

GASTO NACIONAL EN SALUD

EN LA REPÚBLICA DOMINICANA, 2014

Primer piloto de implementación del SHA 2011



Magdalena Rathe
Patricia Hernández



Rathe, Magdalena

Gasto nacional en salud en la República Dominicana, 2014: primer piloto de implementación del SHA, 2011 / Magdalena Rathe, Patricia Hernández. — Santo Domingo : Instituto Tecnológico de Santo Domingo, 2015. 164 p.

1. Salud pública – República Dominicana – Aspectos económicos 2. Seguros de salud – República Dominicana – Aspectos económicos I. Hernández, Patricia II. Título

RD
368.382
R234g

CEP/INTEC

© 2015 INTEC

ISBN: 978-9945-472-50-9

Rathe, Magdalena y Hernández, Patricia, Gasto Nacional en Salud en la República Dominicana, 2014: Primer piloto de implementación del SHA 2011, INTEC/ADARS/PLENITUD, Santo Domingo, República Dominicana, 2015.

Corrección de estilo y edición a cargo de:
Orlando Muñoz y Fari Rosario

Diseño de cubierta y diagramación:
Jesús Alberto de la Cruz

Edición digital

CONTENIDO



RECONOCIMIENTOS	5
RESUMEN EJECUTIVO	9
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	21
Antecedentes y justificación.	26
Limitaciones	30
Objetivos.	31
Contenido del estudio	32
CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL	33
Definiciones	37
Las clasificaciones	41
Los esquemas de financiamiento: características e importancia	42
Las funciones.	46
Los proveedores.	48
Otras clasificaciones.	50
CAPÍTULO III. LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA	51
Esquemas de financiamiento en la República Dominicana	53
Esquemas de financiamiento incluidos en el estudio	54
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	54
HF.1.2 Seguros sociales	56
HF.2.1 Esquemas de seguros médicos voluntarios	56
HF.3 Esquemas de gasto directo de los hogares	57
Otros esquemas de financiamiento	57

CAPÍTULO IV. ESTIMACIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD POR ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO	67
Estimación del gasto en salud por esquemas de financiamiento	69
Esquema tradicional del gobierno central	75
Régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud	80
Régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud	85
Esquemas de seguros voluntarios	95
Pago directo de los hogares	96
CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES DE POLÍTICA	99
El gasto nacional en salud en la economía	102
Consideraciones de equidad	104
Consideraciones de calidad	106
La estrategia del Gobierno	107
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES	111
Rectoría del sistema de salud	113
Baja prioridad a la salud colectiva	114
Baja prioridad al primer nivel de atención	115
Alta prioridad a la atención especializada	116
Medicamentos	118
Gasto y costo por enfermedad	119
Cobertura universal con equidad, calidad y sostenibilidad	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ASPECTOS METODOLÓGICOS	125
GLOSARIO	161



Reconocimientos

RECONOCIMIENTOS



La presente investigación fue realizada por el Instituto Tecnológico Santo Domingo (INTEC) y la Fundación PLENITUD, por iniciativa de la Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS), con el objetivo de establecer un punto de partida para un análisis confiable y permanente de los flujos financieros que se movilizan en el sistema de salud dominicano y obtener una estimación del gasto nacional de salud del 2014, utilizando una metodología completa, consistente y coherente.

El equipo técnico estuvo bajo la coordinación de Andrea Paz, directora de Investigación de INTEC y de Indhira de Jesús, vicerrectora de Investigación y Vinculación. Magdalena Rathe, directora ejecutiva de PLENITUD, fue la investigadora principal. Patricia Hernández, consultora internacional, fue co-investigadora. Otros miembros del equipo técnico conformado por la Fundación PLENITUD, fueron: Cornelis Van Mosseveld, experto holandés en cuentas de salud y consultor internacional, para quien va un reconocimiento especial por su amable atención y dedicación desinteresada en este proyecto. Juan Carlos Castellanos, experto en informática, tuvo a su cargo el procesamiento de la base de datos del SENASA. Dayana Lora y Fabio Vio realizaron un análisis preliminar de la base de datos de la *ENDESA 2013*, para un estudio concomitante a cargo de la Fundación PLENITUD. Agradecemos al equipo de PLENITUD, en especial a Ramón Pérez Minaya y Laura Rathe, quienes leyeron el borrador y aportaron importantes sugerencias. Asimismo, a Betty Santana, economista, quien apoyó el proceso de búsqueda de datos y preparación de cuadros y gráficas.

El proyecto contó con la colaboración de las instituciones proveedoras de datos, en particular, del Ministerio de Salud Pública (MSP), en las personas de la Dra. Altagracia Guzmán Marcelino y la Lic. María Villa, la primera, ministra de Salud Pública y la segunda, viceministra de Planificación, respectivamente. Asimismo, la Lic. Dania Guzmán, directora de Planificación del MSP, quien suministró las informaciones de la Unidad de Cuentas y revisó detenidamente el informe final, haciendo importantes comentarios y sugerencias. En la Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES), su director, el Lic. Luis Reyes y la Lic. Mercedes Carrasco, asesora. En el Ministerio de Economía, la Dra. Magdalena Lizardo. En la Superintendencia de Salud (SISALRIL), el actual superintendente Dr. Pedro Luis Castellanos y la Lic. Leticia Martínez. En el SENASA, el Lic. Chanel Rosa, su director ejecutivo, el Ing. Alejandro Moliné y el Ing. Luis Félix. Es preciso reconocer que todas estas instituciones aportaron datos no publicados todavía en sus portales de internet. Particularmente importante fue la cooperación de SENASA, cuyas informaciones constituyen una cantera de datos, los que, adecuadamente analizados, pueden aportar mucho al fortalecimiento de la investigación sobre el sistema de salud, sus prioridades y sus costos.

Finalmente, un reconocimiento especial a ADARS, y a la persona de José Manuel Vargas, quienes hicieron posible la realización de este trabajo. Esta entidad, que es miembro del Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud, puso un interés especial en el tema del gasto y financiamiento a la salud, con el propósito de aportar a la producción de evidencias para sustentar la toma de decisiones en las políticas públicas.



Resumen ejecutivo



RESUMEN EJECUTIVO



A fin de tomar decisiones basadas en evidencia con relación a la eficiencia y cobertura de un sistema de salud, se requiere información básica sobre cómo se financia y cómo se aplican los recursos en los diferentes niveles de atención, así como su distribución por tipo de proveedor. Asimismo, interesa saber la organización y financiamiento del sistema según los distintos esquemas legales existentes diseñados para fines específicos, tales como los fondos de la seguridad social, los que aporta directamente el Gobierno para financiar sus propios servicios y los que financian los hogares mediante el pago directo.

El sistema más adecuado para abordar este tema son las cuentas de salud, que miden tales flujos financieros dentro de un esquema coherente de definiciones y clasificaciones, acordado internacionalmente por las entidades encargadas de la producción de estadísticas. La metodología es denominada SHA 2011, hoy considerada el estándar mundial sobre el tema, pero que todavía no está implementada en la mayoría de los países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha propuesto promover su utilización y posee un plan estratégico para impulsarla en unos 100 países en los próximos años.

Este trabajo constituye el primer esfuerzo de adoptar dichos lineamientos para aplicarlos en el país. En este sentido, es un aporte pionero y un punto de partida, que no incluye todas las fuentes de financiamiento ni todos los gastos, pues una tarea de esta magnitud quedaba fuera del alcance de este trabajo. No obstante, se trata de una contribución al proceso de producción

de cuentas de salud en República Dominicana, cuya completa implementación y producción rutinaria compete a las entidades nacionales productoras de estadísticas, en particular, la Unidad de Cuentas de Salud, del Ministerio de Salud Pública.

Los estudios de cuentas de salud son estimaciones, siempre perfectibles y mejorables, que se realizan procesando de manera conjunta y mediante un sistema específico, una cantidad inmensa de datos. Algunos de estos provienen de fuentes contables, como las ejecuciones presupuestarias de las agencias públicas o de los registros de pagos de las ARS a los prestadores de servicios. No obstante, muchas veces la información no está distribuida de la manera que se necesita para fines del análisis y es necesario hacer estimaciones para presentarla de la forma en que se precisa, todo lo cual se explica en el anexo metodológico.

Como innovación, presentamos en este trabajo una distribución del gasto por proveedor y por función, siguiendo una metodología uniforme. Para tales fines, partimos de datos contables de pagos realizados y realizamos la distribución en virtud de las informaciones que gentilmente proporcionara el Seguro Nacional de Salud (SENASA) sobre las autorizaciones por procedimiento y proveedor. En base a una serie de criterios, logramos agrupar los proveedores por tipos y dentro de estos, por funciones, lo que implicó el procesamiento de millones de datos de autorizaciones, que permitieron luego construir los coeficientes de distribución. Para estimar la distribución en el régimen contributivo, partimos de los coeficientes de SENASA contributivo con los cuales construimos las tablas por proveedor. Luego esta distribución fue validada por las principales ARS privadas afiliadas a ADARS. Para la distribución por funciones sí obtuvimos datos gruesos tanto de SENASA como de las otras ARS vía la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). Con estas informaciones (más las de otras entidades) preparamos hojas de tipo base de datos con las clasificaciones del SHA 2011 por esquema de financiamiento, fuente, agente, proveedor y función.

En la decisión sobre las clasificaciones apoyó a distancia el experto holandés en cuentas de salud, Cornelis Van Mosseveld, quien ha coordinado todo el desarrollo de las cuentas de salud desde sus orígenes, tanto desde la oficina de estadísticas de la Eurostat como desde la OMS. Los datos procesados y clasificados fueron introducidos en un software especializado de cuentas de salud, desarrollado por la OMS, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la firma Prognoz, de Rusia. Con apoyo técnico de esta última firma, la investigadora Patricia Hernández realizó el procesamiento de los datos en el software y produjo las matrices, colaborando también en el análisis de la información y la preparación del informe. La Dra. Hernández, co-autora de este trabajo, es la principal autoridad mundial de habla hispana sobre el tema de cuentas de salud desde la perspectiva del gasto y el consumo.

Entre las más importantes conclusiones y recomendaciones que resultan de este trabajo, pueden resaltarse las siguientes:

Importancia de la asignación de fondos a la función de rectoría

El cumplimiento de las estrategias que trace el gobierno para el sistema de salud depende de que la función de rectoría sea ejercida adecuadamente, pero que ha sido casi inexistente en el país durante mucho tiempo. Actualmente ha surgido la posibilidad de asumirla ya que por primera vez se tiene la determinación de separar las funciones de conducción, provisión y financiamiento, tal como ordenan las leyes vigentes. Separada la provisión de servicios de las tareas de rectoría del sistema, el MSP podrá dedicar su atención a la planeación de estrategias, el aseguramiento de la calidad, la producción de evidencias, la vigilancia epidemiológica, los estudios sobre la situación de salud, sobre el gasto y financiamiento, sobre la calidad de la provisión, sobre la eficiencia en el gasto y sobre el cumplimiento de las

metas. Esto implica que deberá fortalecer su área de “inteligencia sanitaria”, para todo lo cual necesita recursos.

Con las informaciones recabadas y procesadas no se pudo determinar con precisión si el MSP dispone o no de los fondos para realizar adecuadamente las funciones de rectoría. Pero los datos ofrecen importantes indicios, ya que en la actualidad, un 28% del presupuesto de la entidad se destina a la misma. El cumplimiento del proceso de separación de funciones le ofrece al MSP la oportunidad de reestructurar sus organismos y sus funciones a partir de un *presupuesto base cero*, es decir, sin tomar en consideración el gasto histórico de la institución y presupuestando cuánto necesitaría para cumplir de manera adecuada con lo que se propone y con lo que requiere el país para que la función de rectoría sea cumplida adecuadamente.

Baja prioridad a la salud colectiva

La baja prioridad a la salud colectiva, o sea, a la prevención y promoción de la salud de la comunidad en su conjunto, se relaciona con el punto anterior, dado que estos servicios seguirán a cargo del MSP una vez sea separado de la función de provisión. Sin embargo, las cifras muestran que los fondos asignados a salud colectiva en el presupuesto del MSP, constituyen el 1.5% del gasto nacional corriente en salud y el 4.5% del total de recursos que administra la institución. Con estos recursos se llevan a cabo todos los programas de salud pública para la prevención y control de las enfermedades, así como lo concerniente a la vigilancia epidemiológica. Dada la importancia de esta tarea, estas cifras parecen sugerir que los fondos son insuficientes. Parte del trabajo que correspondería al MSP en el proceso de separación de funciones es presupuestar adecuadamente estas tareas.

Baja prioridad al primer nivel de atención

El primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud y como nivel resolutorio de la mayor parte de los problemas que aquejan a la población es una estrategia clave incluida en la Estrategia Nacional de Desarrollo y en el Plan Plurianual de Inversiones del Sector Público. También es parte fundamental del modelo de atención que promueven las leyes de salud y de seguridad social. Sin embargo, no se ha implementado y está increíblemente sub-financiado. Es decir que, en la práctica, no constituye una prioridad del sistema de salud.

En efecto, dentro del total de recursos que se asignan a los proveedores del MSP, los montos que se destinan al primer nivel de atención son una décima parte del uno por ciento. Está claro que no se ha implementado el primer nivel como puerta de entrada y que esta estrategia exige de un financiamiento mayor. Pero además es posible que la forma en que se reporta la ejecución por programas del MSP contiene fallas que subestiman esta actividad. Es posible que una parte de los fondos estén ocultos en el total de gastos de recursos humanos que no están adecuadamente distribuidos. Se requiere de un estudio más detallado de las informaciones del MSP, consultando otras fuentes, además de las presupuestarias, inclusive, distribuyendo el gasto en recursos humanos por función y proveedor.

En el resto del sistema es notoria también la baja prioridad a los servicios de prevención y promoción de la salud. Resalta el hecho de que el SENASA no asigne fondos para estos fines. El régimen subsidiado trabaja mayormente con proveedores públicos, que tienen a su cargo estos programas específicos además de las unidades de atención primaria a las que teóricamente, debería estar adscrita la población. Pero como este sistema no funciona ni tampoco el MSP le asigna recursos suficientes, queda evidente que las prioridades no están en esto y que el sistema está muy lejos de implementar la disposición de que el primer nivel sea la puerta de entrada al sistema de salud.

Alta prioridad a la atención especializada

El grueso de los recursos de todo el sistema se destina a la atención especializada y se proveen en hospitales de tercer nivel. En el caso del MSP, los fondos se gastan principalmente en hospitalización. Si se agrega a los fondos que maneja el MSP de manera centralizada, los que se transfieren a los hospitales descentralizados, que son establecimientos de tercer nivel, se puede advertir que la prioridad en el gasto es la atención especializada y no la salud básica ni la colectiva. Tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, se observa que la atención se provee también de manera principal, en los hospitales especializados. Y los tipos de servicios que cubre son, en una medida importante, de alta complejidad.

La protección financiera contra los gastos catastróficos de estas enfermedades es una parte fundamental para lograr la equidad en un sistema de salud. Pero como se trata de intervenciones costosas, el sistema tiene que tomar decisiones sobre qué cubre y qué no cubre, a fin de asegurar que esa cobertura esté dirigida a los problemas de salud prioritarios. También es importante que los gastos se efectúen en base a protocolos de atención previamente definidos. Asimismo, que se definan y evalúen las tecnologías según criterios de costo-efectividad y siguiendo criterios adecuados para asegurar la calidad y la eficiencia en el gasto. Todo esto tiene impacto en la efectividad del sistema para lograr resultados de salud así como en la eficiencia y calidad del gasto.

Gasto elevado en medicamentos

El gasto en medicamentos es una partida sustancial del gasto en salud. De hecho es el componente clave del gasto directo de los hogares. Cualquier política de protección financiera a los hogares dominicanos tiene que tener como base consideraciones relativas al gasto en medicamentos. Pero debe obedecer a las prioridades del sistema de salud.

En el MSP un renglón fundamental en su estructura de gastos son los medicamentos que se entregan dentro del programa de paciente protegido, para apoyar a personas de escasos recursos que tienen enfermedades consideradas catastróficas desde el punto de vista financiero. Consiste en la entrega de medicamentos de alto costo, principalmente de cáncer, a personas que lo solicitan directamente, con un criterio asistencialista que probablemente no toma en cuenta la racionalidad macroeconómica ni la priorización nacional en salud, todo lo cual es importante porque se trata de montos sustanciales.

En el caso del régimen contributivo, a pesar de las limitaciones expresas sobre el monto de su cobertura en el PDSS, los medicamentos se llevan una parte importante de los recursos. Por ello, una cobertura poco racional puede afectar la sostenibilidad financiera de cualquier sistema, lo cual requiere de análisis ponderados. Más que un límite monetario ínfimo para todo el mundo, como existe actualmente, debería pensarse en coberturas explícitas para atender prioridades.

Falta de estudios sobre costos y gastos por enfermedad

La metodología del SHA 2011, implementada en su totalidad, permite estimar el gasto por enfermedad, lo cual tiene unas implicaciones importantes para la toma de decisiones de políticas, especialmente para los procesos de establecimiento de prioridades. Para ello se parte de estudios especializados de costo, que nunca han sido realizados en el país. Una aproximación a ello es partir de datos de utilización de servicios, así como de revisión de informaciones en torno a las causas de las consultas y hospitalizaciones.

Con los datos disponibles hasta ahora, no es posible hacer una estimación de costo por enfermedad, porque el sistema estadístico da seguimiento a intervenciones –que no se relacionan directamente con los diagnósticos–. En el caso del cáncer, por ejemplo, hay intervenciones relacionadas con

el mismo que están en otras categorías, algunas claramente identificables, como algunas relacionadas con la prevención y el diagnóstico, o los medicamentos coadyuvantes que figuran por separado. Pero muchas intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones estarían incluidas si se hiciera un estudio de esta naturaleza.

No obstante, aún con estas subestimaciones, queda claro que el cáncer, por ejemplo, es un problema importante en términos de necesidades de salud de la población y de recursos necesarios para su tratamiento. Lo mismo podría decirse de los problemas cardíacos y de otros, ocultos en estas cifras, como por ejemplo la diabetes. Los altos niveles de gasto de la hemodiálisis renal parecen sugerirlo.

Un estudio bastante confiable de gasto por enfermedad sería posible hacerlo si se dispusiera de las bases de datos más detalladas de las ARS más grandes, pues tienen más información de la que suministran a la SISALRIL, que fue la que se utilizó para fines de este trabajo. Esto contribuiría a la toma de decisiones por parte de las autoridades y para las ARS serviría como un elemento en su análisis de riesgo. Otra fuente importante para estas estadísticas sería el levantamiento de información primaria en una muestra seleccionada de establecimientos públicos.

Cobertura universal con equidad, calidad y sostenibilidad

El tema de lograr la cobertura universal –tal como está propuesto en el marco legal dominicano y en la visión estratégica del desarrollo– requiere de la definición clara de qué se va a garantizar a la población, es decir, se trata del contenido y del costo del Plan Básico de Salud. La revisión profunda del mismo, para que se adapte a las prioridades nacionales, constituye una prioridad del sistema dominicano de salud en su etapa actual.

Las informaciones resultado de este trabajo pueden contribuir a dicha revisión, al proporcionar datos sobre los niveles de gastos actuales y sobre la composición de los mismos. Pueden ayudar a identificar las áreas en que se necesita mejorar los datos o realizar estudios adicionales. Dan luces sobre lo que pudieran ser los límites o el espacio fiscal para mayores inversiones, sobre todo en base a las finanzas públicas.

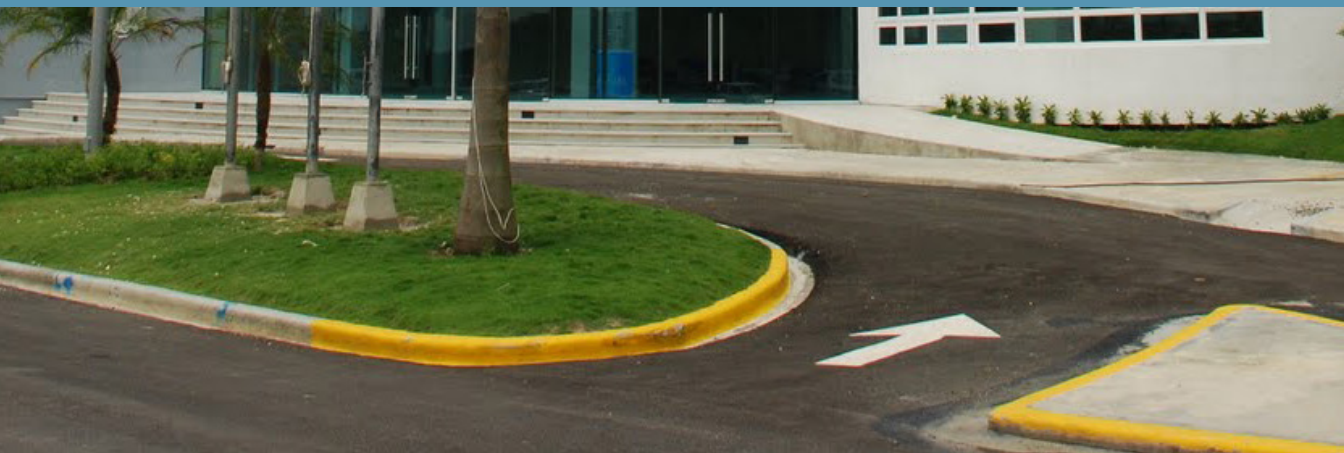
La revisión del PBS debería ser profunda, partiendo del análisis de la situación de salud y de las prioridades nacionales, pasando por la definición de guías y protocolos de atención para hacerles frente, incluyendo los estudios de costo efectividad sobre los tratamientos, tecnologías, procedimientos, medicamentos más adecuados. Esto es un proceso continuo, que no puede lograrse con una revisión puntual del paquete de prestaciones actual. En realidad, debería ser parte de un sistema de priorización de servicios de salud estable, permanente, con bases científicas y técnicas de alto nivel, independiente de las presiones políticas y de grupos de poder.

La cobertura universal de un mismo PBS para todos, con la misma calidad, que proteja financieramente a las personas es un objetivo de las leyes que conforman el sistema de salud de la República Dominicana. A fin de que sea posible, necesitamos monitorear su costo y, dado que los recursos financieros tienen límites, asegurarnos de que satisface las prioridades de la población. De ahí la importancia de monitorear el gasto y el financiamiento a la salud con una perspectiva sistémica.

Con todo lo dicho anteriormente, el presente trabajo aporta un punto de partida. Corresponderá ahora a las autoridades nacionales a cargo de producir las estadísticas, completar el trabajo con estudios adicionales y mejorar así estas estimaciones, así como producirlas anualmente de manera rutinaria e institucionalizada.



Capítulo I Introducción



INTRODUCCIÓN



En el año 2001, la República Dominicana se abocó a una profunda reforma estructural, consagrada en la Ley 87-01, que creaba el Seguro Familiar de Salud (SFS), con la finalidad de alcanzar “la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema”. Para lograrlo creaba tres regímenes de financiamiento: el contributivo (financiado por aportes de los usuarios y de las empresas, sobre bases salariales), el subsidiado (financiado con fondos públicos exclusivamente) y el contributivo-subsidiado (con financiamiento parcial del beneficiario y del Estado).

El régimen subsidiado inició en el 2003 –aunque con poca cobertura– y el contributivo a finales del 2007. El tercer régimen no se ha implementado todavía. Uno de los fundamentos básicos de la reforma era garantizar la cobertura de un conjunto explícito de prestaciones, iguales para todos, con el fin de lograr la cobertura universal y reducir el gasto de bolsillo, esto es, aumentar la protección financiera de los hogares.

Después de casi ocho años de inicio del régimen contributivo, el alcance de sus logros en los términos indicados arriba no ha podido ser evaluado a profundidad, debido –entre otros asuntos– a la falta de estudios sistemáticos, permanentes, consistentes y comparables, sobre el gasto y el financiamiento a la salud.

