivos y de salud pública	1,468	79	5.0
Administración	4,031	217	13.7
Otros gastos no clasificables por función	2,392	129	8.1
GASTO CORRIENTE EN SALUD	28,498	1,536	96.9
Gastos de capital en infraestructura y equipo	823	44	2.8
Demás funciones relacionadas	78	4	0.3
Gasto de Capital + Funciones Relacionadas	901	49	3.1
GASTO TOTAL EN SALUD	29,399	1,585	100.0

El gasto en salud en la República Dominicana se asigna, principalmente, a los servicios curativos, que representan un 41% del total. Dentro de éstos, la mayor proporción corresponde a internamiento, con un 21% y cuidados ambulatorios, con un 20%.

Los insumos médicos representan el 21%, siendo los medicamentos casi la totalidad de este monto.

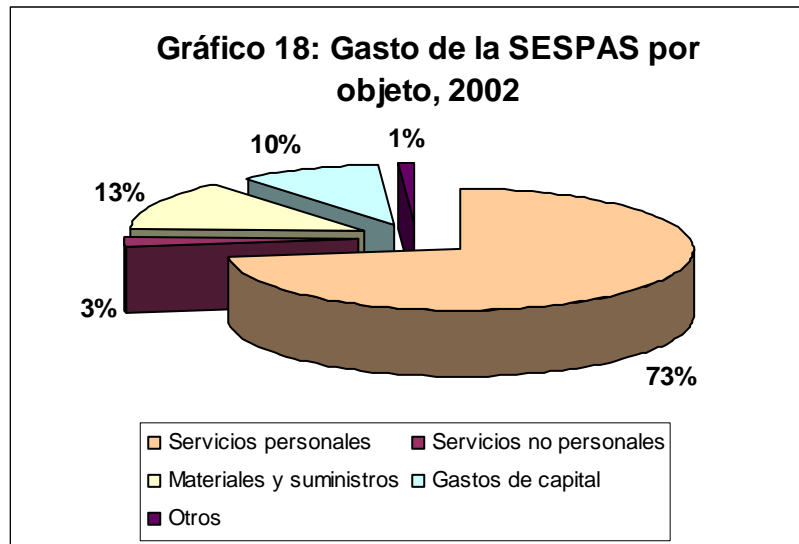
Le siguen en importancia los gastos administrativos, particularmente en el sector público, ya que fue difícil obtener esta información para el sector privado.



Otra partida importante está constituida por los servicios auxiliares, que incluyen los medios de diagnóstico, a saber, laboratorio clínico, imágenes y otros.

Se observa una reducida participación del gasto en programas de salud pública, ascendentes a sólo un 5% del total, lo cual es importante que sea destacado, en vista de la importancia que las políticas de salud asignan a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

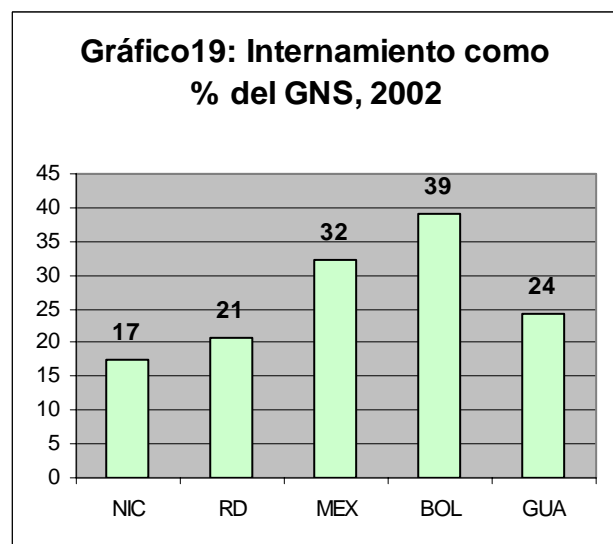
En cuanto a la clasificación económica, o por objeto del gasto, que es la que usualmente se utiliza en la confección de las ejecuciones presupuestarias de las instituciones públicas, no se elaboró con ella una matriz específica, por cuanto no existía esta información para las entidades del sector privado. En el caso de la



la SESPAS, la gráfica muestra la distribución de los recursos por objeto del gasto, observándose la elevada participación que tienen los servicios personales dentro del total.

Esto podría explicar las carencias de insumos y bajo nivel de mantenimiento de los establecimientos públicos y llama la atención sobre la necesidad de racionalizar este gasto.

En lo que concierne a la comparación internacional, se obtuvo el gasto por función para el año 2002 para Nicaragua, México, Bolivia y Guatemala, tal como se observa en las gráficas que siguen. No se analiza la totalidad de las funciones, sino las principales, a saber gastos en internamiento, ambulatorios, medicamentos y salud pública.



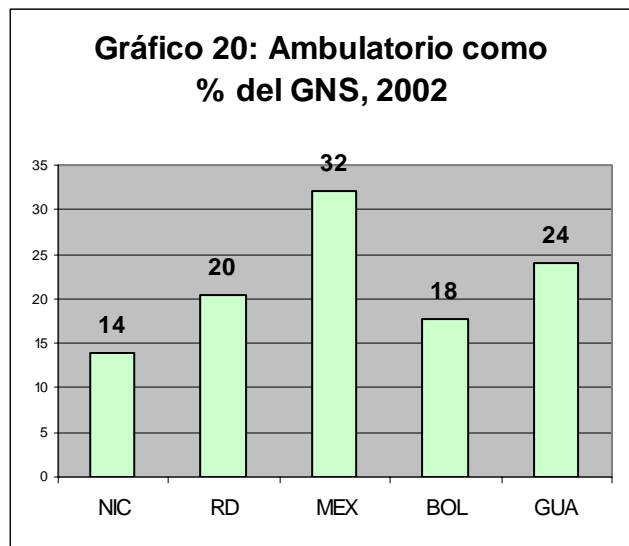
En el caso del gasto en internamiento, la República Dominicana se halla en un punto intermedio entre Guatemala y ligeramente superior al de Nicaragua.

