

2013

# Nota de Políticas del Sector Salud

Ignez Tristao, Magdalena Rathe y

Ursula Gideion

[mrathe@fundacionplenitud.org](mailto:mrathe@fundacionplenitud.org)

28/08/2013

# NOTA DE POLÍTICA SECTOR SALUD<sup>1</sup>

## I. INTRODUCCIÓN

Esta nota técnica tiene como objetivo servir de base para el diálogo de políticas del BID y el Gobierno de la República Dominicana, en un momento de transición en la gestión del gobierno del país.

República Dominicana fue uno de los países de América Latina con mayor crecimiento económico en los últimos años, lo cual llevó a una reducción en la prevalencia de la pobreza (de 42,5% a 31,6%) entre los años 2004 y 2011<sup>2</sup>. Sin embargo, ese crecimiento económico no se refleja en avances en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. Por ejemplo, si bien el país ha experimentado avances en la extensión de la cobertura de aseguramiento y en el aumento en el acceso de su población a los servicios de salud, reflejado en altas tasas de atención prenatal y de parto institucional, las tasas de mortalidad materna e infantil todavía están entre las más altas de la región.

En relación al perfil epidemiológico de la población dominicana, el país está atravesando una transición demográfica, pasando de una estructura poblacional joven con crecimiento demográfico rápido a otra menos joven y con crecimiento más lento. Estos cambios, junto con modificaciones en el estilo de vida, han llevado a que las enfermedades crónicas no transmisibles adquieran un mayor peso frente a las enfermedades transmisibles y materno infantiles, las cuales eran preponderantes.

En el año 2001, la República Dominicana adoptó una reforma con la visión de transformar radicalmente su sistema de salud. En el sistema anterior coexistían tres subsistemas segmentados por nivel de ingreso y tipo de vínculo laboral. Al interior de los subsistemas público y de seguridad social, las funciones de rectoría, financiamiento y prestación se encontraban integradas y había poco espacio para la competencia. Con la reforma se planteó como meta llegar a la cobertura universal en salud mediante un sistema en el cual confluyeran actores privados y públicos en el aseguramiento y en la prestación, y donde el Ministerio de Salud Pública (MSP) dejaría de asumir directamente la prestación de servicios para concentrarse esencialmente en la dirección y orientación del sistema.

Esta reforma comenzó a operar realmente en septiembre del 2007, cuando un decreto presidencial obligó a la puesta en marcha del régimen contributivo. De esta manera, la cobertura de aseguramiento público pasó de un 6% (cerca de 500 mil personas en 2007), a 48% (cerca de 4.6 millones de personas en 2012). (Ver Figura 1)

Sin embargo, muchos elementos de reorganización del sistema de salud que adoptó la reforma aún no se han implementado y otros han generado desafíos importantes a la hora de llevarlos a la práctica. Por esto, el principal reto del sistema de salud dominicano se vincula con la necesidad de

---

<sup>1</sup> Nota elaborada por Iñez Tristao (BID), Magdalena Rathe (Directora Ejecutiva de la Fundación Plenitud) y Ursula Giedion (BID). Se agradece los comentarios de Fernando Rojas y Ramón Pérez Minaya.

<sup>2</sup> La tasa de crecimiento económico entre 2005 y 2009 tuvo un promedio anual de 7,5% (Informe Banco Central de la República Dominicana). Si bien la pobreza disminuyó en 10 puntos porcentuales, con respecto a su pico en el 2004, la tasa de pobreza actual aun es más alta que la tasa pre crisis que bordeó el 27,2% en el 2000. Antonio Morillo, 2012. "Evolución, determinantes agregados y dimensión espacial de la pobreza monetaria en la República Dominicana, 2000-2011". Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo.

***profundizar la reforma del sistema de salud.*** Para hacerlo se requerirá ***fortalecer las funciones principales de un sistema de salud:*** la rectoría, el financiamiento, la prestación y la generación de recursos. En el Anexo 1 se provee una descripción detallada de cada una de estas funciones, que servirá de marco conceptual para el análisis que prosigue. La manera en que estas funciones se implementan es un determinante importante de la consecución de los objetivos de cualquier sistema de salud (mejorar la salud de la población, proveer protección financiera y ser capaz de responder a las expectativas de los ciudadanos).

En lo que resta del documento, en la sección II se presenta un diagnóstico de la situación de salud. La sección III, presenta el marco legal e institucional del sistema de salud en el país tal como está plasmado en la normativa. La sección IV resalta temas claves del desempeño del sistema de salud, identificándose los retos principales para que pueda cumplir con las metas últimas de mejorar el estado de salud de la población dominicana. La sección V describe brevemente las prioridades actuales del gobierno para el sector, y finalmente la sección VI presenta recomendaciones al nuevo gobierno constituyendo también posibles áreas de trabajo conjunto con el Banco en los próximos cinco años.

## SITUACIÓN DE SALUD

Esta sección resume los retos que tendrá que enfrentar el sistema de salud de la República Dominicana, en términos de la situación de salud de su población. Lo que logre hacer el MSP en esta materia en la actualidad determinará, en gran medida, el perfil epidemiológico que enfrentará la República Dominicana en las próximas décadas. Por lo tanto, sus acciones constituyen una inversión para el bienestar de las futuras generaciones del país. En el Anexo 2 se presenta una selección de indicadores de salud.

### 1.1. Transición demográfica

Según la Oficina Nacional de Estadística<sup>3</sup> la población dominicana en 2011 se aproximaba a los 10 millones de habitantes, distribuidos igualmente entre hombres y mujeres, y de los cuales dos terceras partes se ubica en la zona urbana. La esperanza de vida para el periodo 2005-2010 se ubicaba en 72.2 años, y existe un diferencial entre mujeres y hombres (69.1 vs 75.5 años respectivamente). República Dominicana es un país joven, siendo el 31.5% de la población menor de 15 años.

La tasa anual de crecimiento de la población ha disminuido de 2.5% en 2000 a 2.1 % y la tasa global de fecundidad entre 2005-2009 era de 2.7. Es preocupante que la tasa específica de fecundidad adolescente es la segunda tasa más alta de América Latina y el Caribe (Figura 2). La proporción de adolescentes (mujeres entre 15 y 19) que alguna vez han estado embarazadas se ubica en 21% siendo esta cifra aún más alta entre los más pobres (46% en el primer quintil). El embarazo adolescente y la maternidad temprana son temas de preocupación pública por las consecuencias que tiene en la salud y perspectivas de vida de los propios adolescentes, sus hijos y padres<sup>4</sup>. En 2007 la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos era de 72% en la zona rural y 69% en la zona urbana, y la necesidad insatisfecha de planificación familiar se situó en 11.7%.

Estas tendencias demográficas justifican prever una carga adicional de requerimientos de recursos del sistema público en salud, no sólo por una creciente demanda de servicios (más costosos) resultante de necesidades en salud adicionales, sino por la posible disminución en la fuerza laboral y en la capacidad de los individuos de contribuir al financiamiento.

### 1.2. Doble carga de enfermedad

El perfil epidemiológico de República Dominicana se caracteriza por doble carga de enfermedad: la persistencia o resurgimiento de enfermedades infecciosas y problemas de salud materno-infantil típicos de países en desarrollo y el incremento simultáneo de enfermedades crónicas y degenerativas que afectan a sociedades más ricas.

---

<sup>3</sup> Oficina Nacional de Estadística. Link: <http://www.one.gob.do/>

<sup>4</sup> OMS, World Health Statistics 2011.

Las adolescentes son más propensas a tener complicaciones durante el embarazo y el parto, lo cual puede poner en peligro tanto a la madre como al niño (más del 23% la alta prematuridad de los recién nacidos y más del 20% de la mortalidad materna son madres adolescentes). La maternidad adolescente también limita la trayectoria educativa de la madre, así como sus perspectivas de desarrollo laboral y social (segunda razón de abandono de estudios). La falta de educación de la madre es, a su vez, un importante factor en la salud del niño, con lo que este proceso se vuelve un círculo vicioso que perpetúa la enfermedad y la pobreza.

### **1.2.1. Salud infantil**

Los indicadores de salud infantil han mejorado en la última década (ver Tabla 1). Según las estimaciones del IGCME<sup>5</sup>, entre 1990 y 2010 la mortalidad en menores de 5 años disminuyó de 62 a 27 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad infantil de 48 a 22 por cada 1.000 nacidos vivos (ver Tabla 1). Sin embargo, estos recientes estimativos son mayores que otros países de América Latina con PIB per capita similar y ubican a RD dentro de los países con niveles altos de mortalidad infantil y neonatal<sup>6</sup>. Según las estadísticas de la OMS<sup>7</sup>, la cobertura de vacuna de sarampión en menores de 1 año para el año 2011 estaba en 78% en la zona urbana y 81% en la zona rural.

### **1.2.2. Salud materna**

Las estadísticas de cobertura de atención obstétrica y neonatal ubican a la República Dominicana en situación semejante a los países más avanzados del mundo, como Canadá, pues la mayor parte de las embarazadas (94.5%) realizan al menos cuatro consultas pre-natales con personal de salud calificado y el parto institucional es prácticamente universal (98.3%).<sup>8</sup> Pero los buenos resultados en acceso no concuerdan con la tasa de mortalidad materna estimada para el país en el 2010 (150 por 10,000) que se acerca a la de países de menores ingresos, como Bolivia y Guatemala (190 y 120 por 10,000, respectivamente)<sup>9</sup>. Igualmente, se esperaría que las cifras de mortalidad neonatal descritas anteriormente fueran más bajas. Esto puede indicar problemas en la calidad de los servicios de salud en el sistema público dominicano (donde ocurren la mayor parte de los nacimientos).

### **1.2.3. Enfermedades Crónicas No Transmisibles-ECNT**

Estimaciones de la OMS reportan una tasa de mortalidad por ECNT de 385 muertes por 100,000 habitantes. Para el año 2008, las ECNT daban cuenta del 68% de todas las muertes registradas<sup>10</sup>. Las enfermedades cardiovasculares se encuentran en el primer lugar, seguidas de las enfermedades infecciosas, los neoplasmas malignos, a las condiciones perinatales y finalmente los accidentes no intencionales. (Figura 3).<sup>11</sup> Las ECNT son responsables de 40.8% y 37.4% de las muertes prematuras en hombres y mujeres, respectivamente. La prevalencia de factores de riesgo para ECNT<sup>12</sup> se presenta en la Tabla 2, la cual muestra que las prevalencias de sobrepeso en adultos y niños menores de 5 años, y de población hipertensa que no recibe tratamiento son altas en comparación a otros países de la región<sup>13, 14</sup>.

<sup>5</sup>Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. 2012. Levels and Trends in Child Mortality. Report 2011. UNICEF. New York.

<sup>6</sup> Naciones Unidas, bajo la coordinación de Alicia Bárcena, Secretaria Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad. Agosto 2011

<sup>7</sup> WHS. 2011.

<sup>8</sup> CESDEM/Macro Internacional. Encuesta Demográfica y de Salud de la República Dominicana, (ENDESA), 2007

<sup>9</sup> OMS, World Health Statistics 2011.

<sup>10</sup> World Health Organization. Perfiles de NDC. New York: WHO, 2011.

<sup>11</sup> DIGEPI/MSP, 2010. Indicadores Básicos de Salud de República Dominicana. Unidad de Análisis de la situación de salud. Disponible en: <http://www.sespasdigepe.gob.do>

<sup>12</sup> Estos incluyen el tabaquismo, la obesidad, el sobrepeso y la inactividad física

<sup>13</sup> Pichardo R. y González A. Estudio de Factores de Riesgo Cardiovascular, Obesidad y Síndrome Metabólico en República Dominicana (EFRICARD II). Revista "Archivos Dominicanos de CARDIOLOGÍA" Edición Especial-Abril 2012. Disponible en [http://www.arssenasa.gov.do/index/Documentos/ESTUDIO\\_EFRICARD%20II.pdf](http://www.arssenasa.gov.do/index/Documentos/ESTUDIO_EFRICARD%20II.pdf).

#### 1.2.4. Enfermedades infecciosas

De acuerdo a un reciente informe de la OPS, las defunciones por enfermedades transmisibles se han reducido a la mitad entre 2000 y 2007, siendo importantes los avances en el control de la malaria y la tuberculosis. La prevalencia de VIH se ha mantenido estable (0.85% en la población de 15-49 años de edad en 2010), y la mortalidad por esta causa ha descendido desde la introducción de tratamiento antiretroviral en 2004.

#### 1.3 Implicaciones de política

El perfil epidemiológico del país genera desafíos importantes para cada una de las funciones del sistema de salud. En términos de la *rectoría*, se requiere que el MSP en particular formule políticas dirigidas a la promoción y prevención en la salud, con enfoque intersectorial, y que promuevan el cuidado coordinado y en redes. Asimismo, el rector tendrá que fortalecer su capacidad de producir e interpretar información epidemiológica, sobre efectividad de intervenciones y su respectivo costo. En cuanto al *financiamiento*, la tendencia al incremento de las ECNT implicará presiones sobre el gasto, para lo cual se deben diseñar estrategias para su control (que incluyen incentivos de desempeño para prestadores y aseguradores), y adoptar una visión de compra estratégica de servicios con gran impacto en salud a bajo costo. En relación a la *prestación* de servicios es necesario migrar de un enfoque basado en la atención curativa a uno centrado en la prevención, fortaleciendo la atención primaria y la organización en redes. Esto implica tomar medidas para articular prestadores, fortalecer la capacidad gerencial de los establecimientos, y adecuar los *recursos* físicos y humanos a las emergentes necesidades de atención.

## II. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

Esta sección describe la arquitectura del sistema de salud de la República Dominicana tal como emergió de la reforma de salud que se inició con la adopción de las leyes 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social) y 42-1 (Ley General de Salud) en el año 2001, ambas ratificadas una década más tarde con la adopción de la Ley 1-12 del 2012 (sobre la Estrategia Nacional de Desarrollo) Esta descripción será el punto de partida de la Sección IV que analiza los avances y desafíos del sistema dominicano de salud en términos de resultados y marco institucional. En el Anexo 3 se presenta el mapa institucional del sector salud y seguridad social.

Antes de la reforma, la República Dominicana tenía un modelo en el cual coexistían tres subsectores que segmentaban la población según su ingreso y tipo de vínculo laboral: un instituto de seguros sociales ofrecía cobertura de aseguramiento a los trabajadores del sector formal, un sector público que buscaba proteger a la población sin recursos y, finalmente, un sector privado de prestadores y aseguradores que captaba a las personas de mayores ingresos o a las personas que no encontraban solución en la prestación de servicios ofrecidos por los prestadores del sector público. Al interior de cada uno de los dos subsistemas públicos (MSP e Instituto Dominicano de Seguros Sociales) había una integración vertical de la rectoría, del financiamiento, de la prestación y de la

---

<sup>14</sup> Panamerican Health Organization. Noncommunicable Diseases in the Americas. Washington, DC: PAHO, 2011.

generación de recursos. Se configuraba así un sistema de “silos aislados” y sin comunicación entre ellos, con implicaciones negativas para la equidad y para la eficiencia del sistema.

Basado en el anterior diagnóstico, la República Dominicana inició a comienzos de los noventa un proceso de discusión entre los actores del sector sobre una reforma de salud. El marco legal e institucional quedó plasmado principalmente en dos leyes que se aprobaron en el año 2001: la Ley No. 87-01, que establece el Sistema Dominicano de Seguridad Social, y la Ley de Salud No. 42-01 del año 2001. La primera, inspirada en la reforma colombiana, modificó estructuralmente la organización del sistema dominicano de salud, separando las funciones de provisión de servicios, financiamiento y rectoría. Este nuevo marco legal consagra el deber del Estado de garantizar la salud a toda la población y ordena realizar las transformaciones necesarias para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, y financiamiento– se separen y sean asumidas por las diferentes instituciones que lo conforman.<sup>15</sup> La Figura 4 ilustra la arquitectura del sistema de salud según lo planteado por la reforma (Ver Anexo).

El anterior marco legal e institucional fue ratificado por la Ley 1-12, promulgada en enero de 2012, sobre la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) para el período 2010-2030. En su artículo 30, denominado *Reformas Asociadas al Segundo Eje*, indica que el proceso de reforma del sector salud deberá completarse en un plazo no mayor de dos años y que la universalización de la seguridad social también deberá completarse en ese período, es decir, al 2014.

La Ley 87-01 rige el nuevo sistema de salud y de pensiones. En lo que respecta a salud, se crea el Seguro Familiar de Salud, que sigue la concepción de la “competencia regulada”, similar en muchos aspectos al sistema colombiano. Combina aspectos de un mercado competitivo, donde los aseguradores y prestadores, debieran competir entre sí en un esquema fuertemente regulado. Se organiza con base en la especialización y separación de funciones, de las cuales gran parte de la *rectoría* (definir políticas, regular y recoger e interpretar evidencia) corresponde al Estado, en cabeza del Ministerio de Salud Pública (MSP). La *regulación* del financiamiento y el aseguramiento está a cargo del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), quien traza las normas y define el contenido del paquete de servicios de salud, denominado en la Ley Plan Básico de Salud (PBS). La función de aseguramiento en el país es vigilada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), encargada de fiscalizar el desempeño de las instituciones que ofrecen el aseguramiento del servicio de salud, encargándose de verificar que las aseguradoras tengan la solvencia financiera necesaria para garantizar la calidad y cantidad de los servicios de salud que demandan sus asegurados.

El *aseguramiento* se realiza a través de entidades públicas y privadas llamadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). Existen tres subsistemas de aseguramiento que segmentan la población según su ingreso y tipo de vínculo laboral, el contributivo destinado a los trabajadores del sector formal y sus familiares dependientes, el contributivo-subsidiado destinado a los trabajadores independientes y del sector informal donde el gobierno subsidia parcialmente la afiliación, y finalmente el subsidiado destinado a las personas pobres identificadas mediante el Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN).

---

<sup>15</sup>OPS. Perfil de los Sistemas de Salud: República Dominicana. Washington, DC: PAHO, 2007.

El Seguro Nacional de Salud (SENASA) es la ARS pública de mayor importancia, y monopoliza el aseguramiento de la población pobre (régimen subsidiado) e informal no pobre (régimen contributivo-subsidiado, aún sin funcionar). Los empleados del sector formal público o privado, pueden afiliarse a cualquiera de las ARS públicas o privadas. La segunda dimensión central de la función de financiamiento se relaciona con la definición de los servicios que se “compran” para los ciudadanos. Al respecto, la Ley prevé que el Estado garantizará para todos los afiliados independientemente de su nivel de ingreso o pertenencia a uno u otro subsistema, un mismo Plan Básico de Salud (PBS) con un mismo costo.<sup>16</sup> Este PBS (que al momento de entrar el régimen contributivo fue definido más explícitamente y denominado PDSS) está conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales y refleja el conjunto mínimo de servicios que el gobierno garantizará a toda la población.

Respecto al *financiamiento*, éste es de carácter público. El CNSS está a cargo de definir el monto de las cotizaciones que tienen que hacer los titulares del régimen contributivo y la forma de recaudarlas. La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) recauda los aportes de seguridad social en base a las nóminas, y estos han sido fijados como un 10% del salario (7% cubierto por el empleador y 3% por el empleado), con un tope equivalente a 10 salarios mínimos. La TSS, a cuenta del CNSS, entrega a las ARS el per-cápita de su población afiliada. El régimen contributivo-subsidiado (no implementado, todavía) se financiaría en base a aportes variables de cotizantes por ramas productivas u oficios y del gobierno. El régimen subsidiado se financia con aportes realizados por el gobierno.

En cuanto a la *prestación* de servicios, sólo los afiliados al régimen contributivo pueden elegir entre prestadores públicos o privados. Los afiliados al régimen subsidiado sólo pueden ser atendidos en establecimientos públicos, siempre y cuando los servicios requeridos estén disponibles. Después de adoptado este nuevo marco legal y sus reglamentos complementarios, se propusieron cambios en el modelo de atención que estaba en ejecución en el sector público. Producto de esto surgió la aprobación del Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud (SRS). Mediante los SRS, la autoridad de salud promueve que los diferentes niveles de atención se articulen en red, y provean los servicios del plan de beneficios.

La implementación del nuevo modelo de financiamiento y de prestación requiere de la transformación del sistema de provisión pública, tradicionalmente financiado vía la oferta, a uno nuevo financiado vía la demanda.

### III. AVANCES Y DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA PROPUESTO POR LA REFORMA

#### 3.1. Rectoría

---

<sup>16</sup> Ver Castellanos et al. El nuevo modelo del sistema de salud: inicios, rutas y dificultades, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra Centro - Universitario de Estudios Políticos y Sociales Friedrich Ebert Stiftung, Santo Domingo, 2009.



En la actualidad el MSP dedica gran parte de su quehacer a la producción directa de los servicios de salud, lo cual ha marginado el ejercicio de la función de rectoría. En este sentido, poco se ha avanzado frente a la situación pre-reforma y falta mucho por implementar de lo que se planteó en la misma aunque tanto la legislación vigente como el discurso de las autoridades sectoriales, enfatiza de manera reiterada la necesidad de la separación de funciones y de que el MSP asuma su rol de autoridad sanitaria nacional. Un avance lo constituye la inclusión de elementos para el ejercicio de la función rectora en en la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) tales como el fortalecimiento del sistema de información para la vigilancia epidemiológica y para el monitoreo y evaluación, de la capacidad de regulación y de la gestión de calidad. Una evaluación cualitativa<sup>17</sup> del 2006 sobre la función rectora calificó las áreas de acción con mayores debilidades las correspondientes al análisis de la situación de salud, la formulación de estrategias, políticas, planes y programas de salud y la evaluación del desempeño del sistema de salud. Se analizan las tres dimensiones de rectoría que se han descrito en el Anexo 1.

### **3.1.1. Conducción sectorial.**

(a) *Formulación de planes y estrategias:* En cuanto a la formulación de estrategias y planes el MSP logró formular el Plan Decenal de Salud. Cuenta con la legislación que fundamenta la reforma y la correspondiente normatividad para su implementación. También ha creado las instituciones vinculadas al financiamiento, aseguramiento y supervisión del sistema. Está pendiente el desarrollo de un sistema de monitoreo funcional del desempeño del sistema de salud.

(b) *Compra estratégica:* Las decisiones relativas al contenido y el costo del PDSS se realizan en la República Dominicana por medio de ejercicios actuariales que no son de conocimiento público, y cuya lógica corresponde a la de los seguros privados, donde se da preeminencia a la búsqueda de la rentabilidad y la sostenibilidad financiera. Pero la lógica del seguro público universal es totalmente diferente, pues el objetivo primordial es la garantía de un conjunto de prestaciones a toda la población, con la finalidad de protegerla contra el riesgo financiero que significa la enfermedad, dentro de una perspectiva sistémica a largo plazo. Esto, a su vez, debe ser compatible con la sostenibilidad financiera, por ello, el conjunto de prestaciones incluidas y su costo, debería estar relacionado con la disponibilidad de financiamiento y la capacidad del sistema de obtener las recaudaciones necesarias. Dentro de esta lógica, se requiere priorizar los problemas de salud de acuerdo las necesidades de la población y las intervenciones para atenderlas, de acuerdo a su costo efectividad, pero estos estudios no se realizan de manera sistemática y hay grandes deficiencias en los sistemas de información relativos a situación epidemiológica, utilización de servicios y costos.<sup>18</sup> Otro aspecto clave de la compra estratégica que tampoco se realiza en el país sustentado en la evidencia, es el que se refiere a los mecanismos de pago a las ARS y a los proveedores.