A fin de tomar decisiones basadas en evidencia en cuanto a la eficiencia y cobertura de un sistema de salud, se requiere información básica sobre cómo se financia y cómo se aplican los recursos en los diferentes niveles de atención, así como su distribución por tipo de proveedor. Asimismo, interesa saber la organización y financiamiento del sistema según los distintos esquemas legales existentes diseñados para fines específicos, tales como los fondos de la seguridad social, los que aportan directamente el gobierno para financiar sus propios servicios y los que financian los hogares mediante el pago directo.

El sistema más adecuado para abordar este tema son las cuentas de salud, que miden tales flujos financieros dentro de un esquema coherente de definiciones y clasificaciones, acordado internacionalmente por las entidades encargadas de la producción de estadísticas. La metodología es denominada SHA 2011, hoy considerada el estándar mundial sobre el tema, pero que todavía no está implementada en la mayoría de los países. La OMS se ha propuesto promover su utilización y posee un plan estratégico para impulsarla en unos 100 países en los próximos años.

Los estudios de cuentas de salud son estimaciones, siempre perfectibles y mejorables, realizadas procesando de manera conjunta y mediante un sistema específico, una cantidad inmensa de datos. Algunos de estos provienen de fuentes contables, como las ejecuciones presupuestarias de las agencias públicas o de los registros de pagos de las ARS a los prestadores de servicios. No obstante, muchas veces la información no está distribuida de la manera que se necesita para fines del análisis y es necesario hacer supuestos para presentarla de la forma necesaria. Estos supuestos siempre tienen un fundamento que los soporta y se explican en la sección de metodología.

El presente ejercicio de estimación del gasto nacional en salud se realiza siguiendo dicha metodología y constituye una iniciativa pionera en el país. Como innovación, presentamos en este trabajo una distribución del gasto

por proveedor y por función. Para tales fines, partimos de datos contables y realizamos estimaciones en base a los datos que gentilmente proporcionara SENASA sobre las autorizaciones por procedimiento y proveedor. En virtud de una serie de criterios, logramos agrupar los proveedores por tipos y dentro de estos, por funciones, lo que implicó el procesamiento de millones de datos de autorizaciones, que permitieron luego ser utilizados como factores para distribuir los datos de pagos que constituyen datos contables. SENASA nos suministró estos datos tanto para el régimen subsidiado como para el contributivo.

Para el caso del régimen contributivo, realizamos una primera distribución a partir de los totales proporcionados por la SISALRIL, a los cuales aplicamos los coeficientes de SENASA contributivo para realizar la distribución por proveedor. Esto fue presentado a ADARS quien a su vez gestionó su validación por parte de las principales ARS asociadas, a saber.

Para la distribución por funciones obtuvimos datos gruesos tanto de SENASA como de las otras ARS vía SISALRIL. Con estas informaciones (más las de otras entidades) preparamos hojas de tipo base de dato con las clasificaciones de esquema de financiamiento, fuente, agente, proveedor y función. En la decisión sobre las clasificaciones apoyó a distancia el experto holandés en cuentas de salud Cornelis Van Mosseveld, quien ha coordinado todo el desarrollo de las cuentas de salud desde sus orígenes, tanto desde la oficina de estadísticas de la Eurostat como desde la OMS.

Los datos procesados y clasificados fueron introducidos en un software especializado de cuentas de salud, desarrollado por la OMS, la USAID y la firma Prognoz, de Rusia. Con apoyo técnico de esta última firma, la investigadora Patricia Hernández realizó el procesamiento de los datos en el software y produjo las matrices, colaborando también en el análisis de la información y la preparación del informe. La Dra. Hernández, co-autora de este trabajo,

es la principal autoridad mundial de habla hispana sobre el tema de cuentas de salud.

Reiteramos que este es un esfuerzo pionero y que sus resultados son de carácter preliminar. Corresponderá ahora a las autoridades nacionales a cargo de producir las estadísticas, completar el trabajo con estudios adicionales y mejorar así estas estimaciones. Del mismo modo, producirlas anualmente de manera rutinaria e institucionalizada.

Antecedentes y justificación

Las cuentas de salud (CS) constituyen un conjunto de matrices o tablas de doble entrada, cuyo objetivo fundamental es conocer la estructura y los flujos financieros dentro del sistema de salud. Las CS ofrecen información sobre el monto total de recursos que maneja el mismo, pero tomando en consideración todas las fuentes, incluyendo las fuentes externas y los recursos que aportan los hogares. Asimismo, proveen y consolidan la información sobre quiénes administran esos recursos, de qué fuentes provienen, quién los paga, para qué propósitos y quién se beneficia de los fondos.

Las cuentas de salud ofrecen una descripción sistemática de los recursos que moviliza el sistema, desde la perspectiva del gasto. Además de informar sobre las políticas públicas de un país, tienen también el propósito de servir de base para comparaciones internacionales. De ahí la importancia de que los agregados se midan de manera consistente, utilizando clasificaciones y metodologías aceptadas internacionalmente.

La metodología internacional –que ha venido evolucionando en las últimas décadas– se basa en los siguientes manuales: un *Sistema de Cuentas de Salud* (SHA 1.0), publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en el año 2000; la *Guía del Productor de*

Cuentas Nacionales de Salud, publicado por la OMS, el Banco Mundial y la USAID en el año 2003, y las *Directrices del SHA*, de la Eurostat, del 2003. A partir del año 2006 se inició un proceso de revisión metodológica del SHA, liderado por la Organización de Cooperación Económica y Desarrollo (OCDE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina de Estadísticas de la Unión Europea (EUROSTAT). El grupo técnico clave de dicha revisión fue el Grupo Técnico Interinstitucional de Cuentas de Salud (IHAT, por sus siglas en inglés), en el cual participó en muchas ocasiones Patricia Hernández, co-autora de este trabajo y la principal autoridad mundial de habla hispana sobre el tema. Magdalena Rathe aportó también en dicho proceso, realizando algunos estudios parciales y revisando técnicamente la versión española de dicho manual.

La OMS propició consultas de expertos en las cinco regiones del mundo, para enriquecer el SHA, que finalmente fue publicado en el año 2011. La Fundación PLENITUD, como entidad coordinadora de la Red de las Américas de Cuentas de Salud (REDACS), tuvo a su cargo las consultas en la región de América Latina y el Caribe, coordinando la realización de tres reuniones internacionales, realizadas en Ciudad México, Cuernavaca y Punta Cana, en los años 2009 y 2010.¹

Es preciso señalar que, como resultado de este proceso, todo el enfoque metodológico del financiamiento a la salud ha sido transformado en el SHA 2011,² con la creación de nuevos conceptos, como los esquemas de financiamiento que vienen a dar luz en torno a la estructuración del financiamiento a la salud en un país determinado.

¹ REDACS: *Hacia un estándar metodológico común*, PLENITUD/OSRD, Santo Domingo, 2011. Recuperado de http://www.fundacionplenitud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=393:informe-regional-i-de-la-redacs&catid=94:redacs

² OECD, WHO, EUROSTAT, *A System of Health Accounts 2011*, París, Francia, 2011.

A través de este instrumento es posible mejorar las políticas del sector, ofreciendo evidencias para la toma de decisiones y mejorando la transparencia de las instituciones, tanto públicas como privadas. Finalmente, las CS contribuyen a 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, ya sea esta global y estructural, o específica. En este sentido, permiten establecer puntos de partida para medir, entre otros asuntos, el impacto de la seguridad social 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.

En la República Dominicana, los dos estudios pioneros sobre cuentas de salud fueron realizados en la República Dominicana para los años 1996³ y 2002⁴, dirigidos por Magdalena Rathe, directora ejecutiva de la Fundación PLENITUD y coordinadora de esta investigación.

El presente estudio es también pionero, dado que procura aplicar por primera vez en el país, aunque a una escala limitada, la nueva metodología que hoy constituye el estándar internacional sobre el tema. También debe insistirse en que es preliminar y que se irá perfeccionando a medida que mejoren las estimaciones y se agreguen nuevas informaciones.

Desde el 2005, después de una asistencia técnica ofrecida por la autora para su creación, la Unidad de Cuentas de Salud del Ministerio de Salud (UCNS) tiene a su cargo producir dichas cuentas. La UCNS procesa las estadísticas correspondientes y publica boletines anuales de indicadores del gasto público en salud, aunque las mismas son demasiado agregadas, centrándose

³ Rathe, Magdalena, *Análisis de las cuentas nacionales de Salud de 1996*, Organización Panamericana de la Salud, Santo Domingo, 2000.

⁴ Rathe, Magdalena, *Análisis de las cuentas nacionales de Salud de 2002*, SESPAS/CERSS/BID, Santo Domingo, 2005.

exclusivamente en la matriz de fuentes y agentes y siguiendo la metodología de SHA 2.0⁵ y que se explica en la *Guía del productor de cuentas nacionales de Salud*⁶, en cuya elaboración contribuyeron de manera importante las autoras de este trabajo.

Por otro lado, la Fundación PLENITUD ha venido haciendo estimaciones anuales del gasto y financiamiento a la salud^{7,8} y elabora anualmente una estimación para la Organización Mundial de la Salud (OMS), habiendo producido los datos correspondientes a la serie desde el 1995 al 2011. Para estimar los fondos privados, en particular, el gasto de los hogares, se usa la *Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA)*⁹. Estas son estimaciones del gasto total y no constituyen las matrices de las CNS, dado que realizarlas constituye una tarea de envergadura mayor de la cual está a cargo el MSP y el Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud¹⁰, en el cual participan las principales entidades vinculadas al financiamiento del sector.

En la actualidad se justifica abordar el tema de actualizar las cuentas de salud, de modernizar su metodología y de generar los indicadores claves para fines de políticas públicas, como son:

⁵ Un Sistema de Cuentas de Salud, SHA, OECD, París, 2000.

⁶ OMS/USAID/Banco Mundial, *Guía del productor de cuentas nacionales de salud para países de ingreso medio y bajo*, 2004.

⁷ Rathe, Magdalena y Guzmán, Dania, *Estimación del gasto nacional en salud, 1995-2011*, Fundación PLENITUD/Observatorio de la Salud, Santo Domingo, 2012. Recuperado de http://www.fundacionplenitud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=367:estimacion-del-gasto-nacional-en-salud-de-la-republica-dominicana-1995-2011&catid=93:osrd

⁸ Rathe, Magdalena y Guzmán, Dania, *Seguimiento de las cuentas nacionales de salud: estimación del gasto nacional en salud 2009-2010*, Fundación PLENITUD/Observatorio de la Salud, Santo Domingo, 2011. http://www.fundacionplenitud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=388:estimacion-del-gasto-nacional-en-salud-de-la-republica-dominicana-2009-2010&catid=93:osrd

⁹ *Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA)*, CESDEM.

¹⁰ El cual está integrado por las instituciones que producen las estadísticas y del cual ADARS forma parte.

- La contribución de los distintos esquemas de financiamiento dentro del gasto nacional en salud (lo cual ofrece luces a la evaluación del impacto de la reforma en la protección financiera de los hogares).
- El monto y la forma en que se financian los distintos tipos de proveedores que existen en el sistema.
- La distribución del gasto en salud por función, es decir, por tipo de gasto, lo cual ayuda a realizar análisis sobre la eficiencia o la calidad del mismo.

Limitaciones

La elaboración de cuentas de salud es un proceso complejo de producción de estadísticas, que requiere de la revisión, procesamiento y ajuste de una multitud de datos que provienen de diferentes fuentes. En general, esta tarea la asumen organismos públicos de estadísticas o universidades, como un programa que posee una asignación rutinaria de recursos. Esto lo hace institucional y permanente, a la vez que permite mejorar progresivamente las estimaciones.

La presente investigación constituye un aporte puntual dentro de ese proceso, como un Piloto de Implementación del SHA 2011 para el año 2014, con la finalidad de aportar al proceso de revisión metodológica. Aunque no se trata de un estudio completo de cuentas de salud, porque el mismo excedería con mucho el alcance de la presente investigación, el mismo pretende aportar una primera estimación, a la vez que sugerencias en torno al procesamiento de datos, métodos de cálculo, vacíos y pasos a seguir en el proceso de completar los datos y hacer más precisas las estimaciones. De esta manera, se pretende contribuir a la fase de actualización metodológica, es-

perando que contribuya a sentar las bases para su institucionalidad, es decir, para que se convierta en un proceso rutinario de producción de estadísticas.

Objetivos

Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

General

Estimar el gasto y financiamiento del sector salud en la República Dominicana, por esquema de financiamiento y proveedor, que permitan inferir consideraciones de equidad y calidad del gasto.

Específicos

- Estimar el gasto en salud por esquema de financiamiento para el año 2014, utilizando la metodología del SHA 2011.
- Para el año 2014, presentar el gasto por proveedor, según sea público o privado y según niveles de atención.
- Estimar el gasto por función, es decir, por tipo de atención (preventiva, curativa ambulatoria, curativa con internamiento, de rehabilitación), de acuerdo a cada tipo de proveedor, para el año 2014.
- Realizar un análisis de la información que incluya: (a) peso del gasto en salud en la economía dominicana con relación al PIB; (b) consideraciones de equidad; (c) consideraciones sobre la calidad del gasto; (d) cumplimiento de las leyes de salud y seguridad social; (e) análisis comparativo con países similares a la República Dominicana; (f) conclusiones y recomendaciones.

Contenido del estudio

En el primer capítulo presentamos el marco conceptual sobre el SHA 2011, cuya implementación piloto estamos realizando en este trabajo para el año 2014. En los dos capítulos sub-siguientes presentamos los resultados de la estimación, analizando algunos elementos clave de cada uno de los principales esquemas de financiamiento objeto de este trabajo. El capítulo que sigue contiene las consideraciones de política más importantes que resultan de los resultados obtenidos en la investigación. Finalmente, presentamos un resumen de las principales conclusiones y recomendaciones. En anexo se incluye un documento metodológico que explica las fuentes de los datos y supuestos utilizados para las estimaciones. De igual modo, se incluyen recomendaciones específicas para el MSP y el Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud, a fin de cómo mejorar las futuras estimaciones y cómo realizar la implementación completa del SHA 2011.

**Atención Médica
Emergencia**



Capítulo II Marco conceptual



MARCO CONCEPTUAL



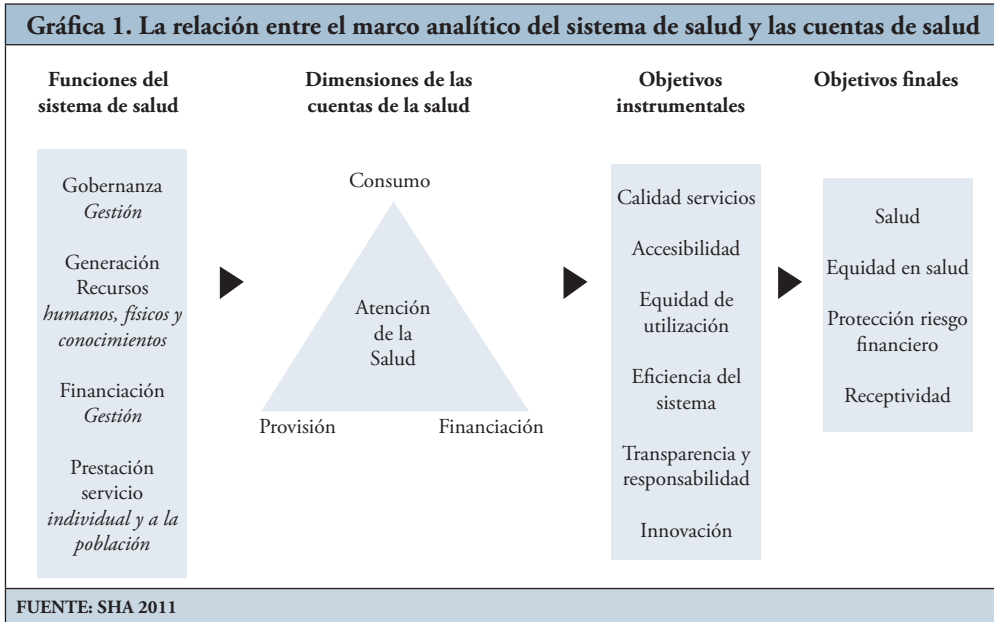
El presente capítulo ofrece un breve resumen del marco conceptual de las cuentas de salud, con tal de contribuir a comprender mejor el análisis de los resultados del capítulo siguiente. Se presentan los conceptos fundamentales y el contenido de las clasificaciones más importantes de las cuentas de salud.

Propósitos del SHA 2011

Según indica el manual del SHA 2011¹¹, el mismo es un estándar para clasificar los gastos en salud en función de tres ejes: consumo, provisión y financiamiento. Sus objetivos concretos son:

- Establecer un marco de referencia que incluye los principales agregados, para poder comparar internacionalmente los gastos en salud y analizar los sistemas de salud.
- Servir de herramienta –donde cada país pueda ampliar según sus prioridades– en función obtener los datos para monitorear y analizar el sistema de salud.
- Definir los límites de la salud, armonizados internacionalmente, para dar seguimiento al consumo de bienes y servicios de salud.

¹¹ OECD, OMS, Eurostat, *opus cit.*, 2011.



El gráfico muestra las funciones de un sistema de salud, según el marco de evaluación del desempeño elaborado por la OMS y cómo estas pueden medirse a través de las cuentas de salud, a fin de obtener conclusiones sobre los objetivos instrumentales, a saber: la relación del gasto y financiamiento con la calidad de los servicios, su accesibilidad, la equidad del sistema, la eficiencia, su transparencia e innovación. Como punto final se encuentran los objetivos de un sistema de salud, que son, en definitiva, mejorar los resultados de salud de la población, aportar a la equidad y la protección financiera y contribuir a la receptividad, es decir, a lo que hemos llamado calidez en la República Dominicana.

Debemos resaltar que la OMS considera la equidad y la protección financiera como fines últimos de un sistema de salud. A estos temas las cuentas de

salud pueden hacer un aporte sustancial en términos de evidencias, siempre que se midan con la suficiente coherencia, consistencia y comparabilidad.

El SHA 2011 guarda coherencia con otros sistemas de contabilidad, en particular con el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN). Su enfoque es el consumo de bienes y servicios de la población residente. Posee un marco central y uno ampliado –este último incluiría también el comercio exterior, turismo de salud, etc.–, los cuales requieren de un mayor desarrollo del sistema de estadísticas. A fin de lograr la coherencia interna y la comparabilidad, se requiere de definiciones y clasificaciones aceptadas internacionalmente.

Definiciones

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 diversa naturaleza 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 2011 define como actividades de salud, aquellas acciones que tienen por objetivo esencial:

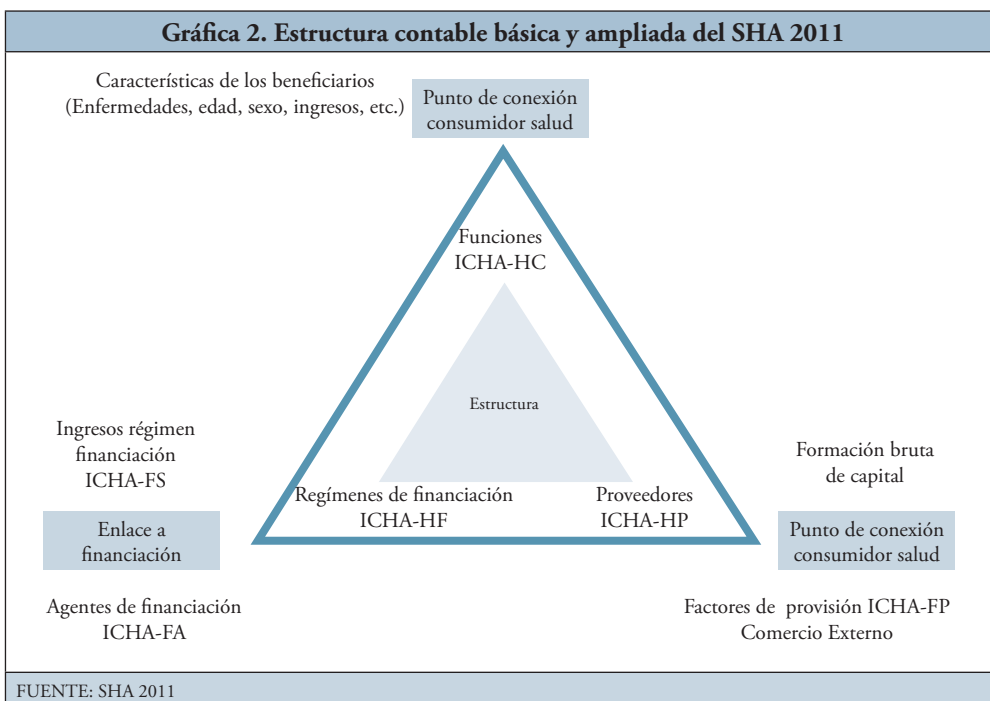
- La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
- La curación de las patologías y la reducción de la mortalidad prematura.
- La provisión de cuidados a las personas con enfermedades crónicas.

- 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.

Algunos de los temas básicos a tener en cuenta en la aplicación de la metodología del SHA 2011 para la producción y análisis de las cuentas de salud son las siguientes:

Enfoque triaxial

El SHA 2011 se centra en el gasto en salud, desde el punto de vista del consumo de bienes y servicios de salud. Se reconoce que hay una necesidad que satisfacer con el consumo de un bien o un servicio, que puede ser valorado en términos monetarios. Ese consumo se realiza «con el propósito primario de mejorar la salud, mantenerla o evitar el deterioro del estado de salud de individuos, grupos de población o la población en general».



El gráfico muestra lo que se ha denominado el enfoque *triaxial*: al mismo tiempo, el SHA 2011 toma en cuenta que todo lo que se consume, ha sido previamente producido y financiado. Cada uno de los ángulos del triángulo equilátero representa las actividades de: producción, consumo y financiamiento.

Límites

El SHA define sus límites de la siguiente manera: Todas las actividades que tienen como propósito primario mejorar, mantener y prevenir el deterioro del estado de salud de las personas, así como la mitigación de las consecuencias de las enfermedades, que se realicen a través de la aplicación de conocimientos calificados (médicos, paramédicos, de enfermería, incluyendo

tecnología, y medicina tradicional y complementaria). Podemos desglosar la definición anterior en cada uno de sus componentes, a saber:

- El propósito primario de la acción es atender una necesidad de salud, es decir, existe una demanda que requiere de una acción.
- Esa acción no la puede proveer cualquiera. Se necesita un cierto grado de conocimiento especializado, científico o técnico, como son los de las profesiones médicas, la tecnología, etc.
- El consumo de los servicios es final, es decir, lo utiliza el paciente o el usuario, no es un bien o servicio que se utiliza dentro de un proceso para producir otros (como serían los medicamentos que se dan a los pacientes hospitalizados o los insumos para producir medicamentos).
- La acción es realizada por los residentes de un país en particular.
- Entre los agentes existe una transacción monetaria.

Principales agregados

Los grandes agregados del gasto en salud de un país determinado, en un año seleccionado, son los siguientes:

- Gasto corriente en salud
- Formación bruta de capital

El *gasto corriente* se define como el gasto de consumo final del valor de los bienes y servicios de salud, realizado por los residentes de un país. La *formación de capital* es el valor de los activos que los proveedores de salud han adquirido durante el período contable de referencia, los cuales serán usados de manera continua o repetitiva en más de un año de provisión de servicios. Es importante separar ambos tipos de gasto cuando se realiza el procesamiento de los datos, pues obedecen a finalidades distintas.

El análisis principal de resultados corresponde al gasto corriente, el cual puede analizarse desde diferentes perspectivas, a saber, la del consumidor de

bienes y servicios de salud (funciones o tipo de servicios); la del productor (la empresa o entidad que los ofrece); y la del financiador (quien aporta los recursos para que pueda darse la transacción).

Esto obedece al principio triaxial al que hacíamos referencia previamente. Para analizar adecuadamente estas perspectivas, las entidades internacionales que guían la producción de cuentas de salud han desarrollado clasificaciones, las cuales se indican en la sección que sigue.