México y Bolivia, por su parte, destinan una proporción sustancialmente mayor de sus recursos asignados a salud, a financiar estos servicios, acercándose al 40% del gasto nacional en salud.

Esos dos países son, justamente, los que tienen una mayor cobertura del seguro social. Esto puede estar señalando diferentes cosas, que no es posible saber con la información disponible. Por ejemplo, pudiera tratarse de una mayor medicalización de los servicios en estos países o una mayor tasa de utilización, por el hecho de que la población tiene cobertura. También pudiera ser una mejor calidad. Otra posible explicación podría ser que los países con una proporción menor estén financiando estos servicios por debajo de las necesidades. A fin de hacer un análisis más profundo en este sentido, se requiere de investigación adicional, incluyendo otros indicadores de tipo no financiero.

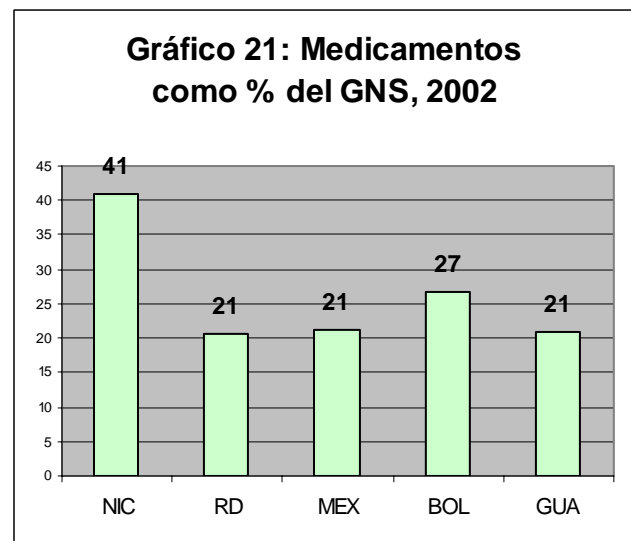
En el caso de los servicios ambulatorios, se muestra una vez más que México asigna por lejos la mayor proporción de su gasto a los mismos. La República Dominicana se encuentra entre Bolivia y Guatemala, y superior a Nicaragua.

En el caso de México, se observa que el 64% del gasto nacional en salud a financiar servicios de internamiento y ambulatorio, en tanto que otros países dan prioridad a otras partidas, como pudiera ser medicamentos, administración y otros.



Es preciso señalar la importancia que tiene este análisis, en el sentido de que el propósito fundamental del gasto nacional en salud es el financiamiento de los servicios. Si una buena parte de este se destina a otras actividades, podría estar apuntando a ciertas ineficiencias dentro del sistema, las cuales requerirían de investigación adicional.

El gráfico muestra la proporción de medicamentos dentro del total de gasto en salud en los países seleccionados. Puede notarse que la República Dominicana asigna fondos de alrededor del 20%, de manera similar al caso de México y de Guatemala y ligeramente inferior que Bolivia. Resalta la elevada proporción de Nicaragua, lo

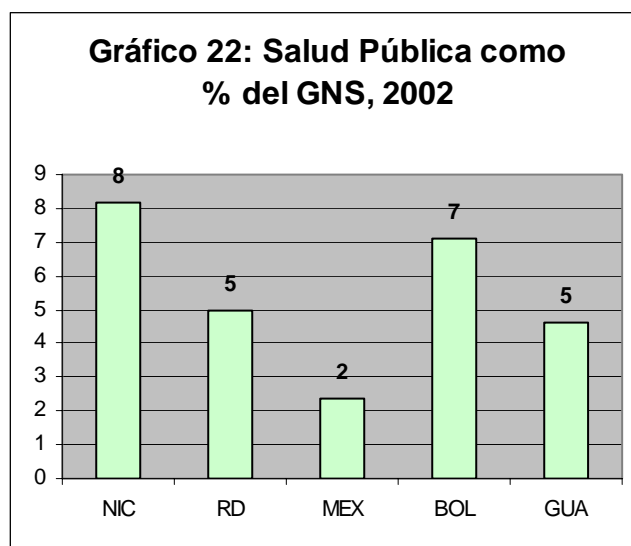


cual parece excesivo y habla de un probable escaso financiamiento a los servicios de salud, particularmente en el sector público.

En el caso dominicano, a pesar de que las cifras son comparables con los países analizados, la baja cobertura de aseguramiento y la amplia privatización del sector salud, sugerirían gastos más elevados en medicamentos. Pero esto requiere investigación adicional por otras vías. La metodología de CNS recomienda la triangulación de las informaciones, es decir, su estimación por varias fuentes, con la finalidad de precisar la calidad de los datos⁴². Fue muy difícil la obtención de datos confiables de PROMESE y es posible que haya subestimación del sector privado.

El gasto en salud pública incluye los programas de salud pública que administran los ministerios de salud, más los gastos ambulatorios del nivel primario dirigidos básicamente a los cuidados básicos y preventivos, como el cuidado prenatal, la planificación familiar, el cuidado de niños sanos, la prevención de enfermedades y otros.