(c) *Alianzas:* El liderazgo del MSP para el fomento de alianzas y la participación de los diversos actores de la sociedad se ha limitado a lo relativo de sus programas de salud colectiva y lo concerniente a la red pública. Esta visión necesita ampliarse con el fin de lograr el concurso de diversos sectores, lo que fortalecería las funciones de rectoría. Por ejemplo, establecer alianzas con centros de investigación y universidades para fortalecer la función de análisis de la información y producción de evidencias que soporten la toma de decisiones. O incorporar la sociedad civil como

---

<sup>17</sup> SESPAS, CERSS, OPS, Resultados de la Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en República Dominicana, Juan Dolio, Rep. Dominicana, 2006.

<sup>18</sup> Rathe, Magdalena, La reforma dominicana de salud: 10 años después. Cómo se calcula el costo de un paquete de salud, Periódico Hoy, 28 de junio de 2011, Santo Domingo, RD.

un mecanismo para dar seguimiento a las políticas públicas. Un primer paso hacia ello es la inclusión de la coordinación interinstitucional como una de las directrices de la END, la cual a su vez, fue el resultado de un proceso participativo de consulta.

### **3.1.2. Inteligencia sanitaria**

La posibilidad de ejercer la función de rectoría requiere una fuerte base de información que genere los indicadores relevantes para la toma de decisiones y monitoreo y evaluación de procesos y resultados. Una consulta a actores claves del sistema de salud<sup>19</sup> destaca los siguientes problemas: subregistro de datos (principalmente de morbilidad y mortalidad), ausencia de un sistema de información gerencial unificado, sin vinculación entre la información clínica y la financiera, ausencia de mecanismos para cruzar y articular la información proveniente de distintas instancias. También se recalcó que hay deficiencias en la capacidad del recurso humano para recopilación, consolidación y análisis de la información.

(a) *Situación de salud y vigilancia epidemiológica*: Se han identificado grandes subregistros y debilidades en la producción de estadísticas vitales, sobre todo, en lo concerniente a la mortalidad por causas. Se cuenta con información de salud materna e infantil a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) que se aplica cada cinco años de manera sistemática y con la misma metodología.<sup>20</sup> Sería conveniente contar con encuestas similares sobre otros aspectos de salud, tales como factores de riesgo y cobertura efectiva de ciertas intervenciones prioritarias.

(b) *Provisión de servicios de salud personales y colectivos*: En lo que respecta a los servicios personales de salud, aún no hay información confiable y sistemática sobre la producción de servicios de salud por establecimiento prestador, que permita análisis sobre utilización, morbilidad, costos, fuentes de financiamiento, abastecimiento, eficiencia y otros importantes indicadores, tanto para fines de proveer sus servicios como para fines de evaluar la eficiencia productiva de la red a nivel nacional. No obstante, con el apoyo del BID, se ha avanzado en la implementación de un sistema de gestión clínica (hoja electrónica de pacientes) que registra las atenciones prestadas a las personas en el primer nivel de atención.<sup>21</sup> Aunque el sistema esté funcionando a nivel nacional, su uso por parte de los proveedores públicos hasta ahora es limitado, salvo en dos regiones donde se ha establecido un piloto de pagos vinculados a resultados reportados a través de ese sistema. Actualmente se está trabajando en la ampliación del sistema hacia el segundo y tercer nivel de atención y la vinculación del SENASA. Gracias al Censo de Unidades de Atención Primaria y Servicios Complementarios de Salud, se cuenta con información acerca de infraestructura y equipamiento disponibles y funcionales, que ha permitido al MSP conocer el número de unidades primarias, su ubicación, y sus condiciones de operación. De ahí que el MSP pueda avanzar con un proceso de estimación y cierre de brechas en la oferta de servicios de primer nivel, así como avanzar con el proceso de habilitación de unidades. Sigue siendo un problema la limitada información sobre el sector privado, en términos de capacidad instalada, cantidad, calidad y distribución de recursos humanos, equipamiento, utilización de servicios, y movilización de

---

<sup>19</sup> Soraya González-Pons, Sistema de Monitoreo del Desempeño del Sistema de Salud, Informe de consultoría dentro del proyecto Observatorio de la Salud, Fundación Plenitud – BID – OSALC, Santo Domingo, RD, 2011.

<sup>20</sup> La última ENDESA se realizó en el 2007.

<sup>21</sup> Las operaciones que viene apoyando el sector salud son: 2426/OC-DR, 2623/DR-OC y 2733/OC-DR

recursos, y sobre la calidad de los servicios personales y colectivos.

*(c) Monitoreo del gasto y financiamiento a la salud:* El país ha logrado avances en la institucionalización de una unidad técnica en el MSP a cargo de las Cuentas de Salud (CS)<sup>22</sup> así como de un comité interinstitucional compuesto por los principales actores del sector que suplen la información básica. Esta unidad elabora indicadores globales de gasto en salud, pero no produce de manera sistemática las estadísticas de cuentas de salud ni analiza la información financiera de todos los agentes del sistema. A pesar de que la información para producir las cuentas se encuentra en las bases de datos de distintas entidades, regularmente no se realizan los cruces adecuados que se requieren para las necesidades de política. Por ejemplo, la SISALRIL posee mucha de la información que se necesita para hacer análisis de utilización, costos y gastos por tipo de beneficiarios y por esquema, pero procesa sólo una mínima parte o no vincula sus registros a los diagnósticos.

*(d) Seguimiento a los procesos de afiliación, recaudo y pago:* Un importante avance de la reforma de salud en la República Dominicana es que la nueva institucionalidad a cargo de ejercer las funciones de afiliación, recaudo y pago poseen buenos estándares técnicos y operan con eficiencia y sin politización. Estos datos son vitales para analizar la sostenibilidad financiera del Seguro Familiar de Salud SFS y los mismos son elaborados de manera puntual y eficiente por las nuevas instituciones creadas para administrarlo. Un paso importante sería dar acceso público a esa información para realizar análisis del desempeño del sistema de salud.

### **3.1.3. Regulación y supervisión.**

Según la evaluación realizada en el 2006, las áreas más desarrolladas en cuanto a regulación y supervisión se refieren a la existencia de un marco institucional y legal que respalda a la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) en el ejercicio de la función rectora. En contraposición, los elementos más débiles tienen que ver con la fiscalización, y la intervención según corresponda<sup>23</sup>. Asimismo, la consulta mencionada a los actores en el 2011<sup>24</sup> indicaba como temas claves de esta dimensión los siguientes: falta de autoridad para regular el sector privado, debilidad en las funciones de supervisión y regulación, debilidad en vigilar el cumplimiento de las normas y los protocolos y la debilidad en el proceso de habilitación de los proveedores. A continuación mencionamos algunos de los temas más importantes para lograr el fortalecimiento de la función rectora:

*(a) Regulación de la calidad:* Se ha logrado la creación y organización interna del Viceministerio de Garantía de la Calidad, formulación de su plan estratégico, desarrollo de normas (habilitación de establecimientos, estándares de calidad), puesta en marcha de un sistema de ventanilla única para los permisos de agentes que operan en el sistema de salud, censo de establecimientos farmacéuticos, desarrollo de una política nacional farmacéutica, actualización de las bases de datos de medicamentos, incluyendo su estatus legal, así como de los fabricantes y demás proveedores de los mismos e inicio de las consultas nacionales para formular una Política Nacional de Calidad. No obstante, aunque se han sentado las bases, la mayor parte de estas propuestas todavía necesitan ser implementadas. Por ejemplo, la mayor parte de los establecimientos de salud; públicos y privados,

---

<sup>22</sup> OECD, WHO, EU, A System of Health Accounts (SHA), Paris, France, 2011. Esta es la metodología estándar internacional recomendada por la OMS para dar seguimiento al gasto y financiamiento a la salud.

<sup>23</sup> SESPAS, OPS, CERSS, opus cit, 2006.

<sup>24</sup> Soraya González-Pons, opus cit, 2011.

no están habilitados y cumplir con este proceso llevará tiempo. Con el apoyo del BID, se ha incrementado el proceso de habilitación de las Unidades de Atención Primaria (UNAPs) de 7% a 35%.<sup>25</sup>

*(b) Supervisión de los proveedores:* A pesar de los avances en la normativa de calidad, todavía la capacidad de implementarla sigue siendo débil, siendo que la cultura de calidad es incipiente, no se aplican indicadores para medirla ni tampoco hay rendición de cuentas. No obstante, el MSP se ha propuesto impulsar una cultura de calidad en salud, formulando e implantando un modelo de calidad para los establecimientos públicos, denominado Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y Mejoramiento Continuo<sup>26</sup>. Existen desde hace muchos años los Comités de Gestión Hospitalaria, establecidos por el Reglamento General de Hospitales (Decreto N° 351/99), considerándose que sería factible aprovecharlos para que se constituyan en instrumento esencial para introducir una cultura de la mejora continua de la calidad en el sector público.<sup>27</sup> Por otro lado, en adición a la supervisión de los proveedores individuales, le corresponde también a la rectoría del sistema velar por la armonización de la provisión, promoviendo la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente. El mayor desafío en este sentido es lograr que se establezcan redes funcionales de provisión, centradas en las personas y enfatizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Este tema se tratará en la sección de provisión, incluyendo los retos para lograrlo.

*(c) Acceso a medicamentos de calidad:* En la actualidad se cuenta con el Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL) como central de abastecimiento y compra en gran escala, que se encarga de negociaciones de precios, transparencia en las licitaciones, capacidad de almacenamiento y sistemas de distribución. Todavía se requiere: (i) extender los mecanismos de compra masiva a los hospitales públicos; (ii) formular políticas y guías regulatorias para garantizar el acceso y uso racional y la calidad de medicamentos, equipos y procesos; (iii) promover el cumplimiento y adherencia al Cuadro Básico de Medicamentos; (iv) generar información y capacitación en referenciación<sup>28</sup> y negociación de precios de medicamentos y cumplimiento de tratados internacionales de comercio; (v) regulación y supervisión a las farmacias; (v) fomento de la participación de la ciudadanía para estructurar una demanda racional<sup>29</sup>

*(d) Supervisión de las ARS:* Como se ha indicado, la supervisión que hace SISALRIL de las ARS se limita a su sostenibilidad financiera. Sin embargo, su rol debería ir más allá, asegurándose de que éstas contraten adecuadamente los servicios incluidos en el paquete, en particular, que tengan un rol activo en la promoción del consumo de servicios preventivos. De esta forma, las ARS pueden

---

<sup>25</sup> Resultado obtenido como parte de las actividades financiadas por la operación 2426/OC-DR

<sup>26</sup> Arce, Hugo, opus cit, 2010. La denominación sugiere cierta influencia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCAS), establecido en Colombia por el Decreto 2309/02, que comprende 4 escalones complementarios y sucesivos: (i) Sistema Único de Habilitación; (ii) Auditoría para Mejorar la Calidad de la Atención de Salud; (iii) Sistema Único de Acreditación; (iv) Sistema de Información para la Calidad.

<sup>27</sup> Arce, Hugo, opus cit 2010.

<sup>28</sup> No existen precios de referencia de los medicamentos, lo que hace que existan en el país precios excesivos para muchos de ellos sin que haya un monitoreo de los precios, siendo el último estudio conocido del año 2004. Encuesta realizada en el año 2004 por el proyecto PROSISA, financiado por la Unión Europea, utilizando la metodología de Health Action International (HAI)/WHO, que da seguimiento a 40 medicamentos esenciales.

<sup>29</sup> Bautista Rojas, Ministro de Salud Pública, Construyendo una cultura de calidad, Discurso de apertura del Taller Regional de Calidad y Seguridad del Paciente para los Países de América Latina y el Caribe, J. Dolio, RD, octubre 2011.

contribuir a la organización en red de los proveedores, fomentando la implementación de la estrategia de atención primaria.

## 3.2. Financiamiento

### 3.2.1 Recaudo

(a) *Avances y desafíos frente a la suficiencia de recursos.*

En la actualidad el sector público moviliza mayores recursos que antes de la reforma. No obstante, los recursos que asigna el gobierno para financiar el régimen subsidiado son todavía insuficientes. A esto se agrega que existe evasión y elusión en el régimen contributivo y cabe preguntarse si la mezcla de recursos que plantea la reforma para lograr la cobertura universal es realmente la indicada en un país con una población informal tan grande y con pocos mecanismos para hacer obligatorios los aportes de ese grupo en un esquema contributivo-subsidiado.

(b) *Recursos movilizados para financiar la salud.*

Los recursos disponibles se han incrementado desde el año 2007<sup>30</sup> (véase Tabla 3). En 4 años los recursos del régimen contributivo se han casi duplicado, pasando de 348 millones de dólares en 2008 a 626 millones en 2011. Como estimativo grueso, el logro de la cobertura universal puede requerir unos US\$2,200 millones/cápita/año<sup>31</sup>. Esto implicaría un aumento del gasto público actual en salud de alrededor de un 30%, cifra que no está fuera de las posibilidades y que depende de las prioridades públicas, aún más considerando que el gasto público per cápita en salud en República Dominicana sigue siendo muy bajo comparado con los demás países de ingresos similares (véase Figura 5).

(c) *Recaudo del régimen contributivo.*

El recaudo del régimen contributivo (RC) depende críticamente de la cantidad de cotizantes (titulares) y del monto de cotizaciones que cada uno de estos aportan. De la Figura 6, se desprende que el aumento de cotizantes entre el 2008 y el 2012 ha sido de más de un 30%, lo que constituye un avance importante. Además, el número de cotizantes ha crecido menos que el recaudo del régimen contributivo, lo que indicaría que el aporte promedio ha aumentado de manera acelerada. Sin embargo, siguen existiendo desafíos importantes en la evasión por no afiliación y por sub-declaración, tal como sucede, en general, en toda la administración tributaria. Otros análisis muestran también que existen dificultades en identificar la totalidad de las empresas “evasoras” y que no cotizan, a pesar de que se han establecido vínculos entre la TSS y la Dirección de Impuestos (DGII). Aunque no se ha realizado un análisis formal, es razonable predecir que un sistema como el dominicano con alta informalidad en el empleo, con elevados niveles históricos de evasión y elusión de impuestos, con una relativamente baja presión tributaria y con un sistema de salud público que sirve de “último recurso” para los empleados de las empresas que no cumplen con sus responsabilidades de afiliación y pago, enfrentará grandes desafíos que requerirán de ingenio y dedicación para superar problemas de evasión y elusión inherentes al país.<sup>32</sup>

<sup>30</sup> Año en el cual comenzó a implementarse el régimen contributivo y se aceleró la afiliación al régimen subsidiado.

<sup>31</sup> Se toma como base el per cápita que actualmente se paga en el régimen contributivo (US\$235/cápita/año) y se multiplica esta cifra por el total de la población actual (en el supuesto de la cobertura universal).

<sup>32</sup> Adaptado de Ministerio de la Salud de Colombia-Bitrán Asociados-Econometría, 2008, *Afiliación, Pago y Recaudo del Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Bogotá, Colombia. Véase también Sabaini, 2006, *Evasión Tributaria y Equidad en América Latina*, CEPAL.

*(c) Recaudo del régimen subsidiado.*

La Tabla 5 muestra el crecimiento de los recaudos del SENASA, único asegurador que opera en el régimen subsidiado. Se observa que los ingresos (esencialmente giros de la TSS al SENASA) han crecido de manera sostenida desde el año 2003. Sin embargo, se observa igualmente que la brecha entre los ingresos y los egresos están aumentando de manera preocupante. Esto puede significar dos cosas, o que la afiliación del régimen subsidiado ha crecido más rápidamente que las transferencias de la TSS al SENASA o/y que los gastos por prestación de servicios por afiliado están creciendo más rápidamente que el valor per cápita que se transfiere al asegurador aunque no existen evaluaciones públicas de esta situación. Por otro lado, hay información anecdótica de que en la ausencia de adecuados criterios de priorización, la institución paga servicios costosos sin vinculación con su costo-efectividad, lo que introduce riesgos para su sostenibilidad financiera. Por otro lado pareciera también que el valor per cápita que se paga hoy en día es demasiado bajo y probablemente no alcance para cubrir los gastos.<sup>33</sup>

*(d) Recaudo del régimen contributivo-subsidiado.*

La reforma vislumbró un esquema de subsidios parciales donde el trabajador informal o independiente haría aportes variables, dependiendo de su capacidad de pago y el Estado aportaría subsidios parciales para suplir la falta del empleador. Aunque nunca se hicieron cuentas oficiales sobre la población que estaría cubierta por este régimen, algunos cálculos estiman que esta población ascendería a 1.1 millones de habitantes (PNUD, 2009) y otros hablan de una franja mucho más grande llegando inclusive a 3 millones (véase Castellanos et al, 2009) o 30% de la población<sup>34</sup>. Estas son cifras no despreciables, que muestran que la búsqueda de mecanismos de aseguramiento y de financiación de la población informal debería ser una de las preocupaciones centrales del sector de la salud de la República Dominicana, sobre todo porque la importancia del sector informal en el mercado laboral ha sido una variable presente en la mayoría de los países de la región y no se espera que pueda ser revertido con facilidad.

Es el momento de revisar este esquema ya que la República Dominicana enfrentará algunos desafíos difíciles de superar en caso de querer implementarlo: i) Existe un riesgo grande de selección adversa y es posible que se afiliarán sobre todo los más enfermos, lo cual implicará un riesgo para la sostenibilidad financiera de este esquema; ii) Los gastos administrativos para afiliar a estas personas serán más altos de lo que son para el régimen contributivo debido a la menor economía de escala en el manejo de las afiliaciones (afiliaciones individuales o de grupos asociados voluntariamente, como gremios, versus afiliaciones por empresa); iii) La demanda de aseguramiento es altamente inelástica para el sector informal. La experiencia de países como Colombia y México muestra que aun con esquemas fuertemente subsidiados se logran sólo coberturas mínimas del sector informal<sup>35</sup>; iv) Los incentivos para afiliarse y contribuir serán mínimos para estas personas si existe la posibilidad de atenderse en los hospitales públicos de manera gratuita o casi gratuita, por un lado, o si existen posibilidades de “colarse” en el régimen

---

<sup>33</sup> Véase <http://www.arssenasa.gov.do/index/contenido.asp?id=690>

<sup>34</sup> Estimaciones preliminares aplicando la definición de informalidad del Banco Central y utilizando la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo, la informalidad podría llegar hasta el 56%, con el 97% de los empleados en ese sector ganando menos de RD\$33,000 mensual en su ocupación principal (límite de exención del Impuesto Sobre la Renta).

<sup>35</sup> Gutiérrez y Olga Lucía Acosta, Libro blanco, capítulo sobre financiamiento, Universidad de los Andes, Colombia, 2012.

subsidiado, por el otro. Las dificultades que han tenido otros países para obligar a las personas con capacidad de pago pero sin vínculo laboral a contribuir y las inequidades e ineficiencias que esto ha generado, junto con las características anteriormente mencionadas de la República Dominicana debería llevar el país a reconsiderar las fuentes de financiamiento para el sector de salud. En particular, debería intentar contestar la siguiente pregunta: ¿cuál sería la mezcla de fuentes de financiamiento que permitiría movilizar los suficientes recursos para poder garantizar un plan integral de salud para todos y a la vez asegurar que los aportes sean, no sólo viables, sino también acordes con la capacidad de pago y que no generen distorsiones e ineficiencias? Quizás ese tema se deba resolver desde el punto de vista de la política sectorial sino desde el punto de vista de la administración tributaria y del Ministerio de Hacienda.

*(e) Respecto a la unificación del recaudo*

En la República Dominicana, el recaudo de los fondos de los tres regímenes y la afiliación ha sido centralizado en una sola entidad, la TSS. Esto es un avance importante frente a otros sistemas de salud (Colombia, Perú, México, entre otros), en donde múltiples fondos de recaudo se combinan para generar una gestión complicada, fragmentada y con altos costos de transacción. Sin embargo, la TSS maneja en cuentas *separadas* los fondos del régimen subsidiado y del contributivo, a pesar de que el marco legal promete un mismo plan de beneficios para todos, independientemente de que el afiliado pertenezca a un régimen o a otro. Esta segmentación es reflejo de que las reglas de operación, los flujos financieros y los prestadores y aseguradores que operan en el sistema son aún diferentes en los dos regímenes, por lo que la segmentación del sistema de salud sigue existiendo en la realidad. La separación actual de las cuentas pone en riesgo tanto la eficiencia, como la calidad y equidad del sistema actual pues al separarse los recursos no hay ningún mecanismo que garantice que los beneficiarios de los distintos sistemas estén recibiendo el mismo per cápita para financiar lo que debería ser el mismo PBS. La unificación de los fondos de los dos regímenes constituiría un paso importante para ofrecer un mismo paquete a todos en igualdad de condiciones, lo que es fundamental para transitar hacia la cobertura universal.

*2.1.2. Avances y desafíos en términos de la mancomunación de recursos.* Al igual que otros países entre los cuales Argentina, Chile, Uruguay, Perú, México, y Colombia, la República Dominicana ha optado por transitar hacia la cobertura universal mediante un esquema de financiamiento *mixto*, donde los trabajadores del sector formal y sus familias son financiadas mediante aportes a la nómina, los pobres son financiados con impuestos generales y donde la franja de la población no pobre pero informal queda *de facto* en el limbo ya que el esquema contributivo subsidiado no se ha podido implementar. Dados a los desafíos que se presentan para hacer contribuir a esta población (véase sección anterior sobre recaudo), es altamente probable que el sector informal pobre termine por ser financiado por impuestos generales y por integrarse en el régimen subsidiado, tal como ha sucedido en otros países.<sup>36</sup> En relación con los profesionales independientes de mayores ingresos, el desafío es que la DGII logre su formalización, tanto para fines de impuestos como para cotizar a la seguridad social.

De manera más general, las bondades y dificultades del *mix* de fuentes de financiamiento que está utilizando la República Dominicana para financiar su SFS deberían evaluarse a la luz de los siguientes criterios: i) Su eficiencia económica en términos de las distorsiones económicas que crea sobre las decisiones de los trabajadores y firmas. Estas dependen en gran medida de la elasticidad

---

<sup>36</sup> En Colombia, por ejemplo, hoy en día más de la mitad de la población se encuentra en el régimen subsidiado a pesar de que se estima que la pobreza no supera el 32 % de la población.

de los impuestos sobre la nómina con relación al empleo y la informalidad. ii) La equidad en el recaudo. El sistema de recaudo determina quién asume el costo de financiar la salud y según la fuente de financiamiento que se usa, ésta resulta más o menos regresiva. Por ejemplo, mientras que el impuesto de valor agregado es un impuesto altamente regresivo, el aporte a la nómina o el impuesto directo sobre ingresos lo es mucho menos. iii) La factibilidad administrativa con base en el contexto económico, social e institucional del país.<sup>37</sup> Al respecto, ya se mencionó anteriormente que movilizar aportes del sector informal mediante subsidios parciales es algo que ningún país ha logrado implementar (y mucho menos si la base institucional es débil). De la misma manera, países con una base tributaria muy reducida de contribuyentes encontrarán difícil movilizar los recursos requeridos para su sistema de salud mediante impuestos directos sobre los ingresos, por lo menos en el corto y mediano plazo. En ese contexto se ha mencionado también la importancia que tiene en países en desarrollo generar una fuente de recursos para la salud que sea estable y ajena a los tires y aflojes que significan las negociaciones anuales de los presupuestos de salud en los Congresos (véase Schieber y Gottret, 2007). Esta última consideración jugó, por ejemplo, un rol importante en el contexto de la reforma colombiana donde las contribuciones a la nómina no entran al fondo general de la Nación y se encuentran de esa manera blindadas de las negociaciones del Congreso. iv) la factibilidad política.