Las clasificaciones

La metodología del SHA 2011 propone clasificaciones bien detalladas, a varios dígitos, con sus respectivos códigos y definiciones, con el propósito de que estas sean claras y excluyentes. Las áreas de análisis son las siguientes:

- Funciones (HC), que son los tipos de bienes y servicios que se prestan y las actividades que se realizan dentro de los límites del gasto en salud.
- Proveedores (HP), que son las entidades que producen los bienes y servicios de salud y reciben recursos a cambio de las mismas.
- Esquemas de financiamiento (HF), son los regímenes en que se organiza el financiamiento a la salud, para dar cobertura y protección a toda la población o a un grupo de la misma, con reglas establecidas para generar recursos, para aplicarlos y para mancomunarlos.
- Agentes de financiamiento (FA), son las unidades institucionales que recaudan los fondos y que gestionan los esquemas de financiamiento.
- Fuentes de financiamiento (FS), son los tipos de ingresos que recaudan los esquemas de financiamiento.
- Factores de provisión (FP), son los insumos que intervienen en el proceso productivo de los bienes y servicios de salud.

- Beneficiarios son los miembros de la población que reciben los servicios, clasificados por sexo, edad, lugar de residencia, enfermedad o condición de salud.
- Formación de capital (HK) son los tipos de activos que los proveedores han adquirido durante el período contable y que utilizarán por varios períodos.
- Comercio en salud, son las importaciones y exportaciones de bienes y servicios de salud que se proveen a residentes y no residentes de un país.
- Productos son los diferentes tipos de bienes y servicios que producen los proveedores.

Para fines del presente trabajo nos hemos centrado en las clasificaciones básicas, como un modo de iniciar este trabajo de implementación del SHA 2011 en la República Dominicana. Estas son las de esquemas de financiamiento, con sus fuentes, por un lado y por el otro, los proveedores de servicios y sus funciones.

Los esquemas de financiamiento: características e importancia

La introducción del concepto de los esquemas de financiamiento es una de las innovaciones claves del SHA 2011. En lugar de presentar los flujos financieros solo por las instituciones, ahora estos se presentan de acuerdo a los arreglos institucionales establecidos por un país para movilizarlos con un propósito específico, por ejemplo, para proteger financieramente a la población contra el riesgo de enfermarse. En la metodología anterior, la unidad básica de análisis era la institución que administraba los fondos, llamada el agente financiero. Pero un sistema de salud opera a través de sistemas más complejos, integrados por varias instituciones que se organizan para un fin previamente establecido, por ejemplo, proteger a las madres y a los niños, o proteger a la población pobre o vulnerable, estableciendo un conjunto de

normas y asignando responsabilidades a varias instituciones que, a su vez, recaudan los fondos y compran los servicios. Esto es lo que se llama un esquema de financiamiento y, en la nueva metodología, constituye la unidad básica del análisis.

De esa manera es posible presentar una imagen clara del sistema de financiamiento a la salud en un país, a la vez que se transparentan las transacciones claves dentro del sistema, lo cual revela la estructura del mismo. La dimensión del financiamiento proporciona mayor claridad sobre cómo se organiza el sistema de salud y cómo se financia, reflejando las complejidades cambiantes que van surgiendo en el mundo para resolver problemas específicos. De este modo, brinda una mejor información para el análisis de políticas y permite trazar rutas para mejorar la equidad y hacia el logro de la cobertura universal.

Como es evidente, a fin de contabilizar los flujos financieros, se necesitan herramientas contables para las transacciones relativas a la recaudación y la asignación de los recursos. Esto es función esencial de la metodología de cuentas de salud, tal como se presenta en el SHA 2011, el cual se ha desarrollado conforme a los sistemas estadísticos internacionalmente utilizados, como el Sistema de Cuentas Nacionales (SNA, por sus siglas en inglés). Estos sistemas se desarrollan en el marco de las Naciones Unidas, en la estadística de finanzas públicas del Fondo Monetario Internacional y en otros sistemas de clasificación.

El financiamiento de un sistema de salud posee tres funciones básicas:

- Recaudar los recursos
- Mancomunarlos (es decir, ponerlos en una bolsa común para administrar el riesgo)
- Comprar los servicios.

Los esquemas de financiamiento constituyen reglas por las cuales se realizan estas funciones. El SHA 2011 asigna códigos específicos a cada una de ellas, por ejemplo, los esquemas se clasifican con la sigla HF, la forma en que estos se financian (impuestos, cotizaciones obligatorias, primas voluntarias, etc.) se denominan fuentes de financiamiento y se clasifican como FS. Las unidades institucionales que implementan los esquemas (recaudan y asignan los fondos) se denominan agentes de financiamiento y se clasifican como FA.

Es importante tener claro estos conceptos al momento de recoger los datos en las instituciones específicas (agentes de financiamiento y proveedores) para poder tener la información requerida para entender los esquemas y los recursos que estos movilizan, dado que constituyen las principales unidades de análisis del financiamiento del sistema de salud. Los principales criterios para asignar un código a un esquema son los siguientes:

Modo de participación (cómo se accede al sistema)

- ¿Las personas se enrolan automáticamente en el sistema?
- ¿La afiliación es obligatoria por ley, o sea, es compulsiva?
- ¿La gente se afilia voluntariamente?

Derecho a los beneficios

- ¿Las personas contribuyen (cotizan) para recibir los servicios?
- ¿Alguien contribuye por ellos (el gobierno, la empresa)?
- ¿Puede alguien ser cubierto si no contribuye?

Método principal de recaudación de fondos

- ¿Impuestos generales? ¿Contribuciones obligatorias? ¿Prepagos?

Mancomunación (pooling)

- ¿Todos los fondos se juntan, para que haya solidaridad entre toda la población? (Los ricos con los pobres, los sanos con los enfermos, los jóvenes con los viejos).

- ¿Esta mancomunación es parcial? (¿Sólo entre un determinado grupo, por ejemplo, los que contribuyen? ¿O un grupo de población específico?)

Los criterios anteriores permiten clasificar a los esquemas de financiamiento y definir si el mismo es público o privado. Esto difiere de los enfoques anteriores y permite ahora tener más claro qué son fondos públicos y qué son fondos privados. Tener claros estos conceptos es importante a la hora de tomar decisiones sobre cómo asignar los recursos. En el capítulo siguiente se muestran los criterios para clasificar los esquemas, conjuntamente con el ejercicio realizado para el caso dominicano.

En resumen, los esquemas de financiamiento se clasifican como:

- Esquemas gubernamentales, financiados generalmente por impuestos generales o específicos, de tipo no contributivo. Pueden ser abiertos y dirigidos a toda la población o diseñados para un grupo específico de la misma.
- Esquemas de seguros obligatorios contributivos: se trata de seguros para cubrir riesgos de enfermedad, cuya contribución es obligatoria. Por tal razón, estos fondos se consideran públicos, dado que las cotizaciones se equiparan a los impuestos. Estos seguros pueden ser instituidos por el Estado, quien define los paquetes, las cotizaciones y las formas de recaudación (seguros sociales) o pueden ser seguros obligatorios privados, donde estas decisiones las toman las empresas aseguradoras, con regulación estatal, pero obligando a la población a adquirir dichos seguros.
- Esquemas de seguros voluntarios: son los seguros tradicionales que venden las empresas aseguradoras, ya sea para complementar el seguro obligatorio (ofreciendo coberturas que no ofrece el seguro obligatorio o para cubrir los co-pagos o aumentar la cobertura de

medicamentos, por ejemplo), o para sustituirlo (cuando hay grupos de la población excluidos del seguro obligatorio).

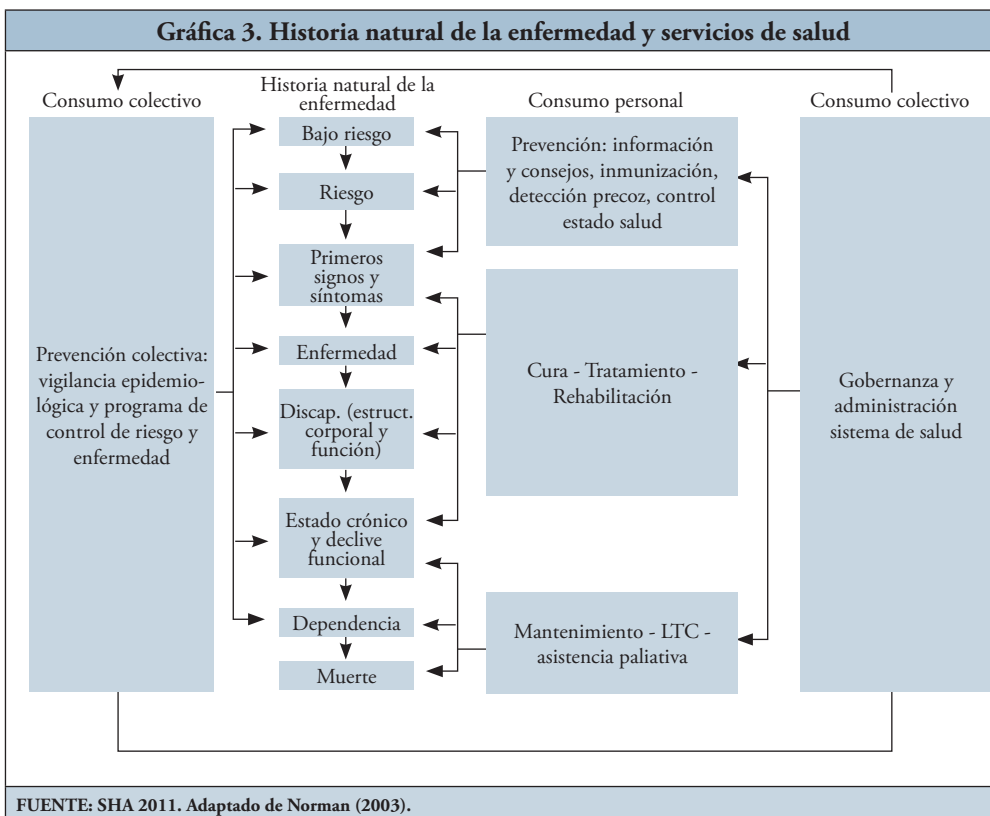
- Esquemas de gastos directos de los hogares, que incluye los pagos de bolsillo y también los que se realizan para cubrir una parte de la cobertura de los seguros, ya sea del obligatorio como de los complementarios (co-pagos).
- Esquemas de financiamiento de empresas, instituciones sin fines de lucro y resto del mundo, cada uno con sus características específicas.

En el anexo metodológico se muestra la clasificación completa de los esquemas de financiamiento.

Las funciones

Cuando hablamos de funciones nos referimos al tipo de servicios que los usuarios requieren o demandan, para satisfacer una necesidad de salud. Es decir, el grupo de bienes y servicios que consumen los usuarios finales con un objetivo específico. Estos servicios pueden ser individuales o colectivos. Estos últimos son se dirigen a toda la población para mejorar el nivel general de salud de la misma, beneficiando de la misma manera a todas las personas. Ejemplos de ello son los programas de control de las enfermedades, la vigilancia epidemiológica, la educación para la salud, el monitoreo y la evaluación de los programas, la rectoría del sistema.

Los servicios individuales se relacionan con las necesidades de salud de cada persona y, por tanto, se relacionan con el consumo privado o personal de la salud.



El gráfico anterior muestra cómo se relacionan los distintos tipos de servicios que presta un sistema de salud, con el continuo que representa la historia natural de la enfermedad, desde su no existencia –bajo riesgo (a donde intervienen la educación, promoción y prevención)–, pasando por la enfermedad misma, su tratamiento y rehabilitación, hasta las fases finales (mantenimiento, tratamientos de larga duración, asistencia paliativa, hasta la muerte).

Las cuentas de salud se enfocan en estas fases, clasificando las funciones de forma tal que ofrezcan información financiera sobre cada una de ellas, y

permitan dar indicaciones sobre la prioridad de asignación de fondos, sobre la eficiencia, sobre las brechas financieras.

Las principales categorías de la clasificación funcional se resumen a continuación:

- Atención curativa, la cual puede ser con internamiento o sin internamiento, de día, de larga estancia o domiciliaria, así como, general, mental, odontológica o especializada.
- Atención de rehabilitación, con las mismas subdivisiones.
- Atención preventiva, con el desglose de algunos programas específicos, como educación e información, inmunizaciones, programas de detección temprana, de vigilancia del estado de salud, vigilancia epidemiológica y otros.
- Servicios auxiliares, como medios de diagnóstico, ya sea de laboratorio, de imágenes y otros.
- Bienes médicos, como medicamentos con y sin prescripción, prótesis, lentes, etc.
- Servicios de gobernanza, rectoría y administración del financiamiento a la salud.

En el anexo metodológico se muestra la clasificación completa. Cada una de las partidas que la componen está descrita en el manual, con su definición y con la aclaración de dudas. Esto es muy importante, porque las clasificaciones deben ser excluyentes para garantizar la confiabilidad de los datos.

Los proveedores

Estos son las organizaciones que se encargan de prestar los servicios de salud o suministrar los bienes requeridos. A pesar de que cada país posee organizaciones distintas y de que los proveedores pueden ser de distintas clases, se ha llegado a acuerdos internacionales para agruparlos de una manera consisten-

te. El criterio básico es la “actividad principal”. Un proveedor puede ofrecer distintos bienes y servicios, pero algunos de ellos son más importantes que los otros. En virtud de estos es que se realiza su ubicación en una u otra de las categorías de la clasificación. Los hospitales, por ejemplo, proveen toda clase de servicios. Además de internar pacientes, proveen servicios de diagnóstico, ofrecen consultas, venden medicamentos. No obstante, si su actividad principal es el internamiento de pacientes, se clasifican como hospitales. Si la actividad principal es ofrecer consultas ambulatorias, aunque el nombre diga “hospital” se clasifican como centros de atención ambulatoria.

El gasto por proveedor permite analizar la estructura de la prestación de servicios en un país, en qué tipo de proveedores se concentra, lo cual contribuye a informar las decisiones de política. Las principales categorías son las siguientes:

- Hospitales, que se dividen en hospitales generales, mentales y especializados.
- Establecimientos de atención residencial a largo plazo.
- Proveedores de atención ambulatoria, como consultorios de médicos generales o especialistas, de odontólogos, centros de cirugía ambulatoria, centros de diálisis, etc.
- Proveedores de servicios auxiliares, como centros de diagnóstico por imágenes, laboratorios de análisis clínico.
- Minoristas y proveedores de bienes médicos, como las farmacias.
- Proveedores de atención preventiva, como centros de planificación familiar.
- Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud.
- Resto de la economía, donde se ubican los proveedores secundarios (entidades cuya actividad principal no es prestar servicios de salud, pero que lo hacen en adición a otras tareas) y los hogares que proveen servicios domiciliarios y son retribuidos por este trabajo.

En el anexo metodológico se muestra la clasificación completa.

Otras clasificaciones

La clasificación de los esquemas de financiamiento, junto con la de funciones y la de proveedores, constituyen la estructura contable básica de las cuentas de salud. Hay otras clasificaciones de importancia menor, que mejoran la comprensión y el análisis del sistema de salud, tales como:

- Clasificación de ingresos de los esquemas de financiamiento.
- Clasificación de factores de provisión.
- Distribución del gasto en salud por características del beneficiario.

Los ingresos de los esquemas de financiamiento permiten conocer de dónde provienen los recursos, es decir, si son impuestos generales, cotizaciones al seguro social, pagos de bolsillo de los hogares, compra de primas de seguros, donaciones de origen externo y otros.

Los factores de producción se refieren a los insumos que se utilizan en el proceso de producir los bienes y servicios de salud, tales como los pagos de salarios, los pagos por servicios no personales, la compra de productos farmacéuticos, los impuestos, el consumo de capital fijo, etc.

Finalmente, la distribución del gasto en salud por características del beneficiario tiene el propósito de ofrecer información analítica que sirva a la toma de decisiones. Por ejemplo, interesa saber la distribución del gasto por enfermedad, para lo cual se utilizan clasificaciones internacionales de enfermedades y se usan informaciones relativas a utilización de servicios, diagnósticos, causas de internamiento, etc. Otra posibilidad es distribuir el gasto por edad y por sexo, o por regiones de salud, por estatus socio-económico, por disponibilidad o no de seguro médico, etc. Una vez que se dispone de cuentas de salud bien estimadas en su aspecto central o básico, resulta posible ampliar y mejorar los análisis con estos enfoques adicionales.



Capítulo III

Los esquemas de financiamiento en la República Dominicana

LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA



El presente capítulo y el próximo, muestran los resultados del plan piloto de implementación del SHA 2011 en la República Dominicana, para el año 2014. En primer lugar, presentamos la configuración del sistema de salud del país en términos de sus esquemas de financiamiento, en términos legales y en términos de práctica. Este es el primer paso para luego realizar la estimación del gasto en virtud de los mismos, dado que ellos constituyen la base para el análisis de los flujos financieros dentro del sistema de salud.

Esquemas de financiamiento en la República Dominicana

Como habíamos indicado en la sección previa, los esquemas de financiamiento son los bloques básicos de las cuentas de salud y se clasifican de acuerdo a sus características esenciales, a saber:

- Modo de participación (voluntario u obligatorio, automático o con ciertos requisitos)
- Derecho a la participación (contributivo o no contributivo)
- Mecanismo de financiamiento (impuestos generales, cotizaciones a la seguridad social, pagos directos voluntarios, etc.)
- Mancomunación (mecanismos de administración del riesgo)

El cuadro que sigue muestra y clasifica los esquemas de financiamiento de la República Dominicana, en virtud de las definiciones y criterios del SHA 2011.



Para hacer esta clasificación preliminar, se procuró identificar la base legal que sustenta dichos esquemas. Es preciso indicar que esta es una primera aproximación al tema, pues algunos esquemas de financiamiento no están bien claros, existiendo zonas grises que requieren de un mejor análisis de la base legal que los constituye y los regula, así como de la práctica en su implementación.

Los esquemas que movilizan la mayor parte de los recursos en el sistema de salud dominicano están bien claros en cuanto a su base legal y a su características básicas, como son el del MSP, el Seguro Familiar de Salud y evidentemente, los pagos directos de los hogares. En los párrafos que siguen se describen los esquemas de financiamiento de la República Dominicana que hemos incluido en el presente estudio. Luego se presenta un cuadro completo con los esquemas que hemos identificado operan en el país, el cual puede servir de guía para una ampliación del estudio aquí iniciado.

Esquemas de financiamiento incluidos en el estudio

Esta sección describe, brevemente, los esquemas de financiamiento de la República Dominicana que pudimos incluir en el Estudio de implementación del SHA 2011 para el año 2014, de acuerdo con la información disponible:

HF.1.1 Esquemas gubernamentales

HF.1.1.1 MSP-Red pública tradicional. Pusimos provisionalmente este nombre al esquema tradicional del Ministerio de Salud Pública, financiado vía

la oferta. Se trata de la red de hospitales y otros proveedores públicos, gestionados centralmente (incluyendo la contratación de recursos humanos), financiado por el Tesoro Nacional, caracterizado por ser un sistema abierto para toda la población, no contributivo. Aunque tenga cuotas de recuperación (que fueron desmontadas recientemente) este sistema se clasifica como no contributivo.

Es preciso señalar que lo clasificamos con este primer código porque es el sistema tradicional y todavía constituye el principal movilizador de recursos financieros para la salud, porque no se han realizado aún las transformaciones que manda la ley para la separación de funciones. Una vez se apruebe la ley que está en el Congreso sobre los sistemas regionales de salud y se complete la extensión de cobertura del régimen subsidiado a toda la población objetivo, habría que buscar otro nombre para el esquema de financiamiento de los servicios que el Estado decida dejar dentro del mismo.

HF.1.1.2 Régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud—Aunque se gestiona dentro del sistema de seguridad social en salud y, teóricamente, debería estar sometido a las mismas reglas, sobre todo dentro del principio de lograr cobertura universal de un mismo conjunto de prestaciones, el régimen subsidiado no es un seguro social, sino un esquema gubernamental. Esto así, porque es totalmente subsidiado por el Estado, creado con la finalidad de proteger a las familias pobres y garantizarles un paquete de servicios, que según la ley 87-01 que lo crea, debería ser igual para todo el mundo. Si se hubiera logrado la cobertura universal, este debería ser el esquema gubernamental por excelencia.

Dentro de la categoría de esquemas gubernamentales se incluyen también el régimen de pensionados y jubilados del Estado, así como los accidentes de tránsito para el régimen subsidiado, a los cuales hemos asignado códigos específicos. Dadas las limitaciones del alcance de este trabajo, además de que se trata de cifras de menor envergadura, su análisis detenido no se incluyó en este trabajo.

HF.1.2 Seguros sociales

1.2.1 Régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud –Este sistema está bien definido por la ley 87-01.

En el país hay otros esquemas que obedecen a reglas distintas del Seguro Familiar de Salud, pero que son obligatorios y contributivos, razón por la cual entran dentro de la categoría de seguros sociales. Se trata de los regímenes de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, el Fondo de Accidentes de Tránsito. Se requiere información adicional para incluirlos en estudios posteriores, por lo que tampoco forman parte del análisis detallado, salvo sus montos totales. Probablemente también en esta sección habría que incluir el régimen contributivo-subsidiado del Seguro Familiar de Salud, pero no está aún regulado ni en funcionamiento. Una mención especial merece también el Seguro de Riesgos Laborales, sobre el cual tampoco hemos obtenido información.

HF.2.1 Esquemas de seguros médicos voluntarios

HF.2.1.2.2 Esquemas de seguros complementarios: Se trata de los planes complementarios que venden las ARS, autorizados por la ley 87-01. Movilizan montos sustanciales dentro del gasto nacional en salud y sobre los mismos existe cierta información que produce la SISALRIL. Aunque se dispone del dato sobre el monto de recursos que movilizan, no existe mucha información sobre la forma en que aplican sus gastos. En términos de proveedores, por lo que para fines de este trabajo, hemos utilizado la información muy agrupada suministrada por ADARS, pero para fines de función, hemos supuesto que aplican los recursos en la misma proporción que el plan obligatorio, lo cual no es enteramente cierto, pues justamente, se supone que cubran intervenciones excluidas en el mismo o poco financiadas. Se requiere un estudio sobre el particular.

En el país existen otros seguros médicos voluntarios, regulados por la Superintendencia de Seguros, pero sobre los cuales no existe más información que los montos totales que publica esta última entidad. En un estudio más completo de cuentas de salud deberían incluirse estos, incluyendo los seguros médicos que compran los residentes localmente para atenderse en el exterior.

HF.3 Esquemas de gasto directo de los hogares

HF.3.1 Gastos directos: Son los gastos directos o de bolsillo que realizan los hogares en el punto de contacto del sistema de salud, es decir, cuando pagan una consulta médica sin seguro, o unos exámenes de diagnóstico, etc. La fuente de información básica para los mismos en el país es la ENDESA, que incluye un módulo específico sobre el tema.

HF.3.2 Gastos directos con costos compartidos: Son los co-pagos que efectúan las personas que tienen seguro, en el punto de contacto con el sistema de salud. No existen estudios sobre el particular y, para el caso de esta investigación, se hicieron supuestos basados en las disposiciones legales sobre el particular.

Otros esquemas de financiamiento

Es posible que en el país existan otros esquemas de financiamiento sobre los cuales no hay ninguna información y que requieren de estudios especiales. Estos son:

- *Esquemas de empresas (diferentes de los seguros).* Se sabe de manera anecdótica que algunas grandes empresas poseen servicios de salud para sus empleados, los cuales complementan el seguro



social obligatorio. Nunca se ha realizado en el país un estudio sobre el particular.