Como se observa en la gráfica, el financiamiento de la salud pública es proverbialmente bajo en el país, así como en casi todos los países



estudiados, ya que ninguno llega siquiera al 10% del gasto nacional en salud. A pesar de que las políticas de salud en todos los países en desarrollo otorgan gran prioridad a este gasto, el mismo resulta relativamente bajo dentro del total. Resalta la baja proporción que México le asigna, quizás como resultado de una estructura de asignación de recursos que da mayor prioridad a los aspectos curativos que a los preventivos.

También es preciso señalar que esta es un área que requiere de investigación adicional. Dada la configuración del sector salud, al menos en la República Dominicana, donde la mayor parte de los problemas se resuelven en los hospitales, sobre todo en el sector público, es difícil separar los gastos curativos de los preventivos. Al mismo tiempo, se sabe que los servicios que se prestan en las clínicas rurales y centros de atención ambulatoria, donde se deberían resolver muchos de estos problemas, son muy limitados. Dada la precariedad de los mismos, la población tiende a ir directamente al hospital e, incluso, a la emergencia, haciendo más costosa la prestación.

⁴² Rathe, M. y Pérez Láinez, L., *Metodología para la Estimación del Gasto de Bolsillo de los Hogares*, Congreso Mundial de Economía de la Salud, iHEA, Barcelona, España, 2005.

Otro tema que requiere de investigación adicional es el de la estimación del gasto y financiamiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y, en general, de las acciones relacionadas con la rectoría del sector salud. Es posible que, dadas las limitaciones de las clasificaciones de las CNS, dichos gastos se encuentren subestimados o clasificados como gasto administrativo⁴³.

En resumen, el análisis de las CNS por funciones apunta hacia áreas que requieren de un cambio en las políticas de salud, a la vez que señala los temas donde es preciso buscar información adicional, para sustentar mejor esas decisiones de política.

⁴³ Ver dos trabajos de Magdalena Rathe sobre el particular: "Estimación del gasto y financiamiento de las FESP: un marco de referencia" y "Estudio piloto para la estimación del gasto y financiamiento de dos FESP en la República Dominicana", realizados para la OPS y el Banco Mundial en el 2002.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La principal conclusión que se obtiene del análisis de las Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana en el año 2002, está relacionada, fundamentalmente, con el tema de *equidad financiera*. Resalta la baja proporción de recursos que asigna el sector público a la salud y el elevado porcentaje que corresponde a los hogares. Posiblemente uno de los indicadores que resume mejor en una sola cifra, el posible estado de equidad o inequidad del financiamiento de un sistema de salud, es la participación del gasto de bolsillo de los hogares dentro del gasto nacional en salud. El mercado de bienes y servicios de la salud, está considerado en la literatura internacional como el más imperfecto en términos económicos.

A pesar de que la proporción del financiamiento público ha aumentado sustancialmente desde 1996 hasta el 2002, todavía sigue siendo sumamente baja. A medida que un país se desarrolla, aumenta la proporción pública de financiamiento del gasto en salud, independientemente de que éste se destine a pagar a proveedores públicos o privados. Generalmente, tiende a crecer la proporción de la población asegurada, pagando el gobierno por sus propios empleados y por la población que no tiene ingresos suficientes para tener cobertura de aseguramiento por medio de un trabajo formal. Esta es la meta de la reforma del sector salud, con la finalidad de mejorar la equidad dentro del sistema y reducir la carga financiera, sobre todo para las familias pobres.

La reforma del sistema de salud tiene como objetivo universalizar la cobertura de aseguramiento público. De esta manera, el gasto de bolsillo se reduciría enormemente, aumentaría el financiamiento público y mejoraría la equidad del sistema de salud.

Sin embargo, la lentitud en la implementación del nuevo seguro familiar de salud, promueve el crecimiento de los seguros privados, particularmente en los grupos de mayores ingresos. En efecto, el total de la población asegurada era de 21% en el 2002, lo que implica un crecimiento desde 1996, cuando era del 18%. La mayor parte de este crecimiento se dio en los estratos superiores de ingreso, donde la cobertura pasó del 34% al 44% de la población.

Si se hiciera una encuesta en la actualidad, es probable que el grupo más rico tenga hoy una mayor cobertura de seguros, puesto que, al retrasarse la entrada en funcionamiento del nuevo sistema de seguridad social en salud, las nuevas administradoras de riesgos de salud han estado promoviendo sus planes de salud, dirigiéndose primero a ese grupo social - que usualmente se enferma menos y produce, por lo tanto, mayor rentabilidad. A este proceso se conoce en la literatura internacional como "descreme" del mercado.

Es importante tener esto en cuenta al analizar la sostenibilidad del nuevo sistema, así como su impacto fiscal. Los contribuyentes de mayores ingresos son los que producirán los fondos para financiar a los de menores recursos, dentro de un proceso que se denomina solidaridad.

Otro punto a ser considerado es el del costo del plan básico de salud y su impacto fiscal, en una situación como la actual, de restricciones macroeconómicas a la vez que de entrada en vigencia de un acuerdo de libre comercio. Si en el 2002 la SESPAS asignaba sólo US\$40 por persona, es preciso analizar si el gobierno podrá cubrir a toda la población a ser subsidiada con un paquete estimado en US\$150. Esto requiere de estudios adicionales y una ponderación adecuada.

El estudio de Cuentas Nacionales de Salud revela áreas que requieren de mayor investigación, pero que apuntan a probables *ineficiencias* en el sistema. Algunos de estos temas son:

- Elevado gasto de personal en la SESPAS y necesidad de conocimiento de su productividad.
- Elevados gastos de administración en el sector público y falta de información en el sector privado.
- Reducidos fondos asignados a salud pública (promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto a nivel individual como colectivo).