Todavía es muy alto el financiamiento privado, lo que hace que el sistema sea altamente inequitativo. Por otro lado es muy difícil lograr obtener aportes del sector informal y las contribuciones del sector formal pueden llegar hasta un límite. En consecuencia, lo más factible probablemente será aumentar el financiamiento con base en impuestos generales para alimentar un fondo único con vistas a alcanzar la cobertura universal.

### **3.2.2 Aseguramiento**

Se observan incrementos en las cifras de afiliación (véase Figura 7) de los regímenes contributivo (58% de la población elegible) y subsidiado (37% de la población elegible). Sin embargo, hoy en día 52% de la población total no se ha afiliado y depende enteramente de su propio financiamiento para acceder a los servicios de salud. En cada uno de los dos regímenes en operación, se plantean desafíos importantes. Para el caso del régimen contributivo, estos ya se discutieron en la sección de recaudo dado que el aumento del recaudo depende directamente de su capacidad de aumentar el número de afiliados cotizantes (lo cual también sería válido para el contributivo-subsidiado). Los párrafos que siguen se concentran por lo tanto en los avances y desafíos que se presentan respecto al aumento del aseguramiento en el régimen subsidiado, en donde falta aún más de un tercio de la población por afiliar, en el supuesto de que todos los que se pensaban afiliar al régimen contributivo-subsidiado se afilien al régimen subsidiado, tal como ha sucedido en otros países como Colombia.

Las razones que explican el estancamiento de la cobertura en este régimen se relacionan con i) la falta de prioridad en la asignación de los recursos para ampliar la cobertura, aspecto que se ha mencionado anteriormente y, (ii) dificultades en los trámites de documentación de la población dominicana (elegible) indocumentada.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Esta se define como la facilidad y efectividad con la cual se recaudan, administran, fiscalizan y monitorean los recursos.

<sup>38</sup> Una parte importante de la población pobre de la RD no tiene documentos de identidad en orden, así como la población extranjera que utiliza los servicios de la red pública.



### 3.2.3 *Compra de servicios*

Gran parte del financiamiento de la red pública sigue ocurriendo vía subsidios a la oferta. Al separarse las funciones financiamiento-provisión los retos que surgen en el interfaz entre financiador (CNSS-TSS) y asegurador (ARS), incluyen la definición de un plan de beneficios y de un valor per cápita que cubra su costo, y en el interfaz asegurador y prestador público y privado, emergen interrogantes sobre cuáles mecanismos de pago utilizar para que efectivamente se presten los servicios incluidos en el plan de beneficios y se logre tanto mejorar la salud como proveer protección financiera. A continuación revisaremos los avances y desafíos de la primera interfaz, pues el segundo será tratado en la sección correspondiente a la prestación.

### 3.2.4 *Definición del plan de beneficios y del valor per cápita.*

La República Dominicana consagra en el marco legal un mismo plan de beneficios para todos. Esto es un paso hacia la igualdad de derechos y hacia la superación de la segmentación del sistema de salud en el país. Los retos de este paso incluyen:

- Avanzar en generar evidencia y estudios válidos para la definición, ajuste, costeo, establecimiento del valor per cápita y evaluación de la implementación del plan de beneficios en cada uno de los dos regímenes.
- Generar institucionalidad que permita llevar a cabo esos procesos de manera sistemática, robusta, transparente y participativa.
- Contar con evaluaciones sobre el acceso real y efectivo a los servicios priorizados. Se requiere esclarecer si hay problemas tales como: (i) duplicidad en el financiamiento de los proveedores públicos vía la oferta y la demanda, duplicidad de las coberturas entre el plan obligatorio y los planes complementarios privados, (ii) si persisten barreras de acceso a los servicios a los que tienen derecho los afiliados del régimen subsidiado y si la calidad de los servicios es equivalente a la de los afiliados del régimen contributivo (iii) si hay diferencias en el acceso entre la población cubierta por el subsidiado y la que asiste a los establecimientos públicos sin seguro.

Respecto al marco institucional existente, cabe notar que no existe una entidad dedicada a la definición y ajuste del plan de beneficios ni a la definición y ajuste per cápita. Estas tareas son hechas de manera esporádica y ad hoc por el CNSS, utilizando una metodología más consistente con el enfoque de aseguramiento privado (calculando riesgos de siniestralidad en grandes partidas) que con los de un sistema de priorización en salud. Lo anterior es muy preocupante debido a que el plan de beneficios es hoy la primera y principal herramienta estratégica del sistema de salud para definir los servicios que se proveerán a su población, lo cual es un determinante importante para alcanzar los resultados en salud y las metas sectoriales.

## 3.3 **Prestación de servicios**

La prestación de servicios de salud es un *proceso* de producción que se alimenta de una serie de *insumos* (recursos humanos, infraestructura, conocimiento) y que generan una serie de *resultados* (servicios, cobertura, resultados en salud, etc.). A continuación revisamos algunos de los avances y desafíos más importantes que se han presentado en la República Dominicana frente a estas tres dimensiones de la “función” de producción de los servicios de salud.

### **3.3.1 Resultados**

#### **(a) Cobertura, acceso, indicadores de salud, calidad**

Los indicadores de acceso a servicios maternos son muy positivos. Por ejemplo, el país tiene una cobertura de atención prenatal de 98.9% (2007) y de partos institucionales de 97.5% (Indicadores Básicos de Salud 2011, PAHO). No obstante, indicadores de acceso a los servicios de la población general señalan debilidades, como por ejemplo, en el 2011 se registraron 1.2 consultas ambulatorias por 1,000 habitantes por año por en 2011, mientras que en promedio en la región de las Américas se registraban 2.6<sup>39</sup>. Además de esto, en muchos indicadores las regiones más pobres y alejadas tiendan a mostrar muchas mayores dificultades de acceso. Así por ejemplo, la proporción de población infantil entre 12 a 23 meses vacunada contra sarampión alcanza el 87.4% en el Distrito Nacional pero sólo el 58.2% en Monte Plata y el 68.3% en San Juan de Maguana, dos de las provincias más pobres del país. De manera similar, mientras que la proporción de personas que no pudieron acceder a los servicios es de 1.7% entre el 20% más rico de la población, ese número es de 6% entre el 20% más pobre<sup>40</sup>.

El panorama es también preocupante cuando se miran algunos indicadores de resultados directamente relacionados con la cobertura efectiva y la calidad de los servicios de salud. Este aspecto ya se discutió a la luz de las altas tasas de mortalidad materno-infantil que mantiene el país, a pesar del alto porcentaje de partos institucionales y visitas pre-natales durante el embarazo. Otra proxy de problemas de calidad es el uso masivo que hace la población de los servicios privados pagando de su bolsillo, en lugar de utilizar los servicios de los prestadores públicos a los que tienen derecho. En efecto, la ENDESA 2007 muestra que un 15% de los más pobres escogía utilizar los proveedores privados para consultas ambulatorias y un 20% para internarse a pesar de tener que pagar por estos servicios.

En cuanto a la productividad del sector de prestación de servicios, no existen estudios sistemáticos, o publicación de estadísticas confiables y rutinarias sobre producción y utilización de servicios. Hay alguna evidencia que la infraestructura de prestación se encuentra por lo general sub-utilizada en los municipios periféricos y altamente saturada en los grandes centros urbanos, donde se concentra la atención especializada y de mayor nivel de complejidad (Castellanos, Lizardo et al. 2009).

### **3.3.2 Insumos**

(a) *Recursos humanos.* Ver sección 4.4 sobre la cantidad y la calidad de los recursos humanos.

### **3.3.3 Procesos y organización.**

---

<sup>39</sup> Como referencia (véase *Measuring service availability and readiness*, WHO, June 2012), lo que ubica a la RD muy por debajo del promedio de las Américas (estimado en 2.6 consultas)

<sup>40</sup> Rathe, Magdalena, *Financial Protection in Health in the Dominican Republic*, en proceso de publicarse como capítulo del libro *Financial Protection in ALC*, Harvard University Press, 2012. (Health Financing in Latin America, Edited by: Felicia Marie Knaul, Rebeca Wong, Héctor Arreola-Ornelas based on the work of the Research in Health Financing - Latin America and the Caribbean Network (RHF-LANET).

La reforma del sistema de salud de la República Dominicana ha cambiado radicalmente la visión acerca de cómo deberían organizarse y articularse los proveedores de los servicios de salud para que la producción de servicios sea más eficiente, de mayor calidad y se encuentre más alineada con las necesidades sanitarias de la población. Las innovaciones más importantes que plantea la reforma en ese contexto son: la separación de funciones entre financiador, asegurador y prestador, la autonomía de los prestadores y la articulación en redes. Para esto la ley introdujo innovaciones fundamentales que constituyen grandes avances en el marco conceptual, aunque el nivel de implementación sigue siendo bajo, tal como veremos a continuación:

*(a) La separación de las funciones y los mecanismos de pago.*

Bajo la reforma, la función central de rectoría del sistema se asigna al MSP y la provisión de servicios está a cargo de proveedores públicos y privados, que deberían contar con autonomía de gestión y deberían estar articulados en red. Aunque esta separación de funciones y modelo, con sus limitaciones, se ha implementado para la población de estratos medios y superiores, generalmente afiliada al régimen contributivo, no ha logrado aplicarse de la manera esperada en la red de provisión pública. Esta red está compuesta principalmente por proveedores del MSP, que todavía son administrados centralmente por éste. En la actualidad, está en proceso la desconcentración regional de los proveedores, bajo la forma de SRS (Servicios Regionales de Salud), quienes estarían a cargo de articular la red de los varios niveles de atención dentro de su región, con referencias a nivel regional y central. La reforma concibe la separación de funciones como una relación contractual: la entidad aseguradora de la población del régimen subsidiado, el SENASA, compra servicios de salud a la red de prestadores públicos a través de la firma de acuerdos de gestión y a la red de proveedores privados con base en contratos de prestación de servicios. La suscripción de estos contratos se convierte en el instrumento clave para asignar y transferir recursos en función del número de afiliados y de la cantidad y tipo de servicios prestados. En este esquema, el financiamiento de la red prestadora dependería de la venta de servicios. Una vez implementado, se pasaría así de un sistema público basado en los *subsidios a la oferta a otro basado en la demanda y de uno basado en el monopolio público a otro donde predomina la pluralidad de actores*. Se espera que este esquema diera un incentivo para que los prestadores mejoren su eficiencia productiva además de alinear la oferta de servicios con la demanda, la cual estaría circunscrita por un plan de beneficios explícito que priorizaría aquellos servicios de mayor impacto en la salud y el bienestar de los dominicanos.

Por esto el diseño de mecanismos de pago adecuados para entregar los recursos del régimen subsidiado se convierte en un desafío central para profundizar la reforma. En el caso del régimen subsidiado, hay algunos progresos. El más importante de estos es que hoy en día, el asegurador público (SENASA) asigna sus recursos a los prestadores públicos (y también en algunos casos a los prestadores privados) según el volumen de servicios prestados en el segundo y tercer nivel de atención (facturados). En el caso del primer nivel de atención se ha comenzado a pagar a los prestadores públicos en función del número de población asegurada (per cápita), pero posiblemente el valor per cápita sea bajo con relación a las necesidades. Sin embargo, no está claro cuál es el monto necesario, porque todavía el grueso de los fondos para el pago del personal, infraestructura, equipamiento y los insumos sigue corriendo por cuenta del MSP, vía financiamiento a la oferta y vía presupuestos históricos.

Sería deseable que hubiera información pública y en forma desagregada sobre las fuentes de financiamiento de los prestadores, lo cual permitiría determinar hasta qué punto estos se financian hoy en día con subsidios de demanda. Los mecanismos de asignación de recursos y de pago que se

usan actualmente ha generado algunos incentivos perversos. Por ejemplo, los SRS tienen incentivos para referir a los pacientes de primer nivel a niveles más altos de atención dado que pueden obtener recursos per cápita en adición a la de facturación. Esto reduce la capacidad resolutoria del primer nivel, crea competencia entre los distintos niveles de atención, y da un enfoque predominantemente curativo a los servicios, lo que aumenta los costos del sistema y afecta su sostenibilidad financiera de largo plazo.

De la misma manera, mantener los subsidios de oferta estimula la ineficiencia en la producción de los servicios ya que los prestadores son pagados en función de sus gastos y no de su producción real o los resultados que obtienen<sup>41</sup>. Cabe notar también, que no existe suficiente claridad sobre la destinación específica que deberían tener estos pagos o sobre las partidas específicas de costos que buscan cubrir. Sin embargo, respecto al primer nivel de atención existe evidencia *anecdótica* que indicaría que los pagos del SENASA sólo cubren una proporción muy pequeña y menor al 10% de los gastos de los prestadores<sup>42</sup>. Pasando al segundo y tercer nivel de atención, el SENASA hace sus pagos con base en la facturación que someten los prestadores, quienes se basan en un manual tarifario cuya fijación y ajuste está a cargo de SENASA. Para cubrir los demás gastos de los hospitales públicos, el Fondo General de la Nación sigue financiando al MSP para que este cubra la mayor parte de los insumos (recurso humano, infraestructura, mantenimiento) de la red pública de prestadores. Estas asignaciones se hacen con base en los presupuestos históricos de las entidades con lo que la separación de funciones es inexistente en estos ámbitos.

Tal como hemos reiterado previamente, la separación de funciones es aún muy incipiente. Un indicador simple lo ilustra: en el año 2011, el gobierno central asignaba alrededor de 31 mil millones de pesos dominicanos a la salud, de los cuales aproximadamente la mitad correspondían al financiamiento de sus propios proveedores de salud. Al mismo tiempo, sólo 4.4 mil millones se asignaban a financiar el régimen subsidiado. En una estimación muy gruesa (dado que no existen matrices de cuentas de salud que permitan analizar concienzudamente el gasto por proveedores), esto implica que sólo un 20% de los fondos de atención a las personas se canalizan vía la demanda (véase Tabla 4).

*(b) La autonomía de los prestadores.*

La reforma dominicana plantea la transformación de las instituciones prestadoras de servicios de carácter público en empresas autónomas con patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera, todo esto con el propósito de lograr en ellas autofinanciación y sostenibilidad, desarrollando estrategias gerenciales que les permitieran crecer, además de poder competir con calidad y eficiencia entre ellas y con instituciones privadas. A la fecha los prestadores no tienen autonomía para manejar el recurso humano y sólo tienen una limitada autonomía financiera. Quizás el único avance real se ha dado en el ámbito de la autonomía para vender servicios y celebrar contratos con el SENASA y con las ARS privados.

Los obstáculos para introducir una mayor autonomía están relacionados con las mismas razones mencionadas anteriormente en el contexto de la separación financiera y no o se cuenta con los elementos más básicos, tales como el estatus jurídico o la capacidad técnica para poder celebrar

---

<sup>41</sup> Vale mencionar que se está implementando en dos Regionales de Salud un piloto donde la cápita del SENASA en el primer nivel de atención se transfiere mediante el reporte de los resultados obtenidos. Los resultados preliminares de ese piloto demuestran que se debería considerar su expansión a las demás dos Regionales de Salud para vincular la asignación de recursos más directamente a los resultados que se quieren lograr en el sector.

<sup>42</sup> Existen variaciones en porcentajes entre prestadores cuanto a ese porcentaje y no están claro las razones por detrás de ellas.

contratos y facturar servicios. Por último cabe notar que la autonomía de gestión no garantiza por sí sola que se logren los objetivos que con ella se persigue, si en forma simultánea no se abordan limitaciones propias del sector público<sup>43</sup>. La profundización de la reforma con respecto a la autonomía no puede limitarse a crear nuevas normas y decretos sino que tiene que acompañarse de acciones que i) fortalezcan la capacidad real de gestión de los prestadores como entes autónomos, ii) que cambien los incentivos que enfrentan los prestadores para que estos se alineen con los objetivos de mejorar la salud de la población y la eficiencia del sistema, iii) analicen la capacidad real de los prestadores de funcionar como entes autónomos en el marco actual de gestión del recurso humano.

*(c) La articulación en redes.*

Según la reforma, los establecimientos públicos se organizarían en red bajo los llamados Servicios Regionales de Salud (SRS). Se pretende que los SRS sean organismos autónomos responsables por la provisión de los servicios de salud en los tres niveles de atención. Según la legislación vigente, el primer nivel de atención sería la puerta de entrada a la red de servicios. Diversos estudios sugieren que la conformación de redes articuladas podría mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial; mejorar la eficiencia global; evitar la duplicación de infraestructura y servicios; disminuir los costos de producción; y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.<sup>44</sup> La legislación vigente, por su parte, propone la combinación de hospitales autónomos funcionando dentro del contexto de redes funcionales, donde se articulen los proveedores públicos y privados. Esta articulación no existe al interior de las redes de provisión del sector privado y, a pesar de que en el régimen contributivo existe la separación de funciones y la autonomía de gestión, no se ha logrado a que los proveedores funcionen en red ni que el primer nivel sea la puerta de entrada, ni un sistema unificado de información y gestión clínica que permita la integralidad de la atención, ni tampoco a que el sistema esté centrado en la persona y en el mantenimiento de la salud. Más lejos aún de estos objetivos está la red pública que sirve a la población sin capacidad de pago.

El nivel de avance del país respecto a la puesta en marcha de una red articulada de servicios puede evaluarse aplicando el marco conceptual propuesto por la OPS que establece 14 atributos<sup>45</sup> (Ver Anexo 4). El ejercicio indica que el avance en la conformación de las redes planteadas por la reforma es aún incipiente en la República Dominicana. Existen rezagos importantes en cada una de las siguientes áreas:

---

<sup>43</sup> Véase Jakab, M., A. S. Preker, A. Harding and L. Hawkins (2002). *The Introduction of Market Forces in the Public Hospital Sector: From New Public Sector Management to Organizational Reform*. World Bank, HNP Discussion Series. Washington. En la provisión privada la meta es clara y compartida por todos los “accionistas”: generar retornos sobre la inversión. Por el otro lado, en la provisión pública confluyen diferentes metas y actores lo que dificulta la gestión y la tarea del gerente: los políticos y la comunidad quieren más servicios y menos gastos de bolsillo, las autoridades de salud quieren mayor impacto en salud, los profesionales quieren mejor salario y menos carga laboral y los gerentes buscan, ante todo, una buena reputación. Esto muestra la importancia que tiene la selección de un buen gerente quien tendrá que alinear esos intereses hacia la búsqueda de un hospital más eficiente y con mayores resultados. También cabe notar que mientras el mal desempeño de un proveedor privado se “castiga” con el despido de personal y con el cierre de la entidad, esto rara vez ocurre en las redes públicas por razones políticas, dado que las mismas son vistas como el último recurso de los pobres ante la opinión pública. Además, suelen enfrentarse a las agrupaciones gremiales que tienen muchas veces un peso importante en la política sectorial. Finalmente, existen rigideces importantes en la gestión del personal en el sector público que limitan la autonomía de gestión.

<sup>44</sup> Organización Panamericana de la Salud, 2010. *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*, Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4, Washington D.C.

<sup>45</sup> Ibid.

- ❖ *Modelo de atención:* Lograr que las redes, tanto contributivas como subsidiadas operen en base a población asignada y que el primer nivel sea realmente la puerta de entrada al sistema. Por problemas de calidad la población prefiere dirigirse directamente al hospital, donde tienen más posibilidades de que le resuelvan su problema. Si las UNAPs no mejoran capacidad resolutoria, la población seguirá sin utilizarlas. Además, hay que señalar que la gran mayoría de las UNAPs no están habilitadas.
- ❖ *Gobernanza:* Definir quién será la o las entidades que tendrían a su cargo la conducción de la red. La propuesta de desconcentración del MSP otorga esta tarea a los SRS, pero estos poseen grandes debilidades institucionales, quizás mayores inclusive a las del nivel central. No hay tradición en el país de que los hospitales acepten la autoridad de la burocracia local. Tampoco la legislación vigente es clara en cuanto a la forma de dicha articulación y gobernanza.
- ❖ *Organización y gestión:* Implementar un sistema funcional de gestión clínica en todos los niveles de atención, para el ámbito público y privado, junto con el fortalecimiento del sistema de información para medir el desempeño.

### 3.4 Generación de Recursos

La generación de recursos está relacionada con las inversiones que realiza un sistema de salud para operar adecuadamente. Un aspecto fundamental es la inversión en recursos humanos, así como es relativo a la generación de conocimientos, información y herramientas tecnológicas. Dentro de la misma se incluye también la infraestructura y el equipamiento, así como la disponibilidad y acceso a productos farmacéuticos. Muchos de estos temas han sido tratados en otras secciones del documento. Así que esta sección se centrará en los recursos humanos, que constituyen el centro de la atención en salud.

*(a) Cantidad y distribución:* República Dominicana cuenta con 14.3 médicos por 1,000 habitantes (Indicadores PAHO, 2011) y 15.9 camas por 10 mil habitantes, indicadores que son adecuados para países con un grado similar de desarrollo. Se observan variaciones al interior del país. Por ejemplo, mientras que el Distrito Nacional cuenta con 37.1 médicos por 10 mil habitantes, esta cifra es de tan sólo 7.4 en Baroruco y La Altagracia. En lo que respecta al recurso de enfermería, no sólo hay un déficit grande de enfermeras profesionales, ya que el país cuenta con sólo 2.8 enfermeras por 10,000 habitantes, cifra muy por debajo de los estándares de la región, sino que la preparación de ese recurso humano es deficiente.

*(b) Calidad:* La calidad del recurso humano muestra deficiencias. Por ejemplo, un estudio reciente sobre la calidad de los servicios de atención a la embarazada y al niño sano en centros del primer nivel en cuatro regiones de salud de la República Dominicana, estimó que sólo el 8% de los médicos reunió todos los criterios para considerar una adecuada calidad de atención de la embarazada y ninguno pudo conseguir los requerimientos necesarios para considerar una adecuada atención del menor de 1 año según las guías nacionales del primer nivel de atención. Entre las posibles causas de la baja aplicación de los estándares se encuentran: el desconocimiento de las guías y protocolos de atención del primer nivel, la falta de aplicación de estas guías (aun cuando las

conocen), y el gran número de médicos pasantes.<sup>46</sup> Estos resultados van en la dirección de explicar la inconsistencia entre los indicadores de cobertura de atención pre-natal y parto, con las altas tasas de mortalidad materna y neonatal. Es preciso reconocer que existen esfuerzos actualmente desde el MSP, con financiamiento BID y en respuesta a esas debilidades identificadas, donde está en marcha un sistema virtual de capacitación continua de los recursos humanos en las guías y protocolos de atención, donde ya se han capacitado un X% de los recursos humanos del primer nivel de atención.