- *Esquemas de las organizaciones sin fines de lucro.* Tampoco se han realizado estudios sobre las ONG y su participación en el sistema de salud, a pesar de que son muchas y de que el Estado aporta fondos para la operación de un gran número de ellas. Hay un conjunto de ONG que reciben fondos del presupuesto estatal, pero no hay estudios sobre cómo los gastan ni sobre las otras fuentes de financiamiento que movilizan. Se sabe que muchas de ellas son, en realidad, proveedores de servicios, ya sean hospitales u otro tipo de proveedor (de servicios preventivos, educación para la salud, etc.). Esto no califica para un esquema de financiamiento, que sería el caso de organizaciones dedicadas a otros fines, pero que tienen programas para recaudar fondos que a su vez asignan al sector salud (para pagar tratamientos de personas de escasos recursos, con ciertas enfermedades o de ciertos lugares, etc.). Estos programas tienen sus reglas específicas de juego, las cuales es preciso analizar para definir si se trata o no de un esquema de financiamiento.
- *Esquemas del resto del mundo.* Estos son esquemas regulados por estados extranjeros, que cubren a población residente, por ejemplo, funcionarios de embajadas o de proyectos con financiamiento internacional. No existe ninguna información sobre los mismos.

El cuadro a continuación presenta esquemáticamente los esquemas de financiamiento que operan en el país con sus características básicas que ayudan en el proceso de identificación, así como su base legal. El cuadro muestra los distintos esquemas que incluye la clasificación del SHA 2011, pero no necesariamente todos operan en un país determinado.

Por ejemplo, en la República Dominicana no existen cuentas de ahorro médicas y probablemente tampoco, esquemas del resto del mundo. En cuanto

a los seguros privados obligatorios, lo hemos puesto como inexistente. Sin embargo, este es un tema que debería investigarse más, porque los seguros de vehículos poseen un componente de accidentes personales. De cualquier modo, el cuadro que sigue es un primer intento de clasificar los esquemas de financiamiento y constituye una base para una discusión y reflexión sobre su contenido.

Cuadro 1. Principales características de los esquemas de financiamiento a la salud en la República Dominicana					
Clasificación SHA 2011/ Nombre	Base Legal	Modo de participación	Derecho a la prestación	Método básico obtención de fondos	Mancomunación
HF.1.1. Esquemas gubernamentales		Automático: para todos los ciudadanos / residentes; o un grupo específico de población (p. ej. los pobres) definidos por ley o reglamento administrativo.	No contributivo, universal para un grupo específico de la población o categoría de enfermedad definida por ley (p.ej. TB, VIH, oncología).	Obligatoria: ingresos presupuesto (impuestos).	Nacional, sub-nacional o programa.
HF.1.1.1 MSP Red pública tradicional	Ley 42-01	Abierto, para la población pobre, no asegurada.	No contributivo, universal y gratuito.	Fondos fiscales, impuestos generales.	Nacional
HF.1.1.2 Régimen subsidiado del seguro familiar de salud	Ley 87-01	Carnet del SENASA. Para obtenerlo se requiere documento de identidad y figurar en el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN). Esto implica que deberán tener un ingreso por debajo del salario mínimo y cumplir con los requisitos del Índice de Calidad de Vida.	No contributivo. Dirigido a un grupo específico de la población.	Fondos fiscales, impuestos generales. Se incluyen en el presupuesto del MSP, quien los transfiere al Consejo Nacional de la Seguridad Social.	Dentro del mismo régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud.

HF.1.1.3 Régimen de pensionados y jubilados del estado	Ley 379-81	Automático luego de haber trabajado para el estado por más de 20 años y/o haber cumplido los 60 años.	No contributivo	Aporte anual del gobierno deducido por la Tesorería Nacional. Se transfiere al Consejo Nacional de la Seguridad Social.	Dentro del mismo régimen contributivo en la ARS correspondiente (lo administran las ARS públicas y autogestionadas)
HF.1.1.4 Fondo para accidentes de tránsito	Ley 87-01 Resolución No. 16504	Obligatorio. Para todos los afiliados del régimen subsidiado.	No contributivo. Estar afiliado al régimen subsidiado	Financiado con recursos del Presupuesto Nacional transferidos al CNSS y este a SENASA.	Dentro del mismo fondo en SENASA
HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales		Obligatoria: para todos los ciudadanos residentes; o grupo específico de la población definido por ley/reglamento administrativo. En algunos casos, para estar afiliado es necesario realizar alguna actividad concreta.	Contributiva: pago por o a nombre de la persona asegurada.	Obligatoria: cotización al seguro de enfermedad sin relación al riesgo. Las cotizaciones las puede pagar el gobierno (de los presupuestos estatales) en nombre de algunos grupos no contributivos de la población y puede dar subvenciones al régimen.	Nacional, subnacional, o por régimen; con fondos múltiples, el grado de mancomunación dependerá de los mecanismos de distribución del riesgo entre los esquemas.

1.2.1 Régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud.	Ley 87/01	Obligatoria: para todos los ciudadanos/residentes que reciben salarios.	Contributiva: Un 10% del salario hasta un máximo de 10 salarios mínimos. Generalmente la empresa actúa como agente de retención. El usuario se inscribe en la ARS de su preferencia y tiene cobertura para él/ella y su familia.	Obligatoria: El empleado aporta el 3% y el empleador el 7%. La contribución no está relacionada con el riesgo sino con los ingresos.	Dentro del propio régimen contributivo, a nivel nacional.
1.2.2 Régimen contributivo-subsidiado del Seguro Familiar de Salud	Ley 87-01	Trabajadores por cuenta propia con ingresos estables, superiores al salario mínimo	Contributivo	No está definido aún.	No está funcionando
1.2.3 Seguro social de la Policía Nacional	Decreto Núm. 241-01	Automático: Para todos los policías y sus familias	Contributivo	Empleado y empleado	Dentro del propio fondo
1.2.4 Seguro social de los militares	Decreto Núm. 3013	Automático: Para todos los militares y sus familias	Contributivo	Empleado y empleado	Dentro del propio fondo
HF.1.1.5 Fondo para accidentes de trabajo	Norma complementaria a la ley 87-01 Numeral 5 del Art. 2	Aplica para daños ocasionados al trabajador por accidentes y/o enfermedades profesionales	Contributivo para todos los trabajadores de las empresas públicas y privadas.	Obligatoria. El 1% del salario del empleado (según clasificación de riesgo); la ARLSS asigna al empleador su contribución dependiendo el nivel de riesgo en que clasifica la empresa.	El fondo de ARLSS

HF.1.1.6 Fondo contributivo de accidentes de tránsito	Ley 87-01 Resolución No. 16504	Para todos los afiliados del régimen contributivo.	Estar afiliado al régimen contributivo	Cuenta Cuidado de la Salud de las Personas para el Régimen Contributivo. El CNSS transfiere a la TSS y esta dispersa a cada ARS según su afiliación al PDSS.	Dentro de cada ARS
HF.1.2.2 Esquemas de seguros privados obligatorios		Obligatoria: para todos los ciudadanos / residentes; o grupo específico de la población definido por ley/reglamento administración.	Contributiva: con la compra de una póliza de seguro a una compañía de seguros	Primas de seguro de salud obligatorias. También se pueden conceder créditos fiscales.	Nacional, sub nacional, o por régimen; con fondos múltiples, el grado de mancomunación dependerá de los mecanismos de distribución del riesgo entre los esquemas.
NA (No aplica pues no existen seguros de salud privados obligatorios en la República Dominicana)					
HF.1.3 Cuentas de ahorros médicos obligatorias (CAMO)		Obligatoria: para todos los ciudadanos / residentes; o grupo específico de la población definido por ley/reglamento administración.	Contributiva: con la adquisición de una CAM; las personas con una CAM solo utilizan el dinero ahorrado, con independencia de si el ahorro cubre los costos del servicio de atención.	Obligatoria, definida por ley (p. ej. un porcentaje de los ingresos).	No inter-personal (salvo quizás para los miembros de la familia).
NA (No aplica pues no existen las cuentas médicas obligatorias en la República Dominicana)					

<p>HF.2.1 Esquemas de seguros médicos voluntarios</p>		<p>Voluntaria</p>	<p>Contributiva: con la compra voluntaria de una póliza de seguro voluntario (normalmente con un contrato).</p>	<p>Normalmente la prima no depende de los ingresos (con frecuencia directa o indirectamente relacionada con el riesgo). La administración puede subvencionar directa o indirectamente (p. ej., créditos fiscales).</p>	<p>Para el régimen</p>
<p>HF.2.1.2.2 Esquemas de seguros complementarios</p>	<p>Ley 87-01</p>	<p>Voluntaria</p>	<p>Contributiva: pago de una prima. Solo para los que tienen PDSS.</p>	<p>Según el contrato.</p>	<p>Para el régimen</p>
<p>HF.2.1.2.nec Otros esquemas de seguros voluntarios</p>	<p>Ley de Seguros</p>	<p>Voluntaria</p>	<p>Contributiva: pago de una prima.</p>	<p>Según el contrato.</p>	<p>Para el régimen</p>
<p>HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro</p>		<p>Voluntaria</p>	<p>No contributiva, discrecional.</p>	<p>Donaciones del público en general, administración pública (presupuesto del Estado o ayudas extranjeras) o empresas.</p>	<p>Varía según programas, pero normalmente para el programa.</p>
<p>No existe información en RD – Se requiere un estudio especial</p>					

HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas (que no sean seguros basados en el empleador)		Elección voluntaria de la compañía, con cobertura en función del empleo en dicha empresa (p. ej. salud ocupacional obligatoria).	No contributiva, discrecional con respecto al tipo de servicios, aunque a veces se especifica por ley.	Voluntaria: la empresa elige utilizar sus ingresos a este fin.	En cada empresa.
No existe información en RD –Se requiere un estudio especial					
HF.3 Gasto directo de los hogares		Voluntaria: voluntad de pagar del hogar.	Contributiva: el servicio se presta si se paga.	Voluntaria: ingresos y ahorros del hogar.	No
HF.3.1 Gastos directos		Voluntaria (si quiere usar el servicio)	Contributiva (lo que cuesta el servicio)	En el punto de prestación	No
HF.3.2 Gastos directos con costos compartidos	Resoluciones del CNSS	Voluntaria (si quiere usar el servicio)	Contributiva (co-pago)	En el punto de prestación	No
HF.4 Esquemas de financiamiento RdM		Obligatoria o Voluntaria	Los criterios los fijan las entidades extranjeras.	Donaciones y otras transferencias voluntarias de las entidades extranjeras.	Varía según programas.
No existe información en RD –Se requiere un estudio especial					
Fuente: Elaborado por PLENITUD.					

A blurred background image showing three healthcare professionals in a clinical setting. On the left, a Black man in a white lab coat is smiling. In the center, a white man in a white lab coat and tie is looking towards the right. On the right, a woman with dark hair tied back, wearing a white lab coat, is looking towards the center. The background is bright and out of focus, suggesting a hospital or clinic environment.

Capítulo IV

Estimación del gasto nacional en salud por esquemas de financiamiento

ESTIMACIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD POR ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO



Este capítulo contiene los resultados del plan piloto de implementación del SHA 2011 para el año 2014, y se presentan los resultados de la estimación del gasto nacional en salud por esquema de financiamiento. Se presenta primero un cuadro con la estimación general y luego se analizan aspectos relevantes del gasto por cada uno de dichos esquemas. En el anexo metodológico se presentan las matrices completas.

Estimación del gasto en salud por esquemas de financiamiento

El cuadro que sigue muestra una primera estimación del gasto nacional corriente en salud, por esquema de financiamiento. Este cuadro muestra el gasto corriente, pues uno de los cambios introducidos por la nueva metodología es separar este del gasto de capital.

Debe aclararse que estas cifras son preliminares y están todavía en proceso de revisión, por lo que podrán cambiar ligeramente una vez las autoridades nacionales se hagan cargo de realizar las estimaciones oficiales.

Debe recordarse que en este primer estudio de implementación del SHA 2011 no hemos incluido todos los esquemas ni todos los agentes, porque requerían estudios de mayor alcance que el del presente trabajo. Las fuentes de información se explican más adelante.



Además es importante considerar que las cuentas de salud son un ejercicio progresivo de aproximación, que va mejorando a medida que las fuentes de los datos son más robustas y confiables. Una parte de los datos que se utilizan provienen de fuentes contables, que son las de mayor grado de confiabilidad. Pero estas fuentes no siempre presentan la información que se requiere desde el punto de vista analítico.

Por lo tanto, varias partidas deben ser resultado de estimaciones con mayor o menor grado de sustento. En el informe metodológico se explica en detalle los métodos de estimación utilizados así como un plan de acción para el mejoramiento de estas estadísticas.

Tal como indicamos previamente, para fines de esta estimación hemos incluido los esquemas gubernamentales, el seguro familiar de salud y los principales esquemas privados (hogares y seguros voluntarios, fundamentalmente). Ellos constituyen el grueso del gasto en salud y para los mismos se dispone de estadísticas de diferente grado de confiabilidad, pero que pueden ser mejoradas. El cuadro que sigue difiere en los totales de las matrices incluidas en el anexo, pues se decidió agregar una estimación del gasto de las organizaciones no gubernamentales en el mismo. Otros esquemas de menor importancia podrán agregarse con relativa facilidad en el futuro y otros requerirán de estudios especiales.

Cuadro 2. Estimación del gasto corriente en salud por esquema de financiamiento, 2014*

Millones de RD\$

Clasificaciones SHA	Gasto corriente en salud	114,956	100%
HF.1	Esquemas gubernamentales y esquemas contributivos, obligatorios	73,908	64%
HF.1.1	Esquemas gubernamentales	43,029	37%
HF.1.1.1	Esquemas del gobierno central	42,848	37%
	HF.1.1.1.1 Esquema tradicional del gobierno central (a)	38,148	33%
	HF.1.1.1.2 SFS-RS RÉGIMEN SUBSIDIADO (b)	3,402	3%
	HF.1.1.1.nec Otros esquemas del gobierno central (a)	1,298	1%
HF.1.1.nec	Esquemas gubernamentales no especificados (n.e.p.) (a)	181	0%
HF.1.2	Esquemas de seguros obligatorios contributivos	30,879	27%
HF.1.2.1	Esquemas de seguros sociales de salud	30,879	27%
	HF.1.2.1.1 SFS - RC REGIMEN CONTRIBUTIVO (b)	30,879	27%
	HF.1.2.1.2 Otros esquemas de seguros obligatorios (c)	nd	0%
HF.2	Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	12,949	11%
HF.2.1	Esquemas de seguros voluntarios	12,949	11%
HF.2.1.1	Esquemas de seguros primarios/sustitutivos (d)	2,129	2%
HF.2.1.2	Esquemas de seguros voluntarios complementarios o suplementarios (d)	10,820	9%
HF.3	Gasto directo de los hogares (e)	25,777	22%
HF.3.1	Gastos directos excluidos los pagos compartidos	18,113	16%
HF.3.2	Costos compartidos con terceros	7,664	7%
HF.4	Esquemas de las organizaciones sin fines de lucro (f)	2,322	2%

Fuente: Elaborado por PLENITUD

* Cifras preliminares.

Notas:

(a) Datos contables de ejecución presupuestaria en base al SIGEF / DIGEPRES.

(b) Datos contables de pagos del SENASA y de SISALRIL para las demás ARS.

(c) Se optó por no incluir los gastos en salud de la ARL por no contar con suficiente información. Esta puede ser una cifra importante, pues el MSP le transfiere más de 3,000 millones, aunque no queda claro la finalidad de los mismos ni si efectivamente se destinan a salud.

(d) Datos suministrados por la SISALRIL en base a reportes de las ARS. Planes Complementarios publicados por SISALRIL y ADARS.

Seguros sustitutivos publicados por la ONE en base a la Superintendencia de Seguros.

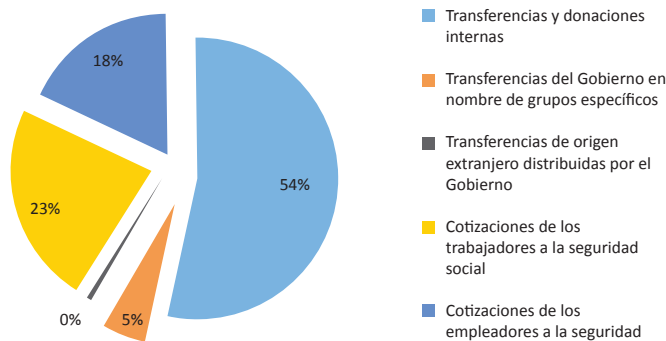
(e) Estimación de PLENITUD en base a ENDESA 2013.

(f) Estimación en base a OMS.

El gasto nacional corriente en salud para el año 2014 asciende a RD\$ 115 mil millones. El 64% de los recursos corresponden a esquemas públicos, principalmente los denominados esquemas del gobierno central y el Seguro Familiar de Salud. Nótese que el seguro social se considera un esquema de financiamiento público, porque los fondos son contributivos y obligatorios. En consecuencia, los administradores de riesgo y los proveedores privados que operan dentro de este sistema, lo hacen gestionando recursos públicos.

Un 36% corresponde a esquemas privados, fundamentalmente a través de pago directo de los hogares y de compra de seguros complementarios u otro tipo de seguros privados. El pago directo puede ser la compra de los hogares de bienes y servicios no cubiertos por los seguros, o para cubrir parte del costo de los servicios cubiertos (co-pagos). Como se observa en el cuadro No. 2, el 11% son seguros voluntarios, el 22% gasto de los hogares y el 2% recursos de las organizaciones sin fines de lucro.

Gráfica 4. Fuentes de financiamiento de los esquemas públicos, 2014



En cuanto a las fuentes de financiamiento, en la gráfica podemos observar cómo se financian los esquemas públicos, a saber, los esquemas que corresponden al gobierno central y el seguro familiar de salud. La mayor parte la aporta el gobierno central, en base a impuestos generales a lo cual se suman los aportes que realiza para grupos específicos, es decir, la población pobre que califica para el régimen subsidiado de SENASA. Las donaciones internacionales que recibe el gobierno son ínfimas dentro del conjunto del financiamiento público a la salud. Estas cifras seguramente están subestimadas y deberán ser confirmadas una vez la UCNS produzca los datos oficiales, pero de cualquier modo no representan una parte importante del financiamiento en la República Dominicana. Por su parte, las cotizaciones a la seguridad social constituyen el grueso del financiamiento del régimen contributivo.

Si agregamos el gasto de capital del sector público al monto estimado de gasto corriente en salud, ascendente a RD\$2,345 millones, el gasto total ascendería a RD\$117,026, de los cuales el 98% constituye gasto corriente y el 2% gasto de capital. El cuadro No. 3 muestra la composición del gasto de capital del sector público.

Cuadro 3. Estimación de la cuenta de capital del gobierno central según el SHA 2011, año 2014* Millones RD\$						
Cuenta de capital	Descripción	Total	FA.1.1	FA.1.1.1	FA.1.1.2	Porcentaje del total
			Gobierno central	Ministerio de Salud*	Otras entidades gobierno central*	
Total		2,345	2,345	616	1,729	
HK.1	Formación bruta de capital	2,343	2,343	614	1,729	100%
HK.1.1	Formación bruta de capital fijo	2,343	2,343	614	1,729	100%
HK.1.1.1	Infraestructura	2,290	2,290	581	1,709	98%
HK.1.1.1.1	Residencial y no residencial	2,290	2,290	581	1,709	98%
HK.1.1.2	Maquinaria y equipo	52	52	33	19	2%
HK.1.1.2.1	Equipo médico	52	52	33	19	2%
HK.nec	Formación bruta de capital no especificado (n.e.p.)	2	2	2	2	0%
Porcentaje por Agente Financiero (FA)		100%	100%	26%	74%	
*Cifras preliminares						
Fuente: Elaborado por PLENITUD en base a SIGEF						

Es preciso señalar que la estimación del gasto de capital no está completa porque no incluye todos los agentes financieros públicos y tampoco al sector privado, para lo cual se necesita una investigación adicional. La cuenta de capital pretende mostrar las inversiones en el sector salud, sobre todo las que realizan los proveedores, tanto en infraestructura y equipos médicos, como en otros tipos de equipos, incluyendo plataformas tecnológicas, equipos de transporte, plantas de energía, capacitación del personal directamente involucrado en la prestación de los servicios, cambios en los inventarios. Una buena información detallada sobre la cuenta de capital permite saber el monto y tipo de los recursos con que cuenta el país para hacer frente a las necesidades de su población en un largo período, más allá del año objeto de estudio, e incluso, para la exportación de estos servicios. En efecto, estos datos servirían para informar sobre los recursos con que se cuenta si el país se decide a aprovechar las ventajas que ofrecería el turismo de salud. Es sabido que en los últimos años se han realizado en el sector privado inversiones para modernizarlos, pero no existen estadísticas que lo sustenten.

En las secciones que siguen se ofrece un análisis de ciertos aspectos relevantes de cada uno de los principales esquemas de financiamiento de la República Dominicana, los cuales pueden ser útiles para fines de política. El agregado que se utiliza para este tipo de análisis es el gasto corriente en salud. El gasto de capital –o cuenta de capital, como se denomina en la metodología– se utiliza para hacer otro tipo de análisis, como la distribución en inversiones de infraestructura, equipamiento, tecnologías, softwares, formación de capital humano y otras.

Esquema tradicional del gobierno central

Como indicáramos previamente, hemos denominado “esquema tradicional” al financiamiento vía la oferta de los hospitales públicos y en general, de la red de proveedores del MSP. Dicho esquema incluye los fondos que ejecuta directamente el MSP más los que transfiere la entidad a otros agentes financieros que, a su vez, toman las decisiones sobre cómo gastarlos. Estos agentes son otros ministerios y entidades descentralizadas que se financian con recursos del presupuesto nacional, entre otras fuentes.

Cuadro 4. Gasto corriente del MSP por programas, 2011-2014				
Millones de RD\$				
	2011	2012	2013	2014*
TOTAL	24,306	26,315	27,028	31,264
Actividades centrales	7,381	8,697	8,148	8,738
Servicios de Salud Colectiva	1,700	1,828	1,208	1,767
Vigilancia epidemiológica	16	14	7	4
Promoción y control materno infantil	105	102	71	93
Prevención y control de infecciones de transmisión sexual	78	73	108	260
Prevención y control de la tuberculosis	202	209	45	148
Prevención y control de la tuberculosis	28	27	17	11
Prevención y control de la salud bucal	10	8	3	2
Prevención y control de la salud mental	35	33	26	29
Prevención y control de la desnutrición	114	112	132	154
Prevención y control de enf. transmitidas por vectores	201	558	541	412
Servicios de inmunización	1	24	20	32
Prevención y control de la zoonosis	17	21	14	-
Control y vigilancia de riesgos ambientales	8	8	5	4
Prevención y control de las enfermedades crónicas	8	85	10	320
Atención a las emergencias y desastres	6	3	4	2
Promoción y educación para la salud	331	472	167	289
Prevención y control del VIH/SIDA	552	79	39	8
Gestión técnica y administrativa				
Atención de la Salud de Personas	15,225	15,791	17,672	19,703
<i>Dirección de los servicios de salud</i>	467	13,962	15,612	18,231
<i>Servicios del primer nivel de atención</i>	1,458	0	23	23
<i>Servicios de atención especializada</i>	13,300	1,829	2037	1,449
Servicios de hospitalización	746	831	909	618
Servicios de consulta externa	331	345	331	236
Servicios de emergencia	413	368	500	430
Gestión de usuarios y educación para la salud	92	103	41	-
Diagnósticos y banco de sangre	169	132	162	56
Gestión técnica y administrativa	11,549	50	94	109
Atención a Enfermedades Catastróficas	-	-	-	1,055
*Cifras preliminares				
Fuente: Elaborado por PLENITUD en base a DIGEPRES.				