Por otro lado, se han identificado ciertos temas que requieren de estudios adicionales, tales como:

- Necesidad de conocer mejor el flujo financiero del gasto en medicamentos, incluyendo la triangulación de datos provenientes de las encuestas de hogares, con informaciones provenientes de otras fuentes, como el consumo aparente de medicamentos.
- Desagregación de los fondos que se asignan a los hospitales, tanto públicos como privados, en gastos curativos y preventivos, ambulatorios y de internamiento.
- Estimación del gasto y financiamiento en la función de rectoría, incluyendo las funciones esenciales de salud pública.
- Estudio más detenido del sector privado proveedor de servicios de salud.
- Realización de un análisis de equidad del financiamiento, en base al gasto en salud por grupos de ingreso o quintil de bienestar, así como estimación de la carga financiera del gasto en salud.
- Realización de estudios de eficiencia del gasto en salud, tanto en el sector público como privado.
- Realización de estudios de impacto fiscal, para determinar la viabilidad del seguro familiar de salud, tanto en su régimen contributivo como subsidiado.
- Estudios sobre la forma en que se hará la transición financiera, desde un sistema de financiamiento a la oferta, hacia otro financiado vía la demanda.

A fin de mejorar la recolección de datos de los organismos no gubernamentales, de las administradoras de riesgos de salud, de los agentes financieros y proveedores tanto públicos como privados, se recomienda la institucionalización del proceso, mediante la solicitud oficial de los datos por parte de las autoridades, asegurando que la información requerida se presente de acuerdo a las necesidades de las CNS.

Se recomienda que, cuanto antes, comience a realizarse la compilación y producción de los datos de los años 2003 al 2005, a fin de que el país pueda contar rápidamente con una serie estadística, que sirva de línea de base al proceso de cambios en la asignación de los recursos como resultado de la reforma sectorial. Asimismo, que en los ejercicios posteriores de CNS, se continúe aplicando la *Guía de Producción de CNS*, hasta lograr su completa implementación.

Luego sería conveniente revisar las CNS del 1996, que se hicieron previo a la metodología que hoy constituye el estándar internacional y que se produjeran los años intermedios, del 1997 al 2001, estimando el gasto de hogares y otros indicadores mediante interpolaciones, para lo cual se recomienda utilizar como base el trabajo realizado por Andrés Guerrero en la CERSS, que estima las CNS del sector público para los años 1997 al 1999.

En lo que respecta a la institucionalización de la producción de las Cuentas Nacionales de Salud en el país, el gobierno ha comenzado a dar los pasos adecuados, al constituir la Unidad de CNS y capacitar a su personal. Es preciso que el proceso continúe y se profundice, y que los resultados de las CNS se divulguen y se utilicen como fundamento para la toma de decisiones en las políticas de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Banco Central, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, ENGIH octubre de 1997 y septiembre de 1998, Santo Domingo.

Banco Mundial, *Reformando instituciones para una mejor administración del gasto: Informe sobre el gasto público*, República Dominicana, 2004.

Banco Mundial, World Development Indicators (www.worldbank.org).

Banco Mundial, *Informe Sobre la Pobreza*, 2001.

Berman, Peter, et al, *Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Countries: The First Regional National Health Accounts Network*, Harvard School of Public Health and PHR-USAID, 1999.

Berman, Peter and Heather deVries, *Differences in National and International Estimates of National Health Spending in Developing Countries*, Harvard School of Public Health, (2005).

Cárdenas, Marina, et.al. *Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, Bolivia*. Partnerships for Health Reform Project, Harvard University, Abt Associates, 2000.

CESDEM/SESPAS/CERSS/COPRESIDA/USAID/ORC Macro, Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2002, Santo Domingo, RD, 2003.

CESDEM/Profamilia/Macro, Encuesta Demográfica y de Salud, 1996, Santo Domingo, R.D., 1996.

Guerrero, Andrés, *Gasto Provincial en Salud (1997-1999) para SESPAS, IDSS y PROMESE: Informe de resultados para la fase I de la construcción de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) 1997-1999 en la República Dominicana*, CERSS, (2001).

Hsiao, William, *Abnormal economics in the health sector*, publicado dentro del libro de P. Berman, *Health Sector Reform in Developing Countries: Making health development sustainable*, Harvard University Press, (1995).

Lizardo, Magdalena, *The economic distribution of public expenditure in the Dominican Republic*, (citado por Banco Mundial, opus cit, 2004).

Manual de Cuentas de Salud de la Organización de Cooperación Económica y Desarrollo (OCED), *Un sistema de cuentas de salud, 2000*, Ginebra, Suiza, 2003.