(c) *Capacidad de respuesta:* Una de las metas del sistema de salud es su capacidad de respuesta a temas que no son directamente de salud, como el respeto a la dignidad de los pacientes, la respuesta a sus necesidades de información, a sus preocupaciones y temores. En la República Dominicana es lo que se ha llamado “calidez” en la END y otros planes de desarrollo y se refiere, fundamentalmente, a una actitud especial de los recursos humanos que trabajan en el sistema de salud. Hay información anecdótica relativa a las carencias en este sentido, habiéndose reportado malos tratos y conducta ofensiva, en especial contra las mujeres en las salas de parto<sup>47</sup>.

(d) *Eficiencia y gobernabilidad:* Se presenta inasistencia y el incumplimiento de los horarios establecidos de trabajo, y paros y huelgas, generalmente en demanda de mejores salarios. Por otro lado, ese mismo personal con frecuencia también trabaja en el sector privado, donde cumple con las exigencias del mismo. Esto se traduce en problemas intermitentes de gobernabilidad<sup>48</sup>.

(e) *El reto de implementar el primer nivel como puerta de entrada:* En el sistema de provisión público, las UNAPs se encuentran principalmente a cargo de los médicos pasantes (más del 60% de las unidades), quienes requieren rotar en estas instituciones para obtener la acreditación que les permita ejercer o continuar sus estudios de especialización. Eso les da un carácter de impermanencia, llevando a una alta rotación de los recursos humanos y, consecuentemente, a la discontinuidad de servicios. Aunque recientemente se han introducido medidas para mejorar la calidad del recurso humano en este nivel, mediante capacitaciones virtuales centradas en las guías y protocolos de atención, este esfuerzo corre el riesgo de perderse si no se resuelve el problema de la falta de estabilidad a largo plazo del personal. Otro asunto en el primer nivel es la formación y profesionalización de las enfermeras, a la vez que la adopción de un sistema de remuneración e incentivos que las haga desear formar parte y permanecer en el sistema. Por otro lado se requiere de una política de formación de recursos humanos adecuada a las necesidades epidemiológicas, que enfatice la promoción y prevención y en línea con la organización de servicios y las normas, guías y protocolos establecidos por el MSP.

---

<sup>46</sup> Del mismo modo, otro estudio sobre la calidad de la asistencia obstétrica y neonatal, realizado en una muestra representativa de hospitales en Santo Domingo y Santiago, donde ocurre la mayor parte de los nacimientos del país, llegó a conclusiones similares. Véase Pérez-Then, Eddy, *Evaluación de los servicios de atención obstétrica y neonatal en hospitales de segundo y tercer nivel de las regiones 0 y II de la República Dominicana*, Observatorio de la Salud de la República Dominicana (OSRD), Fundación Plenitud – BID, Santo Domingo, 2011.

<sup>47</sup> En el 2002, la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) realizó un estudio para analizar las muertes maternas ocurridas en un determinado periodo de tiempo e identificar los factores de riesgo que contribuyeron a esas muertes. El estudio concluyó que el 93% de las muertes maternas eran evitables. Entre los principales factores de riesgo identificados asociados a la calidad de la atención estaban el mal trato de las embarazadas.

<sup>48</sup> Rathe, Magdalena, *Dominican Republic: Can universal coverage be achieved?*, background paper elaborado para la producción del Informe de Salud Mundial de la OMS, *El camino hacia la cobertura universal*, Ginebra, Suiza, 2010. Esto es típico de la forma de relacionamiento entre un monopolio de oferentes (el Colegio Médico) y uno de compra, el MSP, donde los precios (los salarios) no se determinan en el mercado, sino mediante una negociación

## V. PRIORIDADES DEL GOBIERNO

A partir del 16 de agosto de 2012, hay un nuevo gobierno en el Estado en la República Dominicana, quien se ha propuesto hacer cumplir los mandatos consignados en la Estrategia Nacional de Desarrollo. En lo que respecta a salud, ha señalado expresamente la prioridad de extender la cobertura del SFS a toda la población del régimen subsidiado<sup>49</sup> y consolidar la reforma del sistema de salud. Las prioridades del gobierno dominicano están expresadas en tres documentos fundamentales: el Plan Decenal de Salud 2006-2015, la Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030 (END) y el Plan Plurianual del Sector Público 2011-2014, que expresa de manera concreta las acciones públicas hasta el año 2014.

En enero de 2012 se promulgó la Ley 1-12, Estrategia Nacional de Desarrollo, que expresa las prioridades del gobierno – y del Estado Dominicano. Esta estrategia fue discutida y consensuada con los partidos políticos y los demás actores nacionales. Tiene una visión de 30 años y está compuesto por 4 ejes estratégicos de desarrollo (como el “Estado Social Democrático de Derecho”), 19 objetivos generales (como “salud y seguridad social integral”) y 47 objetivos específicos (como “universalizar el aseguramiento”) que están acompañados por un gran número de acciones específicas que se propone implementar durante las próximas décadas. Por su relación directa con el sistema de salud y el tema de la profundización de la reforma del sector hemos identificado en particular tres objetivos generales y 16 acciones específicas que deberían guiar las acciones del sector de salud y de sus rectores en los siguientes años. Adicionalmente se provee una selección de las metas más importantes para el año 2015. (Ver Anexo 5)

La END delinea áreas prioritarias en las cuales la República Dominicana podría beneficiarse del apoyo de organizaciones internacionales:

- 1) Los objetivos de la END directamente relacionados con el sector de la salud ponen el énfasis en tres áreas fundamentales: atención con calidad, aseguramiento universal, y sostenibilidad y unificación del sistema de seguridad social.
- 2) Aparece con fuerza la necesidad de fortalecimiento de la función de rectoría del MSP y de sus expresiones desconcentradas para garantizar el cumplimiento de estándares de calidad, el fortalecimiento de las regulaciones, mecanismos y acciones que garanticen la afiliación y fiscalización del pago al SDSS para garantizar la atención y la sostenibilidad financiera del sistema.
- 3) Se expresa la necesidad de la articulación de los prestadores, la introducción de la autonomía administrativa de los prestadores públicos y el énfasis en un enfoque de prevención y promoción.
- 4) Se plantean acciones relacionadas con la necesidad de priorizar de manera explícita de los servicios. En éstas se indica que deben reforzarse las funciones de rectoría, regulación y supervisión de las instancias del SDSS para asegurar sostenibilidad financiera, calidad, equidad, oportunidad, pertinencia, eficiencia de costos y expansión de la canasta de prestaciones del PBS y que debe garantizarse a toda la población, el acceso a medicamentos de calidad, promover su uso racional y priorizar la disponibilidad de medicamentos genéricos en el mercado nacional.

---

<sup>49</sup> Se estima que la población adicional a ser cubierta por el régimen subsidiado es de 1.3 millones de personas a las que hoy son beneficiarias del mismo, con lo que se alcanzarían 3.4 millones de personas consideradas pobres.



- 5) Se menciona diseñar e implementar la estrategia y mecanismos de aplicación del régimen contributivo-subsidiado, que tome en cuenta la capacidad de pago de los asegurados y minimice su costo fiscal.

## VI. RECOMENDACIONES

En esta sección se ofrecen recomendaciones al gobierno de la República Dominicana para fortalecer el sector de la salud y dirigirse hacia la mejoría de la salud de los dominicanos y la realización de los objetivos propuestos en la END. Dado el perfil epidemiológico actual y los desafíos que implica, las recomendaciones presentadas a continuación enfatizan la importancia de incluir en las estrategias sectoriales los temas de prevención de las enfermedades crónicas y la cobertura efectiva de los servicios dirigidos a la población materno infantil. Las recomendaciones, se centran en dos ejes temáticos: la profundización de la reforma y el diseño e implementación de un sistema de priorización explícito de servicios para ayudar a definir y ajustar el PBS. En el Anexo 5 se provee una síntesis de los principales avances y desafíos de la reforma, de las acciones propuestas y de lo que recomienda la END en cada contexto, y las recomendaciones del BID.

### 6.1. Rectoría

1. Fortalecimiento de la función de rectoría del sistema de salud en las siguientes áreas centrales: i) fortalecer al MSP en la conducción sectorial a través del establecimiento de metas concretas, planeación y evaluación de acciones, ii) apoyar a las diversas entidades productoras de estadísticas en la recolección y producción de información<sup>50</sup> y evidencia para la toma de decisiones basada en la evidencia (información sobre ingresos y gastos, perfil epidemiológico, información sobre la producción y eficiencia hospitalaria, tanto a nivel público como privado, mejores prácticas, entre otros); iii) fomentar el papel de veeduría de las políticas públicas por parte de la sociedad civil, mediante el fortalecimiento de la capacidad de análisis y la promoción de la transparencia en la producción y disseminación de los datos vinculados al desempeño del sistema de salud; y iv) fortalecer la capacidad de regulación del MSP y la implementación de un plan de garantía de calidad (con especial atención a la habilitación de establecimientos públicos y privados de salud, y a la prestación de servicios de todos los proveedores, incluyendo los establecimientos privados que se financian con fondos públicos (por ejemplo, las ONGs que reciben recursos públicos sin convenios de gestión y los proveedores privados que reciben ingresos de la seguridad social). Una propuesta de ruta crítica para lograrlo sería: (1) la elaboración de un plan de acción que permita fortalecer las tareas vinculadas a la rectoría. Ese plan de acción debería ser orientado, ante todo, hacia la mejoría de dos desafíos centrales que se desprenden del perfil epidemiológico y de la situación de salud de la población dominicana: los pobres resultados en el ámbito de la salud materna e infantil y el peso creciente de las enfermedades crónicas<sup>51</sup>. (2) la recolección de conocimiento y evidencia respecto a otras experiencias y mejores prácticas, (3) la estimación del costo de implementación del dicho plan, y (4) su implementación. El BID podría apoyar al Ministerio de Salud en la elaboración del dicho plan y acompañarlo en su ejecución aportando conocimiento y evidencia respecto a otras experiencias y mejores prácticas.

---

<sup>50</sup> Entre ellas, las cuentas nacionales de salud y las estadísticas que permitan monitorear el desempeño del sistema de salud.

<sup>51</sup> El rol de la rectoría es especialmente importante en ese último caso ya que ese tipo de problemas de salud requieren para su abordaje por definición un enfoque que articula todos los actores del sistema y que, inclusive permita coordinar acciones con actores extra-sectoriales.

2. La culminación del proceso de separación de funciones entre rectoría y prestación de servicios. Esta separación es uno de los ejes centrales plasmado en el marco legal de la reforma. Una propuesta de ruta crítica para lograrlo sería: (1) que el MSP clarifique el marco legal e institucional que haga posible y funcional la separación de funciones, (2) que se establezca la separación financiera entre los presupuestos de rectoría y salud colectiva, por un lado (que se mantendrían en el MSP) y de provisión de servicios individuales (cuyos fondos deberían pasar al SENASA); (3) una vez definido el marco legal e institucional, que el MSP acompañe y apoye la organización de la nueva institucionalidad que surja de ésta, en particular, el proceso de reestructuración y organización financiera e institucional de las entidades rectoras y desconcentradas, y (4) que el MSP introduzca la regulación necesaria para desconcentrar realmente los SRS y los hospitales públicos de mayor complejidad, otorgándole autonomía de gestión sobre sus factores de producción (recursos humanos, equipamientos, insumos, entre otros)<sup>52</sup>

## 6.2. Financiamiento

Se propone que el gobierno apoye el fortalecimiento de cada una de las sub-funciones del financiamiento (recaudo, aseguramiento y compra) conforme a los retos y desafíos que se han identificado en la sección IV y de acuerdo a las prioridades que ha expresado el gobierno en la materia a través de la END y el Plan Plurianual. Se presentan las siguientes recomendaciones:

- 1) En materia de *recaudo* se requiere diseñar e implementar estrategias que le permita aumentar los recaudos de los regímenes del SFS.
  - a) En el caso del *régimen contributivo* será fundamental emprender acciones que reduzcan la evasión por no afiliación o por sub-declaración de ingresos. Para aumentar los ingresos del régimen contributivo vía un control a la evasión será necesario diseñar e implementar una acción coordinada entre la TSS y la DGII para identificar las empresas que todavía no cotizan a la seguridad social. Se debe evaluar la posibilidad de incrementar el tope de cotización, para lograr recaudar más fondos provenientes de los sectores poblacionales de mayores ingresos, así como de los que perciben ingresos por vías distintas a los salarios (dividendos, rentas, intereses y otros). También habría que contemplar la posibilidad de unificar los fondos y hacer un plan de acción para efectuarlo de manera paulatina. El BID podría contribuir en ese proceso, apoyando la realización de los estudios correspondientes y luego proveyendo asistencia técnica a las instituciones encargadas. Asimismo, establecería una coordinación con las acciones que el propio Banco ha apoyado para la modernización de la gestión tributaria y financiera del país.
  - b) En cuanto al *régimen contributivo-subsidiado*, se debe analizar la viabilidad de ese régimen y establecer un plan para la incorporación de la población del sector informal (trabajadores independientes, domésticos, y emprendedores no formalizados), así como para recaudar sus cotizaciones. De decidirse no implementar ese régimen, será necesario formular estrategias para caracterizar y captar mejor los aportes de la población sin empleador formal pero con

---

<sup>52</sup> La mayor autonomía en estos ámbitos será fundamental si se quiere mejorar la eficiencia productiva de los hospitales públicos. Sin embargo tendrán que combinarse políticas que otorguen una mayor autonomía a los hospitales públicos con otras que permitan fortalecer la articulación y coordinación entre prestadores y redes. De lo contrario, se introducirá una mayor fragmentación de la prestación de servicios sin que se logren mejor los resultados de salud globales.

ingresos superiores al salario mínimo, según establece la ley, y afiliarla a uno de los dos regímenes actuales. El BID podría apoyar la República Dominicana en la cuantificación del problema y en aportar su experiencia y conocimiento en el diseño de estrategias tendientes a reducir la evasión así como otras alternativas de financiamiento.

- c) En el caso del *régimen subsidiado*: (i) Es necesario que el gobierno incluya en su presupuesto los fondos para cubrir los 3.4 millones de personas elegibles aún no afiliadas al régimen. Una mayor movilización de recursos para poder asegurar la protección financiera de los más vulnerables sería deseable por razones de equidad y acceso. (ii) Se recomienda que el gobierno analice el desbalance entre los giros de la TSS y la velocidad que los egresos del SENASA. Eso está generando un desbalance financiero y aumentado las dificultades para financiar un eventual aumento de la cobertura del régimen subsidiado. Sería recomendable también hacer las proyecciones financieras necesarias para estimar la carga fiscal que implicará cobijar a toda la población objetivo del régimen subsidiado conforme se vaya cumpliendo con las metas establecidas por la END. Es probable que se requiera aumentar el monto de los recursos de la TSS al SENASA. Esto sería coherente con aproximarse a la meta de la END de llegar a la cobertura universal antes del 2014 y de aumentar significativamente la cobertura del régimen subsidiado. Sin embargo, a la hora de aumentar los giros de la TSS al SENASA habrá que diseñar una estrategia integral de financiamiento que evite la doble financiación de los prestadores públicos vía subsidios de oferta y demanda, lo cual implicará necesariamente trasladar los recursos del MSP al SENASA. Evidentemente, también se requiere el fortalecimiento financiero del SENASA así como contemplar la posibilidad de permitir la afiliación de los pobres a otras ARS.
- d) Es necesaria la unificación de los fondos de los regímenes para garantizar que los beneficiarios de los distintos sistemas estén recibiendo la misma cápita para financiar lo que debería ser el mismo PBS. Eso garantiza la igualdad de condiciones a todos los afiliados, lo que es fundamental para transitar hacia la cobertura universal. Como se mencionaba anteriormente, la TSS maneja actualmente cuentas *separadas* para cada régimen a pesar de que el marco legal promete un mismo plan de beneficios para todos, independientemente de que el afiliado pertenezca a un régimen o a otro, por lo que la segmentación del sistema de salud sigue existiendo en la realidad. La separación actual de las cuentas pone en riesgo tanto la eficiencia, como la calidad y equidad del sistema.
- 2) En cuanto al *aseguramiento*, cabe notar que muchas de las acciones que se recomiendan en los párrafos anteriores sobre recaudo, mejorarían no sólo el recaudo y la situación financiera de los diferentes regímenes, sino también harían posible el aumento de las coberturas. De esta forma, el control a la evasión del régimen contributivo aumentará recaudos y coberturas. De la misma manera, la puesta en marcha del régimen contributivo-subsidiado o una alternativa a éste, permitirá mejorar el recaudo pero ayudará también a incorporar al aseguramiento la franja de la población que se encuentra hoy desprotegida. Y, finalmente, un aumento de los recursos del régimen subsidiado aumentará también recaudos y coberturas. Por lo tanto, en aseguramiento se recomienda que el gobierno:
- a) En el contexto del *régimen subsidiado*: (i) facilite los trámites para acelerar el proceso de documentación de la población dominicana elegible, (ii) estudie alternativas de cobertura para la población extranjera que hoy recibe servicios de la red pública, (iii) evalúe en profundidad la conveniencia de crear un pool de aseguramiento dedicado exclusivamente a

la cobertura de los eventos catastróficos, entre los cuales se encuentran los accidentes de tránsito, que hoy tienen un plan especial. La creación de un pool de esa naturaleza figura en el plan de gobierno del PLD. Éste indica que se piensa “constituir un fondo para el financiamiento de las enfermedades de alto costo, mediante el cual se dará protección financiera y social para afecciones de salud no cubiertas por la Seguridad Social a personas no aseguradas que hayan agotado el monto que actualmente destina el Seguro Familiar de Salud para este tipo de prestaciones.” Algunos de los países de la región como México, Uruguay y Perú han decidido manejar la capa de cobertura de los planes de beneficios relacionados con eventos catastróficos en un pool especial destinado a ese fin mientras que otros como Colombia y Chile manejan todos los tipos de siniestros de salud en un solo fondo. Se recomienda que el gobierno evalúe a fondo los pros y contras de cada una de las opciones teniéndose en cuenta muy especialmente el contexto económico e institucional de la República Dominicana.

- b) Regule los planes complementarios de salud para evitar duplicidades con el PBS, asegurándose de que cubran aspectos claramente excluidos en el mismo.
- 3) En cuanto a la sub-función de *compra*, se recomienda que su fortalecimiento se convierta en uno de los ejes centrales de las estrategias sectoriales implementadas por el gobierno. La manera en la cual la sub-función de compra es ejercida constituye uno de los determinantes más importantes del acceso, calidad, equidad, sostenibilidad y eficiencia del sector de salud en cualquier país. Dado el alcance de la sub-función de la compra y la imposibilidad de que se aborden todos los aspectos relacionados al mismo tiempo, se recomienda que el gobierno priorice los siguientes dos ámbitos de acción:
- a) *El diseño de un sistema de priorización explícita* organizado bajo la rectoría del MSP y la regulación del CNSS, que permita ajustar, costear y presupuestar de manera transparente, legítima, participativa y técnicamente robusta el plan básico de salud. El PBS es la principal herramienta de compra estratégica con la que cuenta el país. Por esta razón es fundamental que su contenido esté alineado con el perfil epidemiológico de la población, sus preferencias y las metas establecidas por el sistema de salud y que cuente con la aceptación por parte de los usuarios. Además es fundamental que el MPS y sus entidades relacionadas trasciendan la elaboración de estudios puntuales de costeo y diseño del plan de beneficios mediante consultorías externas y que se muevan hacia la construcción de una institucionalidad que permita asumir esos procesos de diseño y ajuste del plan de beneficios y de su prima de manera sistemática, robusta, transparente y periódica. Muchos países de dentro y fuera de la región han decidido crear entidades autónomas, independientes y científicas para encargarse de la evaluación de las tecnologías sanitarias y así informar los procesos de priorización explícita<sup>53</sup>. Se recomienda en este contexto que el gobierno considere la posibilidad de crear un órgano especializado, independiente y dedicado a encargarse en la evaluación de las tecnologías sanitarias. Estas evaluaciones pueden convertirse en recomendaciones importantes a la hora de diseñar y ajustar el plan de beneficios. Con base a su amplia experiencia en esa área, el BID podría apoyar el gobierno en establecer e implementar una ruta crítica para establecer un sistema de priorización explícita en República Dominicana.

---

<sup>53</sup> Reino Unido con NICE, Alemania con IQWiG, Australia con PBAC, Colombia con IETS, Uruguay con FNR para mencionar sino algunos.

b) *La revisión de los mecanismos de asignación de los recursos a los diferentes actores que componen el sistema.* El rediseño de los mecanismos de pago debe apuntar a mejores resultados en salud por los recursos invertidos y a la sostenibilidad financiera del sistema. En ese sentido se hacen las siguientes recomendaciones: (i) *En el régimen subsidiado* desde la TSS al SENASA y del SENASA a los prestadores, por ejemplo, vinculando pagos a resultados para la población asegurada. Actualmente el SENASA implementa de forma piloto ese mecanismo en dos Regionales de Salud. Se recomienda considerar expandir ese mecanismo a las demás Regionales de Salud. Ese es consistente con el plan de gobierno del PLD que apoya a la “desconcentración de los SRS, incluyendo el fortalecimiento de sus sistemas de gestión basados en resultados”. (ii) Reevaluar los mecanismos de planeación y compra de medicamentos e insumos que se utilizan en la actualidad a través del fortalecimiento del PROMESE-CAL para que se convierta en una central de compra y logística de todos los medicamentos e insumos, a fin de que los establecimientos del sistema se abastezcan en base a compras centralizadas.

### **6.3. Prestación de Servicios de Salud de Calidad**

En lo relativo a la prestación de servicios, además de las que resultan de la separación de funciones expuestas más arriba, se hacen las siguientes recomendaciones:

- b) *La separación de las funciones y los mecanismos de pago:* se recomienda que se separen definitivamente las funciones de rectoría y provisión en el sistema público. En particular que el MSP no reciba de la TSS fondos para financiar insumos a la provisión de servicios de salud individual o de población no asegurada. Que esos fondos sean transferidos directamente al SENASA y que a través de contratos de gestión basados en resultados compren los servicios directamente a los SRS y hospitales públicos. La transformación de subsidios de oferta a demanda es lo que determinará en gran medida la real *autonomía*, ya que ésta no sólo implica una mayor libertad y flexibilidad a la hora de gastar los recursos financieros y contratar los recursos humanos sino también una mayor responsabilidad y rendición de cuentas a la hora de generar los recursos.
- c) *Autonomía de los prestadores:* Relacionado al punto anterior sobre la separación de funciones y mecanismos de pago, se requiere: i) analizar la capacidad real de los prestadores de funcionar como entes autónomas en el marco actual de gestión del recurso humano, ii) fortalecer la capacidad real de gestión de los prestadores como entes autónomos, y iii) cambiar los incentivos que enfrentan los prestadores para que estos se alineen con los objetivos de mejorar la salud de la población y la eficiencia del sistema. Una ruta crítica sería establecer un plan de fortalecimiento de la gestión de los SRS para: (i) establecer mecanismos transparentes de gobierno y rendición de cuentas, (ii) fortalecer su capacidad de gestión, incluyendo la administración de su personal y la gestión clínica utilizando un modelo que les permita trabajar en red, y (iii) fortalecer la capacidad financiera para establecer contratos con el SENASA y otras ARS, que deberán constituir la forma principal de obtención de ingresos. También se podrá evaluar sus necesidades en términos de infraestructura y equipamiento, dentro de un concepto de eficiencia sectorial, bajo el supuesto de que actuarán en red.