El cuadro anterior muestra el gasto corriente ejecutado por el MSP en el período de 2011-2014. La información de este cuadro proviene de fuentes contables. Se trata de la ejecución presupuestaria de cada año, obtenida en base al SIGEF/DIGEPRES, realizando ciertos ajustes, para que refleje

el gasto en salud que ejecuta el MSP como agente financiero. Entre estos pueden mencionarse: eliminación de las transferencias tanto las que no corresponden a salud, como las del sector agua y las que sí corresponden, que se contabilizan en otros agentes financieros. También se eliminan ciertos gastos que no corresponden a salud, como el programa de asistencia social.¹²

El gasto corriente del Ministerio de Salud Pública se distribuye entre cuatro programas principales, que son –en orden de importancia del gasto– la atención a las personas, las actividades centrales, los servicios de salud colectiva y la atención a enfermedades catastróficas. Esta estructura programática es similar en los años del 2011-2012, según las cifras consultadas, salvo la última partida, que no existía desagregada en las ejecuciones presupuestarias que prepara la DIGEPRES. Dicha cifra es ya una parte sustancial del presupuesto (y ha sido incrementada en el del año 2015). Corresponde, en gran parte, al programa paciente protegido, que consiste en la entrega de medicamentos de alto costo, principalmente de cáncer, a personas que lo solicitan y cumplen con ciertos criterios. Se trata de una iniciativa de tipo discrecional, cuyas decisiones se toman de acuerdo al criterio de las autoridades del Ministerio y, probablemente, no está sujeta a criterios nacionales de racionalidad ni de priorización en salud. Dado que los montos son sustanciales, es un tema que merece dar seguimiento para fines de política, a fin de que esté alineado con las prioridades del gobierno y las necesidades de la población dominicana.

El gasto principal del MSP lo constituyen los servicios de atención a las personas, es decir, los fondos que financian a los hospitales centralizados y demás proveedores del MSP. Estos recursos alcanzan el 63% del total en el

¹² Aunque para fines de este trabajo lo hemos eliminado simplemente, en una estimación más concienzuda deberían analizarse con más detenimiento las actividades incluidas en estos programas. Por ejemplo, se tiene información anecdótica de que el programa de asistencia social opera parcialmente como el programa protegido, solo que con prestaciones de menor costo en ayudas y gasto en medicamentos. Esas operaciones deberían ser incluidas.

2014 (con una participación similar en los años previos). Dentro de ese total, que asciende a RD\$19.7 millones, el 93% son los sueldos y salarios del personal que trabaja en la provisión y administración de dichos servicios.

Dentro del total de recursos que se asignan al programa de atención a las personas, los montos que se destinan al primer nivel de atención son una décima del uno por ciento. El grueso de los recursos se dirigen a la atención especializada, principalmente, la hospitalización.

Como se observa en el cuadro No. 4, el monto total de recursos humanos correspondiente a este programa, se engloba en una sola línea, denominada dirección de los servicios de salud. Estas cifras, como las presenta el MSP, oscurecen la realidad sobre el gasto por niveles de atención, porque engloban el gasto en recursos humanos en una sola partida. Se sabe que el primer nivel de atención está sub-financiado, pero probablemente no a un nivel tan extremo como dicen estos datos. Se requiere de un estudio más detallado de las informaciones del MSP, consultando otras fuentes, además de las presupuestarias, la revisión de las nóminas y otros datos, para distribuir adecuadamente el gasto en recursos humanos por función y proveedor. En este trabajo se realizó una primera aproximación muy preliminar, en base a supuestos que se explican en el anexo.

El cuadro siguiente, por su parte, muestra el gasto corriente del MSP representado en función de la clasificación económica o por objeto del gasto, para el período 2011-2014. También se obtuvo el presupuesto del 2015 para estas partidas.

Cuadro 5. Gasto corriente del MSP por objeto, 2011-2014 en Millones de RD%					
	2011	2012	2013	2014	Presupuesto 2015
TOTAL	24,306	26,315	27,028	31,263	38,704
Renumeraciones al personal	17,440	18,823	19,875	23,020	26,411
Contratación de servicios	1,969	1,974	1,944	1,815	3,446
Materiales y suministros	4,276	4,443	4,700	5,265	8,847
Medicamentos	2,173	2,327	2,332	2,532	4,434
Utiles quirúrgicos	747	756	959	1,069	1,672
Otros	1,356	1,360	1,409	1,664	2,741
Otros	621	1,075	509	1,163	nd
Fuente: Elaborado por PLENITUD en base a SIGEF.					

Puede observarse que el MSP destinó en el año 2014, el 77% de los fondos que administra directamente por la institución, en pagos al personal. Alrededor de un 9% correspondió a compras de medicamentos. Debe recordarse que una importante proporción de estos recursos no se destinan a los servicios de salud, sino al programa de paciente protegido que se mencionaba antes.

Esta estructura de gastos es similar en los años del 2011 al 2014 y continuará siéndolo según el presupuesto del 2015, y en este último se verifica un aumento sustancial en la partida de medicamentos, probablemente para dicho programa.

Para fines de la conformación del financiamiento del esquema gubernamental que comentamos, a los gastos que maneja directamente el MSP de manera centralizada es necesario agregar los que transfiere a los hospitales descentralizados, que son establecimientos de tercer nivel, muchos de ellos altamente especializados.

En las matrices que se presentan en el anexo puede verse una distribución detallada del gasto de la red tradicional del gobierno central por tipo de proveedor. Es menester señalar que la información disponible no permitió hacer una adecuada distribución de los fondos en los hospitales por tipo de hospital (que constituyen el grueso del gasto), ni tampoco por otra clase de proveedor. Existe una importante falta de datos desagregados sobre la forma en que se financia la red pública, lo cual requiere de estudios adicionales.

De cualquier modo, la conclusión que se deriva de este ejercicio es que la prioridad en el gasto es la atención especializada y no la salud básica ni la colectiva. Es decir, el grueso del gasto se realiza en los hospitales y se evidencian bajas asignaciones al primer nivel de atención, a la prevención de la salud, a la salud colectiva. Según la legislación base de la República Dominicana para regular el sistema de salud y según la Estrategia Nacional de Desarrollo así como los planes estratégicos del sistema, la prioridad debería estar en estos programas, a fin de poder cumplir con la aspiración de un sistema de salud que promueva y prevenga las enfermedades. Es claro que atenderlas, cuando suceden, es mucho más costoso, en términos individuales y colectivos. Por tanto, aun cuando es evidente que ese tipo de atención es más costosa, resalta la falta de asignación de fondos a los servicios básicos. Además es preciso indicar que el MSP gasta casi una tercera parte de sus recursos en la conducción del sistema, a pesar de las debilidades que son evidentes en el ejercicio de la función de rectoría. Se necesita un análisis más detallado sobre estos gastos, sobre la eficiencia y efectividad de los mismos y sobre las verdaderas necesidades financieras para que el MSP sea capaz de cumplir adecuadamente con su función de rectoría.

Régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud

El régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud se inició en el año 2004, cubriendo en ese primer año, tan solo el 1% de la población pobre del país,

que es su grupo objetivo. Su cobertura se ha ido incrementando de una manera sustancial, llegando en el 2014 a 3 millones de personas, lo que equivale al 75% de la población pobre (según estimaciones oficiales de esta última, realizadas por el Ministerio de Economía).

A pesar de este espectacular aumento en la cobertura, los recursos que moviliza son relativamente bajos. En efecto, los pagos por servicios de salud en el año 2014 ascienden a RD\$3,258.5 millones, para atender a esas más de 3 millones de personas. Los fondos para esto son aportados por el gobierno central y son incluidos dentro del presupuesto global del MSP, quien los transfiere al sistema de seguridad social. Luego, en virtud de la población afiliada, el SENASA recibe un pago per-cápita con la finalidad de que entregue un paquete básico de servicios de salud, el cual –según la ley– debe ser el mismo que reciben las ARS del régimen contributivo.

En el régimen subsidiado, el SENASA está supuesto a trabajar exclusivamente con proveedores públicos (a menos que estos no tengan los servicios que su población necesita, en cuyo caso, los buscan en el sector privado). Como dichos centros de salud reciben ya financiamiento directo del MSP (vía la oferta), el per-cápita de SENASA es muy inferior al del régimen contributivo.

De hecho, según las leyes vigentes (incluyendo la Estrategia Nacional de Desarrollo) y según contempla el proyecto de separación de funciones, toda la población pobre debería ser financiada por este esquema de financiamiento, reduciéndose a su mínima expresión el llamado “esquema tradicional”. No obstante, existen problemas de carácter estructural en el sistema público relacionados con la tardanza en ejecutar el proceso de separación de funciones así como en la modernización de la gestión de los proveedores públicos.

No se conoce la estructura de costos de los proveedores públicos. A pesar de los esfuerzos realizados, esto no fue posible dentro del alcance del presente trabajo. Creemos que es una investigación prioritaria, que las autoridades deben enfrentar para llevar a cabalidad la tarea de separación de funciones, análisis de costos y a su vez, el análisis del per-cápita que debería manejar el SENASA dentro de este régimen. La implementación completa del SHA 2011, con estudios de campo sobre los proveedores públicos, podría ofrecer la información necesaria.

La información obtenida de parte de SENASA para fines de este trabajo, es de un valor extraordinario y nos permitió aproximarnos a la distribución del gasto por proveedor y por función. Para ello contamos con la base de datos de autorizaciones por grupo y sub-grupo del PDSS, con cuyo procesamiento fue posible desarrollar coeficientes que luego se aplicaron a la información contable correspondiente a los pagos por tipo de servicio.

El cuadro que sigue muestra la distribución de los pagos del SENASA en el régimen subsidiado, por proveedor y por función.¹³ Puede notarse que el 86% del gasto se destina a hospitales y, dentro de estos, un 90% a hospitales especializados. Se observa también que el 22% del gasto lo destina SENASA en el régimen subsidiado, a hospitales especializados privados – posiblemente porque los procedimientos pagados no eran ofrecidos por los hospitales públicos.

¹³ Este es un cuadro simplificado para fines del informe. Las matrices del SHA incluyen todos los proveedores, incluyendo los de administración y los del resto de la economía.

Cuadro 6. Distribución de los pagos por función en el régimen subsidiado de SENASA 2014 (en Millones de RD\$)								
Clasificación SHA	Descripción	Atención Curativa con Internamiento	Atención Curativa Ambulatoria	Rehabilitación	Servicios Auxiliares	Bienes Médicos	TOTAL	%
HP	TOTAL	1,247.2	1,114.9	0.2	757.8	138.4	3,258.5	100.0%
1.1.1	Hospitales Generales Públicos	241.6	-	0.0	28.6	-	270.2	8.3%
1.1.2	Hospitales Generales Privados	4.3	0.2	-	0.2	-	4.6	0.1%
1.3.1	Hospitales Especializados Públicos	933.9	601.5	0.2	256.3	-	1,792.0	55.0%
1.3.2	Hospitales Especializados Privados	66.5	405.4	0.0	261.1	-	733.0	22.5%
1.2	Hospitales de Salud Mental	0.8	-	-	0.0	-	0.8	0.0%
3.1.1	Consultorios de Medicina General	-	107.5	-	33.0	-	140.6	4.3%
3.1.3	Consultorios de Medicina Especializada	-	-	-	0.0	-	0.0	0.0%
4.2	Laboratorios	-	-	-	2.1	-	2.1	0.1%
4.3	Centros de imágenes	-	0.2	-	176.5	-	176.7	5.4%
5.1	Farmacias	-	-	-	-	138.4	138.4	4.2%
.nec	Otros Proveedores de Atención de la Salud	-	-	-	-	-	-	0.0
		38%	34%	0%	23%	4%	100%	

Fuente: Elaborado por PLENITUD en base de SENASA.

La distribución entre públicos y privados fue posible hacerla para los hospitales, pero no para los centros de atención ambulatoria. Todavía se requiere un mayor trabajo de análisis de la base de datos de autorizaciones, pues contiene ciertas incongruencias que hicieron muy difícil este tipo de separación.

Puede verse que un 38% del gasto corresponde a servicios de internamiento y un 34% a atención ambulatoria. No obstante, las cifras muestran que los pagos por concepto de atención ambulatoria se realizan, en un 90%, en los hospitales, no en consultorios o centros de primer nivel. Dentro de ese total, un 36% se realiza en hospitales privados. Estos datos son reveladores del modelo de atención vigente en la República Dominicana, cuyo énfasis se encuentra en los hospitales y entre estos, en los especializados, tanto para fines de internamiento como de consultas y servicios de diagnóstico. Dado que los servicios especializados son más costosos, este modelo sugiere una posible tendencia hacia arriba en los costos de todo el sistema.

Para realizar el análisis por función (que luego en las tablas en formato SHA 2011 se reagrupó de acuerdo a las clasificaciones de este), se partió de datos proporcionados por SENASA sobre los pagos a los proveedores según las intervenciones del PDSS. El cuadro que sigue muestra los grupos, para los años 2012 al 2014. Al final, se presentan los porcentajes correspondientes al último año.

Cuadro 7: Pagos realizados a las prestadoras de salud en el régimen subsidiado por grupo del PDSS, 2012-2014 (Millones RD%)				
	2012	2013	2014	%
TOTAL	2,889	2,813	3,258	100%
Prevención y Promoción	0.0	-	-	0.0%
Consultas Ambulatorias	583.5	399.7	394.3	12.1%
Servicios Odontológicos	0.0	0.1	0.4	0.0%
Emergencia	21.2	55.0	105.0	3.2%
Hospitalización general y especialidades básicas	255.5	177.5	214.9	6.6%
Partos	32.0	36.9	45.6	1.4%
Cirugías	273.3	280.2	395.2	12.1%
Apoyo Diagnóstico	871.7	753.7	734.9	22.6%
Atenciones de Alto Costo y de Maximo Nivel de Complejidad	627.2	886.3	1,206.7	37.0%
Rehabilitación	58.0	3.3	0.3	0.0%
Hemoterapia	11.6	18.5	22.9	0.7%
Medicamentos	154.7	201.5	138.3	4.2%

Fuente: Base de datos SENASA.

Es notoria la falta de asignación de fondos a los servicios de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad¹⁴. Al lado de esto, también es notorio el gran peso que tiene en el SENASA el gasto destinado a intervenciones de alto costo.

¹⁴ Es preciso señalar que, aunque no se trata de montos significativos, SENASA paga una cápita a los centros del primer nivel de atención, la cual incluye servicios de prevención y promoción. Esta información no estuvo disponible para los fines de la presente investigación y se recomienda procurar incluirla cuando se produzcan las cuentas oficiales.

En efecto, el gasto por este concepto ha sido sustancial en los últimos años, representando el 22% en el 2011, subiendo al 32% en el 2012 y más aún hasta el 37% en el 2014. La proporción de este gasto en el régimen subsidiado es más que el doble de lo que representa en el régimen contributivo. Estos resultados pueden influir en la viabilidad financiera del SENASA, donde la prioridad a este tipo de intervenciones, en lugar de reducirse, ha venido aumentando a pasos acelerados. Como es sabido, muchas de estas no se encuentran disponibles en los proveedores públicos y SENASA probablemente los está pagando en los proveedores privados. Esto, conjugado con el hecho de que el per-cápita que recibe SENASA para el régimen subsidiado es tan reducido, muy probablemente conspire contra su sostenibilidad financiera.

Régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud

El régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud constituye actualmente el principal esquema de financiamiento a la salud en la República Dominicana, en términos de protección financiera a las personas para cubrir los riesgos de enfermarse. Aunque vimos que los esquemas gubernamentales manejan montos mayores en conjunto, debe destacarse que una parte importante de estos fondos se destinan a la conducción del sistema y otras tareas que no son propiamente cobertura de servicios de atención a la población, que es lo que cubre el seguro social.

A diciembre del 2014, el seguro familiar de salud cubría al 63% de la población dominicana, según estimaciones del CNSS, en sus versiones contributiva y subsidiada. En términos de gasto, los pagos por los servicios de salud han ido incrementándose de manera concomitante hasta alcanzar los \$26,261 millones de pesos en 2014. Si a estos montos se añaden los que corresponden a la administración del financiamiento, ascendentes a \$4,618 millones, el monto total asciende a \$30,879. Este esquema de

financiamiento, como habíamos señalado previamente, moviliza el 27% del total del gasto corriente en salud, en el año 2014.

El cuadro que sigue muestra el gasto corriente total y dentro del régimen contributivo, clasificado por proveedor. Tal como se había señalado antes, la fuente principal de estos datos es de naturaleza contable (los pagos totales que realizan las ARS a todos los proveedores, con una distribución muy agrupada).

La distribución más detallada, siguiendo las nomenclaturas de la clasificación del SHA 2011, es una estimación realizada por PLENITUD para fines de este trabajo, en función de los coeficientes que resultaron del análisis de la base de datos del SENASA en el régimen contributivo. Dicha estimación fue validada por las principales ARS que componen ADARS, lo cual asegura más de un 80% del régimen contributivo. No obstante, puede mejorarse en el futuro, con el análisis de las bases de datos de otras ARS. Si se pudiera incluir tres de las mayores, se obtendrían estimaciones de un alto nivel de confiabilidad. Disponer de información más desagregada puede ser muy útil para fines de políticas públicas, análisis de costos, etc., lo cual puede sustentar mejor el proceso de toma de decisiones.

En términos de proveedor, se observa que el 63% de los pagos del régimen contributivo se realizan en hospitales, un 10% en consultorios médicos, odontológicos y de otro tipo, un 6% en proveedores de servicios auxiliares y otro 6% en farmacias. Se observa que un 14% se gasta en las agencias que administran el sistema de financiamiento a la salud.

Cuadro 8. Estimación del gasto corriente en salud por proveedor - SFS y total, 2014				
(Millones RD%)				
Clasificación	Descripción	SFS - Contributivo		Total
TOTAL		30,879	100%	114,956 100%
HP.1	Hospitales	19,506	63%	66,576 58%
HP1.1	Hospitales generales	6,111	20%	10,623 9%
HP1.2	Hospitales de salud mental			
HP1.3	Hospitales de especialidades (que no sean de salud		0%	1 0%
HP1.nec	mental)	13,396	43%	38,325 33%
	Hospitales no especificados (n.e.p.)		0%	17,626 15%
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	3,089	10%	6,343 6%
HP.3.1	Consultorios médicos	1,906	6%	5,160 4%
HP.3.2	Consultorios odontológicos	298	1%	298 0%
HP.3.nec	Centros de salud ambulatoria no especificados (n.e.p.)	886	3%	886 1%
HP.4	Proveedores de servicios auxiliares	1,996	6%	7,126 6%
HP.4.2	Laboratorios médicos y de diagnóstico	1,996	6%	7,126 6%
HP.5	Minoristas y otros proveedores de bienes médicos	1,863	6%	11,631 10%
HP.5.1	Farmacias	1,863	6%	11,631 10%
HP.6	Proveedores de atención preventiva		0%	2,413 2%
HP.7	Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud	4,425	14%	16,681 15%
HP.7.1	Agencias gubernamentales de administración del sistema de salud	1,530	5%	12,322 11%
HP.7.2	Agencias de administración de seguros sociales	516	2%	798 1%
HP.7.3	Organismos privados de administración de seguros de salud	2,379	8%	3,556 3%
HP.7.9	Otros organismos de administración de la salud		0%	5 0%
HP.8	Resto de la economía		0%	27 0%
HP.8.9	Otras ramas de actividad n.e.p.		0%	27 0%
HP.nec	Proveedores de atención de la salud no especificados (n.e.p.)		0%	4,160 4%

Fuente: Elaborado por PLENITUD.

La información incluida en este cuadro muestra los fondos que van a las instituciones indicadas previamente, pero no dice el tipo de servicio. Es decir, el hecho de que la mayor parte de los fondos vaya a hospitales no significa que sea para atender pacientes hospitalizados. Como se sabe, las características del modelo de atención existente en el país privilegian que la misma se realice en los hospitales. Estas organizaciones proveen todo tipo de servicios:

consultas generales y especializadas, diagnóstico, curación con internamiento, cirugías, partos y servicios de alta complejidad. Como se observa, un 43% de los recursos se destinan a hospitales especializados.

Los proveedores de servicios auxiliares son, principalmente, los laboratorios y centros de diagnóstico que operan de manera independiente, o sea, fuera de los hospitales. Del mismo modo, cuando dice proveedores de atención ambulatoria, se refiere a los consultorios que operan fuera de los hospitales. El siguiente cuadro muestra la misma información, pero presentada por función, es decir, por tipo de gasto.

Cuadro 9: Estimación del gasto corriente en salud por tipo de función y esquema de financiamiento, 2014					
Descripción		SFS - Contributivo		Total	
Clasificación	TOTAL	30,879	100%	114,956	100%
SHA 2011					
HC.1	Atención curativa	18,303	59%	59,827	52%
HC.1.1	Atención curativa con intermediario	12,001	39%	36,686	32%
HC.1.1.1	Atención curativa general con internamiento	2,912	9%	10,649	9%
HC.1.1.2	Atención curativa especializada con internamiento	9,089	29%	24,746	22%
HC.1.1.nec	Atención curativa con internamiento no especificada (n.e.p.)		0%	1,291	1%
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria	6,301	20%	21,723	19%
HC.1.3.1	Atención curativa general ambulatoria	748	2%	3,227	3%
HC.1.3.2	Atención curativa ambulatoria odontológica	361	1%	467	0%
HC.1.3.3	Atención curativa especializada ambulatoria	5,192	17%	17,090	15%
HC.1.3.nec	Atención curativa ambulatoria no especificada (n.e.p.)		0%	939	1%
HC.1.nec	Atención curativa no especificada (n.e.p.)		0%	1,418	1%
HC.2	Atención de rehabilitación	251	1%	356	0%
HC.2.1	Atención de rehabilitación con internamiento		0%	75	0%
HC.2.3	Atención de rehabilitación ambulatoria	251	1%	254	0%
HC.2.nec	Atención de rehabilitatoria no especificada (n.e.p.)		0%	27	0%
HC.4	Servicios auxiliares (no especificados por función)	5,484	18%	14,036	12%
HC.4.1	Servicios de laboratorio	2,858	9%	8,473	7%
HC.4.2	Servicios de imagenología diagnóstica	2,051	7%	4,643	4%
HC.4.nec	Servicios auxiliares no especificados (n.e.p.)	575	2%	920	1%
HC.5	Bienes médicos (no especificados por función)	2,142	7%	16,191	14%

Gasto nacional en salud en la República Dominicana, 2014

HC.5.1	Fármacos y otros bienes perecederos	2,141	7%	16,190	14%
HC.5.1.1	Medicamentos con receta	1,712	6%	9,998	9%
HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre		0%	5,762	5%
HC.5.1.3	Otros bienes médicos perecederos	429	1%	429	0%
HC.5.2	Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos	1	0%	1	0%
HC.5.2.1	Lentes y otros productos para la visión	1	0%	1	0%
HC.5.2.3	Otros dispositivos y prótesis ortopédicas (excluye las lentes y los dispositivos auditivos)		0%	0	0%
HC.6	Atención preventiva	269	1%	5,601	5%
HC.6.1	Programa de información, educación y consulta (IEC)		0%	144	0%
HC.6.1.nec	Otros programas, y programas no especificadas, de información, educación y consulta		0%	144	0%
HC.6.2	Programas de inmunización		0%	573	0%
HC.6.3	Programas de detección temprana de la enfermedad		0%	1,158	1%
HC.6.4	Programas de monitoreo de condiciones sanas		0%	129	0%
HC.6.5	Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad		0%	1,094	1%
HC.6.5.1	Planeación y control		0%	8	0%
HC.6.5.2	Monitoreo y evaluación		0%	4	0%
HC.6.5.3	Suministro y gestión de la oferta		0%	1,055	1%
HC.6.5.nec	Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad no especificada (n.e.p.)		0%	27	0%
HC.6.6	Programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia		0%	363	0%
HC.6.nec	Atención preventiva no especificada (n.e.p.)	269	1%	2,141	2%
HC.7	Gobernanza y adm. del financiamiento	4,425	14%	15,651	14%
HC.7.1	Gobernanza y administración del sistema de salud		0%	9,767	8%
HC.7.1.1	Planeación y control		0%	8,116	7%
HC.7.1.2	Monitoreo y evaluación		0%	26	0%
HC.7.1.3	Suministro y gestión de la oferta		0%	1,620	1%
HC.7.1.nec	Otra rectoría y administración del sistema de salud (n.e.p.)		0%	5	0%
HC.7.2	Administración del financiamiento a la salud	4,425	14%	5,884	5%
HC.9	Otros servicios de salud no especificados (n.e.p.)	6	0%	3,294	3%

FUENTE: Elaborado por PLENITUD

Puede verse que el 59% corresponde a atención curativa, el 39% con internamiento y el 20% de tipo ambulatoria. La mayor parte de esta atención es de carácter especializado. Los servicios auxiliares y de diagnóstico demandan un 18% de los recursos del régimen contributivo y los gastos de administración del financiamiento alcanzan el 14%. Puede notarse que la atención preventiva solamente asciende al 1% del gasto.