- Magnoli, Alessandro, *Cuentas Nacionales de Salud en América Latina y el Caribe: Conceptos, resultados y política de empleo*, Universidad de Harvard / BID - INDES, (2001).
- Nandakumar, A. K. et al, *Synthesis of Findings from NHA Studies in Twenty-Six Countries*, PHRplus / Abt Associates, Maryland, USA, 2004.
- OCT-CNS, *Salud: Visión de Futuro - Elementos para un Acuerdo Sectorial*, Santo Domingo, RD, 1996.
- ONAPLAN, *Estrategia de Reducción de la Pobreza*, Santo Domingo, RD, 2003.
- PNUD, *Informe Nacional de Desarrollo Humano: República Dominicana, 2005*, Santo Domingo, República Dominicana, 2006.
- Partnerships for Health Reform Project. *Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador. Informe sobre Iniciativas Especiales 9*. Bethesda, MD; PHR, Abt Associates Inc., 1998.
- Partnerships for Health Reform Project. *Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala. Informe sobre Iniciativas Especiales 10*. Bethesda, MD; PHR, Abt Associates Inc., 1998.
- Partnerships for Health Reform Project. *Cuentas Nacionales de Salud: Mexico. Informe sobre Iniciativas Especiales 11*. Bethesda, MD; PHR, Abt Associates Inc., 1998.
- Poullier, J., Hernández, P., *Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997*, WHO, EIP, 2000.
- Rathe, M. y Pérez Láinez, L., *Metodología para la Estimación del Gasto de Bolsillo de los Hogares*, Congreso Mundial de Economía de la Salud, iHEA, Barcelona, España, 2005.
- Rathe, Magdalena *Salud y Equidad: Una mirada al financiamiento a la salud en la República Dominicana*, Macro International, Calverton, Maryland, USA, 2000.
- Rathe, Magdalena, *Estimación del gasto y financiamiento de las funciones esenciales de salud pública: un marco de referencia*, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, DC, (2002).
- Rathe, Magdalena, *Estimación del gasto y financiamiento de las funciones esenciales de salud pública: estudio piloto en la República Dominicana*, Banco Mundial, Washington, DC, (2002).
- Rathe, Magdalena, et al, *Evolución de las Cuentas Nacionales de Nicaragua 1997-2002*, (sin publicar), Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard / MSH, Managua, Nicaragua, 2005.

Rathe, Magdalena, et.al. *Cuentas Nacionales de Salud, Un análisis del Financiamiento del sistema de Salud de la República Dominicana*. OPS, Banco Central de la República Dominicana, CERSS, 1998.

SESPAS-OPS, *Indicadores Básicos de Salud 2002*. República Dominicana.

SESPAS/DIGEPI, *Análisis de la Situación de Salud*, Santo Domingo, RD, 2003.

SESPAS, *Memoria 2002*, Santo Domingo, RD, 2003.

SusnaDe, et al. *Has Improved Availability of Health Expenditure Data Contributed to Evidence-Based Policymaking? Experiences with NHA*. Partnerships for Health Reformplus, USAID, Abt Associates, 2003.

USAID, Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Guía de Producción de Cuentas Nacionales de Salud, con aplicaciones especiales para países de ingreso medio y bajo, 2003*

WHO, *The World Health Report - Health Systems: Improving Performance*, Geneva, Switzerland, 2000.