- d) *Articulación de redes de proveedores basadas en un modelo de atención familiar y comunitario, con el primer nivel como puerta de entrada:* Es cada vez más claro que una atención integral y eficaz no puede lograrse en un sistema donde existen proveedores aislados y fragmentados. En el régimen subsidiado, como pre-requisito para lograrlo se requiere, una vez más, que se produzca la separación funcional y se defina cuáles serán las entidades dentro de la red que tendrán la potestad de establecer contratos con el SENASA. Una vez definido esto, habrá que establecer los mecanismos para asignar la población de manera territorial a las UNAPs (actualización de la actual sectorización) y definir los mecanismos de referencia y contrareferencia. Asimismo, establecer un plan de trabajo para el fortalecimiento en gestión clínica, administrativa y financiera en las UNAPs reformadas. En el régimen contributivo, el BID puede ayudar a definir la forma de organización de los Centros de Atención Primaria, que según el marco legal deben constituir la puerta de entrada del sistema de salud. En particular, se debe establecer su articulación en una red única de proveedores públicos y privados. También en estos debería implementarse el mismo sistema de gestión clínica así como fortalecer el sistema de información para medir el desempeño, tanto de los proveedores privados como de todo el sistema.
- e) *Calidad:* En adición a las medidas que se indican en la sección de regulación (habilitación de los proveedores y plan de garantía de calidad), en la de rectoría (fortalecimiento de la capacidad de producción de datos y análisis de los mismos para medir el desempeño de los proveedores), y generación de recursos (capacitación de los recursos humanos), se recomienda que se establezcan indicadores de calidad, calidez, capacidad de respuesta, satisfacción del usuario y mecanismos para dar seguimiento a estos indicadores, inclusive a que la información se publique de manera transparente, para guiar las decisiones de los usuarios y a su vez, favorecer la auto-evaluación de los proveedores.

#### **6.4. Generación de Recursos**

Se recomienda que, con apoyo del BID, el país haga una evaluación de la infraestructura, recurso humano y equipamiento y que lo contraste con la demanda actual y proyectada que existe a nivel nacional y por regiones, incluyendo en esta evaluación tanto los recursos públicos como privados, para tomar en consideración la eficiencia sistémica en la asignación de los recursos, evitando invertir innecesariamente en recursos costosos cuyos servicios pueden ser comprados en aquellos proveedores que ya los tienen. Esto no tanto para construir una nueva infraestructura sino para comenzar a diseñar estrategias articuladas que permitirán cerrar las brechas entre demanda y oferta durante la próxima década.

De igual manera se recomienda diseñar estrategias de capacitación del personal de salud que promuevan el uso de la medicina basada en la evidencia, por ejemplo a través de la aplicación de las guías de práctica clínica. Diferentes esquemas pueden vislumbrarse en este contexto. Por ejemplo, puede ampliarse el sistema virtual de capacitación continuada de los recursos humanos en salud en términos de nuevos contenidos y a la totalidad de los recursos humanos en salud, incluyendo capacitación en temas de bioética, y de valores y respeto a los derechos humanos. Asimismo, se recomienda alinear mejor la formación del recurso humano con las necesidades del país, requerirá también de la implementación de una estrategia que vincule mejor el MSP, las universidades, el Colegio Médico y las sociedades especializadas.

Se recomienda igualmente elaborar estrategias específicas para mejorar la distribución del personal calificado y estable por regiones y por nivel de atención. En este contexto podría ser útil establecer un sistema de incentivos que atraiga recursos humanos especializados a las demás regiones del país. Puede igualmente reconsiderarse el sistema de pasantías, lo que podría liberar recursos para la contratación de personal médico capacitado y más permanente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comisión Nacional de Salud, *Salud: Visión de Futuro – Elementos para un acuerdo nacional*, Santo Domingo, RD, 1996.

Congreso Nacional de la República Dominicana, *Ley de la Seguridad Social No. 87-01*. Santo Domingo. 2001a.

Congreso Nacional de la República Dominicana, *Ley General de Salud No. 42-01*. Santo Domingo. 2001b.

Congreso Nacional de la República Dominicana, *Ley General de Defensa de la Competencia, No. 42-08*. Santo Domingo. 2008.

La Forgia, Gerard, Ruth Levine, Magdalena Rathe y Arismendi Díaz, *Fend for yourself*, Health Policy, 2004, vol. 67, issue 2, pages 173-186.

Morillo, Antonio, *Evolución y determinantes de la pobreza monetaria en la República Dominicana, 2000-2009*, Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo, Santo Domingo, 2009.

OMS, Informe Mundial de la Salud, 2000.

Pérez-Then, Eddy, *Calidad de la atención obstétrica y neonatal en la RD*, Observatorio de la Salud/BID/Fundación Plenitud, Santo Domingo, RD, 2011.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (Ed.), *Política social: capacidades y derechos*, Santo Domingo, República Dominicana, 2009.

Rathe, Magdalena y Dania Guzmán, *Evolución del Gasto Nacional en Salud en la República Dominicana y Proyecciones al 2015*, Fundación Plenitud, 2012 (en preparación).

Rathe, Magdalena, *Cuidado con el cartel de la salud*, Periódico Hoy, Santo Domingo, República Dominicana, 2011.

Rathe, Magdalena, *Financial Protection in Health in the Dominican Republic*, en proceso de publicarse como capítulo del libro *Financial Protection in ALC*, Harvard University Press, 2012. (Health Financing in Latin America, Edited by: Felicia Marie Knaul, Rebeca Wong, Héctor Arreola-Ornelas based on the work of the Research in Health Financing - Latin America and the Caribbean Network (RHF-LANET).

Rathe, Magdalena, *Dominican Republic: Can universal coverage be achieved?*, background paper elaborado para la producción del Informe de Salud Mundial de la OMS, *El camino hacia la cobertura universal*, Ginebra, Suiza, 2010.

[http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en/index.html](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en/index.html)

(consultado el 5-5-2012).



Rathe, Magdalena y Santana, María Isabel. *“Catastrophe Health Expenditures in the Dominican Republic: Analysis of Determinants and Linkages to Impoverishment”*. Fundación Plenitud/Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe (OS-ALC), República Dominicana, 2009 (en proceso de publicación).

Rathe, Magdalena y Alejandro Moliné, *El Sistema de Salud de la República Dominicana*, Revista Salud Pública de México, 2011 53 Supl 1:S197-S206.

Rathe, Magdalena, Ramón Pérez Minaya, Lesly Franco Cuzco, Dania Guzmán, *Medicamentos y Propiedad Intelectual*, Fundación Plenitud, ICTSD, PNUD, OPS, SESPAS, Santo Domingo, República Dominicana, 2009.

Rathe, Magdalena, *Salud y Equidad: Una Mirada al Financiamiento a la Salud en la República Dominicana*, Macro International / PHRplus, Santo Domingo, República Dominicana, 2000.

Rojas, Fernando (comunicación personal).

Sáenz, Rocío, et al, *Abordaje de la diabetes: estrategias a favor de la equidad en cuatro países de América Latina: Colombia, Costa Rica, Paraguay y República Dominicana*. Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe (OS-ALC), México, 2011.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social-Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Indicadores básicos de salud*, Santo Domingo, República Dominicana, 2010.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional: Desempeño y Fortalecimiento*, Edición Especial No. 17, Washington DC, 2007.

World Health Organization. *Perfiles de NDC*. New York: WHO, 2011.

World Health Organization (WHO). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Geneva, Switzerland. 2008.

World Health Organization (WHO). *Health metrics network. Assessing the National Health Information System, An Assessment Tool*, VERSION 4.00, Geneva, Switzerland. 2008.

# ANEXOS

---

## ANEXO 1. FUNCIONES CENTRALES DE UN SISTEMA DE SALUD

- 1) *Rectoría*. Implica tres tareas centrales:
    - a) *Conducción sectorial*, que se refiere a fijar la dirección del sistema de salud a través de la formulación de metas, políticas y estrategias
    - b) *Inteligencia sanitaria*, dedicada a recoger e interpretar la información para tomar decisiones basadas en la evidencia
    - c) *Regulación y supervisión* a través de reglas, procedimientos, leyes, decretos, estándares, etc. que incentiven, monitorean y penalicen el comportamiento de los actores)
  - 2) *Financiamiento*. Se define como el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema. Busca asegurar la disponibilidad de recursos financieros y de establecer incentivos financieros correctos a los prestadores para asegurar que todos los individuos tengan acceso a servicios de salud pública y a cuidados individuales efectivos. Dentro de la función de financiamiento existen, tres sub-funciones: el *recaudo*, *el aseguramiento* y *la compra*.
    - a) *Recaudo*. El recaudo de recursos es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero proveniente de los hogares, organizaciones o compañías, así como de donantes.
    - b) *Aseguramiento*. Esta subfunción, se refiere a la acumulación y administración de los fondos de recursos antes colectados con el fin de asegurar que el riesgo de tener que pagar por el cuidado de la salud recaerá en todos los miembros asegurados (el pool) y no en cada contribuyente de manera individual.
    - c) *Compra de servicios*. El proceso de compra consiste en el pago de dinero proveniente del fondo común a los prestadores de salud para que entreguen un conjunto de servicios de salud. Esta función puede realizarse de forma pasiva o estratégica. La utilización de incentivos corresponde a la *compra estratégica* de servicios por parte de los asegurados. Implica tomar decisiones explícitas y no pasivas acerca de tres interrogantes centrales: *qué servicios comprar para la población asignada, cómo hacerlo y de quién comprar esos servicios para lograr los objetivos propuestos*.
      - i) *¿Qué servicios comprar?* Decidir de manera estratégica qué servicios garantizar para la población (por ejemplo a través de la priorización explícita y la definición de un plan de beneficios).
      - ii) *¿Cómo comprar?* Tanto para asignar recursos como para pagar a los proveedores, se cuenta con mecanismos de asignación de recursos desde una fuente de fondos como el gobierno, una compañía de seguros u otro tipo de ente pagador hacia los prestadores. Los diferentes mecanismos de pago (pago por servicios prestados, pago por cápita, pago por caso etc.) vienen acompañados de una serie de incentivos que influyen en las conductas de los prestadores en términos de los tipos, cantidades, calidad y efectividad de los servicios que ofrecen.
      - iii) *¿De quién comprar?* Se refiere a las decisiones acerca de la selección de los prestadores que garantizarán los servicios que se quieren ofrecer a la población.
  - 3) *Prestación*. La OMS define la prestación o entrega de servicios como la manera en que se combinan los insumos para generar servicios. Bajo esta perspectiva, la prestación de servicios puede ser visto con un enfoque sistémico donde se combinan insumos (recursos financieros y humanos, medicamentos, materiales, infraestructura física, guías de práctica clínica, políticas etc., Masoud, 2001) y procesos (el cómo usar esos recursos mediante gestión, organización del cuidado, procesos de mejoría de calidad etc.) para producir ciertos resultados intermedios (por ejemplo niños vacunados) y finales (por ejemplo reducción de morbilidad infantil).
  - 4) *Generación de recursos*: inversión y formación del recurso humano. Esta función se vincula directamente con las inversiones que realiza el sistema de salud para disponer de los elementos necesarios en su operación, debido a las inversiones que en muchas ocasiones se dan fuera de lo que se considera el sistema de salud, como por ejemplo, la elaboración de nuevos medicamentos o la formación de nuevos especialistas clínicos. Es necesario tener en cuenta que los recursos con los que dispone el sistema de salud en el momento actual son producto de las inversiones realizadas en el pasado (recursos, conocimientos, información) con lo que se puede generar un desfase entre los recursos disponibles y las necesidades actuales, si no existe una planificación adecuada.
- 

Fuente: Autores basado en Travis et al., 2002, *Towards better stewardship: concepts and critical issues*.

## ANEXO 2. INDICADORES DEL SISTEMA DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

|                                | ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS  | 2000  | 2001   | 2002 | 2003 | 2004 | 2005  | 2006   | 2007 | 2008 | 2009 | 2010  | 2011 |  |
|--------------------------------|--|-------|--------|------|------|------|-------|--------|------|------|------|-------|------|--|
| <b>Población y crecimiento</b> | <b>Población: total (millones)</b>   | 8.6   | 8.7    | 8.8  | 9    | 9.1  | 9.2   | 9.4    | 9.5  | 9.6  | 9.8  | 9.9   | 10   |  |
|                                | Hombres  | 4.3   | 4.4    | 4.4  | 4.5  | 4.6  | 4.6   | 4.7    | 4.7  | 4.8  | 4.9  | 4.9   | 5.0  |  |
|                                | Mujeres  | 4.3   | 4.3    | 4.4  | 4.5  | 4.5  | 4.6   | 4.7    | 4.8  | 4.8  | 4.9  | 5.0   | 5.0  |  |
|                                | Zona urbana  | 5.1   | 5.2    | 5.4  | 5.5  | 5.7  | 5.8   | 6      | 6.1  | 6.3  | 6.4  | 6.6   | 6.7  |  |
|                                | Zona rural   | 3.5   | 3.5    | 3.4  | 3.5  | 3.4  | 3.4   | 3.4    | 3.4  | 3.3  | 3.4  | 3.3   | 3.3  |  |
|                                | <b>Tasa anual de crecimiento de la población (%)</b>                         | 2.5   |        |      |      |      | 2.3   |        |      |      |      | 2.1   |      |  |
|                                | Población mayores de 65 años (%)   | 5.03  |        |      |      |      | 5.57  |        |      |      |      | 5.94  |      |  |
|                                | Población menores de 15 años (%)   | 35.08 |        |      |      |      | 33.27 |        |      |      |      | 31.48 |      |  |
|                                | <b>Tasa de fecundidad total (por mujer)</b>                                  |       | 2.83   |      |      |      |       | 2.67   |      |      |      |       |      |  |
|                                | Tasa de fecundidad de las adolescentes (por 1000 mujeres entre 15 y 19 años) |       | 0.1096 |      |      |      |       | 0.1087 |      |      |      |       |      |  |

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE)

| <b>ACCESO</b>                 |   | <b>2007</b> |
|-------------------------------|---|-------------|
|                               | Partos atendidos por personal de salud cualificado (%)              |             |
|                               | Urbano  | 94          |
|                               | Rural   | 95          |
| <b>Servicios Maternos</b>     | Cobertura de atención prenatal - al menos 4 visitas (%)             |             |
|                               | Urbano  | 93          |
|                               | Rural   | 88          |
|                               | Cobertura de atención prenatal - al menos 1 visitas (%)             |             |
|                               | Urbano  | 98.9        |
|                               | Rural   | 98.9        |
| <b>Inmunización</b>           | Cobertura de la inmunización antisarampionosa en niños de 1 año (%) |             |
|                               | Urbano  | 78          |
|                               | Rural   | 81          |
| <b>Planificación Familiar</b> | Necesidad insatisfecha de planificación familiar (%)                |             |
|                               | Urbano  | 11.7        |
|                               | Rural   | 11.7        |
|                               | Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (%)                  |             |
|                               | Urbano  | 69          |
|                               | Rural   | 72          |

Fuente: GHODATA, WHS 2011, ONE

| <b>SALUD</b>  |   |               |              |              |           |      |
|---|---|---------------|--------------|--------------|-----------|------|
|   | Esperanza de vida al nacer (años)   | 1990-1995     | 1995-2000    | 2000-2005    | 2005-2010 |      |
| <b>Salud General</b>                                    | Hombres   | 66.47         | 67.25        | 68.11        | 69.18     |      |
|   | Mujeres   | 71.86         | 73.12        | 74.35        | 75.45     |      |
|   | Ambos sexos   | 69.1          | 70.11        | 71.15        | 72.24     |      |
|   | Tasa de mortalidad infantil   | 1990-1995     | 1995-2000    | 2000-2005    | 2005-2010 |      |
|   | Hombres   | 53.00         | 46.50        | 39.67        | 33.66     |      |
|   | Mujeres   | 42.00         | 35.89        | 29.96        | 25.27     |      |
|   | Ambos sexos   | 47.60         | 41.30        | 34.90        | 29.60     |      |
| <b>Salud infantil</b>                                   | Tasa de mortalidad de menores de 5 años   | 1990          | 2000         | 2006         | 2008      | 2009 |
|   | Hombres   | 67            | 42           | 31           | 35        | 34   |
|   | Mujeres   | 57            | 36           | 27           | 30        | 29   |
|   | Ambos sexos   | 62            | 39           | 29           | 33        | 32   |
|   | Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos)  | 28            | 20           |              | 19        | 17   |
| <b>Salud materna</b>                                    | Tasa de mortalidad materna  | 1990-1991     | 1999-2001    | 2008-2020    | 2011      |      |
|   |   | 220 [120–380] | 120 [71–190] | 100 [62–170] | 92.8      |      |
| <b>Carga de las enfermedades</b>                        | DALY's estandarizados por edad  |               |              | 2004         |           |      |
|   | 0 - 14 años   | 545           |              |              |           |      |
|   | 15 - 59 años  | 1130          |              |              |           |      |
|   | Más de 60 años  | 311           |              |              |           |      |
| <b>Carga de las enfermedades no transmisibles (ENT)</b> | Mortalidad total por ENT  |               |              | 2010         |           |      |
|   | Hombres   | 21.7          |              |              |           |      |
|   | Mujeres   | 22.4          |              |              |           |      |
|   | Mortalidad prematura por ENT ( muertes por ENT en menores de 70 años como % del total de muertes por ENT) |               |              | 2008         |           |      |
|   | Hombres   |               |              | 40.8         |           |      |
|   | Mujeres   |               |              | 37.4         |           |      |

|   |   |      |               |
|---|---|------|---------------|
| <b>Enfermedades tropicales desatendidas</b> | Cobertura del programa PCT para el control de STH en edad escolar o pre-escolar | n/a  |               |
|   |   | 2007 | 2008-2010     |
| <b>HIV</b>                                  | Prevalencia del VIH en adultos de entre 15 y 49 años (%)                        | 1.1  | 0.9 [0.7–1.0] |
| <b>Estado Nutricional</b>                   | Malnutrición crónica en niños <2  | 2007 |               |
|   | Malnutrición crónica en niños <5  | 9.8  |               |
|   | Hombres   | n/a  |               |
|   | Mujeres   | n/a  |               |
|   | Ambos sexos   | n/a  |               |
|   | Sobrepeso y obesidad en niños en edad escolar                                   | n/a  |               |
|   | Anemia en niños de 0 a 24 meses   | n/a  |               |
|   | Anemia en mujeres fértiles  | n/a  |               |

Fuentes varias: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), Rep. Dom.; Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE); World Health Survey (WHS) & Global Health Observatory Data (GHODATA), World Health Organization (WHO).

|                           | <b>TEMA</b>   | <b>2000-2010</b> |
|---------------------------|---|------------------|
|                           | Agentes de salud comunitarios: Densidad (por 10,000 habitantes)     | n/a              |
| <b>Personal sanitario</b> | Personal de odontología: Densidad (por 10,000 habitantes)           | 8.4              |
|                           | Personal de enfermería y partería: Densidad (por 10,000 habitantes) | 18.4             |
|                           | Médicos: Densidad (por 10,000 habitantes)                           | 18.8             |
|                           |   | 2000-2009        |
| <b>Infraestructura</b>    | Número de camas hospitalarias (por 10,000 habitantes)               | 10               |

Fuente: WHS 2011

| <b>INEQUIDADES</b>  |                              | <b>2007</b> |
|---|------------------------------|-------------|
| Partos atendidos por personal de salud cualificado (%)              |                              |             |
| Lugar de residencia   |                              |             |
|   | Urbano                       | 96          |
|   | Rural                        | 94          |
|   | Cociente urbano–rural        | 1           |
|   | Diferencia urbano–rural      | 2           |
| Quintil de riqueza  |                              |             |
| <b>Acceso a servicios maternos</b>                                  | Inferior                     | 89          |
|   | Superior                     | 98          |
|   | Cociente superior–inferior   | 1.1         |
|   | Diferencia superior–inferior | 9           |
|   | Nivel educativo de la madre  |             |
|   | Inferior                     | 86          |
|   | Superior                     | 97          |
|   | Cociente urbano–rural        | 1.1         |
|   | Diferencia urbano–rural      | 12          |
| Cobertura de la inmunización antisarampionosa en niños de 1 año (%) |                              |             |
| Lugar de residencia   |                              |             |
|   | Urbano                       | 78          |
|   | Rural                        | 81          |
|   | Cociente urbano–rural        | 1           |
|   | Diferencia urbano–rural      | -3          |
| Quintil de riqueza  |                              |             |
| <b>Acceso a servicios de cuidado infantil</b>                       | Inferior                     | 73          |
|   | Superior                     | 87          |
|   | Cociente superior–inferior   | 1.2         |
|   | Diferencia superior–inferior | 14          |
| Nivel educativo de la madre   |                              |             |
|   | Inferior                     | 53          |
|   | Superior                     | 83          |
|   | Cociente urbano–rural        | 1.6         |
|   | Diferencia urbano–rural      | 30          |



---

| Tasa de mortalidad de menores de 5 años<br>(probabilidad de morir antes de cumplir 5 años por<br>1000 nacidos vivos) |                              |     |
|--|------------------------------|-----|
|  | Lugar de residencia          |     |
|  | Urbano                       | 37  |
|  | Rural                        | 37  |
|  | Cociente urbano–rural        | 1   |
|  | Diferencia urbano–rural      | 1   |
|  | Quintil de riqueza           |     |
| <b>Resultados<br/>de salud</b>   | Inferior                     | 53  |
|  | Superior                     | 28  |
|  | Cociente superior–inferior   | 1.9 |
|  | Diferencia superior–inferior | 25  |
|  | Nivel educativo de la madre  |     |
|  | Inferior                     | 57  |
|  | Superior                     | 29  |
|  | Cociente urbano–rural        | 2   |
|  | Diferencia urbano–rural      | 28  |