Un análisis más minucioso del tipo de gasto que se realiza dentro del régimen contributivo, que aporta luces sobre temas de calidad del gasto, es el que se deriva de la información como la presenta SISALRIL, por grupo y sub-grupo del PDSS. Algunos hallazgos relevantes de estos datos se presentan a continuación.

Cuadro 10: Pagos de las ARS a las prestadoras dentro del régimen contributivo, por grupo del PDSS, 2014				
Grupo del PDSS	Monto pagado (Millones de RD\$)	Servicios (Millones)	% del valor	Valor unitario RD\$
TOTAL	26,260.9	45.75	100%	574
Prevención y promoción	497.4	1.7	1.9%	592
Atención ambulatoria	1,582.7	5.1	6.0%	311
Servicios odontológicos	367.8	0.7	1.4%	537
Emergencia	2,233.0	7.3	8.5%	304
Hospitalización	4,325.7	4.5	16.5%	958
Partos	1,637.7	0.7	6.2%	2,212
Cirugía	4,760.9	1.1	18.1%	4,398
Apoyo diagnóstico (Dx)	5,312.	17.3	20.2%	307
Atenciones alto costo y máximo nivel complejidad	3,472.6	0.9	13.2%	3,705
Rehabilitación	261.1	0.4	1.0%	724
Hemoterapia	10.1	0.0	0.0%	1,983
Medicamentos ambulatorios	1,802.7	6.0	6.9%	301

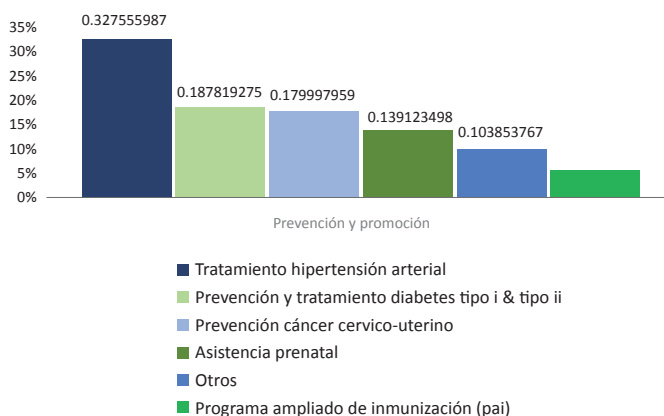
FUENTE: Elaborado por PLENITUD en base a resultados de SISALril

Debe aclararse que esta presentación de los datos no coincide exactamente con la distribución por funciones del cuadro anterior, por muchas razones: por ejemplo, los servicios de hospitalización en este cuadro se refieren solamente a las especialidades básicas; no incluyen las cirugías, ni los partos, ni los servicios de alta complejidad, muchos de los cuales requieren hospitalización, pero se presentan por separado. De hecho, muchos de ellos son cirugías específicas, que se excluyen del renglón de cirugías.

Del mismo modo, algunos servicios de alta complejidad se realizan de manera ambulatoria. Por ejemplo, para hacer la distribución por función siguiendo la metodología del SHA 2011, consultamos expertos sobre la proporción de tratamiento ambulatorio y con internamiento del cáncer y de la diálisis renal, estimándose en un 80% el primero. Estas estimaciones las utilizamos para y se estima algunas de las partidas según los datos ofrecidos por SISALRIL. Los párrafos que siguen se basan en estas últimas informaciones, las cuales arrojan luces sobre otras perspectivas del análisis.

Según esta clasificación, el grueso de los recursos gastados se destina al apoyo diagnóstico, que consume el 20% y, dentro del mismo, se destaca el gasto en laboratorio. Le siguen en importancia la cirugía, hospitalización e intervenciones de alto costo y máxima complejidad, que en conjunto, consumen el 68% de los fondos. Dentro de estos grupos, existen algunos subgrupos que demandan la mayor cantidad de fondos, siendo los principales son: la hospitalización por especialidades básicas, laboratorios, emergencias, medicamentos ambulatorios, cirugía, partos y tratamientos de cáncer.

Gráfica 4 - Porcentaje del valor gastado en prevención y promoción

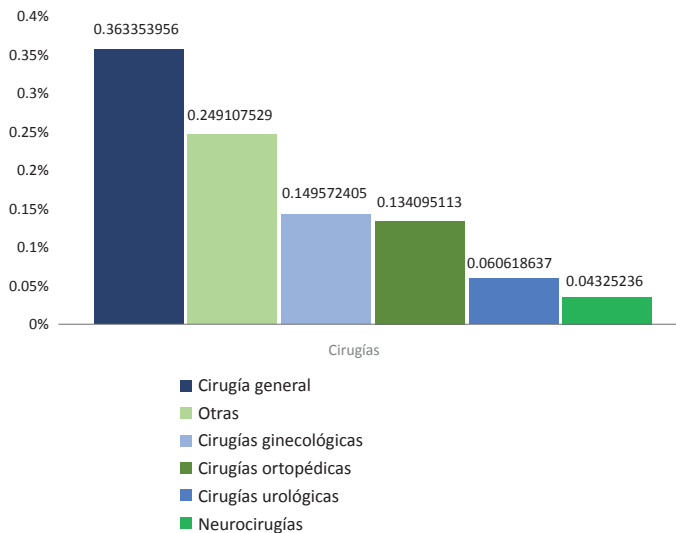


Se destacan los montos reducidos del gasto en promoción y prevención. No obstante, la composición de este gasto podría ser de interés y llama la atención en términos de cuáles son las prioridades de salud de la población dominicana.

En efecto, puede notarse que la intervención preventiva más importante en términos de recursos consumidos es el tratamiento de la hipertensión arterial, con el 32.8% de los fondos; unida esta a la prevención de diabetes, consumen el 52% de los recursos asignados a promoción y prevención. Le sigue la prevención de cáncer cérvico-uterino, con 18%, y después se encuentra la asistencia pre-natal, con el 14%.

A pesar de que no existan en el país estudios de carga de enfermedad y de que el sistema de procesamiento de los datos por parte de las ARS y de la SISALRIL dificulte en este momento un análisis de costo por enfermedad, estos datos muestran que sí es posible llegar a aproximaciones sobre las necesidades de salud de la población dominicana si se aprovechan mejor las estadísticas existentes sobre utilización de servicios en el Seguro Familiar de Salud.

Gráfica 5 - Porcentaje del valor gastado en cirugías



En efecto, los datos anteriores muestran una demanda importante de servicios para atender dichos problemas de salud y orientan sobre las prioridades para iniciar la implementación de una estrategia de atención primaria.

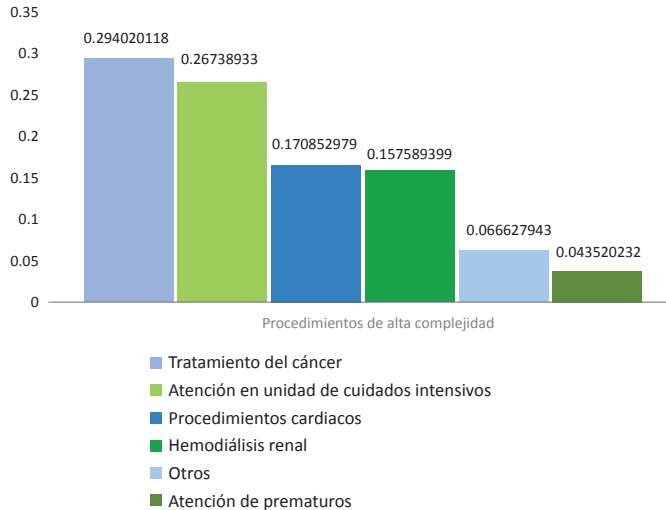
Como habíamos señalado previamente, las cirugías consumen una parte importante de los recursos que maneja el sistema. En conjunto, las cirugías (que no son las de alta complejidad, que están en una categoría separada) consumen el 18.1% de los recursos, siendo la principal la cirugía general, con el 7%. Le siguen las cirugías ginecológicas y ortopédicas, estas últimas en cantidades menores que las primeras y con casi el doble del valor unitario. El gráfico adjunto muestra la importancia de los distintos tipos de cirugía que paga el sistema.

Las cesáreas no están incluidas dentro de la categoría cirugías, sino que aparecen en un renglón especial, dentro del grupo denominado partos, que en conjunto consumen el 6.2% de los fondos. Es interesante destacar que un 87% de los partos que paga el sistema implican cesárea y solo un 13% son partos naturales. Es curioso observar también que los partos con cesárea cuestan, en promedio, menos que los naturales. En efecto, el valor unitario promedio de una cesárea es de RD\$2,132; mientras que el de un parto normal es de RD\$2,773.

Es importante ofrecer algunos comentarios sobre los tratamientos de alta complejidad, que consumen el 13.2% de los recursos del sistema. El gráfico adjunto muestra cuáles son los tratamientos más importantes. Puede observarse que el principal de todos es el tratamiento de cáncer, con 29.4% de los recursos del grupo correspondiente. Le sigue la atención en cuidados intensivos (26.7%); y luego, los procedimientos cardíacos (17.1%) y la hemodiálisis renal (15.8%).

Es preciso reiterar que estas cifras no permiten hacer una estimación de costo por enfermedad, porque el sistema estadístico da seguimiento a in-

Gráfica 6: Porcentaje del valor gastado en procedimientos de alta complejidad



tervenciones que no se relacionan directamente con los diagnósticos. En el caso del cáncer, por ejemplo, hay intervenciones relacionadas con el mismo que están en otras categorías, algunas claramente identificables, como las relacionadas con la prevención y el diagnóstico, o los medicamentos coadyuvantes que figuran por separado. Pero muchas intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones estarían incluidas si se hiciera un estudio de esta naturaleza.

No obstante, aun con estas subestimaciones, queda claro que el cáncer, por ejemplo, es un problema importante en términos de necesidades de salud de la población y de recursos necesarios para su tratamiento. Lo mismo podría decirse de los problemas cardíacos y de otros, ocultos en estas cifras, como por ejemplo la diabetes. Los altos niveles de gasto en la hemodiálisis renal, por ejemplo, parecen sugerirlo.

Un estudio bastante confiable de gasto por enfermedad sería posible hacerlo si se dispusiera de las bases de datos más detalladas de las ARS más grandes, pues tienen más información de la que suministran a la SISALRIL, que fue la que se utilizó para fines de este trabajo. Esto sería muy importante para la toma de decisiones por parte de las autoridades, y para las ARS serviría como un elemento importante en su análisis de riesgo.

En cuanto a los medicamentos, a pesar de las limitaciones expresas sobre su cobertura en el PDSS, se llevan una parte importante de los recursos. Las políticas relacionadas con medicamentos son de mucha importancia en términos de satisfacer las necesidades de salud y proteger financieramente a la población, dado que constituyen el mayor gasto de bolsillo, tal como se verá más adelante. Pero a la vez, su cobertura poco racional puede afectar la sostenibilidad financiera de cualquier sistema, lo cual requiere de análisis ponderados. Más que un límite monetario de cobertura para todo el mundo, como existe actualmente, debería pensarse en coberturas explícitas para atender prioridades.

Esquemas de seguros voluntarios

Los seguros voluntarios movilizan cerca de 13 mil millones de pesos, un 11% del gasto corriente en salud. La mayor parte, el 84%, corresponde a los planes complementarios de las ARS y la diferencia son seguros de salud y accidentes cuya supervisión está a cargo de la Superintendencia de Seguros. ADARS nos suministró los pagos de sus ARS afiliadas a los prestadores, pero de una manera agregada, sin diferenciar el tipo de plan ni tampoco la función. Por lo tanto, para fines de este trabajo, se supuso que los planes complementarios se distribuyen de la misma manera que el plan obligatorio. Como dijimos previamente, esto no es necesariamente cierto, pues dichos planes supuestamente cubren intervenciones fuera del PDSS. A fin de mostrar tales diferencias se requiere un análisis más detenido al menos de

una muestra de ARS. Respecto a los otros seguros, no se dispone de ningún dato, salvo los montos totales. Un posterior estudio debería aclarar mejor el tipo de planes y la forma en que se asignan los recursos.

Pago directo de los hogares

El pago directo de los hogares –denominado pago de bolsillo– se estima para el año 2014 en 28.1 mil millones de pesos. Estas cifras provienen de la ENDESA 2013 (proyectada al 2014) y, al eliminar la partida de gastos de transporte, que no constituye parte del gasto en el sistema de salud según el SHA 2011, ascendería a 25.5 mil millones, lo cual representa el 22% del gasto en salud. Las principales partidas del gasto de hogares se resumen a continuación:

Cuadro 11: Estimación del gasto en salud de los hogares, 2014 (Millones de RD\$)			
Código SHA 2011	Descripción	Millones RD\$	%
	GASTOS DE LOS HOGARES	25,777	100.0%
HC.1	Atención curativa	10,549	40.9%
HC.1.1	Atención curativa con internamiento	8,260	32.0%
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria	2,289	8.9%
HC.4	Servicios auxiliares	3,221	12.5%
HC.4.1	Laboratorio	2,278	8.8%
HC.4.2	Imágenes	943	3.7%
HC.5	Bienes médicos	10,173	39.5%
HC.5.1.1	Medicinas prescritas	5,763	22.4%
HC.5.1.2	Medicinas sin prescripción	4,410	17.1%
HC.6	Atención preventiva	1,834	7.1%
Items de memorando	Gastos de transporte	2,661	

FUENTE: Elaborado por PLENITUD en base a ENDESA 2013.

Es preciso señalar que las encuestas de hogares no constituyen la mejor forma de estimar el gasto en salud. Aunque son la fuente utilizada en la mayoría de los países, porque no existe otra información, siempre es preferible combinar estos datos con fuentes de origen administrativo, por ejemplo, los ingresos de los prestadores de servicios de salud. En el país estas informaciones son inexistentes, pero podrían obtenerse con relativa facilidad a partir de una muestra no muy grande de proveedores.

Esta estimación fue el producto de un estudio concomitante que realizó la Fundación PLENITUD. No obstante, para poder tener una mejor distribución del gasto de hogares por función y por proveedor, que mejore las estimaciones de las cuentas de salud, se requiere de un análisis más detallado de la base de datos de la ENDESA.

Puede notarse en el cuadro de arriba que —además de la atención curativa con internamiento, que constituye la principal partida de gasto de los hogares— el gasto en medicamentos es un renglón fundamental. Cualquier política de protección financiera a los hogares dominicanos tiene que tener como base consideraciones relativas al gasto en medicamentos.



Capítulo V Consideraciones de política



CONSIDERACIONES DE POLÍTICA



El capítulo anterior mostraba los resultados de la estimación del gasto nacional en salud mediante la aplicación del enfoque del SHA 2011 para el año 2014. No incluimos en este documento una serie de tiempo, porque los años previos no fueron producidos con el mismo enfoque que el presente. Es decir, las estimaciones realizadas con anterioridad a este trabajo no han sido ajustadas todavía para cumplir con los lineamientos del SHA 2011. Las diferencias fundamentales se refieren a:

- Conformación de los esquemas de financiamiento de acuerdo al SHA 2011
- Separación del gasto corriente del gasto de capital
- Revisión de los códigos de esquemas, agentes, proveedores y funciones.

En vista de lo anterior, es preferible postergar la elaboración de una serie de tiempo hasta hacer las correcciones indicadas¹⁵. El presente trabajo constituye un aporte importante en esa dirección y contribuirá a facilitar dicho proceso.

En esta sección se analiza la información según los siguientes indicadores: peso del gasto en salud en la economía dominicana con relación al PIB; consideraciones de equidad; análisis comparativo con países similares a la

¹⁵ Lo ideal sería que este trabajo fuera conducido por la Dirección de Planificación del MSP, que tiene a su cargo la producción de las CNS, con el apoyo del Comité Interinstitucional.

República Dominicana; consideraciones sobre la calidad del gasto; y cumplimiento de las leyes de salud y seguridad social. En el siguiente capítulo ofrecemos un resumen de las conclusiones del estudio, así como las recomendaciones.

Cuadro 12: Peso del gasto en salud en la economía - principales esquemas (% del PIB)		
Esquemas de financiamiento	Valor (Millones \$)	% del PIB
PIB	2,786,230	
Gasto corriente total	114,956	4.1%
Esquemas públicos (gobierno central + seguro social)	73,908	2.7%
• Esquema tradicional	38,148	1.4%
• SFS-Régimen subsidiado	3,402	0.1%
• SFS-Régimen contributivo	30,879	1.1%
Seguros voluntarios	12,949	0.5%
Hogares	25,777	0.9%

FUENTE: Elaborado por PLENITUD en base a ENDESA 2013.

El gasto nacional en salud en la economía

Sobre la base de las estimaciones realizadas en el presente trabajo, con la metodología del SHA 2011, llegamos a la conclusión de que el gasto corriente en salud para el año 2014 asciende a unos 115 mil millones de pesos, equivalentes a US\$ 2,633 millones de dólares (a la tasa promedio de cambio del año 2014). De acuerdo con las cifras de población de la ONE para ese año, el gasto per cápita se estima en US\$ 253 por persona.

En términos de su proporción con el PIB corriente de ese año, según cifras del Banco Central, el gasto corriente en salud representa el 4.1%.

El cuadro anterior muestra la proporción del PIB correspondiente a los principales esquemas de financiamiento de la República Dominicana. Se observa que los esquemas públicos (el esquema tradicional del MSP, más el

SFS en sus regímenes subsidiado y contributivo) representan la mayor parte, pero en conjunto solo alcanzan el 2.7% del PIB. Los esquemas privados representan, en conjunto, el 1.4%. Estos resultados contrastan con la realidad de la mayoría de los países de la región latinoamericana y, en general, con los de ingreso medio-alto, categoría a la que pertenece la República Dominicana.

A pesar de los avances en la cobertura del SFS, a pesar de la importancia de los cambios realizados para la reforma del sistema de salud, todavía la prioridad pública al mismo sigue siendo muy baja en términos de asignación de recursos.

El gráfico muestra la proporción respecto al PIB durante el año 2013 (último año disponible publicado por la OMS) para un conjunto de países latinoamericanos. Se observa que la República Dominicana se encontraba en los últimos lugares respecto a las estimaciones previas del gasto en salud. Con las nuevas estimaciones que estamos realizando actualmente, posiblemente quedaremos más bajo aún¹⁶.

A pesar del éxito de la reforma en términos de extensión de cobertura y del incremento del financiamiento público, es también preciso señalar que los esquemas gubernamentales –destinados a financiar a la población más pobre– parecen estancados. Como proporción del PIB, el gasto nacional en salud sigue siendo bajo, lo que coloca al país muy por debajo del promedio regional.

¹⁶ La estimación previa incluye gasto de capital, pero esto no cambiaría tanto el indicador. La principal razón se encuentra en el gasto de hogares, que estaba proyectado en montos muy superiores cuando se hizo el cálculo correspondiente al año 2012 (previo a la publicación de la ENDESA 2013).

Consideraciones de equidad

La información sobre el comportamiento del gasto de hogares como fuente de financiamiento del gasto en salud, tiene importantísimas implicaciones de política. Un elevado gasto de hogares como proporción del total es el principal indicador de falta de equidad y protección financiera en salud.

La ENDESA es la única fuente de información que existe en el país para estudiar el gasto de hogares; se realiza de manera sistemática cada cinco años y contiene un módulo de gasto en salud de los hogares. En consecuencia, PLENITUD utiliza esta fuente de manera consistente para estimar el gasto de bolsillo. Las dos últimas corresponden a los años 2007 y 2013, justo al inicio de la reforma y luego de seis años de su implementación, por lo que los resultados de esta última eran esperados con mucho interés por nosotros para analizar el impacto de la reforma en el gasto de bolsillo¹⁷.

Las estimaciones previas del gasto de hogares mostraban una elevada participación del mismo en el total, lo cual ha decrecido de manera sustancial según el análisis de la última ENDESA, llevada a cabo en el 2013. Dicha encuesta muestra un aumento en la cobertura de aseguramiento y una reducción notable del crecimiento del gasto de bolsillo. Como esa encuesta se realizó exactamente cinco años después de la principal extensión de cobertura del Seguro Familiar de Salud, es factible atribuirlo a la misma.

El gasto en salud de los hogares, medido en base a la ENDESA, muestra que el mismo parece haberse estancado cuando se compara el 2013 con el 2007. Como resultado de ello, en el 2014 viene a representar el 22% del gasto corriente, cifra sustancialmente inferior a la del 2008, cuando se aproximaba

¹⁷ Rathe, Magdalena; y Lora, Dayana. Estimación del gasto de bolsillo de los hogares dominicanos, 1996-2014, Fundación PLENITUD, Santo Domingo, 2015.

al 40%. Si bien es cierto que la metodología del gasto en salud utilizada en este estudio no es enteramente comparable con las estimaciones precedentes, no se espera diferencias muy sustanciales. En definitiva, puede afirmarse que ha habido un aumento importante de la proporción de financiamiento público, el cual se debe a dos factores fundamentales:

- La extensión de la cobertura del seguro familiar de salud, tanto en sus modalidades contributiva como subsidiada.
- La reducción del gasto de bolsillo que constituye, muy probablemente, el resultado de dicho aumento en la cobertura.
- La mejoría de la protección financiera, es decir, la posible reducción de la carga financiera del gasto en salud para los hogares dominicanos.

En efecto, las cifras que resultan de la ENDESA 2013 muestran un crecimiento mínimo del gasto de los hogares durante el período 2007-2013, en términos corrientes, lo que indica un decrecimiento si se mide a precios constantes. Este es uno de los principales indicadores de éxito de la reforma de salud. Los mismos sustentan la necesidad de hacer un análisis más detallado del módulo de gasto en salud de la ENDESA 2013 y que estudie los patrones de dicho gasto características de la población, coberturas, patrones de utilización y otros.

Consideraciones de calidad

Un tema fundamental en el sistema de salud es el de la calidad. No existen iniciativas para darle seguimiento a la misma, ni la calidad de los proveedores públicos ni de los privados, además de las deficiencias en el sistema de habilitación que coordina el MSP. Además de su reorganización en cuanto a sus funciones rectoras, es imprescindible hacer eficientes los servicios de salud de los proveedores públicos. La pobre calidad de esas

entidades¹⁸ supone un dispendio de recursos, una injusticia para los pobres del país y una carga de ineficiencias para SENASA. Se requiere definir nuevas modalidades de administración y contratación del personal de esas entidades, a fin de que sean satisfactorios en términos de calidad dentro de los estándares nacionales.

Igualmente sería conveniente, tanto para la situación financiera de los prestadores de servicios de salud del sector público como para SENASA, un reajuste realista de las tarifas que refleje los costos de las intervenciones y los procedimientos que venden los prestadores públicos de servicios de salud a la aseguradora gubernamental.

El tema de la calidad debería ser considerado en toda su amplitud, sobre todo si el país está en proceso de convertirse en un destino de turismo de salud. Y que la elevación de la calidad de los proveedores capaces de asumir ese reto sea transferida también a los que atienden a la población dominicana.

La estrategia del gobierno

La Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030 (END), consignada en la Ley 1-12, contiene las prioridades del Estado dominicano en todos los sectores. En lo concerniente a nuestro tema, expresa que la prioridad es la cobertura del seguro familiar de salud a toda la población del régimen subsidiado. La END promueve “universalizar el aseguramiento en salud” y consolidar la reforma del sistema sanitario, todo lo cual está consignado en el objetivo general 2.2, dedicado a la salud y seguridad social integral. En la página que sigue se muestra un cuadro con los diferentes componentes de la estrategia que se ha propuesto el país.

