



Estimación del Gasto Nacional en Salud de la República Dominicana, 2009-2010





**FUNDACION
PLENITUD**

*Perspectiva Ecológica por un
Mundo Equitativo y Sostenible*

VISIÓN

Trabajar en la construcción de un mundo equitativo y sostenible

MISIÓN

Contribuir a mejorar el desempeño de los sistemas de salud, ambiente y educación a través de la producción de evidencias, la provisión de servicios de asistencia técnica, entrenamiento y difusión de conocimientos que sustenten la toma de decisiones

PLENITUD

Es una organización no gubernamental, independiente, sin fines de lucro, establecida en la República Dominicana, que brinda servicios de asistencia técnica, entrenamiento y fortalecimiento de las capacidades a los países de América Latina y el Caribe, para apoyarlos a cumplir sus metas de desarrollo.

PLENITUD es una institución líder en la producción y análisis de datos con una visión sistémica, que promueve la divulgación del conocimiento para cerrar la brecha entre la investigación y la acción.

Arabia No. 1, Arroyo Hondo
Santo Domingo, República Dominicana
Tel. (809)563-1805

E-mail: info@fundacionplenitud.org

SEGUIMIENTO A LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD

Estimación del Gasto Nacional en Salud de la República Dominicana, 2009-2010

Datos preliminares

**Santo Domingo, RD
Octubre 2011**

SEGUIMIENTO A LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD (CNS) DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

Estimación del Gasto Nacional en Salud (GNS) en 2009-2010

I. Aspectos conceptuales de las Cuentas Nacionales de Salud¹

1.1 Qué son las Cuentas Nacionales de Salud

Las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) constituyen un conjunto de matrices o tablas de doble entrada, cuyo objetivo fundamental es conocer la estructura y los flujos financieros dentro del Sector Salud. Entre las preguntas que las CNS pueden contestar, se encuentran las siguientes:

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

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

El tercer objetivo de las CNS, es que permiten monitorear los cambios que se producen en el sector, como resultado de la aplicación de ciertas políticas, por ejemplo, monitorear los efectos de una reforma. En este sentido, dichas Cuentas permitirán establecer puntos de partida para medir, entre otros asuntos, el impacto de la reforma sobre los costos totales, el logro progresivo de las metas en cuanto a la reasignación de recursos, así como establecer quiénes son los que en definitiva se benefician con la reforma.

1.2 Origen de las CNS en ALC

Las primeras iniciativas de formular cuentas de salud en la región de América Latina y el Caribe (ALC) surgieron en México, en la Fundación Mexicana de la Salud (Funsalud) a principios de la década de los 90. En el año 1997, se lanzó la primer red de cuentas de salud en el mundo, la red de Latinoamérica y el Caribe, como parte del proyecto Partners for Health Reform (PHR), de la USAID, con el apoyo técnico de la Universidad de Harvard y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los países participantes fueron Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y la República Dominicana. La metodología utilizada fue la llamada Harvard – que tomaba como base la experiencia de los Estados Unidos y la OECD. Este primer ejercicio produjo cuentas para los años 1995 y/o 1996, realizando dos talleres metodológicos y uno de divulgación de resultados.

En el año 2000, la OECD publicó el manual un *Sistema de Cuentas de Salud (SCS)*, SHA por sus siglas en inglés, el cual presenta un sistema completo de clasificaciones por el cual, desde entonces, se rigen todos los países de esta organización. En el año 2003, el Banco Mundial (BM), la USAID y la OMS

¹ Rathe, M., "Qué son cuentas nacionales de Salud". Revista [i]salud de la Universidad ISALUD, Buenos Aires, Argentina, Vol. 5 – No. 25 - Diciembre 2010. Disponible en <http://www.isalud.edu.ar/ediciones-revista.php>

publicaron la *Guía del productor* de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingreso bajo y medio, la cual adoptó las mismas clasificaciones del SHA, añadiendo explicaciones sobre cómo realizar los cálculos y cómo realizar estimaciones en ambientes con escasez de estadísticas. De esta forma, la mayoría de los países que utilizaban la metodología denominada Harvard, comenzaron a utilizar las categorías SHA, habiendo ya en el mundo más de 130 países que al menos una vez han aplicado esta metodología.

En el año 2007 se inició un proceso de revisión de esta metodología SHA, primero en los países de la OECD y luego mediante un proceso de consultas en todo el mundo, liderado por la OMS, la OECD y EUROSTAT. Dicho proceso acaba de culminar, y el 5 de octubre de 2011, en París, se dio el lanzamiento del nuevo *Manual SHA*, dentro del marco de la reunión anual de la OECD sobre cuentas de salud, con las sugerencias de técnicos, expertos y usuarios de todos los países del mundo, para convertirse en el nuevo estándar global para la producción de cuentas de salud.