---

Fuente: WHS 2011

| <b>GASTO EN SALUD</b>   | <b>2000</b> | <b>2001</b> | <b>2002</b> | <b>2003</b> | <b>2004</b> | <b>2005</b> | <b>2006</b> | <b>2007</b> | <b>2008</b> | <b>2011</b> |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Gasto total en salud al tipo de cambio promedio (US\$)  |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Gasto total en salud como porcentaje del producto interno bruto                               | 6.3         |             |             |             |             | 5.5         | 5.6         | 5.4         | 5.7         |             |
| Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)                             | 170         |             |             |             |             |             |             |             | 261         |             |
| Gasto total en salud per cápita en dólares internacionales (PPA)                              | 311         |             |             |             |             | 350         | 400         | 425         | 465         |             |
| Gasto del gobierno en salud per cápita  | 107         |             |             |             |             | 110         | 148         | 153         | 172         |             |
| Gasto del gobierno general en salud como porcentaje del gasto total en salud                  | 34.5        |             |             |             |             | 31.6        | 37          | 35.9        | 37.1        |             |
| Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud                       | 71.9        |             |             |             |             | 66.7        | 64.3        | 65.3        | 66.3        |             |
| Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto total en salud                         |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Gasto de la seguridad social en salud como porcentaje del gasto del gobierno general en salud | 17          |             |             |             |             | 26.8        | 27.1        | 28.6        | 24.7        |             |
| Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud                      | 2           |             |             |             |             | 2.6         | 3.6         | 3.2         | 1.6         |             |

Fuente: GHODATA, GHED, WHS 2011

**ESTIMACIÓN PRELIMINAR DEL GASTO NACIONAL EN SALUD 2004-2012 (%)**

| Esquemas de Financiamiento                        | DATOS HISTORICOS |               |               |               |               |               |                | DATOS PROYECTADOS |                |
|---|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|-------------------|----------------|
|   | 2004             | 2005          | 2006          | 2007          | 2008          | 2009          | 2010           | 2011              | 2012           |
| <b>GASTO NACIONAL EN SALUD (Millones de RD\$)</b> | <b>42,199</b>    | <b>48,454</b> | <b>58,184</b> | <b>62,887</b> | <b>80,276</b> | <b>88,733</b> | <b>102,685</b> | <b>116,292</b>    | <b>129,940</b> |
|   | <b>100.0</b>     | <b>100.0</b>  | <b>100.0</b>  | <b>100.0</b>  | <b>100.0</b>  | <b>100.0</b>  | <b>100.0</b>   | <b>100.0</b>      | <b>100</b>     |
| <b>ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO PUBLICOS</b>        | <b>33.2</b>      | <b>36.9</b>   | <b>43.4</b>   | <b>42.5</b>   | <b>49.2</b>   | <b>46.1</b>   | <b>49.8</b>    | <b>50.5</b>       | <b>52.9</b>    |
| <b>Gobierno central</b>                           | 25.3             | 26.7          | 30.6          | 34.7          | 31.3          | 25.1          | 26.1           | 25.9              | 24.6           |
| Ministerio de Salud Pública                       | 19.5             | 19.5          | 24.3          | 26.0          | 23.4          | 20.4          | 22.1           | 22.0              | 21.1           |
| Otras instituciones gobierno central              | 5.8              | 7.2           | 6.4           | 8.7           | 8.0           | 4.8           | 4.0            | 3.8               | 3.5            |
| <b>Seguridad social</b>                           | <b>7.9</b>       | <b>10.2</b>   | <b>12.8</b>   | <b>7.8</b>    | <b>17.9</b>   | <b>21.0</b>   | <b>23.7</b>    | <b>24.6</b>       | <b>28.3</b>    |
| Régimen contributivo                              | 7.6              | 9.7           | 11.4          | 11.0          | 15.0          | 17.8          | 21.4           | 20.5              | 24.1           |
| Régimen subsidiado                                | 0.2              | 0.4           | 1.4           | 3.8           | 2.9           | 3.2           | 2.3            | 4.1               | 4.2            |
| <b>ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO PRIVADOS</b>        | <b>10.4</b>      | <b>10.5</b>   | <b>10.5</b>   | <b>12.4</b>   | <b>11.0</b>   | <b>12.2</b>   | <b>10.7</b>    | <b>10.5</b>       | <b>9.9</b>     |
| Seguros voluntarios privados                      | 9.1              | 9.1           | 9.1           | 11.0          | 9.6           | 9.8           | 9.2            | 8.9               | 8.3            |
| Organizaciones no gubernamentales                 | 1.4              | 1.5           | 1.4           | 1.5           | 1.4           | 2.4           | 1.5            | 1.6               | 1.6            |
| <b>ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO DE HOGARES</b>      | <b>56.4</b>      | <b>52.6</b>   | <b>46.1</b>   | <b>45.1</b>   | <b>39.8</b>   | <b>41.6</b>   | <b>39.5</b>    | <b>39.1</b>       | <b>37.2</b>    |
| Gasto directo de bolsillo de los hogares          | 56.4             | 52.6          | 46.1          | 45.1          | 39.8          | 41.6          | 39.5           | 39.1              | 37.2           |

Fuente: Elaborado por PLENITUD

### ANEXO 3. MAPA INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL<sup>54</sup>

| No. | Institución   | Legislación            | Rol                       | Naturaleza                            | Principales Funciones   |
|-----|---|------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---|
| 1   | <b>Consejo Nacional de Seguridad Social</b>                     | Ley No.87-01           | Rectoría Deliberativa     | Pública de Dirección Colegiada        | Aprueba las políticas y normativas del sistema de seguridad social, incluyendo el Seguro Familiar de Salud. Es presidida por el Secretario de Estado de Trabajo.  |
| 2   | <b>Consejo Nacional de Salud</b>                                | Ley No.42-01           | Rectoría Deliberativa     | Pública de Dirección Colegiada        | Aprobar las políticas y líneas generales del funcionamiento del sector. Esta integrado por las instituciones del sector, encabezada por el MSP.   |
| 3   | <b>Ministerio de Salud Pública (MSP)</b>                        | Ley No.42-01           | Rectoría Vinculante       | Pública                               | Conducción, formulación de las políticas sanitarias y el ejercicio de la autoridad  |
| 4   | <b>Secretaría de Estado de Trabajo</b>                          |                        | Rectoría Vinculante       | Pública                               | Formulación de las políticas laborales y la promoción del bienestar de los trabajadores   |
| 5   | <b>Instituto Dominicano de Seguridad Social</b>                 | Ley No.1896-48 y 87-01 | Aseguramiento y Provisión | Pública de Dirección Colegiada        | Consortio de empresas de aseguramiento y provisión de servicios de salud y de estancias infantiles, es la única administradora de riesgos laborales   |
| 6   | <b>Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)</b> | Ley No.87-01           | Regulación y Supervisión  | Pública                               | Supervisar y regular el funcionamiento de las Administradoras de Riesgo de Salud y las de riesgos laborales   |
| 7   | <b>Seguro Nacional de Salud (SENASA)</b>                        | Ley No.87-01           | Aseguramiento             | Pública                               | Administradora de riesgos de salud. Es la responsable de garantizar cobertura de seguro a la población de los regímenes subsidiado y contributivo-subsidiado (que no está operando aún), así como a las personas del régimen contributivo que la elijan. Muchos trabajadores del sector público están afiliados al régimen contributivo, pero no es obligatorio.  |
| 8   | <b>Administradores de Riesgos de Salud (ARS)</b>                | Ley No.87-01           | Aseguramiento             | Públicas, Privadas y Auto-gestionadas | Dar cobertura de seguro de salud a la población del régimen contributivo. Contratar a los PSS. Además de las privadas, que son la mayor parte y tienen la mayor cantidad de afiliados hay varias instituciones del sector público descentralizado tienen ARS autogestionadas. Existen otras de los maestros y ciertos grupos de trabajadores. También una parte del IDSS conforma una ARS pública llamada Salud Segura. |

<sup>54</sup> Modificado en base a World Bank (2008). Diagrama del Sector Salud y Seguridad Social de la República Dominicana.

|    |  |                              |                          |                          |  |
|----|--|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 9  | <b>Proveedores de Servicios de Salud (PSS)</b>                     | Ley No.87-01                 | Provisión                | Pública, Privada y Mixta | Dar servicios de salud a la población  |
| 10 | <b>Programa de Medicamentos Esenciales PROMESE-CAL</b>             | Decreto No.                  | Compra Estratégica       | Pública                  | Realiza compras en gran escala para obtener economías de escala y suplir de medicamentos e insumos a los hospitales públicos y las farmacias públicas (“Farmacias del pueblo”). Está concebida como una Central de Apoyo Logístico.  |
| 11 | <b>Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS)</b> | Decreto No.                  |                          | Pública                  | Coordina los esfuerzos nacionales para la reforma del sector y funge como unidad ejecutora de proyectos con financiamiento externo.  |
| 12 | <b>Direcciones Provinciales de Salud (DPS)</b>                     | Ley No.42-01                 | Rectoría Vinculante      | Pública                  | Son la expresión provincial del MSP. Ejercen los roles de rectoría y son las responsables de los servicios de salud colectiva a nivel provincial.  |
| 13 | <b>Servicios Regionales de Salud (SRS)</b>                         | Ley No.42-01                 | Provisión                | Pública                  | Son entidades del MSP, que agrupan la provisión de servicios de salud a las personas de forma individual. Todavía no se ha verificado un proceso para desconcentrarlos o para darles autonomía de gestión, tal como está previsto en el marco legal.   |
| 14 | <b>Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)</b>  | Ley No.87-01                 | Defensoría e Información | Pública                  | Es la responsable de defender los derechos de los afiliados ante los demás actores del sistema. Debe brindar información y educación a los afiliados sobre sus derechos y deberes, así como sobre el funcionamiento del sistema.   |
| 15 | <b>Tesorería de la Seguridad Social</b>                            | Ley No.87-01                 | Financiamiento           | Pública                  | Recibe los fondos del Sistema Dominicano de Seguridad Social proveniente de las diferentes fuentes y paga mensualmente a las ARS el per-cápita según su población afiliada. Audita las nóminas de las empresas para evitar evasión y alusión, conjuntamente con la SISALRIL audita a las ARS, velando por el equilibrio financiero del sistema |
| 16 | <b>Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo</b>          | Ley No.496-06<br>Ley No.1-12 | Rectoría Vinculante      | Pública                  | Formula en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de protección social. Coordinó el proceso de elaboración de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030 (END), convertida en Ley en 2012. Da seguimiento al cumplimiento de la END a través de los Planes Plurianuales del Sector Público, que se producen cada año.    |
| 17 | <b>Contraloría de la Seguridad Social</b>                          | Ley No.87-01                 | Financiamiento           | Pública                  | Audita los fondos de las diferentes instituciones de la seguridad social.  |

## ANEXO 4. Nivel de conformación de redes en la República Dominicana según 14 atributos

(La situación de la República Dominicana está indicada con letra *cursiva*)

|   |                         | Atributo   | Red fragmentada   | Red parcialmente integrada  | Red integrada   |
|---|-------------------------|--|---|---|---|
| 1 | Modelo de atención      | <b>Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades en salud, que determinan la oferta de servicios;</b>  | <i>Sin población/territorio a cargo</i>                                       | Población/territorio a cargo definidos, pero con escaso conocimiento de sus necesidades en salud                | Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades en salud, las cuales determinan la oferta y servicios de salud                          |
| 2 |                         | <b>Extensa red de establecimientos que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación, y que integra tanto los servicios de salud personales como los de salud pública;</b> | Inexistente, muy limitada o restringida a primer nivel                        | <i>Comprende todos o la mayoría de niveles de atención pero con predominio de servicios de salud personales</i> | Una extensa red de establecimientos de salud que comprende todos los niveles de atención y que provee e integra todos los servicios de salud personales como colectivos |
| 3 |                         | <b>Primer nivel de atención que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el continuo de la atención;</b>   | <i>Predominio de programas verticales que funcionan en forma desintegrada</i> | Actúa como puerta de entrada al sistema pero con muy baja capacidad de resolución e integración de servicios    | Actúa como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población                    |
| 4 |                         | <b>Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, de preferencia ambulatorios;</b>  | <i>Acceso desregulado a especialistas</i>                                     | Acceso regulado a la atención especializada pero de predominio hospitalario                                     | Prestación de servicios especializados se dan preferentemente en ambientes extrahospitalarios   |
| 5 |                         | <b>Mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios;</b>   | <i>No hay coordinación asistencial</i>  | Existencia de mecanismos de coordinación asistencial, pero que no cubren todo el cuidado continuo de la salud   | Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el cuidado continuo de la salud   |
| 6 |                         | <b>Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género;</b>   | <i>Centrado en la enfermedad</i>  | Centrado en la persona  | Centrado en la persona, familia, comunidad y territorio   |
| 7 | Gobernanza y estrategia | <b>Sistema de gobernanza/coordinación única;</b>   | No hay función clara de gobernanza  | <i>Múltiples instancias de gobernanza que funcionan en forma independiente unas de otras</i>                    | Un sistema de gobernanza único para toda la red   |

|    |                                |  |  |   |  |
|----|--------------------------------|--|--|---|--|
| 8  |                                | <b>Participación y control social amplio;</b>  | No hay instancias de participación social                      | <i>Las instancias de participación social son limitadas</i>   | Participación social amplia  |
| 9  |                                | <b>Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de salud y la equidad en salud</b>  | No se establecen vínculos con otros sectores                   | <i>Existen vínculos con otros sectores sociales</i>   | Acción intersectorial inclusive más allá de los sectores sociales  |
| 10 | <b>Organización y gestión</b>  | <b>Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico;</b>   | <i>Gestión de apoyo desintegrada</i>                           | Gestión de apoyo clínica integrada pero sin integración de los sistemas de apoyo administrativo y logístico | Suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red   |
| 11 |                                | <b>Recursos humanos suficientes, competentes, y comprometidos;</b>   | Insuficientes para las necesidades de la red                   | <i>Suficientes pero deficiencias en cuanto a competencias técnicas y compromiso con la red</i>              | Suficientes, competentes y comprometidos   |
| 12 |                                | <b>Sistema de información que vincula a todos los miembros de la red (datos por sexo, etnia, edad, lugar de residencia, etc...);</b> | <i>No hay sistema de información (operando en la práctica)</i> | Múltiples sistemas que no se comunican entre sí   | Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de la red, con datos desglosados según variables pertinentes |
| 13 |                                | <b>Gestión basada en resultados</b>  | <i>No hay medición de desempeño y resultados</i>               | Medición de desempeño centrado en insumos y procesos  | Medición de desempeño centrado en resultados en salud y satisfacción de usuarios   |
| 14 | <b>Asignación e incentivos</b> | <b>Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red</b>  | <i>Insuficiente financiamiento y sin incentivos</i>            | Financiamiento adecuado pero sin incentivos financieros alineados   | Financiamiento suficiente e incentivos financieros alineados con las metas de la red como un todo                                |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2010. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4, Washington D.C. P. 53.

## ANEXO 5. PRIORIDADES DEL GOBIERNO RELACIONADAS CON SALUD

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS   | INDICE | Unidad  | Línea de base    |       | Meta 2015 |
|---|--------|---|------------------|-------|-----------|
|   |        |   | Año              | Valor |           |
| <b>Primer Eje, que procura un Estado Social Democrático de Derecho.</b>   |        |   |                  |       |           |
| “Un Estado social y democrático de derecho, con instituciones que actúan con ética, transparencia y eficacia al servicio de una sociedad responsable y participativa, que garantiza la seguridad y promueve la equidad, la gobernabilidad, la convivencia pacífica y el desarrollo nacional y local”. |        |   |                  |       |           |
| <b>Objetivo General 1.1: Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados</b>  |        |   |                  |       |           |
| Índice de fortaleza institucional   |        | <b>De 1 al 7, a mayor valor, mayor grado de fortaleza institucional</b> | <b>2010</b>      | 3.2   | 3.6       |
| <b>Segundo Eje, que procura una Sociedad con Igualdad de Derechos y Oportunidades.</b>  |        |   |                  |       |           |
| “Una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada educación, salud, vivienda digna y servicios básicos de calidad, y que promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social y territorial”.                                   |        |   |                  |       |           |
| Esperanza de vida al nacer  |        | <b>Años</b>   | <b>2005-2010</b> | 72.4  | 74.6      |
| Tasa de mortalidad menores de 5 años  |        | <b>Muertes de menores de 5 años por 1,000 nacidos vivos</b>             | <b>2002-2007</b> | 36    | 24        |
| Tasa de mortalidad materna  |        | <b>Muertes por 100,000 nacidos vivos</b>                                | <b>1997-2007</b> | 159   | 96.2      |
| Tasa mortalidad asociada a malaria  |        | <b>Muertos 100,00 habitantes</b>  | <b>2010</b>      | 0.14  | 0.1       |
| Tasa de mortalidad asociada a tuberculosis  |        | <b>Muertes por 100,000 habitantes</b>                                   | <b>2009</b>      | 1.2   | 0.5       |
| Tasa de letalidad asociada al dengue  |        | <b>Por 100 casos</b>  | <b>2010</b>      | 4.4   | 4.4       |
| Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales (ARV).  |        | <b>Porcentaje</b>   | <b>2009</b>      | 71    | 85        |
| Gasto Público en salud como % del Producto Interno Bruto  |        | <b>Porcentaje</b>   | <b>2009</b>      | 1.4   | 2.8       |



## ANEXO 6. ASPECTOS DESTACADOS DE LA END PARA ORIENTAR LA POLÍTICA SECTORIAL DE SALUD Y LA PROFUNDIZACIÓN DE SU REFORMA

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS  | LÍNEAS DE ACCIÓN   |
|--|--|
| <p><b>Primer Eje que procura un Estado Social Democrático de Derecho.</b></p> <p>“Un Estado social y democrático de derecho, con instituciones que actúan con ética, transparencia y eficacia al servicio de una sociedad responsable y participativa, que garantiza la seguridad y promueve la equidad, la gobernabilidad, la convivencia pacífica y el desarrollo nacional y local”.</p> |  |
| <p><b>Objetivo General 1.1: Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados</b></p>  |  |
| <p>1.1.1<br/>Estructurar una administración pública eficiente que actúe con honestidad, transparencia y rendición de cuentas y se oriente a la obtención de resultados en beneficio de la sociedad y del desarrollo nacional y local.</p>  | <p>1.1.1.1 Consolidar las instancias de coordinación interinstitucional y fortalecer las capacidades técnicas e institucionales de los organismos rectores y ejecutores, con el propósito de articular el diseño y ejecución de las políticas públicas y asegurar la debida coherencia, complementariedad y continuidad de las mismas.</p> <p>1.1.1.2 Asegurar la debida articulación entre la planificación estratégica y operativa, la dotación de recursos humanos y materiales y la gestión financiera, a fin de potenciar la eficiencia y eficacia de las políticas públicas a los niveles central y local.</p> |
| <p>1.1.2<br/>Impulsar el desarrollo local, provincial y regional, mediante el fortalecimiento de las capacidades de planificación y gestión de los municipios, la participación de los actores sociales y la coordinación con otras instancias del Estado, a fin de potenciar los recursos locales y aprovechar las oportunidades de los mercados globales</p>                             | <p>1.1.2.1 Fortalecer las capacidades técnicas, gerenciales y de planificación de los gobiernos locales para formular y ejecutar políticas públicas de manera articulada con el Gobierno Central.</p>  |
| <p><b>Segundo Eje, que procura una Sociedad con Igualdad de Derechos y Oportunidades.</b></p> <p>“Una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada educación, salud, vivienda digna y servicios básicos de calidad, y que promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social y territorial”.</p>                   |  |
| <p><b>Objetivo General 2.2: Salud y seguridad social integral</b></p>  |  |

|  |   |
|--|---|
| <p>2.2.1 Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud.</p> | <p>2.2.1.1 Impulsar el desarrollo de la red pública de salud y de redes privadas, articuladas por niveles de atención, incluyendo la asistencia pre-hospitalaria y traslado sanitario, que brinden atención integral con calidad y calidez, sustentada en una estrategia de atención primaria en salud a nivel nacional, que tome en cuenta las necesidades de los diversos grupos poblacionales.</p> <p>2.2.1.2 Fortalecer los servicios de salud colectiva relacionados con los eventos de cada ciclo de vida, en colaboración con las autoridades locales y las comunidades, con énfasis en salud sexual y reproductiva atendiendo las particularidades de cada sexo, prevención de embarazos en adolescentes, prevención de enfermedades transmisibles (tuberculosis, dengue, malaria, VIH y SIDA, entre otras), crónicas (hipertensión, diabetes, cardiovasculares, obesidad, entre otras) y catastróficas (cáncer de mama, cérvix y próstata, entre otras), así como el fomento de estilos de vida saludables garantizando el acceso a la población vulnerable y en pobreza extrema.</p> <p>2.2.1.3 Garantizar a toda la población, el acceso a medicamentos de calidad, promover su uso racional y priorizar la disponibilidad de medicamentos de fuentes múltiples (genéricos) en el mercado nacional.</p> <p>2.2.1.4 Fortalecer la función de rectoría del Ministerio de Salud Pública y sus expresiones desconcentradas, en relación a los servicios de salud individual y colectiva ofertados por los prestadores de servicios de salud, tanto públicos como privados, para garantizar el cumplimiento de estándares de calidad en los servicios prestados.</p> <p>2.2.1.5 Dotar de autonomía administrativa a los centros hospitalarios que forman la red pública de salud y conformar un Consorcio Nacional de Hospitales, autónomo, adscrito al Ministerio de Salud, con funciones de carácter técnico administrativo.</p> <p>2.2.1.6 Superar el modelo actual de atención, aumentando la capacidad del primer nivel de atención, reestructurando los servicios por ciclos de vida, orientado a la promoción y prevención por prioridades.</p> <p>2.2.1.7 Diseñar un sistema de supervisión y sanción del incumplimiento de los protocolos de actuación por parte del personal clínico y administrativo del sistema de salud.</p> |
| <p>2.2.2 Universalizar el aseguramiento en salud para garantizar el acceso a servicios de salud y reducir el gasto de bolsillo.</p>  | <p>2.2.2.1 Fortalecer los mecanismos de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, para lograr el aseguramiento universal.</p> <p>2.2.2.2 Reforzar las funciones de rectoría, regulación y supervisión de las instancias del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) para asegurar sostenibilidad financiera, calidad, equidad, oportunidad, pertinencia, eficiencia de costos y expansión de la canasta de prestaciones del Plan Básico de Salud.</p> <p>2.2.2.3 Implementar el Primer Nivel de Atención en salud como puerta de entrada al Sistema de Seguridad Social en Salud.</p>   |
| <p>2.2.3 Garantizar un sistema universal, único y sostenible de Seguridad Social frente a los riesgos de vejez, discapacidad y sobrevivencia, integrando y transparentando los regímenes segmentados existentes, en conformidad con la ley 87-01.</p>    | <p>2.2.3.1 Fortalecer las regulaciones, mecanismos y acciones que garanticen la afiliación y una eficaz fiscalización del pago al SDSS por parte de empleadores públicos y privados, a fin de garantizar la oportuna y adecuada provisión de los beneficios a la población afiliada, así como la sostenibilidad financiera del Sistema.</p> <p>2.2.3.2 Diseñar e implementar la estrategia y mecanismos de aplicación del Régimen Contributivo-Subsidiado, que tome en cuenta la capacidad de pago de los asegurados y minimice su costo fiscal.</p>  |