¹⁸ Sobre la calidad de los servicios de los proveedores públicos, véanse Informe del Diagnóstico de Situación Rápida sobre la Gestión de Recursos Humanos en Salud Parte A: Metodología cualitativa (USAID, Santo Domingo, Noviembre 2011); e Informe del Diagnóstico de Situación Rápida sobre la Gestión de Recursos Humanos en Salud. Parte B: Metodología Uso del Tiempo (USAID, Santo Domingo Marzo 2012).

Cuadro 13: ESTRATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO 2010-2030	
Objetivo General 2.2: Salud y seguridad social integral	
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 enfermedades, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud.	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.
	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.
	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.
	2.2.1.4 Fortalecer la función de rectoría del Ministerio de Salud Pública y sus expresiones desconcentradas, en relación con 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.
	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.
	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.
	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.
2.2.2 Universalizar el aseguramiento en salud para garantizar el acceso a servicios de salud y reducir el gasto de bolsillo.	2.2.2.1 Fortalecer los mecanismos de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, para lograr el aseguramiento universal.
	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.
	2.2.2.3 Implementar el Primer Nivel de Atención en salud como puerta de entrada al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Por su parte, en el Plan Plurianual de Inversiones 2013-2016, el gobierno se propone “universalizar el aseguramiento en salud para garantizar el acceso a servicios de salud y reducir el gasto de bolsillo”. Para lograr este objetivo se propone las siguientes medidas:

- La puesta en funcionamiento de los Centros de Atención Primaria para el Régimen Contributivo.
- Evaluar el nivel de cumplimiento de las regulaciones vigentes mediante la fiscalización de las Administradoras de Riesgos de Salud, a fines de alcanzar niveles óptimos de prestación para los afiliados del SDSS.
- Traspaso de todos los empleados públicos, tanto de las instituciones centralizadas, como de las autónomas y descentralizadas del Estado al Seguro Nacional de Salud (SENASA) en aplicación de lo establecido en los Artículos 159, 174, 175, 76, 78 de la Ley 87-01, que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (Resolución Administrativa 00189-2012 de la Superintendencia de Salud y Riesgos).

Las estrategias propuestas poseen diversos niveles de trascendencia en lo que concierne a la organización y el financiamiento del sistema de salud. Pero, en esencia, las medidas de carácter estructural fundamentales que pueden concretizarse y trazarse en un plan de acción son las siguientes:

- Universalizar el seguro familiar de salud.
- Mejorar las prestaciones del Plan Básico de Salud.
- Asegurar la sostenibilidad financiera del Seguro Familiar de Salud.
- Implementar el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud.

- Reestructurar la red pública –aunque los textos requieren mayor coherencia en lo que se propone hacer al respecto, se entiende que se quiere la organización de redes regionales con una puerta de entrada, la organización por niveles de atención con el primero como puerta de entrada y la autonomía de un conjunto de hospitales especializados.
- Fortalecer la rectoría, regulación y supervisión del sistema de salud.

Para que sea factible analizar la viabilidad de estas prioridades y metas que se propone el gobierno, es imprescindible contar con información confiable sobre el monto de los recursos de que se dispone y sobre la forma en que estos se asignan en la actualidad, a fin de aproximarse a un análisis de calidad del gasto. El presente trabajo ofrece un punto de partida para dicho análisis. Algunas consideraciones de interés se presentan en el siguiente capítulo, como conclusiones que pueden guiar la toma de decisiones.



Capítulo VI

Conclusiones y consideraciones



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



En esta sección se resumen las principales conclusiones que resultan del análisis del gasto nacional en salud. Muchas de ellas están vinculadas con la calidad del gasto y la medida en que este se orienta hacia las prioridades del sistema de salud y, particularmente, al cumplimiento de las políticas públicas.

En lo que concierne a los datos para lograr la implementación completa del SHA 2011, incluyendo sugerencias concretas para mejorar las estimaciones así como estudios adicionales, estos se presentan en el anexo metodológico, el cual contiene las fuentes de los datos y las clasificaciones completas.

En el capítulo anterior resumimos las orientaciones planteadas por la legislación vigente y los objetivos de la Estrategia Nacional de Desarrollo como norte para el sistema de salud. En nuestras conclusiones sobre el gasto en salud, procuramos vincular tales estrategias con los resultados del análisis, para arrojar luz sobre la posibilidad de cumplirlas.

Rectoría del sistema de salud

El cumplimiento de las estrategias que trace el gobierno para el sistema de salud depende de que la función de rectoría sea ejercida adecuadamente. En el país, por mucho tiempo, ha sido casi inexistente. Actualmente ha surgido la posibilidad de asumirla, porque tal parece que, por primera vez, se tiene la determinación de separar las funciones de conducción, provisión y finan-

ciamiento, tal como ordenan las leyes vigentes, incluyendo la nueva ley que crea el Servicio Nacional de Salud.

Separada la provisión de servicios de las tareas de rectoría del sistema, el MSP podrá dedicar su atención a la planeación de estrategias, el aseguramiento de la calidad, la producción de evidencias, la vigilancia epidemiológica, los estudios sobre la situación de salud, sobre el gasto y financiamiento, sobre la calidad de la provisión, sobre la eficiencia en el gasto y sobre el cumplimiento de las metas. Esto implica que deberá fortalecer su área de “inteligencia sanitaria”, para todo lo cual necesita recursos.

Con las informaciones recabadas y procesadas no se pudo determinar con precisión si el MSP dispone o no de los fondos para realizar adecuadamente las funciones de rectoría. Pero los datos ofrecen importantes indicios, ya que, en la actualidad, un 28% del presupuesto de la entidad se destina a la misma.

El cumplimiento del proceso de separación de funciones le ofrece al MSP la oportunidad de reestructurar sus organismos y sus funciones a partir de un presupuesto cero, es decir, sin tomar en consideración el gasto histórico de la institución y presupuestando cuánto necesitaría para cumplir de manera adecuada con lo que se propone y requiere el país para que la función de rectoría sea cumplida adecuadamente.

Baja prioridad a la salud colectiva

La baja prioridad a la salud colectiva, o sea, a la prevención y promoción de la salud de la comunidad en su conjunto, se relaciona con el punto anterior, dado que estos servicios seguirán a cargo del MSP una vez sea separado de la función de provisión. Sin embargo, las cifras muestran que los fondos asignados a salud colectiva en el presupuesto del MSP constituyen el 1.5%

del gasto corriente en salud y el 4.5% de los recursos que administra la institución. Con estos recursos se llevan a cabo todos los programas de salud pública para la prevención y el control de las enfermedades, así como para la vigilancia epidemiológica.

Baja prioridad al primer nivel de atención

Esta es una estrategia clave incluida en la END y en el Plan Plurianual y también es parte fundamental del modelo de atención que promueven las leyes de salud y la de seguridad social. El primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud. Sin embargo, no se ha implementado y está increíblemente sub-financiado. Es decir que, en la práctica, no constituye una prioridad del sistema de salud.

Dentro del total de recursos que se asignan a los proveedores del MSP, los montos que se destinan al primer nivel de atención son ínfimos (una décima parte del uno por ciento). Es muy probable que estén subestimados y que la forma en que se construyen las ejecuciones presupuestarias del MSP oculten gastos adicionales, por ejemplo, que los pagos al personal estén ubicados en otras categorías. Se requeriría de un estudio más detallado de las informaciones del MSP, lo cual se recomienda que haga la UCNS, consultando varias fuentes que permitan distribuir el gasto en recursos humanos por función y por proveedor.

En el resto del sistema es notoria también la baja prioridad a los servicios de prevención y promoción de la salud. Resalta el hecho de que el SENASA no asigne fondos para estos fines. El régimen subsidiado trabaja sobre todo con proveedores públicos, que tienen a su cargo estos programas específicos además de las unidades de atención primaria a las que, teóricamente, debería estar adscrita la población. Pero como este sistema no funciona ni tampoco el MSP le asigna recursos suficientes, resulta evidente que las prioridades no

están en esto y que el sistema está muy lejos de implementar la disposición de que el primer nivel sea la puerta de entrada al sistema de salud.

Se ha dicho anecdóticamente que en este nivel sería factible resolver el 80% de los problemas de salud de la población, a la vez que se descongestionan los hospitales. Pero las cifras muestran que el grueso de la atención no solamente no se realiza en el primer nivel, tampoco en centros de atención ambulatoria ni en consultorios médicos independientes, sino en los hospitales públicos y privados. Y en los hospitales especializados.

Independientemente de su monto, la composición del gasto en promoción y prevención de la salud llama la atención sobre algunas necesidades de la población dominicana (que se traducen en demandas al sistema). Se observa que la hipertensión arterial, el cáncer cervico-uterino, la prevención de diabetes y la asistencia pre-natal consumen la mayor parte de los recursos de promoción y prevención que financia el régimen contributivo. Las complicaciones en los problemas de salud que estas intervenciones sugieren van a consumir muchos recursos más tarde si los mismos no son controlados en el primer nivel de atención.

Alta prioridad a la atención especializada

El grueso de los recursos de todo el sistema se destina a la atención especializada y se proveen en hospitales de tercer nivel. En el caso del MSP, los fondos se gastan principalmente en hospitalización. Si se agrega a los fondos que maneja el MSP de manera centralizada, los que se transfieren a los hospitales descentralizados, que son establecimientos de tercer nivel, se puede advertir que la prioridad en el gasto es la atención especializada y no la salud básica ni la colectiva. No hay aquí un juicio de valor. Puede ser que eso sea lo que necesita la población dominicana. De hecho, esas son las necesidades de los países con pirámides poblacionales invertidas, donde la

población mayor tiene un gran peso en la sociedad. Se requiere de otro tipo de estudios para determinar esto, como los de situación de salud y carga de enfermedad.

Tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, se observa que la atención se provee también, de manera principal, en los hospitales especializados. Y los tipos de servicios que cubre son, en una medida importante, de alta complejidad. Es muy importante la cobertura de este tipo de servicios, pues son los que ocasionan mayores gastos a los hogares, tan altos a veces, que suelen llamarse “catastróficos”. Justamente por tratarse de montos muy elevados, a fin de que haya una verdadera protección financiera, es preciso cuidar de muchos otros aspectos, tales como: asegurar que las prioridades básicas también están cubiertas y de que existe continuidad en la atención, es decir, que se cubren todas las necesidades que tiene el paciente que sufre una enfermedad que tiene coertura, y no sólo una parte.

Pero como se trata de intervenciones costosas, las autoridades del sistema tiene que tomar decisiones sobre qué cubre y qué no cubre, a fin de asegurar que esa cobertura esté dirigida a los problemas de salud prioritarios. También es importante que los gastos se efectúen a partir de protocolos de atención previamente definidos. Asimismo, que se definan y evalúen las tecnologías según criterios de costo-efectividad que garanticen asegurar la calidad y la eficiencia en el gasto.

Un indicador de que quizás no andamos por ese camino es la relación entre los partos naturales y las cesáreas. En efecto, un 87% de los partos que paga el régimen contributivo son con cesárea y solo un 13% son partos naturales. Es curioso observar también que los partos con cesárea cuestan, en promedio, menos que los naturales.

Otro indicador es que los recursos del SENASA se destinan prioritariamente a financiar intervenciones de alto costo, particularmente dentro del ré-

gimen subsidiado en una mayor proporción que en el contributivo. Como muchas de estas intervenciones solo las realiza el sector privado, con costos más elevados, es posible que esto atente contra su sostenibilidad financiera.

Medicamentos

El gasto en medicamentos es una partida sustancial del gasto en salud. De hecho, es el componente clave del gasto directo de los hogares. Cualquier política de protección financiera a los hogares dominicanos tiene que tener como base consideraciones relativas al gasto en medicamentos. Pero debe obedecer a las prioridades del sistema de salud.

Un renglón fundamental en la estructura de gastos del MSP son los medicamentos que se entregan dentro del “programa de paciente protegido”, para apoyar a personas de escasos recursos que tienen enfermedades consideradas catastróficas, desde el punto de vista financiero. Consiste en la entrega de medicamentos de alto costo, principalmente contra el cáncer,

a personas que lo solicitan directamente, mediante una iniciativa de tipo asistencialista, que no necesariamente está sujeta a criterios de racionalidad macroeconómica ni de priorización en salud, lo cual es importante de tener en cuenta, sobre todo porque se trata de sumas considerables.

En el caso del régimen contributivo, a pesar de las limitaciones expresas sobre su cobertura en el PDSS, los medicamentos se llevan una parte importante de los recursos. Por ello, una cobertura poco racional puede afectar la sostenibilidad financiera de cualquier sistema, lo cual requiere de análisis ponderados. El sistema actual



asigna \$3,000 pesos por persona para medicamentos ambulatorios. Este es un monto ínfimo para una persona que tiene un problema de salud. Sin embargo, muchas personas no los necesitan. Se sugiere revisar esto dentro del contexto de las prioridades de salud y las posibilidades financieras del sistema en su conjunto, creando quizás coberturas explícitas para ciertos problemas prioritarios.

Gasto y costo por enfermedad

La metodología del SHA 2011, implementada en su totalidad, permite estimar el gasto por enfermedad, lo cual tiene unas implicaciones importantes para la toma de decisiones de políticas, especialmente para los procesos de establecimiento de prioridades. Para ello se parte de estudios especializados de costo, que nunca han sido realizados en el país.

Una aproximación caso es posible a partir de datos de utilización de servicios, así como de revisión de informaciones sobre las causas de las consultas y hospitalizaciones.

Con los datos disponibles hasta ahora, no es posible hacer una estimación de costo por enfermedad, porque el sistema estadístico da seguimiento a intervenciones que no se relacionan directamente con los diagnósticos. En el caso del cáncer, por ejemplo, hay intervenciones relacionadas con el mismo que están en otras categorías, algunas claramente identificables, como las relacionadas con la prevención y el diagnóstico, o los medicamentos coadyuvantes que figuran por separado. Pero muchas intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones estarían incluidas si se hiciera un estudio de esta naturaleza.

No obstante, aun con estas subestimaciones, queda claro que el cáncer, por ejemplo, es un problema importante en términos de necesidades de salud de

la población y de recursos necesarios para su tratamiento. Lo mismo podría decirse de los problemas cardíacos y de otros, ocultos en estas cifras, como por ejemplo la diabetes. Los altos niveles de gasto en la hemodiálisis renal, por ejemplo, parecen sugerirlo.

De gasto por enfermedad bastante confiable un estudio sería posible hacerlo si se dispusiera de las bases de datos más detalladas de las ARS más grandes, pues tienen más información de la que suministran a la SISALRIL, que fue la que se utilizó para fines de este trabajo. Esto sería muy importante para la toma de decisiones por parte de las autoridades, y para las ARS serviría como un elemento importante en su análisis de riesgo. Otra fuente importante para estas estadísticas sería el levantamiento de información primaria en una muestra seleccionada de establecimientos públicos.

Cobertura universal con equidad, calidad y sostenibilidad

El tema de lograr la cobertura universal –tal como está propuesto en el marco legal dominicano y en la visión estratégica del desarrollo– requiere de la definición clara de qué se va a garantizar a la población, es decir, del contenido y del costo del Plan Básico de Salud. La revisión profunda del mismo, para que se adapte a las prioridades nacionales, constituye una prioridad del sistema dominicano de salud en su etapa actual.

Las informaciones resultantes de este trabajo pueden contribuir a dicha revisión, al proporcionar datos sobre los niveles de gastos actuales y la composición de los mismos. Pueden ayudar a identificar las áreas en que se necesita mejorar los datos o realizar estudios adicionales. Dan luces sobre los que pudieran ser los límites o el espacio fiscal para mayores inversiones, sobre todo respecto a las finanzas públicas.

La mayor parte de las revisiones del PBS realizadas hasta ahora, han sido puntuales, ad-hoc, sin tener en cuenta las prioridades de salud, sin haber realizado estudios de costo-efectividad que permitan saber cuáles son los tratamientos más adecuados y sin desarrollar guías y protocolos de tratamiento para dichos problemas. Tampoco existe en el país un sistema de revisión continua de las tecnologías y medicamentos así como de su costo. En consecuencia, más que una revisión del PBS, el país necesita crear un sistema permanente de priorización en salud, que posea un alto nivel técnico y científico y que esté libre de presiones políticas, económicas y de grupos de poder.

La cobertura universal de un mismo PBS para todos, con la misma calidad, que proteja financieramente a las personas, es un objetivo de las leyes que conforman el sistema de salud de la República Dominicana. A fin de que sea posible alcanzarla, necesitamos monitorear su costo y, dado que los recursos financieros tienen límites, asegurarnos de que satisfice las prioridades de la población.

De ahí la importancia de monitorear el gasto y el financiamiento a la salud con una perspectiva sistémica. En ese camino, el presente trabajo aporta un punto de partida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (2011). *Informe del diagnóstico de situación rápida sobre la gestión de recursos humanos en salud parte A: Metodología cualitativa*. Santo Domingo: El autor.

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (2012). *Informe del diagnóstico de situación rápida sobre la gestión de recursos humanos en salud. Parte B: Metodología uso del tiempo*: Santo Domingo: El autor.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos. (2013). Encuesta demográfica y de salud (ENDESA). Santo Domingo: Centro de Estudios Sociales y Demográficos.

Ministerio de Salud Pública. (2012). Cuentas nacionales de salud de la República Dominicana: Informe de gasto público en salud 2011. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública. (2013). Informe de gasto público en salud República Dominicana 2012. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública. (2014). Gasto nacional en salud Año 2013. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; Organización Mundial de la Salud & European Commission. (2011). *A System of Health Accounts 2011*. París: Los autores.
- Organización Mundial de la Salud; Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional & Banco Mundial. (2004). *Guía del Productor de Cuentas Nacionales de Salud*, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. Ginebra: Los autores.
- Rathe, M. (2000). *Análisis de las cuentas nacionales de salud de 1996*. Santo Domingo: Organización Panamericana de la Salud.
- Rathe, M. (2005). *Análisis de las cuentas nacionales de salud de 2002*. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud & Banco Interamericano de Desarrollo.
- Rathe, M. & Guzmán, D. (2011). *Seguimiento de las cuentas nacionales de salud: Estimación del gasto nacional en salud 2009-2010*. Santo Domingo: Fundación PLENITUD.
- Rathe, M. & Guzmán, D. (2012). *Estimación del gasto nacional en salud, 1995-2011*. Santo Domingo: Fundación PLENITUD.
- Rathe, M. & Lora, D. (2014). *Estimación del gasto de los hogares en salud, 1996-2014*. Santo Domingo: Fundación PLENITUD.
- World Health Organization. (2014). Global Expenditure Database. Recovered from <http://apps.who.int/nha/database>



Anexo

Aspectos metodológicos

ANEXO

ASPECTOS METODOLÓGICOS



El presente anexo presenta las fuentes de información utilizadas en el estudio preliminar de las cuentas de salud de la República Dominicana durante el año 2014, así como los supuestos y métodos de cálculo aplicados para realizar la presente investigación. Este anexo incluye también recomendaciones sobre los pasos a seguir para mejorar las estimaciones, dado que este es un proceso continuo, siempre dentro del marco metodológico propuesto.

A fin de realizar una primera estimación del gasto nacional en salud de la República Dominicana, presentándolo por esquemas de financiamiento, en el presente acápite se describen las fuentes consultadas y los criterios de estimación adoptados.

Gobierno central

El grueso de los recursos que invierte el gobierno central en salud se canalizan a través del Ministerio de Salud Pública. La intención original al principio de este trabajo, era partir de la información oficial producida por

el Ministerio de Salud Pública, en su Unidad de Cuentas de Salud¹⁹²⁰²¹, y a partir de las mismas realizar los ajustes correspondientes para adaptarlas a la metodología del SHA 2011. Como no pudo encontrarse suficiente información para realizar la distribución por proveedor y por función, se tomó la decisión de levantar directamente la información para el 2014, solicitando la misma al MSP, quien proveyó los siguientes datos:

- Informes Identificación de Productos/Resultados Nivel Central y Hospitales, 2014
- Gasto por Programa, INAPA 2014
- Inversión realizada en Población y Control Agua Potable, CO-RAASAN 2014
- Formulario No. 1 Recolección de Datos Institucionales del Sector Público, 2014
- Formulario CNS- CONHAVISIDA 2014
- Formulario CNS- CONAPOFA 2014
- Formulario CNS- INAPA 2014
- Ejecución Presupuestaria del Ingreso, CAASD 2014
- Ejecución Presupuestaria del Gasto, CAASD 2014
- Reporte por Objeto al 31/12/14

Para completar estos datos, se procedió a revisar la información que produce el Portal Ciudadano del Ministerio de Hacienda, de donde se obtuvieron datos muy agregados. Remitimos una carta a la Dirección de Presupuesto, que nos respondió con mucha diligencia, y nos entregó los siguientes datos:

- Estructura Programática Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2011-2014

¹⁹ Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana: Informe de Gasto Público en Salud 2011, Ministerio de Salud Pública, Santo Domingo, 2012.

²⁰ Informe Gasto Público en Salud República Dominicana 2012, Ministerio de Salud Pública, Santo Domingo, 2013.

²¹ Gasto Nacional en Salud Año 2013, Ministerio de Salud Pública.

- Clasificación Objetal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2011-2014
- Instituciones Receptoras del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2011-2014
- Organismo Financiador Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2011-2014
- Transferencias a Programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2011-2014
- Gasto en Salud a Nivel Institucional 2011-2014

Se partió de la clasificación programática del 2014, y se eliminaron las partidas que no son de salud (transferencias, gastos de asistencia social y otros). Se intentó hacer una revisión de los años previos pero se encontraron discrepancias entre la información de DIGEPRES y la del MSP. Se entiende que es comprensible que haya diferencias, porque no todo lo que se denomina “salud” en las ejecuciones presupuestarias es para las cuentas de salud. No obstante, tampoco pudimos encontrar en los ejercicios de estas últimas una definición clara sobre qué partidas fueron incluidas y cuáles fueron excluidas. Por tal motivo, se prefirió concentrar la estimación en el 2014 y revisar las cifras más adelante.

Las tablas del gasto en salud del MSP –separado el gasto corriente del gasto de capital– tanto las programáticas como las transferencias de salud, fueron procesadas línea por línea, para clasificar cada partida por esquema de financiamiento, ingresos de los esquemas, agente financiero, proveedor y función. En el caso de los datos de entidades descentralizadas se combinó este ejercicio con datos propios de las mismas.

La distribución del gasto por niveles de atención es muy rudimentaria en las ejecuciones presupuestarias procesadas por DIGEPRES. Se recomienda un análisis más completo de esto a partir de otras fuentes en el propio MSP.

Inclusive, se recomienda analizar mejor la distribución del gasto de personal en el nivel central y en los servicios de salud.

No fue posible obtener cifras detalladas sobre los hospitales y centros de salud del MSP por fuentes de financiamiento y tipo de gasto, como fue solicitado. Solo disponíamos de información correspondiente al año 2008, a partir de un trabajo previo elaborado por PLENITUD para el Ministerio de Economía en el año 2010. Procuramos hacer un ejercicio sobre las fuentes de financiamiento de los hospitales públicos especializados, la cual no pudo ser completada.

Se recomienda levantar información directamente de los hospitales, en particular de los especializados, incluyendo los descentralizados, y analizar todas sus fuentes de financiamiento y sus gastos. Esto contribuirá mucho al proceso de separación de funciones que está en camino.

Otras instituciones del gobierno central

La fuente de los datos de las otras instituciones es el SIGEF / DIGEPRES, en especial el cuadro del gasto institucional. Debido al poco detalle que tienen estas tablas, se recomienda buscar las ejecuciones programáticas completas de las instituciones que tienen gasto en salud, particularmente la Presidencia de la República. Asimismo, buscar las de otras instituciones que no aparecen en el 2014 pero que tuvieron gastos en años previos, por ejemplo, el Ministerio de Educación. En este caso, no queda claro de primera intención dónde se ubican los fondos presupuestales que subsidian al Seguro de Maestros.