En el 2010, el Banco Mundial, con el apoyo de la Fundación Bill y Melinda Gates, así como de la OMS, la USAID, el BID y otros organismos de ayuda al desarrollo, lanzaron el Plan Estratégico Global para la institucionalización de las cuentas nacionales de salud, con la intención de generalizar la aplicación de las CNS en el mundo entero. Los días 6 y 7 de octubre de 2011, el Banco Mundial y las demás instituciones indicadas, refrendaron el citado manual para apoyar a los países en su proceso de institucionalización.

En Latinoamérica, Magdalena Rathe, como coordinadora de la *Red de las Américas de Cuentas de Salud (REDACS)*, parte del Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe (OS-ALC), coordinó el proceso de consultas regionales para la revisión de la metodología SHA en la región ALC (con reuniones en México, DF, Cuernavaca y Punta Cana, RD) y representó a la región de ALC en la consulta global iniciada por el Banco Mundial. También estuvo presente en las recientes reuniones de la OECD, para el lanzamiento del SHA en París, y la reunión del Banco Mundial sobre la institucionalización de esta metodología.

Además de la metodología SHA, existen otros enfoques para la producción de cuentas de salud que tienen objetivos de carácter más económico – como la medición del valor agregado del sector salud en la economía. Uno de ellos se denomina cuenta satélite de salud (CSS) y se realiza en el marco de las cuentas de producto e ingreso. Algunos países han preferido abocarse a uno de estos marcos metodológicos con exclusión del otro, pero otros países están abordando las estimaciones tanto por el lado de la producción como del consumo y el financiamiento.

1.3 Límites del gasto en salud

Si consideramos que un sistema de salud está conformado por todas aquellas actividades que tienen como objetivo principal fomentar, mantener y restaurar la salud de una población determinada, podemos entender que bajo el nombre de actividad de salud se comprende un gran número de acciones de diversas naturalezas y difícil clasificación.

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

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

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

Las CNS se elaboran en función del gasto en salud, por lo que las actividades que se incluyen deben estar expresadas en términos monetarios mediante el intercambio o la transacción basada en recursos económicos. Algunos ejemplos de actividades que son importantes desde el punto de vista de su incidencia en la salud personal pero que no se consideran como gasto por las razones esgrimidas previamente, son las siguientes: dejar de fumar, cuidado familiar de una persona enferma, los programas de alimentación y nutrición, y otras por el estilo. El SHA contiene una explicación muy precisa de cuáles son las categorías a incluir y a excluir, así como definiciones para realizar una clasificación apropiada.

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

En sentido temporal, se utiliza el criterio de lo devengado, por lo que se considera gasto en salud de un año determinado, el correspondiente a los bienes y servicios que fueron obtenidos o proporcionados durante el período temporal de referencia, por ejemplo: 2009, en lugar de considerar el momento en que se realiza el pago por el consumo, que podría ser, por ejemplo: el 2010.

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

Por otro lado, la ausencia de datos en un tema determinado no debe ser obstáculo para que no se realice el ejercicio. Las CNS constituyen una estimación, que es siempre perfectible a lo largo del tiempo. Es preferible aproximarnos a un dato – inclusive basándonos en opiniones de expertos – que no tener ninguno. Esto nos da claridad sobre qué temas tenemos que investigar más profundamente en el futuro.

1.4 Presentación de los datos

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

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

Los *proveedores*, como su nombre lo indica, son las entidades que producen los bienes y servicios de salud, es decir, los hospitales, clínicas, consultorios, farmacias, etc. En el caso del Ministerio de Salud, esta institución puede ser también una proveedora, cuando administra sus propios establecimientos de salud.

Como hemos visto, hay instituciones que realizan varias funciones simultáneamente. Es fuente, cuando financia instituciones que tomarán decisiones de gasto; es agente, cuando ejecuta sus propios programas y transfiere fondos a los proveedores; y es proveedor, cuando brinda directamente servicios de salud a través de una red de establecimientos propios.

En muchos países de ALC, se han introducido reformas al sistema de salud para modificar la organización institucional descrita, proponiendo la separación de funciones como uno de sus principios fundamentales. De esta forma, se propone separar las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios y ese cambio en las estructuras institucionales puede ser apreciado a través de las CNS, una vez comienzan a ejecutarse las transformaciones estructurales, las cuales son captadas por el flujo del financiamiento.