## Anexo 7. Avances, Desafíos y Acciones propuestas respecto a la Rectoría del Sistema de Salud

| Avances   | Desafíos  | Recomendaciones de acciones para el BID  | Acciones relacionadas según END, PP y plan de gobierno del PLD  |
|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• El MSP ha asumido su rol rector en el sentido de la formulación de metas, políticas y estrategias.</li> <li>• Se observan avances en la regulación del sector, principalmente en términos de definición de los criterios para la habilitación de establecimientos proveedores de servicios de salud.</li> <li>• El país ha logrado avances en la institucionalización de una unidad técnica en el MSP a cargo de las cuentas nacionales de salud y la creación de un comité interinstitucional compuesto por los principales actores del sector que suplen la información básica.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No está clara la magnitud de diseminación y aplicación de las metas, políticas y estrategias formuladas por el MSP.</li> <li>• No se observa un proceso sistemático de incorporación de “inteligencia” para toma de decisiones basadas en la evidencia.</li> <li>• Dificultades en la aplicación de reglas, procedimientos, leyes, decretos y estándares que incentiven, monitorean y penalizan el comportamiento de los actores del sector.</li> <li>• No hay separación clara de funciones</li> <li>• Es débil el papel del usuario y de la sociedad civil en el seguimiento de las políticas públicas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar el fortalecimiento institucional del MSP en su rol de rector para que pueda actuar como principal conductor de la política sectorial.</li> <li>• Apoyar el fortalecimiento del MSP para que pueda recoger e interpretar información con el fin de fomentar la toma de decisiones basadas en la evidencia</li> <li>• Apoyar la regulación sectorial, particularmente en la habilitación de los proveedores y la garantía de la calidad.</li> <li>• Apoyar la creación de un sistema de priorización explícita coordinado por el rector.</li> <li>• Apoyar el proceso de separación de funciones de rectoría y provisión de servicios</li> <li>• Apoyar el empoderamiento de los usuarios a través del conocimiento y el acceso a la información.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la función de rectoría del Ministerio de Salud Pública y sus expresiones desconcentradas (END) y reestructurar el MSP para fortalecer las funciones de rectoría y conducción estratégica del sistema nacional de salud y la salud colectiva (PLD)</li> <li>• END/PP: fortalecimiento de la función rectora a través de (a) fortalecimiento del sistema de información y la producción de información básica para el monitoreo y la evaluación; (2) fortalecimiento de la salud colectiva; (3) fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; (4) fortalecimiento de la capacidad de regulación y de la gestión de calidad</li> <li>• Consolidar las instancias de coordinación interinstitucional y fortalecer las capacidades técnicas e institucionales de los organismos rectores y ejecutores (END).</li> <li>• Fortalecer las regulaciones, mecanismos y acciones que garanticen la afiliación y una eficaz fiscalización del pago al SDSS.(END)</li> <li>• Reforzar las funciones de rectoría, regulación y supervisión de las instancias del SDSS para asegurar la sostenibilidad financiera, calidad, equidad, oportunidad, pertinencia, eficiencia de costos y expansión de la canasta de prestaciones del Plan Básico de Salud.</li> <li>• Acelerar el proceso de separación de funciones (PP)</li> <li>• Asegurar la provisión efectiva de información a la ciudadanía en torno a su derecho a la salud y a la seguridad social en salud (END).</li> <li>• Desarrollar, con participación y veeduría ciudadana, un sistema de monitoreo de la calidad de los servicios de salud de las prestadoras públicas y privadas (END).</li> </ul> |

Fuente: Estrategia Nacional de Desarrollo y (END), Plan Plurianual(PP) y Programa del Gobierno del PLD para 2012-2016

Nota: subrayado por los autores por su relevancia en el contexto de las prioridades de acción del BID

## Anexo 8. Avances, Desafíos y Acciones propuestas respecto al Financiamiento del Sistema de Salud

|                      | Avances  | Desafíos   | Recomendaciones de acciones para el BID  | Acciones relacionadas según END y PP  |
|----------------------|--|--|--|---|
| <b>Recaudo</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está en funcionamiento un sistema central y unificado de afiliación, recaudo y pago.</li> <li>• Se observan importantes avances en el recaudo cuanto la afiliación de los hogares, organizaciones o compañías en el régimen contributivo.</li> <li>• Se ha establecido el mecanismo de transferencia del Fondo General de la Nación para la aportación del régimen subsidiado.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se ha logrado identificar la totalidad de las empresas para que coticen a la seguridad social.</li> <li>• No se ha implementado el régimen subsidiado-contributivo.</li> <li>• Los fondos que asigna el gobierno para el régimen subsidiado son insuficientes para cubrir la población objetivo.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requiere una acción coordinada entre la TSS y la DGII para identificar las empresas que todavía no cotizan a la seguridad social, a fin de completar la cobertura poblacional de este régimen.</li> <li>• Se requiere determinar la viabilidad o no del régimen contributivo-subsidiado y establecer alternativas para cubrir a la población informal.</li> <li>• Se requiere fortalecer la capacidad financiera del SENASA y enfrentar las razones de las brechas entre ingresos y egresos.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer los mecanismos de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, para lograr el aseguramiento universal (END)</li> <li>• Fortalecer las regulaciones, mecanismos y acciones que garanticen la afiliación y una eficaz fiscalización del pago al SDSS por parte de los empleadores (END)</li> <li>• Diseñar e implementar la estrategia y mecanismos de aplicación del Régimen Contributivo-Subsidiado, que tome en cuenta la capacidad de pago de los asegurados y minimice su costo fiscal.</li> <li>• Aumentar el gasto social en educación, salud y servicios comunitarios en las zonas rurales, así como las inversiones en infraestructura productiva y aquellas que faciliten la integración urbano-rural y regional.</li> </ul> |
| <b>Aseguramiento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se observan importantes avances en los niveles de aseguramiento de los regímenes contributivo (58% de la población elegible) y subsidiado (37% de la población elegible).</li> <li>• El régimen subsidiado-contributivo todavía no se ha implementado.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En términos de la ampliación del régimen contributivo, hay dificultades en identificar la totalidad de las empresas que no cotizan.</li> <li>• En términos de la ampliación del régimen subsidiado, hay: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitaciones de recursos para ampliar la cobertura.</li> <li>- Dificultades en los tramites de documentación de la población dominicana (elegibles) indocumentada.</li> <li>- Necesidad de regularizar la situación de la población extranjera indocumentada que usa la red pública y definir quién pagará por ella.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para completar la cobertura al régimen contributivo, se requiere poder identificar la totalidad de las empresas que no cotizan, y (2) evaluar opciones para evitar evasión tributaria.</li> <li>• Para completar la cobertura al régimen subsidiado, se requiere: (i) ampliar los recursos destinados a la cobertura de la población elegible (63% de los elegibles aun no afiliados), (ii) facilitar los trámites para acelerar el proceso de documentación de la población dominicana elegible, (iii) incluir oficialmente los trabajadores independientes y del sector informal bajo a ese sistema.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer los mecanismos de afiliación al SDSS para lograr el aseguramiento universal (END)</li> <li>• Diseñar e implementar la estrategia y mecanismos de aplicación del Régimen Contributivo-Subsidiado, que tome en cuenta la capacidad de pago de los asegurados y minimice su costo fiscal.</li> </ul>   |

|                      |  |  |  |   |
|----------------------|--|--|--|---|
| <p><b>Compra</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El sistema ha avanzado en la separación de la función de financiamiento de las funciones de provisión y rectoría. La TSS transfiere los fondos mediante capitación a las ARS privadas y autogestionadas (régimen contributivo) y públicas (régimen subsidiado), las cuales transfieren los recursos a los proveedores de servicios vía contratos por servicios, pagos por eventos y otros.</li> <li>• Se observan importantes avances en la definición y costeo de un plan explícito de beneficios (Plan Básico de Salud cubierto por el Seguro Familiar de Salud).</li> <li>• Tanto para asignar recursos como para pagar a los proveedores, se cuenta con mecanismos de asignación definidos de transferencia de fondos y las instancias administrativas que los realizan están en operación.</li> <li>• Se ha establecido que los asegurados del régimen contributivo pueden afiliarse anualmente según su libre elección a cualquiera de las ARS públicas o privadas y, dentro de las opciones que esta posee, el prestador de su elección. Mientras que asegurados del régimen subsidiado son afiliados obligatoriamente al SENASA.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se ha completado la reforma en términos de la separación de funciones. El Fondo General de la Nación sigue financiando al MSP para que cubra la mayor parte de los insumos en la prestación de servicios en establecimiento públicos y para que cubra la población pobre aun no asegurada, generando incentivos perversos y debilidades en la provisión de servicios.</li> <li>• No se han implementado todos los servicios incluidos en el PBS por falta de explicitación del mismo con criterios adecuados de priorización.</li> <li>• No existe o es de conocimiento público los detalles de la metodología y del proceso de definición y costeo del PBS.</li> <li>• No hay un proceso sistemático y transparente de actualización del PBS y su costeo.</li> <li>• Los diferentes mecanismos de pago de las ARS a los proveedores (pago por servicios prestado, pago por cápita, pago por caso etc.) no vienen acompañados de incentivos o generan incentivos perversos que influyen en las conductas de los prestadores en términos de los tipos, cantidades, calidad y efectividad de los servicios que ofrecen.</li> <li>• Existe limitación de competencia y diferencias de calidad en los servicios entre los proveedores públicos y privados debido a que los asegurados al régimen subsidiado están obligatoriamente afiliados al SENASA y reciben sus servicios en los establecimientos públicos.</li> <li>• Existen planes complementarios que probablemente duplican los ofrecidos en el PBS, sin la debida supervisión.</li> <li>• Los usuarios no tienen información sobre sus derechos en lo que incluye el PBS ni sobre cómo utilizar los servicios.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario completar la reforma separando las funciones de rectoría, financiamiento y provisión de servicios para que el sistema de salud, bajo la estructura establecida por ley, pueda funcionar sin generar problemas de gobernabilidad, incentivos perversos, e ineficiencias en el gasto.</li> <li>• Es necesario establecer un proceso de priorización sistemático y transparente para la definición, costeo y actualización del PBS que este alineado al perfil epidemiológico de la población, sus preferencias y las metas establecidas por el sistema de salud.</li> <li>• Es necesario revisar los mecanismos de pagos a las ARS y de esas a sus proveedores para que puedan generar incentivos para mejorar la calidad de los servicios y resultados de salud, contribuyendo a lograr las metas establecidas por los gestores del sistema de salud.</li> <li>• Considerando que el PBS es único para ambos regímenes, con la separación completa de funciones, para lograr un mercado “competitivo regulado” (los aseguradores y prestadores, compiten entre sí) como fue visualizado por la reforma, es necesaria la libre elección para todos los afiliados de ambos regímenes entre ARS y proveedores, sean ellos públicos o privados.</li> <li>• Se necesita proveer de información a los usuarios para que participen activamente del sistema de salud, responsabilizándose de su propia salud y a la vez, demandando sus derechos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar las funciones de rectoría, regulación y supervisión de las instancias del SDSS para asegurar la sostenibilidad financiera, calidad, equidad, oportunidad, pertinencia, eficiencia de costos y expansión de la canasta de prestaciones del Plan Básico de Salud (END)</li> <li>• Consolidar las instancias de coordinación interinstitucional y fortalecer las capacidades técnicas e institucionales de los organismos rectores y ejecutores, con el propósito de articular el diseño y ejecución de las políticas públicas y asegurar la debida coherencia, complementariedad y continuidad de las mismas (END).</li> <li>• Asegurar la debida articulación entre la planificación estratégica y operativa, la dotación de recursos humanos y materiales y la gestión financiera, a fin de potenciar la eficiencia y eficacia de las políticas públicas a los niveles central y local.</li> <li>• Fortalecer los servicios de salud colectiva en colaboración con las autoridades locales y las comunidades, con énfasis en salud sexual y reproductiva, prevención de enfermedades transmisibles (tuberculosis, dengue, malaria, VIH y SIDA, entre otras), crónicas y catastróficas así como el fomento de estilos de vida saludables.</li> <li>• Garantizar a toda la población, el acceso a medicamentos de calidad, promover su uso racional y priorizar la disponibilidad de medicamentos de fuentes múltiples (genéricos) en el mercado nacional.</li> <li>• Desconcentración de los Servicios Regionales de Salud, incluyendo el fortalecimiento de sus sistemas de gestión basados en resultados.</li> <li>• Asegurar la provisión efectiva de información a la ciudadanía en torno a su derecho a la salud y a la seguridad social en salud (END).</li> </ul> |
|----------------------|--|--|--|---|

## Anexo 9. Avances, Desafíos y Acciones propuestas respecto a la Prestación de Servicios del Sistema de Salud

| Avances  | Desafíos   | Recomendaciones de acciones para el BID   | Acciones relacionadas según END y PP  |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ha avanzado en la separación de la función de prestación de servicios de las funciones de rectoría en el régimen contributivo que opera con proveedores privados.</li> <li>• Se ha avanzado en la definición del modelo de separación de funciones en el sector público, donde el MSP ha establecido un modelo de red para cada región (Servicios Regionales de Salud (SRS) que desconcentra la provisión de servicios de salud.</li> <li>• En el sector privado, la expectativa con la reforma era que también estuvieran abajo del mismo modelo y articulados bajo la misma red de servicios.</li> <li>• Se ha establecido que el primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al sistema de salud.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El marco legal vigente no ha definido con claridad cómo se organizará la prestación, sólo indica (Ley 87-01 y END) de manera general que los prestadores públicos y privados se tendrán que articular en redes, que el primer nivel constituirá la puerta de entrada al sistema y que los prestadores tendrán que convertirse en entidades autónomas.</li> <li>• Aunque la expectativa era que con la desconcentración de la provisión se alcanzara la autonomía de la provisión (pública y privada) bajo la regulación de la rectoría, esa autonomía no se observa en la red pública. La razón principal es que la mayor parte del financiamiento sigue llegando a través del MSP que a través de presupuesto histórico financia directamente los recursos humanos (contrataciones y nombramientos) y otros insumos (compras de equipamientos, medicamentos, etc) a los SRS, lo que no les permite tener el control sobre sus insumos y ajustarlos a las necesidades locales.</li> <li>• Aunque se ha venido fortaleciendo el primer nivel de atención, la baja calidad de los servicios combinado con el hábito de la población de acudir directamente a los hospitales, ha limitado el establecimiento del primer nivel</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento institucional de los hospitales públicos autónomos, una vez que se hayan tomado las decisiones claves para su autonomía de gestión, sostenibilidad financiera, rendición de cuentas y articulación en red. Este plan incluirá apoyo para establecer mecanismos transparentes de gobierno y rendición de cuentas, fortalecer su capacidad de gestión, incluyendo la administración de su personal, la gestión clínica utilizando un modelo que les permita trabajar en red, fortalecer la capacidad financiera para establecer contratos con el SENASA y otras ARS, que deberán constituir la forma principal de obtención de ingresos.</li> <li>• Articulación de redes de proveedores basadas en un modelo de atención familiar y comunitario, con el primer nivel como puerta de entrada: (i) para el régimen subsidiado, como pre-requisito se requiere la definición de las entidades dentro de la red que tendrán la potestad de establecer contratos con el SENASA, la asignación población y luego establecer un plan de trabajo para el fortalecimiento en gestión clínica, administrativa y financiera en las UNAP's reformadas; (ii) En el régimen contributivo, el BID puede ayudar a definir la forma de organización de los Centros de Atención Primaria, donde debería implementarse el mismo sistema de gestión clínica así como fortalecer el sistema de información para medir el desempeño, tanto de los proveedores privados como de todo el sistema</li> <li>• Calidad: En adición a las medidas que se indican en la sección de regulación (habilitación de los proveedores y plan de garantía de calidad) y en la de rectoría</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar las instancias de <i>coordinación interinstitucional</i> y <i>fortalecer las capacidades técnicas</i> e institucionales de los organismos rectores y ejecutores, con el propósito de articular el diseño y ejecución de las políticas públicas y asegurar la debida coherencia, complementariedad y continuidad de las mismas y fortalecer las capacidades técnicas, gerenciales y de planificación de los gobiernos locales para formular y ejecutar políticas públicas de manera articulada con el Gobierno Central.</li> <li>• Fortalecer la función de rectoría del Ministerio de Salud Pública y sus expresiones desconcentradas, en relación a los servicios de salud individual y colectiva ofertados por los prestadores de servicios de salud, tanto públicos como privados, para garantizar el cumplimiento de estándares de calidad en los servicios prestados.</li> <li>• Superar el modelo actual de atención, <i>aumentando la capacidad del primer nivel de atención</i>, reestructurando los servicios por ciclos de vida, orientado a la promoción y prevención por prioridades.</li> <li>• Fortalecer los servicios de salud colectiva relacionados con los eventos de cada ciclo de vida, en colaboración con las autoridades locales y las comunidades</li> <li>• Impulsar el desarrollo de la <i>red pública de salud</i> y de redes privadas, articuladas por niveles de atención, incluyendo la asistencia pre-hospitalaria y traslado sanitario, que brinden <i>atención integral con calidad y calidez</i>, sustentada en una estrategia de <i>atención primaria en salud</i> a nivel nacional, que tome en cuenta las necesidades de los diversos grupos poblacionales.</li> <li>• Dotar de <i>autonomía administrativa</i> a los centros hospitalarios que forman la red pública de salud y conformar un Consorcio Nacional de Hospitales, autónomo, adscrito al Ministerio de Salud, con funciones de carácter técnico administrativo.</li> <li>• Desarrollar y consolidar un sistema justo de</li> </ul> |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>de atención como puerta de entrada al sistema de salud en la red pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se ha establecido la forma en que operarán los Centros de Atención Primaria de la red privada para el régimen contributivo.</li> <li>• Problemas de calidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mas del 60% de los centros de atención primaria en operación no están habilitados por el MSP para proveer servicios.</li> <li>- Evaluaciones de la calidad en la prestación de los servicios de la red pública apuntan grandes debilidades en el conocimiento y la aplicación de las guías y protocolos de atención por parte de los médicos.</li> <li>- Un débil sistema de referencia y contra-referencia de pacientes.</li> <li>- Limitado uso del sistema de información de gestión clínica (hoja electrónica de pacientes).</li> <li>- Falta de indicadores de calidad y de un sistema de monitoreo que evalúe la calidad en la prestación de servicios.</li> </ul> </li> </ul> | <p>(fortalecimiento de la capacidad de producción de datos y análisis de los mismos para medir el desempeño de los proveedores), se recomienda que el BID apoye a la sociedad civil para que dé seguimiento a la calidad de los proveedores desde la perspectiva del usuario y establezca mecanismos para dar seguimiento a indicadores de calidad, calidez, capacidad de respuesta, satisfacción del usuario, para guiar sus decisiones y favorecer la auto-evaluación de los proveedores</p> | <p>motivación laboral para los recursos humanos en salud y un mecanismo de pago por servicios prestados, tomando en cuenta la equidad de género, con el fin de fortalecer la carrera sanitaria y elevar la calidad de los servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer las capacidades gerenciales de los Servicios Regionales de Salud y los centros de salud, apoyadas en el uso de las TIC y el desarrollo del sistema de información gerencial en salud, para impulsar la gestión por resultados.</li> <li>• Desconcentración de los Servicios Regionales de Salud, incluyendo el fortalecimiento de sus sistemas de gestión basados en resultados.</li> <li>• Desarrollar, con participación y veeduría ciudadana, un sistema de monitoreo de la calidad de los servicios de salud de las prestadoras públicas y privadas (END).</li> </ul> |
|--|---|--|--|

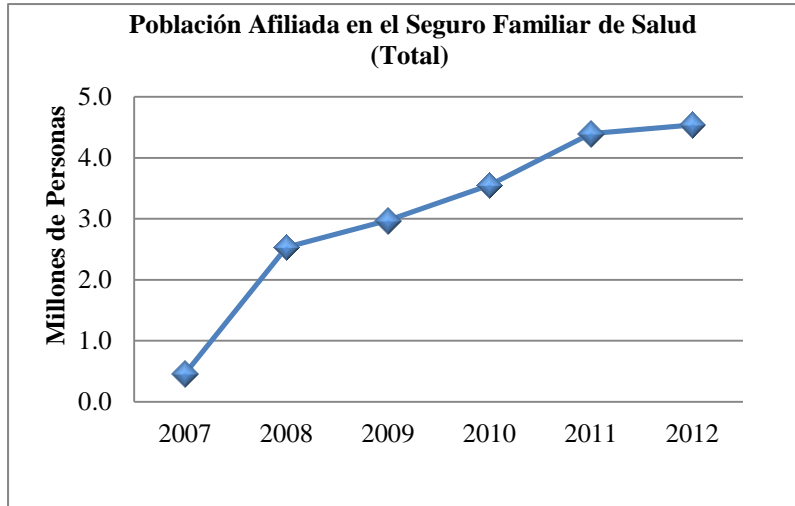
## Anexo 10. Avances, Desafíos y Acciones propuestas respecto a la Generación de Recursos (humanos, físicos, de información etc.) para el Sistema de Salud

| Avances  | Desafíos   | Recomendaciones de acciones para el BID   | Acciones relacionadas según END y PP  |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avances en infraestructura.</li> <li>• Se ha creado y se viene implementando paulatinamente un sistema virtual de capacitación continuada de los recursos humanos en salud en el primer nivel de atención en las guías y protocolos de atención.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones de la calidad en la prestación de los servicios de la red pública apuntan grandes debilidades en el conocimiento y la aplicación de las guías y protocolos de atención por parte de los médicos.</li> <li>• Alta concentración de los recursos humanos en Santo Domingo y baja disponibilidad de especialistas en las demás regiones del país.</li> <li>• Alto porcentaje de médicos pasantes en el primer nivel de atención, llevando a una alta rotación de los recursos humanos y discontinuidad de servicios.</li> <li>• Falta de conectividad entre las necesidades del sistema de salud y la formación de los recursos humanos en salud.</li> <li>• Falta de calidad en el trato a los pacientes y de respeto a sus derechos.</li> <li>• Falta de gestión en eficiencia y gobernabilidad en el sistema de salud debido a la inasistencia y el incumplimiento de los horarios establecidos de trabajo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliación del nuevo sistema virtual de capacitación continuada de los recursos humanos en salud en términos de nuevos contenidos, y dirigido a la totalidad de los recursos humanos en salud.</li> <li>• Establecimiento de un sistema de incentivos que atraiga recursos humanos especializados y ayude a mejorar la distribución de este personal por regiones del país y por nivel de atención.</li> <li>• Reconsideración de la Ley y del sistema de pasantías, lo que podría liberar recursos para la contratación de personal médico capacitado y más permanente.</li> <li>• Vinculación entre el MSP y las universidades, el Colegio Médico y las sociedades especializadas, para una mejor alineación entre las necesidades en la provisión de servicios y la formación académica de los recursos humanos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar y promover la formación continuada al personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y rehabilitación de las víctimas de la violencia de género y contra niños, niñas y adolescentes (END).</li> <li>• Diseñar un sistema de supervisión y sanción del incumplimiento de los protocolos de actuación por parte del personal clínico y administrativo del sistema de salud (END)</li> <li>• Promover la capacitación y participación de actores comunitarios en temas de control de epidemias y de enfermedades recurrentes y emergentes (END)</li> <li>• Fortalecer las capacidades gerenciales de los Servicios Regionales de Salud y los centros de salud, apoyadas en el uso de las TIC y el desarrollo del sistema de información gerencial en salud, para impulsar la gestión por resultados (END)</li> <li>• Fortalecer las capacidades de investigación en salud, tanto clínica como experimental (END)</li> <li>• Construcción de 157 centros de salud, Construcción de 12 hospitales más un Centro Comprensivo de Cáncer de 30,000 m<sup>2</sup>, rehabilitación de 1,376 centros de salud (PP)</li> </ul> |



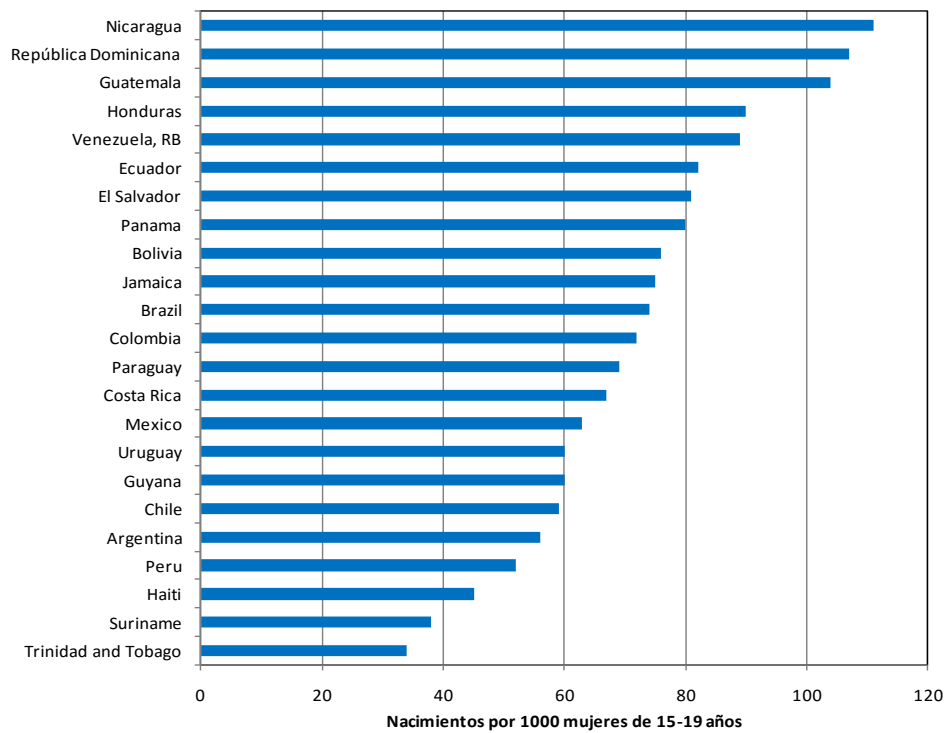
## ANEXO 11. TABLAS Y FIGURAS.