ANEXO

Tabla 1: Matriz de Fuentes a Agentes Financieros, 2002
RD\$

AGENTES FINANCIEROS (HF)		FUENTES DE FINANCIAMIENTO										%	(US\$)	
		FS.1 Fondos Públicos				FS.2 Fondos Privados				FS.3 Fondos del Resto del Mundo	TOTALES			
		FS.1.1 Gobierno Central	FS.1.2 Retorno sobre activos de entidad pública	FS.1.3 Préstamo Externos	Total Público	FS.2.1 Empleadores	FS.2.2 Hogares	FS.2.3 Instituciones sin Fines de Lucro	FS.2.4 Otros Fondos Privados					Total privado
HF.1	Sector Público	7,285,817,955	0	446,185,879	7,732,003,834	1,187,776,638	424,205,942	0	0	1,611,982,581	144,288,133	9,488,274,548	32.27%	5,114,973
HF.1.1	Sector Público excluida SS	7,012,016,515	0	440,740,138	7,452,756,653	0	0	0	0	0	144,288,133	7,597,044,786	25.84%	409,544,193
HF.1.1.1	Gobierno Central	6,944,735,042	0	440,740,138	7,385,475,180	0	0	0	0	0	144,288,133	7,529,763,313	25.61%	405,917,160
HF.1.1.1.1	SESPAS	5,677,584,822	0	325,930,877	6,003,515,699	0	0	0	0	0	144,288,133	6,147,803,832	20.91%	331,417,996
HF.1.1.1.2	CONAPOFA	16,250,531	0	0	16,250,531	0	0	0	0	0	0	16,250,531	0.06%	876,039
HF.1.1.1.3	F.F.A.A. y P.N.	416,397,829	0	0	416,397,829	0	0	0	0	0	0	416,397,829	1.42%	22,447,322
HF.1.1.1.4	Secretaría de Estado Presidencia	355,324,227	0	90,319,000	445,643,227	0	0	0	0	0	0	445,643,227	1.52%	24,023,894
HF.1.1.1.5	PROMESE	174,914,407	0	0	174,914,407	0	0	0	0	0	0	174,914,407	0.59%	9,429,348
HF.1.1.1.6	Cruz Roja	19,659,192	0	0	19,659,192	0	0	0	0	0	0	19,659,192	0.07%	1,059,795
HF.1.1.1.7	COPRESIDA	1,453,269	0	24,490,261	25,943,530	0	0	0	0	0	0	25,943,530	0.09%	1,398,573
HF.1.1.1.8	Otras Secretaría	283,150,765	0	0	283,150,765	0	0	0	0	0	0	283,150,765	0.96%	15,264,192
HF.1.1.1.8.1	Secretaría de Educación	104,100	0	0	104,100	0	0	0	0	0	0	104,100	0.00%	5,612
HF.1.1.1.8.2	Secretaría de Finanzas	116,188,801	0	0	116,188,801	0	0	0	0	0	0	116,188,801	0.40%	6,263,547
HF.1.1.1.8.3	Secretaría Interior y Policía	39,914,637	0	0	39,914,637	0	0	0	0	0	0	39,914,637	0.14%	2,151,732
HF.1.1.1.8.4	Secretaría Relaciones Exteriores	2,656,448	0	0	2,656,448	0	0	0	0	0	0	2,656,448	0.01%	143,205
HF.1.1.1.8.5	Secretaría Trabajo	396,340	0	0	396,340	0	0	0	0	0	0	396,340	0.00%	21,366
HF.1.1.1.8.6	Secretaría Deportes	12,027,850	0	0	12,027,850	0	0	0	0	0	0	12,027,850	0.04%	648,402
HF.1.1.1.8.7	Secretaría Industria y Comercio	6,064,138	0	0	6,064,138	0	0	0	0	0	0	6,064,138	0.02%	326,908
HF.1.1.1.8.8	Secretaría Turismo	6,715,013	0	0	6,715,013	0	0	0	0	0	0	6,715,013	0.02%	361,995
HF.1.1.1.8.9	Secretaría Mujer	2,257,343	0	0	2,257,343	0	0	0	0	0	0	2,257,343	0.01%	121,690
HF.1.1.1.8.10	Secretaría de Estado de OP	57,414,771	0	0	57,414,771	0	0	0	0	0	0	57,414,771	0.20%	3,095,136
HF.1.1.1.8.11	Secretaría de Estado de Agricultura	31,492,110	0	0	31,492,110	0	0	0	0	0	0	31,492,110	0.11%	1,697,688
HF.1.1.1.8.12	Secretaría Cultura	1,964,556	0	0	1,964,556	0	0	0	0	0	0	1,964,556	0.01%	105,906
HF.1.1.1.8.13	Secretaría Juventud	4,432,633	0	0	4,432,633	0	0	0	0	0	0	4,432,633	0.02%	238,956
HF.1.1.1.8.14	Secretaría Medio Ambiente	909,888	0	0	909,888	0	0	0	0	0	0	909,888	0.00%	49,051
HF.1.1.1.8.15	Secretaría de E, Ciencia y T.	612,137	0	0	612,137	0	0	0	0	0	0	612,137	0.00%	32,999
HF.1.1.1.9	Otras Instituciones Públicas	67,281,473	0	0	67,281,473	0	0	0	0	0	0	67,281,473	0.23%	3,627,034
HF.1.1.1.9.1	Procuraduría General	7,427,221	0	0	7,427,221	0	0	0	0	0	0	7,427,221	0.03%	400,389
HF.1.1.1.9.2	JCE	6,141,668	0	0	6,141,668	0	0	0	0	0	0	6,141,668	0.02%	331,087
HF.1.1.1.9.3	Cámara de Cuentas	1,419,500	0	0	1,419,500	0	0	0	0	0	0	1,419,500	0.00%	76,523
HF.1.1.1.9.4	Poder Judicial	27,825,000	0	0	27,825,000	0	0	0	0	0	0	27,825,000	0.09%	1,500,000
HF.1.1.1.9.5	Congreso Nacional	24,468,084	0	0	24,468,084	0	0	0	0	0	0	24,468,084	0.08%	1,319,034
HF.1.2	Administradoras de SS	273,801,440	0	5,445,741	279,247,181	1,187,776,638	424,205,942	0	0	1,611,982,581	0	1,891,229,762	6.43%	101,953,087
HF.1.2.1	IDSS	273,801,440	0	5,445,741	279,247,181	1,187,776,638	424,205,942	0	0	1,611,982,581	0	1,891,229,762	6.43%	101,953,087
HF.2	Sector Privado	591,658,038	0	0	591,658,038	3,948,181,010	14,961,215,241	9,427,156	29,469,755	18,948,293,162	370,240,263	19,910,740,441	67.73%	1,106,152,247
HF.2.1	Seguros Sociales Privados	0	0	0	0	3,898,163,860	84,335,361	0	0	3,982,499,221	132,577	3,982,631,798	13.55%	214,697,132
HF.2.1.1	Seguros e Igualas Médicas Empleados												0.00%	0
HF.2.1.2	Seguros e Igualas Médicas Empleados												0.00%	0
HF.2.3	Pagos directos de hogares	0	0	0	0	0	14,057,467,177	0	0	14,057,467,177	0	14,057,467,177	47.82%	757,814,942
HF.2.4	Instituciones sin fines lucro	591,658,038	0	0	592,207,016	50,017,150	819,412,703	9,427,156	29,469,755	908,326,763	370,107,686	1,870,641,466	6.36%	100,843,206
HF.3	Resto del Mundo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00%	0
TOTAL GASTO NACIONAL SALUD		7,877,475,993	0	446,185,879	8,323,661,872	5,135,957,649	15,385,421,183	9,427,156	29,469,755	20,560,275,742	514,528,397	29,399,014,989	100.00%	1,584,852,560