De hecho, una de las principales tareas del ejercicio de producir cuentas de salud es mapear el sistema de salud desde el punto de vista financiero, identificando los recursos desde su origen hasta su destino final.

Uno de los objetivos principales de las CNS es aportar informaciones relevantes para la toma de decisiones de políticas por parte de las autoridades del sector y, para esos fines, el gasto en salud se presenta de acuerdo a ciertas clasificaciones especiales. Una de ellas es la clasificación funcional, que muestra los servicios que se producen en el sistema de salud, tales como internamientos, consultas,

medicamentos, etc. Otra es la clasificación por objeto del gasto, que presenta la misma información pero en forma de servicios personales, no personales, suministros y otros.

De esta forma, las CNS son un conjunto coherente de tablas de doble entrada (matrices) que muestran los flujos financieros dentro del sector salud. Las columnas muestran las entidades que aportan los fondos (fuentes) y las filas, las entidades o funciones que los reciben (usos).

La producción de estas matrices es clave para decir que un país posee cuentas de salud. No basta con producir indicadores, si no se tiene una visión del flujo de los fondos entre los distintos componentes del sistema ni distribución del gasto por categorías que apoyen la toma de decisiones para fines de las políticas de salud. Además, el uso de una metodología que sea estándar y globalmente aceptada, permite la realización de comparaciones internacionales.

II. Estimación del GNS de la República Dominicana 2009-2010

2.1 Antecedentes

Los dos estudios más completos sobre el tema, realizados en la República Dominicana, fueron dirigidos por Magdalena Rathe, Directora Ejecutiva de la Fundación Plenitud, para los años 1996² y 2002³.

El estudio que estimó las CNS del 2002, también tuvo un componente de asistencia técnica a la SESPAS, como producto del cual se creó y fortaleció institucionalmente la Unidad de Cuentas Nacionales de Salud (UCNS) de esta institución. A partir del año 2005, cuando se realizó dicha consultoría, esta Unidad tiene a su cargo la producción de estas estadísticas. A pesar de que no se han vuelto a producir informes analíticos sobre el tema ni se han difundido las matrices de las CNS, la UCNS de la SESPAS procesa las estadísticas correspondientes y publica boletines anuales de indicadores del gasto público en salud. El más reciente corresponde al año 2008 y los fondos privados se estiman de otras fuentes, como se explica más adelante, aunque el monto principal corresponde a los hogares, en base a la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA).

Este documento contiene los resultados de las estimaciones para el período 2009-2010, así como los métodos utilizados. Se trata de una estimación global del Gasto Nacional en Salud (GNS) y no presentamos las matrices que conforman las cuentas de salud. Tampoco se incluye un detalle de los procedimientos metodológicos aplicados ni un análisis de los datos. Debe indicarse que se trata de resultados preliminares, habiéndose utilizado las mejores fuentes disponibles al momento. Como se ha indicado, pretendemos revisarlos continuamente, a medida que van mejorando los datos estadísticos auditados y los criterios de estimación.

1.2 Aspectos Metodológicos

2.2.1 Compilación y revisión documental

La recolección y revisión de la información constituyó la etapa más extensa para el ejercicio de estimación del GNS 2009-2010, sobretudo porque se deseaba obtener los datos con el mismo nivel de detalle para ambos años. Esto no fue posible, debido a que las instituciones públicas tienen hasta

² Rathe, Magdalena, Análisis de las Cuentas Nacionales de Salud de 1996, Organización Panamericana de la Salud, Santo Domingo, 2000.

³ Rathe, Magdalena, Análisis de las Cuentas Nacionales de Salud de 2002, SESPAS/CERSS/BID, Santo Domingo, 2005.

febrero y marzo del año siguiente para presentar las memorias institucionales⁴ y para el envío de los reportes financieros para alimentar al SIGEF; sin embargo, algunas de las entidades incluidas en el análisis no cumplieron con esta normativa, por lo cual se debieron revisar otras documentaciones que complementarían la estimación y que permitieran obtener cifras preliminares lo más cercanas posibles al gasto real.