**Figura 1: Población afiliada al Seguro Familiar de Salud, Rep. Dom.**

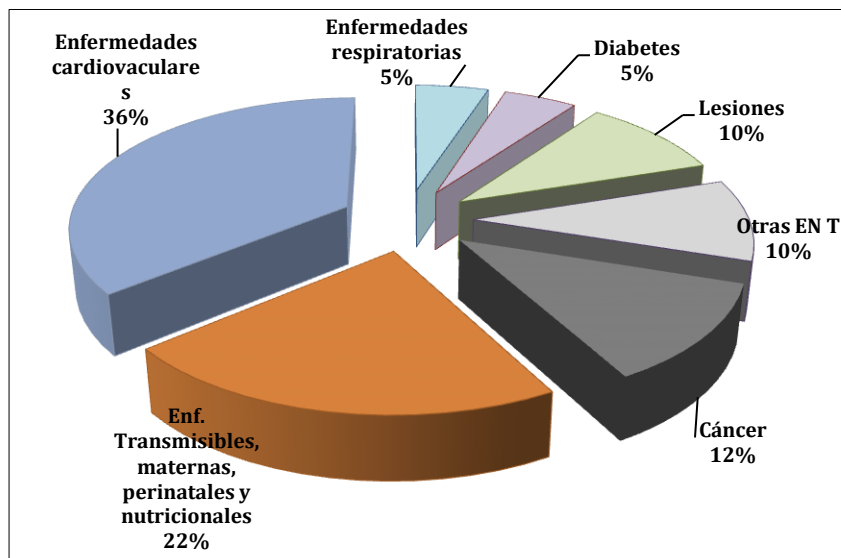


Fuente: SISALRIL. A partir de la Base de Datos de Dispersión de UNIPAGO.

**Figura 2: Comparativo tasas de fecundidad adolescente, América Latina y El Caribe (2009)**

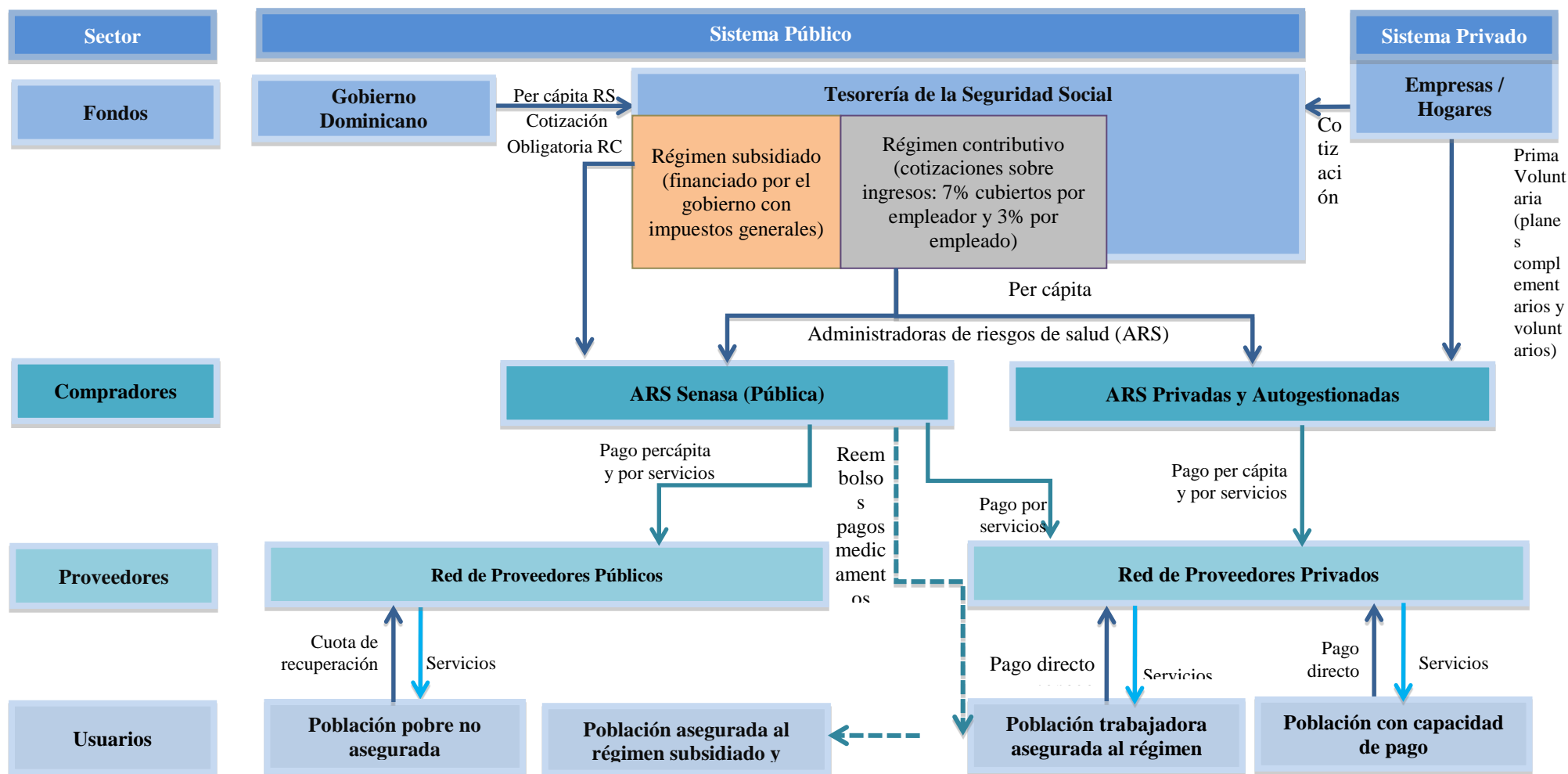


**Figura 3. Mortalidad por causas, 2008**



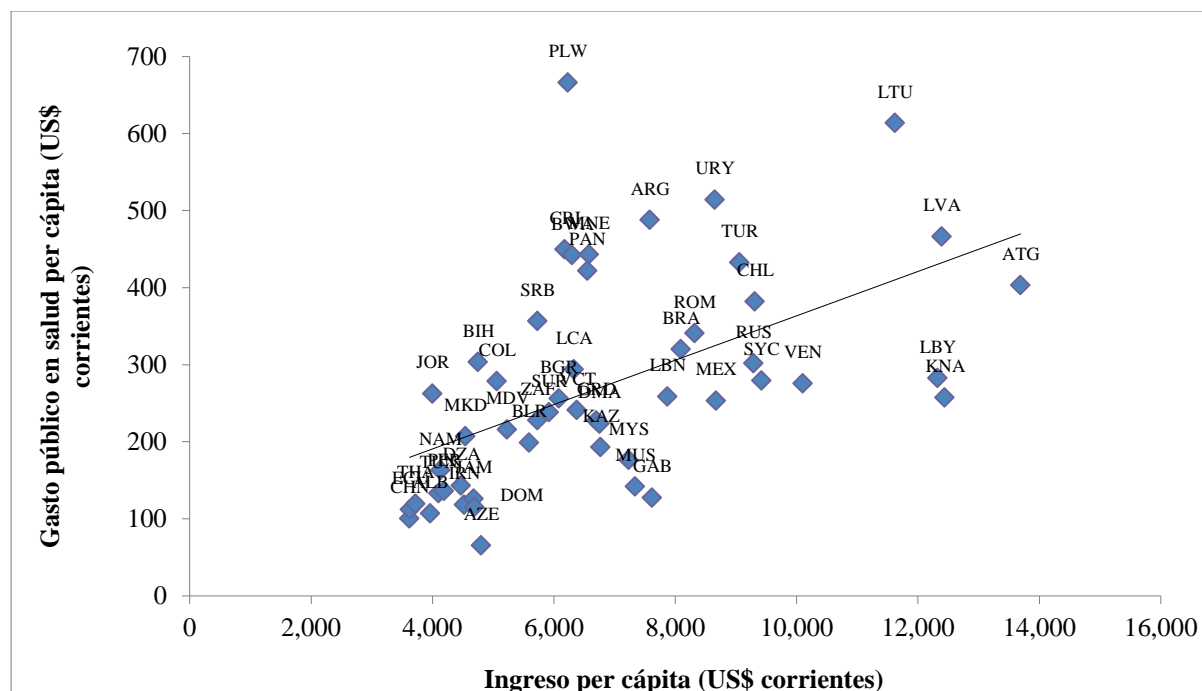
Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)

**Figura 4. Arquitectura (visión de futuro) del sistema de salud de la República Dominicana según lo planteado en la reforma**



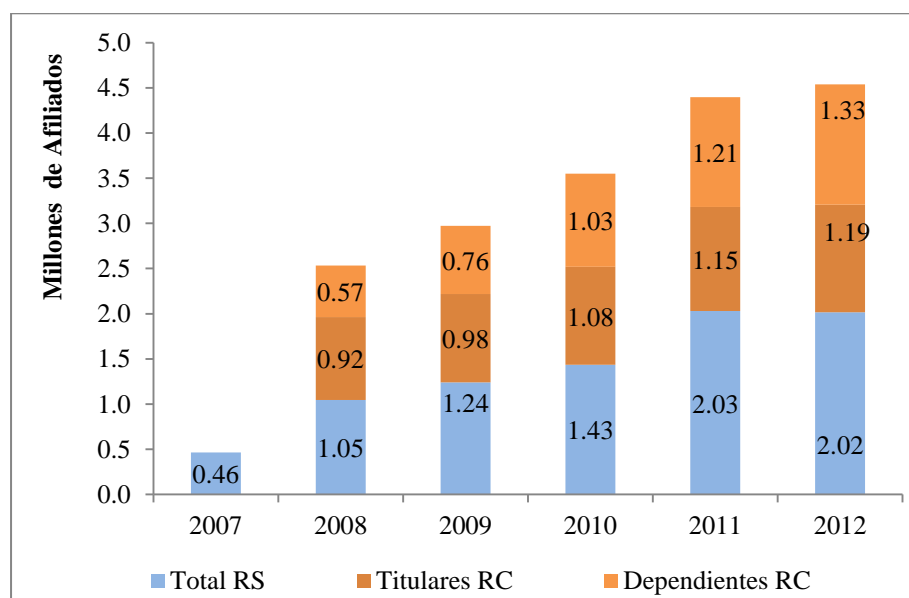
Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud

**Figura 5. Gasto público en salud e ingresos per cápita, países de ingresos medios altos (2009)**



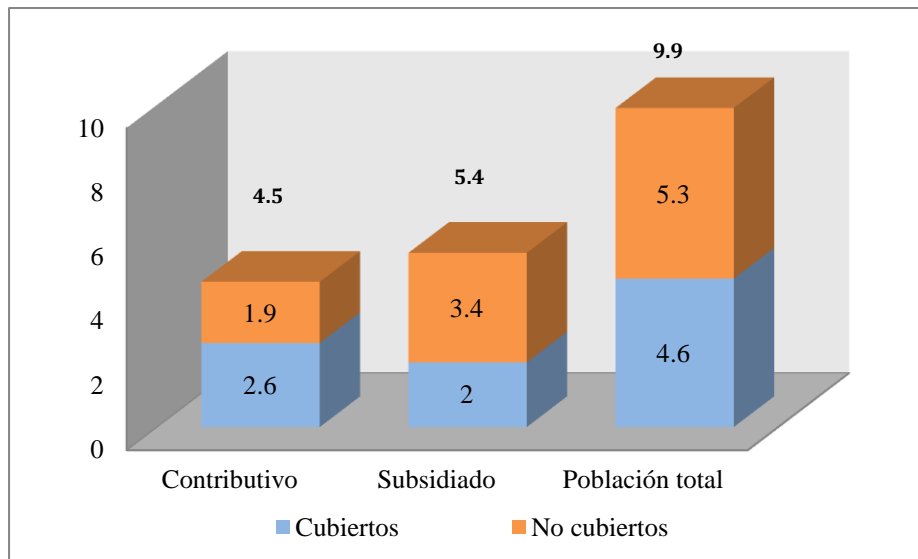
Fuente: Elaborado por los autores según datos de WorldDataBank

**Figura 6. Evolución de la cobertura de los regímenes contributivo y subsidiado, República Dominicana, 2007-2012**



Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud, en base a SISALRIL - Base de Datos de Dispersión de UNIPAGO.

**Figura 7. Estimación de la Población cubierta y no cubierta por el SFS, 2011 (Millones de personas)<sup>51</sup>**



Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud en base a datos de SISALRIL y estimaciones END sobre régimen subsidiario.

<sup>51</sup> La Figura 7 asume que la mayor parte de la población que se iba a afiliar al régimen contributivo-subsidiado terminará por afiliarse al régimen subsidiado

**Tabla 1. Tasas de mortalidad infantil, mortalidad en la niñez y neonatal en América latina, 1990-2010**

| País           | Tasa de Mortalidad infantil (por cada 1000 nacim.) |      | Tasa de Mortalidad infantil (<5 años), por cada 1000 nacim. |      |            | Tasa mortalidad neonatal |      |
|----------------|--|------|---|------|------------|--------------------------|------|
|                | 1990   | 2010 | 1990  | 2010 | Meta 2015* | 1990                     | 2010 |
| Argentina      | 24   | 12   | 27  | 14   | 9          | 15                       | 7    |
| Bolivia        | 84   | 42   | 121   | 54   | 40         | 39                       | 23   |
| Brasil         | 50   | 17   | 59  | 19   | 20         | 28                       | 12   |
| Chile          | 16   | 8    | 19  | 9    | 6          | 9                        | 5    |
| Colombia*      | 30   | 17   | 37  | 19   | 12         | 20                       | 12   |
| Costa Rica     | 15   | 9    | 17  | 10   | 6          | 10                       | 6    |
| R. Dominicana* | 48   | 22   | 62  | 27   | 21         | 29                       | 15   |
| Ecuador*       | 41   | 18   | 52  | 20   | 17         | 20                       | 10   |
| El Salvador    | 48   | 14   | 62  | 16   | 21         | 18                       | 6    |
| Guatemala      | 56   | 25   | 78  | 32   | 26         | 28                       | 15   |
| Honduras       | 45   | 20   | 58  | 24   | 19         | 23                       | 12   |
| México         | 38   | 14   | 49  | 17   | 16         | 17                       | 7    |
| Nicaragua      | 52   | 23   | 68  | 27   | 23         | 25                       | 12   |
| Panamá         | 26   | 17   | 33  | 20   | 11         | 14                       | 9    |
| Paraguay       | 40   | 21   | 50  | 25   | 17         | 24                       | 14   |
| Perú*          | 55   | 15   | 78  | 19   | 26         | 27                       | 9    |
| Uruguay        | 20   | 9    | 23  | 11   | 8          | 11                       | 6    |
| Venezuela      | 28   | 16   | 33  | 18   | 11         | 17                       | 10   |

\*Países con PIB per cápita (a PPP) similar a República Dominicana

Fuente: Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (2012)

**Tabla 2. Prevalencia de factores de riesgo para Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)**

| Prevalencia (%)  | FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CRONICAS |          |         |      |            |       |         |           |
|--|---|----------|---------|------|------------|-------|---------|-----------|
|  | Rep. Dom.                                     | Colombia | Ecuador | Perú | Costa Rica | Chile | Bolivia | Guatemala |
| Adultos que fuman tabaco   |   | 12.8     |         | 18.4 | 14.2       | 42.9  |         | 19.5      |
| Adolescentes que fuman tabaco  | 14.9  | 20.1     | 28.6    | 17.3 | 9.5        | 35.6  | 20.8    | 16.6      |
| Adultos que ingieren frutas y verduras                               | 24.8  |          |         |      | 22.3       | 15.8  |         | 19        |
| Adolescentes que ingieren frutas y verduras                          |   | 15.5     | 24.3    | 9.8  | 19.5       | 23.2  |         | 26.7      |
| Adultos que ingieren alcohol en exceso                               | 9.9   |          |         |      | 6.2        | 30.8  |         | 6.9       |
| Adultos con poca actividad física                                    | 35.7  | 79       |         |      | 50.9       | 75.4  |         | 50.4      |
| Adolescentes con poca actividad física                               |   | 84.9     | 85.2    | 75.5 | 72.6       | 79.9  |         | 75.9      |
| Adultos con sobrepeso (IMC 25-29.9)                                  | 54.3  | 32.3     | 56      | 47.9 | 36.1       | 42.8  | 50      | 38.5      |
| Adultos obesos(IMC ≥30)  | 16.4  | 13.7     | 22      | 16.5 | 26         | 28.7  | 18.9    | 21.3      |
| Adolescentes con sobrepeso   |   |          | 28.6    | 20.2 | 27.8       | 26.3  |         | 27.1      |
| Adolescentes obesos (IMC>+2SD)                                       |   |          | 7.3     | 2.9  | 8.9        | 4.2   |         | 7.5       |
| Niños menores de 5 años con sobrepeso                                | 8.3   | 4.2      | 5.1     | 9.8  | 9.6        | 9.5   | 8       | 5.6       |
| Adultos con diabetes mellitus  | 5.3   | 2.6      |         |      | 7.9        | 8.9   |         | 8.2       |
| Adultos con presión arterial elevada y/o que toman antihipertensivos | 16.8  | 22.8     | 38.6    | 34.3 | 25.6       | 26.1  | 37.8    | 13.6      |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)

**Tabla 3. Gasto total en Salud y por composición de recursos antes y después de la reforma, República Dominicana, 2007-2011**

**ESTIMACIÓN PRELIMINAR DEL GASTO NACIONAL EN SALUD 2004-2011**  
(En millones de US\$ corrientes)

| Esquemas de Financiamiento    | 2007         | 2008         | 2009         | 2010         | 2011         |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Gasto Total En Salud</b>   | <b>1,894</b> | <b>2,327</b> | <b>2,465</b> | <b>2,790</b> | <b>3,052</b> |
| <b>Gasto Público En Salud</b> | <b>805</b>   | <b>1,145</b> | <b>1,137</b> | <b>1,390</b> | <b>1,540</b> |
| <b>Gobierno central</b>       | <b>657</b>   | <b>729</b>   | <b>619</b>   | <b>730</b>   | <b>790</b>   |
| <b>Seguridad social (b)</b>   | 148          | 417          | 518          | 660          | 751          |
| Régimen contributivo          | <b>209</b>   | <b>348</b>   | <b>438</b>   | <b>596</b>   | <b>626</b>   |
| Régimen subsidiado            | <b>73</b>    | <b>68</b>    | <b>79</b>    | <b>64</b>    | <b>124</b>   |

Fuente: Estimación de Fundación Plenitud en base a MSP, SIGEF, SISALRIL y Banco Central.

**Tabla 4. Composición del financiamiento del sector de salud de la República Dominicana**

| Fuente Financiamiento                    | 2011           | %           |
|--|----------------|-------------|
| <b>Total</b>                             | <b>116,292</b> | <b>100</b>  |
| <b>Financiamiento público</b>            | <b>60,551</b>  | <b>52.1</b> |
| Impuestos generales                      | 36,685         | 31.5        |
| Contribuciones al SFS                    | 23,866         | 20.5        |
| <b>Financiamiento privado</b>            | <b>55,741</b>  | <b>47.9</b> |
| Hogares con pago directo                 | 45,434         | 39.1        |
| Hogares y empresas - Seguros voluntarios | 10,306         | 8.9         |

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud



**Tabla 5. Crecimiento de ingresos y egresos del SENASA, 2002-A 2012, Millones de RD\$**

| <b>Año</b> | <b>Giros de la TSS</b> | <b>Rendimientos financieros</b> | <b>Total ingresos SENASA</b> | <b>Total egresos SENASA por pagos a prestadores</b> | <b>Balance anual</b> |
|------------|------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|----------------------|
| 2002       | 40                     | 0                               | 40                           | 0   | 40                   |
| 2003       | 10                     | 0                               | 10                           | 51  | -37                  |
| 2004       | 100                    | 4                               | 104                          | 102   | 2                    |
| 2005       | 604                    | 9                               | 613                          | 204   | 409                  |
| 2006       | 725                    | 16                              | 741                          | 817   | -76                  |
| 2007       | 1566                   | 65                              | 1631                         | 1579  | 52                   |
| 2008       | 2204                   | 13                              | 2217                         | 2557  | -340                 |
| 2009       | 3191                   | 1                               | 3192                         | 2723  | 469                  |
| 2010       | 3737                   | 12                              | 3749                         | 3444  | 305                  |
| 2011       | 4134                   | 19                              | 4153                         | 4364  | -211                 |
| 2012*      | 1150                   | 9                               | 1159                         | 1159  | 0                    |

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud en base a datos TSS.