Tabla 2: Matriz de Agentes Financieros a Proveedores

PROVEEDORES	AGENTES FINANCIEROS (HF)											Total	US\$	
	HF.1 SECTOR PÚBLICO						Subtotal	HF.2 SECTOR PRIVADO			Subtotal			
	HF.1.1 Sector Público Excluida SS							HF.2.1 Seguros Sociales Privados	HF. 2.3 Pagos directos de los hogares	HF. 2.4 Instituciones Sin Fines de Lucro				
	HF.1.1.1. Gobierno central						HF. 1.2 IDSS							
	HF.1.1.1.1 SESPAS	Otras Secretarías e Instituciones Públicas	PROMESE	COPRESIDA	Subtotal									
HP.1	Hospitales	2.632.253,208	0	0	0	2.632.253,208	910.155,743	3.542.408,951	2.325.806,911	2.228.898,970	727.155,584	5.281.861,464	8.824.270,415	475.701,909
HP.3	Proveedores de Atención Ambulatoria	276.150,423	0	0	0	276.150,423	403.420,728	679.571,150	1.453.577,870	4.335.001,916	1.074.298,418	6.862.878,204	7.542.449,355	406.601,043
HP.3.1	Consultorios Médicos					0		0	1.160.364,023	1.722.971,196		2.883.335,219	2.883.335,219	155.435,861
HP.3.2	Consultorios Odontológicos					0		0		1.189.997,156	3.396,975	1.193.394,131	1.193.394,131	64.333,915
HP.3.3	Consultorios de Otros Profesionales de Salud					0		0		7.067,159	7.067,159	7.067,159	7.067,159	380,979
HP.3.4	Centros de Atención Ambulatorias	255.995,675	0	0	0	255.995,675	0	255.995,675	18.621,473	0	687.445,900	706.067,373	962.063,048	51.863,237
HP.3.4.1	Centros de Planificación Familiar					0		0			587.347,317	587.347,317	587.347,317	31.662,928
HP.3.5	Laboratorios Médicos y de Diagnóstico	20.154,748				20.154,748		20.154,748	274.592,375	1.422.033,564	35.108,519	1.731.734,458	1.751.889,205	94.441,467
HP.3.9	Los Demás Proveedores de Atención Ambulatorias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	341.279,865	341.279,865	341.279,865	18.397,836
HP.3.9.9	Los Demás Proveedores de Servicios de Atención Ambulatoria					0		0			341.279,865	341.279,865	341.279,865	18.397,836
HP.4	Minoristas y Otros Proveedores de Productos Médicos	0	0	0	0	0	0	0	203.247,017	5.683.000,986	60.720,115	5.946.968,119	5.946.968,119	320.591,273
HP.4.1	Farmacias					0		0	203.247,017	5.683.000,986	60.720,115	5.946.968,119	5.946.968,119	320.591,273
HP.5	Suministro y Administración de Programas de Salud Pública	240.952,203				240.952,203		240.952,203			0	240.952,203	240.952,203	12.989,337
HP.6	Administración General de la Salud y los Seguros Médicos	2.528.228,988	0	0	0	2.528.228,988	577.653,291	3.105.882,279	0	0	0	0	3.105.882,279	167.433,007
HP.6.1	Administración de la Salud por las Administraciones Públicas	2.528.228,988				2.528.228,988	577.653,291	3.105.882,279				0	3.105.882,279	167.433,007
HP.8	Instituciones Proveedoras Servicios Relacionados Salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8.467,349	8.467,349	8.467,349	456,461
HP.8.1	Instituciones de Investigación					0		0			4.419,040	4.419,040	4.419,040	238,223
HP.8.2	Instituciones de Educación y Capacitación					0		0			4.048,309	4.048,309	4.048,309	218,238
HP.tne	Gasto de Proveedores de Tipo No Especificado	470.219,010	1.248.383,017	174.914,407	25.943,530	1.919.459,964		1.919.459,964		1.810.565,305		1.810.565,305	3.730.025,269	201.079,529
	TOTAL GASTO NACIONAL EN SALUD	6,147,803,832	1,248,383,017	174,914,407	25,943,530	7,597,044,786	1,891,229,761	9,488,274,547	3,982,631,798	14,057,467,177	1,870,641,466	19,910,740,441	29,399,014,988	1,584,852,560