Los datos que se utilizaron para el llenado de las matrices de financiamiento y agentes del gasto de las CNS 2009-2010 implicaron una amplia revisión bibliográfica, alrededor de 80 documentos, incluyendo informes institucionales y reportes de ejecución presupuestaria de los diferentes organismos que financian, agencian o ejecutan gasto en salud en el país, fueron revisados y algunos de ellos se presentan a continuación y se resumen por tipo en el cuadro 1:

1. Informe de estado de recaudación e inversión de las rentas que publica la Dirección General de Contabilidad Gubernamental (DIGECOG).
2. Estado financieros de las ARS del Sistema Dominicano de Seguridad Social, publicados por la SISALRIL, así como de las entidades que supervisan el sistema y proveen de medicamentos al SDSS (parcial) y al Sistema Nacional de Salud (SNS).
3. Informe de Ejecución Presupuestaria publicado por la Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES).
4. Memoria institucional anual publicada por las entidades gubernamentales incluidas en la estimación.
5. Información disponible en las páginas web de las diferentes entidades.
6. Plan de financiamiento anual e informe deuda pública que elabora el Ministerio de Hacienda.
7. Reportes de ejecución presupuestaria de las diferentes entidades del gobierno.
8. Reportes detallados del Sistema Integrado de Gestión Financiera (SIGEF).
9. Otros tipos de reportes: boletines, planes operativos, informes de inversión en proyectos, informes de asignaciones mensuales de fondos, entre otros.

CUADRO 1: LISTADO DE TIPOS DE DOCUMENTOS REVISADOS POR INSTITUCIONES PARA LA ESTIMACIÓN DEL GNS 2009-2010	
Documentos revisados	Instituciones
Boletines institucionales 2009 y 2010	CNSS, SISALRIL, Superintendencia de Seguros, TSS
Ejecuciones presupuestarias del SIGEF en 2009 y 2010	CERSS, CONABIOS, CONAPOFA, COPRESIDA, ISFL (ONGs e instituciones de investigación en salud), MIFFAA, MIP, MSP, Patronatos hospitalarios.
Ejecución de recursos externos por unidad ejecutora de la DGCP	CERSS
ENDESA	Hogares
Estado de recaudación e inversión del MH, publicado por DIGECOG	CERSS, COPRESIDA, MIFFAA, Presidencia de la República
Estados Financieros 2009 y 2010	ARS privadas y de autogestión, CNSS, PROMESE-CAL, SENASA, SISALRIL
Informes de la Cámara de Cuentas al Congreso de la Rep. Dominicana, 2009 y 2010	ISFL (ONGs de salud), Municipios
Informes de ingresos y egresos 2009 y 2010	IDSS, PSS Salud Segura (desglosado por centro, programa y objeto)
Informes de transferencias corrientes y de capital	CERSS, CONABIOS, CONAPOFA, COPRESIDA, ISFL (ONGs e instituciones de investigación en salud), MIFFAA, MIP, MSP, Patronatos hospitalarios.
Informes trimestrales de ejecución física y financiera 2009 y 2010 e Informe de ejecución inversión proyectos 2009	MSP
Ley 87-01 que crea el SDSS Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas	ARS privadas y de autogestión, IDSS, SENASA, SISALRIL Superintendencia de Seguros
Memoria institucional 2009	CAASD, COPRESIDA, MSP, SDSS, TSS
Memoria institucional 2010	ARL Salud Segura, CAASD, CERSS, COPRESIDA, SENASA, Ministerio de la

⁴ Art. 128, inciso 2, literal (f) de la Constitución de la Rep. Dominicana.

	Presidencia, PROCOMUNIDAD, PROMESE-CAL, TSS, SISALRIL.
Otros: Informes de programas sociales	Despacho de la Primera Dama, Lotería Nacional
Presupuestos	CNSS, MSP, SISALRIL
Fuente: Elaboración propia	

2.2.2 Criterios para la estimación

Se efectuó una depuración de la data obtenida, con la finalidad de incluir en la estimación los datos propiamente relacionados con salud y que eran identificables como tal en cada uno de los informes y/o reportes compilados y revisados. A este fin, se excluyeron los datos que no correspondían a gastos locales, tales como donaciones realizadas a Haití a través del Ministerio de Salud Pública. También se excluyeron los recursos destinados por el MSP a asistencia social, aunque cabe señalar que se requiere de una revisión exhaustiva de esta partida, pues se pudo constatar en algunos listados de beneficiarios que a través de este programa se adquieren medicamentos, utensilios médicos (silla de ruedas, muletas, etc.); sin embargo, debido a que el monto total no es tan significativo y a que se trata de una aproximación del gasto, se excluyó en su totalidad.

Se efectuó un análisis de cada partida a incorporar, de tal manera que se pudiera evitar la duplicidad del gasto, por ejemplo, se identificó que el gasto adjudicado a la PSS-Salud Segura estuviera excluido del pago que realiza la ARS-Salud Segura por los servicios de la primera. Otros casos como el señalado fueron considerados; sin embargo, debido a la complejidad en la telaraña de flujos de recursos en el sistema de salud dominicano, es pertinente indagar más profundamente en el gasto en salud de entidades tales como las ARS del SDSS, así como de las relacionadas con el servicio militar del país. Por otro lado, se incluyeron datos registrados en el SIGEF como gasto de educación y que eran perfectamente identificables como gasto de salud por tratarse de la construcción de un centro de educación para recursos humanos en salud.

2.2.3 Resultados

En los cuadros siguientes se muestran los resultados de este ejercicio en pesos dominicanos, así como el cálculo de algunos indicadores específicos, tales como la proporción del PIB dedicada a salud por la sociedad dominicana, la proporción del gasto público y privado y otros indicadores. También se muestran los resultados de la estimación del gasto de hogares, en base al módulo de gasto en salud de la ENDESA.

Cuadro 1. RESUMEN DEL GNS EN REP. DOMINICANA, POR AGENTES FINANCIEROS, AÑOS 2009 Y 2010				
Agentes por sector	2009		2010	
	Monto en RD\$	%	Monto en RD\$	%
Gasto Total en Salud	89.438.343.022	100,00%	104.694.308.878	100,00%
I. Agentes Financieros Públicos	50.521.510.424	56,49%	61.542.528.532	58,78%
1.1 Gobierno General	22.284.594.001	44,11%	26.849.679.830	43,63%
1.1.1 Gobierno Central	22.231.205.595	99,76%	26.782.958.378	99,75%
1.1.2 Gobiernos Locales	4.300.000	0,02%	13.500.000	0,05%
1.1.3 Otras entidades públicas	49.088.406	0,22%	53.221.453	0,20%
1.2 Instituciones de Seguridad Social	28.236.916.423	55,89%	34.692.848.701	56,37%
II. Agentes Financieros Privados	38.916.832.598	43,51%	43.151.780.346	41,22%
2.1 Hogares	35.978.561.846	92,45%	40.536.892.423	93,94%
2.2 ONGs	2.173.229.087	5,58%	1.589.604.553	3,68%
2.3 Seguros Privados	765.041.665	1,97%	1.025.283.371	2,38%
Fuente: Elaboración propia para Estimación GNS Rep. Dominicana 2009-2010				

Cuadro 2: INDICADORES DEL GASTO NACIONAL EN SALUD, 2009-2010

AGENTE FINANCIERO	Porcentajes del Total		Como % del PIB		GTS (corriente US\$ / tasa promedio)		GTS Per Cápita en US\$ (tasa promedio)		GTS (corriente US\$ internacionales)		Per Cápita en dolares internacionales	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
TOTAL GASTO NACIONAL EN SALUD	89.438	104.694	5,3%	5,5%	2.492	2.850	257	288	4.282	4.720	441	478
AGENTES FINANCIEROS PÚBLICOS	56,49%	58,78%	3,0%	3,2%	1.408	1.675	145	169	2.419	2.775	249	281
Gobierno General	24,92%	25,65%	1,3%	1,4%	621	731	64	74	1067	1210	110	122
Gobierno Central	24,86%	25,58%	1,3%	1,4%	619	729	64	74	1064	1207	110	122
Ministerio de Salud y adscritas	20,19%	21,71%	1,1%	1,2%	503	619	52	63	865	1025	89	104
Otros ministerios	4,66%	3,87%	0,2%	0,2%	116	110	12	11	200	183	21	18
Gobiernos Locales	0,00%	0,01%	0,0%	0,0%	0	0	0	0	0	1	0	0
Otras entidades públicas	0,05%	0,05%	0,0%	0,0%	1	1	0	0	2	2	0	0
Instituciones de Seguridad Social	31,57%	33,14%	1,7%	1,8%	787	944	81	96	1352	1564	139	158
AGENTES FINANCIEROS PRIVADOS	43,51%	41,22%	2,3%	2,3%	1.084	1.175	112	119	1.863	1.945	192	197
Hogares	40,23%	38,72%	2,1%	2,1%	1.003	1.103	103	112	1.723	1.828	178	185
Otros Agentes Privados	3,29%	2,50%	0,2%	0,1%	82	71	8	7	141	118	15	12

Fuente: Elaboración propia para Estimación GNS Rep. Dominicana 2009-2010

Tasa promedio Banco Central de la Rep. Dominicana US\$35.886 (2009) y US\$36.7376 (2010)

Tasa de cambio PPA (Paridad Poder Adquisitivo) US\$20.887 (2009) y US\$22.181 (2010)