Tabla 3: Matriz de Agentes Financieros a Funciones 2002
RD\$

FUNCIONES	AGENTES FINANCIEROS (HF)											Total	US\$
	HF.1 SECTOR PÚBLICO					Subtotal	HF.2 SECTOR PRIVADO			Subtotal			
	HF.1.1 Sector Público Excluida SS						HF.2.1 Seguros Sociales Privados	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones Sin Fines de Lucro				
	HF.1.1.1. Gobierno central					HF.1.2 Administradoras SS	HF.1.2 IDSS						
HF.1.1.1.1.1 SESPAS	Otras Secretarías e Instituciones Públicas	PROMESE	COPRESIDA	Subtotal									
HC.1 Servicios de atención curativa	2,768,715,079	0	0	0	2,768,715,079	912,765,468	3,681,480,547	1,951,140,491	5,962,516,357	511,788,042	8,425,444,891	12,106,925,437	652,664,444
HC.1.1 Atención curativa hospitalaria	2,045,496,708				2,045,496,708	630,247,879	2,675,744,587	995,138,025	2,228,898,970	221,506,926	3,445,543,921	6,121,288,508	329,988,599
HC.1.3 Atención curativa ambulatoria	723,218,371				723,218,371	282,517,589	1,005,735,960	956,002,466	3,733,617,387	290,281,117	4,979,900,970	5,985,636,929	322,675,845
HC.1.3.1 Servicios médicos y diagnósticos básicos									675,658,440	168,134,469	843,792,909	843,792,909	45,487,488
HC.1.3.2 Atención ambulatoria odontológica					0	0	0	0	1,189,997,156	7,523,800	1,197,520,956	1,197,520,956	64,556,386
HC.1.3.3 Los demás servicios de atención especializada					0	0	0	0	57,396,486	98,313,445	155,709,931	155,709,931	8,394,066
HC.1.3.4 Todos los demás servicios curativos ambulatorios					0	0	0	0	1,810,565,305	16,309,403	1,826,874,708	1,826,874,708	98,483,812
HC.2 Servicios de rehabilitación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	75,214,608	75,214,608	75,214,608	4,054,696
HC.2.1 Rehabilitación hospitalaria					0	0	0	0	0	13,135,104	13,135,104	13,135,104	708,092
HC.2.3 Rehabilitación ambulatoria					0	0	0	0	0	62,079,505	62,079,505	62,079,505	3,346,604
HC.4 Servicios auxiliares de atención de la salud	0	0	0	0	0	0	0	760,357,811	1,422,033,564	167,990,804	2,350,382,179	2,350,382,179	126,705,239
HC.4.1 Laboratorio clínico					0	0	0	584,289,378	802,640,736	110,298,792	1,497,228,906	1,497,228,906	80,713,149
HC.4.2 Imagenología diagnóstica					0	0	0	176,068,433	619,392,828	57,501,358	852,962,619	852,962,619	45,981,812
HC.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia					0	0	0	0	0	190,654	190,654	190,654	10,278
HC.5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	0	0	0	1,146,580	1,146,580	10,162,813	11,309,393	176,338,883	5,683,000,986	204,021,711	6,063,361,580	6,074,670,974	327,475,524
HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros productos médicos percederos		0			0	10,162,813	10,162,813	176,338,883	5,683,000,986	171,265,590	6,030,605,459	6,040,768,272	325,647,885
HC.5.1.1 Medicamentos de prescripción					0	10,162,813	10,162,813	176,338,883		171,265,590	347,604,473	357,767,286	19,286,646
HC.5.1.3 Otros productos médicos percederos				1,146,580	1,146,580	0	1,146,580	0	0	0	1,146,580	1,146,580	61,810
HC.5.2 Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no percederos					0	0	0	0	0	32,756,121	32,756,121	32,756,121	1,765,829
HC.5.2.1 Lentes y otros productos ópticos					0	0	0	0	0	114,392	114,392	114,392	6,167
HC.5.2.2 Aparatos ortopédicos y otras prótesis					0	0	0	0	0	32,641,729	32,641,729	32,641,729	1,759,662
HC.6 Servicios de prevención y de salud pública	222,794,493	0	0	0	222,794,493	0	222,794,493	0	989,916,270	254,960,406	1,244,876,676	1,467,671,169	79,119,740
HC.6.1 Salud materno-infantil, servicios planificación familiar					0	0	0	0	0	102,125,780	102,125,780	102,125,780	5,505,433
HC.6.3 Prevención de enfermedades transmisibles					0	0	0	0	0	90,564,600	90,564,600	90,564,600	4,882,189
HC.6.4 Prevención de enfermedades no transmisibles					0	0	0	0	0	51,868,263	51,868,263	51,868,263	2,796,133
HC.6.9 Los demás servicios de salud pública					0	0	0	0	0	10,401,763	10,401,763	10,401,763	560,742
HC.7 Administración de la salud y los seguros médicos	2,143,444,991	0	0	1,809,207	2,145,254,198	577,653,291	2,722,907,489	970,726,180	0	336,958,943	1,307,685,124	4,030,592,612	217,282,621
HC.7.1 Administración de la salud por las administraciones públicas	2,143,444,991	0	0	1,809,207	2,145,254,198	577,653,291	2,722,907,489	0	0	0	0	2,722,907,489	146,787,466
HC.7.1.1 Administración de la salud por las administraciones públicas (excepto seguridad)	2,143,444,991			1,809,207	2,145,254,198	577,653,291	2,722,907,489					2,722,907,489	146,787,466
HC.7.2 Administración salud y seguros: organismos privados	0	0	0	0	0	0	0	970,726,180		336,958,943	1,307,685,124	1,307,685,124	70,495,155
HC.7.2.1 Administración de la salud y los seguros médicos: seguros sociales					0	0	0	970,726,180		336,958,943	1,307,685,124	1,307,685,124	70,495,155
HC.7.2.2 Administración de la salud y los seguros médicos: otros organismos privados					0	0	0	0		0	0	0	0
HC.tne Gasto en HC de tipo no especificado	470,219,010	1,248,383,017	174,914,407	6,997,596	1,900,514,030	323,904,076	2,224,418,106			167,861,648	167,861,648	2,392,279,754	128,963,868
HC.R.1-5 Funciones relacionadas con la salud	542,630,259	0	0	15,990,147	558,620,406	66,744,114	625,364,520	124,068,433	0	151,845,304	275,913,737	901,278,257	48,586,429
HC.R.1 Formación capital instituciones proveedoras salud	524,472,549			913,418	525,385,967	66,744,114	592,130,081	121,181,632		110,124,872	231,306,504	823,436,585	44,390,112
HC.R.2 Formación de personal de salud				929,757	929,757		929,757	2,886,801		23,819,065	26,705,866	27,635,623	1,489,791
HC.R.3 Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud				14,146,972	14,146,972		14,146,972			17,901,366	17,901,366	32,048,338	1,727,673
HC.R.4 Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable	7,410,767				7,410,767		7,410,767			0	7,410,767	7,410,767	399,502
HC.R.5 Salud ambiental	10,746,943				10,746,943		10,746,943			0	10,746,943	10,746,943	579,350
TOTAL GASTO NACIONAL EN SALUD	6,147,803,832	1,248,383,017	174,914,407	25,943,530	7,597,044,786	1,891,229,762	9,488,274,548	3,982,631,798	14,057,467,177	1,870,641,466	19,910,740,441	29,399,014,990	1,584,852,560