Se recomienda solicitar a DIGEPRES distinguir mejor los gastos que son de salud de los que no lo son, particularmente importante es el caso del agua.

Financiamiento externo al gobierno

Se recomienda también mejorar el análisis de los fondos externos que se reciben para salud. En los datos de DIGEPRES, esta información está muy consolidada y no se tiene claro para qué se aplica. Hay financiadores bilaterales –por ejemplo USAID– que no figuran en la ejecución del 2014. Se sabe que entidades multilaterales como el BID, el Banco Mundial, la OPS/OMS, el PNUD y otras, posiblemente tienen subvenciones al país para programas de salud. Esto necesita una atención especial, pues, salvo excepciones, no figura claramente en los datos recibidos. También hay financiadores para los cuales no pudo determinarse qué programas financian, algunos sustanciales, como el caso del gobierno de Venezuela. Se recomienda investigar para qué se utilizan los fondos de todos los financiadores externos. En este aspecto, también se recomienda solicitar a DIGEPRES distinguir mejor los aportes financieros internacionales que no corresponden a salud, aunque se ubican en su presupuesto, pero que en realidad vienen a financiar el sector agua.

Seguro Familiar de Salud – Régimen Subsidiado

Dentro de los esquemas gubernamentales incluimos el régimen subsidiado de la seguridad social. La información sobre los fondos movilizados fue obtenida directamente del Seguro Nacional de Salud (SENASA), que nos entregó extensas bases de datos con la siguiente información:

- Autorizaciones Subsidiado 2014
- Cobertura Servicios Contributivos 2012-2014
- Cobertura Servicios Subsidiados 2012-2014
- Diagnósticos por tipo de servicios 2012-2014
- Pagos realizados a las prestadoras de salud por régimen y tipo 2012-2014
- Servicios autorizados por grupos y subgrupos del PDSS 2012-2014



Los pagos que realiza el SENASA a los proveedores se presentan por grupo y sub-grupo del PDSS, así como por régimen, pero no por tipo de proveedor. Las autorizaciones de servicios, por su parte, son extensas y completas bases de datos que contienen información por proveedor y por tipo de servicio, lo que permite clasificar esto de acuerdo con las necesidades de las cuentas de salud. Realizamos un análisis de las mismas, para clasificarlas según los tipos de proveedores de las cuentas de salud, aplicando los siguientes criterios:

- Se clasificaron como hospitales aquellos establecimientos a los que se les autorizó realizar intervenciones tales como: hospitalización, cirugías y partos, los cuales en su gran mayoría requieren del internamiento de pacientes.
- Dentro de los hospitales, se clasificaron como especializados aquellos que prestan servicios de alta complejidad.
- Dentro de los proveedores que ofrecen servicios de alta complejidad, algunos no son hospitales, como ciertos centros que ofrecen hemodiálisis, radioterapia y otros. Los segregamos de los hospitales siempre que no proveyeran servicios de hospitalización.
- Los proveedores ambulatorios los identificamos por el tipo de servicio que ofrecen. Si solamente ofrecían consultas, los clasificamos como consultorios médicos u odontológicos. Los laboratorios, los proveedores de imágenes y las farmacias eran claras cuando ofrecían exclusivamente ese servicio, pero algunos centros ofrecen más de uno. Estos los clasificamos como centros ambulatorios.

La base de datos del SENASA permite distinguir entre proveedores públicos y privados. Si bien es cierto que esta clasificación tiene sus limitaciones, constituye un gran paso ante la falta de información que impera en el país sobre el gasto en salud por proveedor. Entendemos que el esfuerzo realizado

es perfectible, si se puede partir de listas de proveedores previamente clasificados.

Una vez clasificados los proveedores y definidos los servicios autorizados a estos, construimos una serie de coeficientes que aplicamos a los pagos reales. Es decir, distribuimos los pagos por grupo y subgrupo del PDSS (dato contable) según las proporciones del gasto autorizado por proveedor. Este ejercicio fue realizado para el régimen subsidiado y también para el régimen contributivo.

En la metodología de cuentas de salud lo que se contabiliza es el gasto realmente ejecutado. No obstante, existe una notable diferencia entre los montos ejecutados y los fondos que se incluyen en el presupuesto del MSP. Es necesario clarificar estas cifras con las distintas entidades involucradas.

Seguro Familiar de Salud – Régimen Contributivo

La información que produce la SISALRIL – para fines de calcular los grandes agregados – es muy completa y actualizada. Por lo tanto, puede decirse que los datos del gasto en salud del régimen contributivo de la seguridad social se obtuvieron directamente de la fuente responsable para ello, inclusive hasta el año 2014.

La SISALRIL nos proporcionó los datos de pagos de las ARS por tipo de gasto, clasificado por grupo y sub-grupo del PDSS. No produce estos mismos datos por tipo de proveedor según las clasificaciones de las cuentas de salud. En consecuencia, para hacer la distribución por proveedor y por función en el régimen contributivo, aplicamos a los datos suministrados los coeficientes obtenidos del ejercicio realizado con el SENASA en este mismo régimen.

Se recomienda realizar un análisis como el efectuado para el SENASA con la información para una muestra de ARS. Por ejemplo, si este tipo de análisis se realizara para Humano, Universal y Palic, se tendría una elevadísima representatividad de todo el sistema de salud.

Se recomienda también realizar una clasificación de los proveedores por parte de la SISALRIL, asignarles a estos los códigos correspondientes a las cuentas de salud y solicitar a las ARS que entreguen sus datos en este formato. También los grupos y sub-grupos del PDSS podrían ser agrupados de esta manera para tener más claras las funciones dentro del sistema de salud, lo cual contribuiría a mejorar los análisis de costos.

Seguros voluntarios privados

La información sobre el gasto en salud de las ARS en planes complementarios no se dispone con el nivel de desagregación requerido en las estadísticas de la SISALRIL. Hace unos años la SISALRIL publicaba esta información para cada ARS, pero ahora es necesario estimarla o construirla.

Para fines de este trabajo, los montos totales del 2010 al 2014 se obtuvieron de un análisis especial realizado por la SISALRIL. Y de los años previos, a partir de estimaciones realizadas por la OMS.²²

No existe información detallada sobre la distribución de los pagos de las ARS a los prestadores de salud por tipo de gasto. Los montos totales se obtuvieron de un cuadro suministrado por la ADARS que muestra los pagos realizados a clínicas, médicos y centros de diagnóstico, tanto para el PDSS como para los planes complementarios. En consecuencia, para sub-clasificar

²² WHO, Global Expenditure Database

estos proveedores y para distribuir el gasto de los planes complementarios por tipo de servicio, se utilizaron los mismos criterios que para el plan obligatorio, es decir, los coeficientes que resultaron del análisis de la base de datos del SENASA para el régimen contributivo.

Es evidente que esto no es lo más adecuado, porque se entiende que los planes complementarios abarcan servicios no incluidos en el plan obligatorio. Por lo tanto, se recomienda que las ARS presenten su información de la forma recomendada en las cuentas de salud. Esto contribuiría a transparentar las diferencias entre ambos planes y la conveniencia o no para los usuarios de contratarlos.

En relación con los otros seguros privados, se realizó una estimación de los totales según datos de la Superintendencia de Seguros. Se recomienda un estudio más detenido de estos planes, como un estudio específico. Algunos de ellos cubren tratamientos en el exterior, lo cual puede resultar interesante para estudios relativos al comercio exterior de servicios de salud.

Hogares

PLENITUD ha realizado todas las estimaciones que se han hecho en el país sobre el gasto de bolsillo de los hogares, el gasto catastrófico y empobrecedor en salud, la carga financiera en salud y la protección financiera de los hogares. Los resultados del análisis preliminar de la ENDESA 2013 –que muestran una reducción considerable de la tasa de crecimiento del gasto de bolsillo– sustentan la necesidad de hacer un análisis más detallado del módulo de gasto en salud de la ENDESA 2013, que estudie los patrones de dicho gasto, características de la población, coberturas, así como patrones de utilización y que procure medir la carga financiera del gasto en salud en los hogares dominicanos.

La ENDESA tiene la virtud de realizarse de manera rutinaria cada cinco años y de incluir un módulo comparable de gasto en salud. Otra encuesta fundamental –más confiable para análisis de distribución de ingresos y cálculo de indicadores, tales como los relativos al gasto catastrófico y empobrecedor, así como la carga financiera del gasto en salud para los hogares dominicanos– es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), pero la última realizada corresponde al año 2006-2007, antes de iniciado el régimen contributivo y de apenas iniciando el régimen subsidiado.

Estos estudios han sido realizados a partir de encuestas en hogares, dado que es la única fuente disponible en la actualidad. Pero según la literatura internacional, esta no debería ser la única fuente para estudiar el gasto de hogares. Lo ideal sería poder triangular estos datos con los registros administrativos de los proveedores y con informaciones de la seguridad social. En consecuencia, se recomienda que se realice un estudio de financiamiento a una muestra de proveedores públicos y privados, según niveles de atención, que incluya una estimación del peso que tienen los co-pagos y los pagos directos en estas entidades.

Otros esquemas de financiamiento

El trabajo realizado se centra en estimar el gasto en los principales esquemas de financiamiento, que son el gobierno central, el seguro familiar de salud y los hogares. A fin de precisar los datos y hacerlos más completos, es bueno que las entidades nacionales productoras de estadísticas completen las informaciones que luego procesa la Unidad de Cuentas de Salud del MSP. Algunos de los datos que es recomendable precisar o realizar estudios específicos, son los siguientes:

- Precisar mejor el gasto y el financiamiento relativos a los esquemas de pensionados y jubilados, fondo de accidentes de tránsito, esquemas

de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. De algunos de estos se obtuvieron montos totales, pero requieren mejor sustentación sobre su base legal y sobre el uso de los recursos por proveedor y por función.

- Los accidentes de trabajo no fueron incluidos en esta estimación. Existe información accesible sobre los fondos que maneja el seguro de accidentes de trabajo, pero no sobre su aplicación.
- El IDSS recibe fondos del MSP, pero no queda claro qué es lo que cubren tales recursos. De hecho, salvo lo que concierne a su participación en el régimen contributivo con la ARS Salud Segura, los gastos y financiamientos correspondientes al IDSS no fueron incluidos en la presente estimación.
- Existen esquemas específicos para ciertos grupos poblacionales, fondos diversos para cubrir enfermedades catastróficas, pero se requieren también estudios específicos. Por ejemplo, se tiene conocimiento de que PROMESE posee un programa de medicamentos para pacientes con enfermedades catastróficas y también el Despacho de la Primera Dama. Esto necesita de investigación adicional.
- En la estimación del gasto en salud incluimos un monto de unos dos mil millones por concepto de gastos de las organizaciones sin fines de lucro, lo cual se basó en estimaciones previas sin mucho fundamento. Es preciso señalar que no existen estudios sobre este sector, como un esquema de financiamiento, es decir, que muestre su capacidad de movilizar recursos de varias fuentes (no de salud) para aplicarlos a salud. Este estudio contribuiría también a mejorar la información sobre los fondos internacionales que manejan las instituciones privadas.
- Tampoco existe ninguna información sobre los esquemas de financiamiento de empresas, diferentes de los seguros médicos. Esto se refiere a los programas que organizan las empresas grandes para sus propios empleados, además de la cobertura obligatoria del seguro familiar de salud (y además o en vez de los planes complementarios). Esto requiere de un estudio especial.

- Finalmente, tampoco hay ninguna información de esquemas del resto del mundo, los cuales funcionan bajo las reglas de otros países. Posiblemente son muy limitados, pero es bueno tener en cuenta que puede haberlos.

Gasto de capital en salud

En este trabajo hicimos una estimación del gasto de capital centrándonos en la infraestructura, pues es la única disponible en las estadísticas de ejecución presupuestaria. No obstante, se recomienda estudiar mejor este tema para incluir equipamiento médico y no médico, softwares y sistemas de información, formación de capital humano, etc. Para ello, se podría partir de una muestra de proveedores públicos y privados, de diferentes niveles de atención. Esto contribuiría a mejorar la información sobre los recursos tecnológicos disponibles, tanto para racionalizar su uso, como también para sustentar las capacidades nacionales para una estrategia de turismo de salud.

Distribución del gasto en salud por enfermedad

Uno de los aspectos clave para la formulación de políticas públicas es la determinación de costos y gastos por enfermedad. Los gastos, como punto de partida y posiblemente como límites; y los costos, para saber cuáles serían las necesidades financieras para cubrir a toda la población y cuáles son las brechas de financiamiento. Esta es una parte importante de las cuentas de salud que todavía constituye una tarea pendiente. Para hacer esta distribución se necesitan datos sobre carga de enfermedad, sobre situación de salud, sobre utilización de servicios y sobre costos.

A pesar de que no existan en el país estudios de carga de enfermedad y a pesar de que el sistema de procesamiento de los datos por parte de las ARS y

de la SISALRIL dificulte en este momento un análisis de costo por enfermedad, los datos que hemos usado en este informe sobre SENASA muestran que sí es posible llegar a aproximaciones sobre las necesidades de salud de la población dominicana si se aprovechan mejor las estadísticas existentes sobre utilización de servicios en el Seguro Familiar de Salud.

Un estudio bastante confiable de gasto por enfermedad sería posible hacerlo si se dispusiera de las bases de datos más detalladas de las ARS más grandes, pues tienen más información de la que suministran a la SISALRIL, que fue la que se utilizó para fines de este trabajo. Esto sería muy importante para la toma de decisiones por parte de las autoridades, y para las ARS serviría como un elemento importante en su análisis de riesgo.

Otros temas

La implementación completa del SHA 2011 requiere de otros análisis que pueden mejorar el uso de los datos para fines de política. Entre ellos puede mencionarse el gasto por tipo de recurso (en la actualidad las estadísticas solo permitían hacerlo para el gobierno central) y la distribución por ciertas características de la población, por ejemplo, por sexo y por edad, así como por lugar de residencia. Esto último permitiría realizar análisis de tipo sub-nacional, por región o por provincia.

Clasificaciones SHA 2011

En la siguiente sección se muestran las clasificaciones completas del SHA 2011.

CLASIFICACIONES SHA 2011



ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO:

HF.1 Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios

- HF 1.1 Esquemas gubernamentales
 - HF 1.1.1 Esquemas del gobierno central
 - HF 1.1.2 Esquemas del gobierno regional y local
- HF 1.1.nec Otros esquemas de gobierno (n.e.p)
- HF 1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos
 - HF 1.2.1 Esquemas de seguros sociales de salud
 - HF 1.2.2 Esquemas de seguros privados obligatorios
- HF 1.2.nec Otros esquemas de salud contributivos y obligatorios
- HF 1.3 Cuentas de ahorros médicas obligatorias
- HF 1.nec Otros esquemas de gobierno y esquemas contributivos obligatorios (n.e.p)

HF.2 Esquemas de pagos voluntarios de servicios de salud

- HF 2.1 Esquemas de seguros voluntarios
 - HF 2.1.1 Esquemas de seguros primarios/sustitutivos
 - HF 2.1.1.1 Seguros de los empleadores (que no sean esquemas de empresas)
 - HF 2.1.1.2 Seguros voluntarios públicos
 - HF 2.1.1.3 Otros esquemas de cobertura primaria
 - HF 2.1.2 Esquemas de seguros voluntarios complementarios o suplementarios

- HF 2.1.2.1 Seguro voluntario basado en la comunidad
- HF 2.1.2.2 Otros seguros voluntarios complementarios/suplementarios
- HF 2.1.2.nec Otros esquemas de seguro de salud voluntarios (n.e.p)
- HF 2.2 Esquemas de ISFLSH (incluyendo agencias de desarrollo)
 - HF 2.2.1 Esquemas de financiamiento ISFLSH (excluyendo HF 2.2.2)
 - HF 2.2.2 Esquemas de agencias de desarrollo extranjeras residentes
- HF 2.2.nec Otros esquemas de ISFLSH (n.e.p)
- HF 2.3 Esquemas de financiamiento de empresas
 - HF 2.3.1 Esquemas de financiamiento de empresas (excepto los proveedores de servicios de salud)
 - HF 2.3.2 Esquemas de financiamiento de los proveedores de servicios de salud
- HF 2.3.nec Otros esquemas de empresas (n.e.p)
- HF 2.nec Otros esquemas de pago voluntario de la atención de la salud (n.e.p)
- HF.3 Gasto directo de los hogares**
 - HF 3.1 Gastos directos excluidos los pagos compartidos
 - HF 3.2 Costos compartidos con terceros
 - HF 3.2.1 Gastos directos con costos compartidos con los esquemas gubernamentales y esquemas de seguros obligatorios contributivos
 - HF 3.2.2 Gastos directos con costos compartidos con esquemas de seguros voluntarios
 - HF 3.2.nec Otros pagos compartidos con terceros pagadores (n.e.p)

HF.4 Esquemas de financiamiento del resto del mundo

HF 4.1 Esquemas obligatorios (no residentes)

HF 4.1.1 Esquemas de seguros obligatorios (no residentes)

HF 4.1.2 Otros esquemas obligatorios (no residentes)

HF 4.2 Esquemas voluntarios (no residentes)

HF 4.2.1 Esquemas de seguros voluntarios (no residentes)

HF 4.2.2 Otros esquemas (no residentes)

HF 4.nec Otros esquemas del resto del mundo (n.e.p)

HF.nec Otros esquemas de financiamiento (n.e.p)

INGRESOS DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO



FS.1 Transferencias de los ingresos públicos internos (para salud)

FS 1.1 Transferencias y donaciones internas

FS 1.2 Transferencias del gobierno en nombre de grupos específicos

FS 1.3 Subsidios

FS 1.4 Otras transferencias de los ingresos públicos internos

FS.2 Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno

FS.3 Cotizaciones a la seguridad social

FS 3.1 Cotizaciones de los trabajadores a la seguridad social

FS 3.2 Cotizaciones de los empleadores a la seguridad social

FS 3.3 Cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores autónomos

FS 3.4 Otras cotizaciones a la seguridad social

FS.4 Pre-pago obligatorio (excluidos los de FS.3)

FS 4.1 Pre-pago obligatorio de personas y hogares

FS 4.2 Pre-pago obligatorio de empleadores

FS 4.3 Otros pre-pago obligatorios

FS.5 Pre-pago voluntarios

FS 5.1 Pre-pago voluntario de personas y hogares

FS 5.2 Pre-pago voluntario de empleadores

FS 5.3 Otros pre-pago voluntarios

FS.6 Otros ingresos del país n.e.p

FS 6.1 Other revenues from households n.e.c

FS 6.2 Otros ingresos de empresas n.e.p

FS 6.3 Otros ingresos del ISFLSH n.e.p (instituciones sin fines de lucro)

FS 6.nec Otros ingresos directos domésticos

FS.7 Transferencias externas directas

FS 7.1 Transferencias financieras externas directas

FS 7.1.1 Transferencias financieras directas bilaterales

FS 7.1.2 Transferencias financieras directas multilaterales

FS 7.1.3 Otras transferencias financieras externas directas

FS 7.2 Ayuda externa directa en especie

FS 7.2.1 Ayuda directa bilateral en bienes

FS 7.2.1.1 Ayuda directa bilateral en bienes

FS 7.2.1.2 Ayuda directa multilateral en bienes

FS 7.2.1.3 Otra ayuda directa extranjera en bienes

FS 7.2.2 Ayuda directa externa en especie: servicios (incluyendo AT)

FS 7.2.nec Otra ayuda directa extranjera en especie (n.e.p)

FS 7.3 Otras transferencias externas directas (n.e.p)

FS.nec Otros ingresos (n.e.p)

AGENTES DE FINANCIAMIENTO:



FA.1 Gobierno general

FA 1.1 Gobierno general

FA 1.1.1 Ministerio de Salud

FA 1.1.2 Otros ministerios y unidades públicas (pertenecientes al gobierno central)

FA 1.1.3 Agencia del servicio nacional de salud

FA 1.1.4 Agencia del seguro nacional de salud

FA 1.1.nec Otra entidad del gobierno central (n.e.p)

FA 1.2 Gobierno provincial/regional/local

FA 1.3 Agencia de la seguridad social

FA 1.3.1 Agencia del seguro social de salud

FA 1.3.2 Otras agencias de la seguridad social

FA 1.9 Todas las demás unidades del gobierno general

FA.2 Empresas de seguros

FA 2.1 Compañías de seguros comerciales

FA 2.2 Organizaciones de seguros mutuos y sin fines de lucro

FA 2.nec Otras empresas de seguros (n.e.p)

FA.3 Empresas (que no sean de seguros)

FA 3.1 Compañías de gestión y provisión de servicios de salud

FA 3.2 Empresas (otras que no sean proveedores de servicios de salud)

FA 3.nec Otras empresas (n.e.p)

FA.4 Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH)

FA.5 Hogares

FA.6 Resto del mundo

FA 6.1 Organizaciones internacionales

FA 6.2 Gobiernos extranjeros

FA 6.3 Otras entidades extranjeras

FA.nec Otros agentes de financiamiento (n.e.p)

PROVEEDORES DE SALUD:



HP.1 Hospitales

HP 1.1 Hospitales generales

HP 1.2 Hospitales de salud mental

HP 1.3 Hospitales especializados (que no sean de salud mental)

HP 1.nec Otros hospitales (n.e.p)

HP.2 Establecimientos de atención residencial de larga duración

HP 2.1 Atención residencial de larga duración

HP 2.2 Hospitales de salud mental y adicciones

HP 2.9 Otros establecimientos residenciales de salud de larga duración

HP.3 Proveedores de atención ambulatoria

HP 3.1 Consultorios médicos

HP 3.1.1 Consultorios de médicos generales

HP 3.1.2 Consultorios de médicos especialistas en salud mental

HP 3.1.3 Consultorios de especialistas (que no sean especialistas en salud mental)

HP 3.1.nec Otras prácticas médicas (n.e.p)

HP 3.2 Consultorios odontológicos

HP 3.3 Otros profesionales de salud

HP 3.4 Centros de salud ambulatoria

HP 3.4.1 Centros de planificación familiar

HP 3.4.2 Centros de salud mental ambulatoria y adicciones

HP 3.4.3 Centros independientes de cirugía ambulatoria

HP 3.4.4 Centros de diálisis

HP 3.4.5 Centros de salud ambulatoria no especializados

HP 3.4.9 Todos los demás centros ambulatorios

HP 3.5 Proveedores de atención domiciliaria

HP 3.nec Otros centros de salud ambulatoria (n.e.p)

HP.4 Proveedores de servicios auxiliares

HP 4.1 Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia

HP 4.2 Laboratorios médicos y de diagnóstico

HP 4.3 Imágenes

HP.5 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos no perecederos

HP 5.1 Farmacias

HP 5.2 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos no perecederos

HP 5.9 Los demás proveedores misceláneos y otros proveedores de productos farmacéuticos y médicos

HP.6 Proveedores de atención preventiva

HP.7 Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud

HP 7.1 Agencias gubernamentales de administración del sistema de salud

HP 7.2 Agencias de administración de seguros sociales

HP 7.3 Organismos privados de administración de seguros de salud

HP 7.9 Otros organismos de administración de la salud

HP.8 Resto de la economía

HP.9 Resto del mundo

HP.nec Otros proveedores de atención de la salud (n.e.p)

FUNCIONES DE SALUD:



HC.1 Atención Curativa

- HC 1.1 Atención curativa general con internamiento
 - HC 1.1.1 Atención curativa general con internamiento
 - HC 1.1 .2 Atención curativa especializada con internamiento
 - HC 1.1.3.nec Otra atención curativa con internamiento (n.e.p)
- HC 1.2 Atención curativa de día
 - HC 1.2.1 Atención curativa general de día
 - HC 1.2.2 Atención curativa especializada de día
 - HC 1.2.3.nec Otra atención curativa de día (n.e.p)
- HC 1.3 Atención curativa ambulatoria
 - HC 1.3.1 Atención curativa general ambulatoria
 - HC 1.3.2 Atención curativa ambulatoria odontológica
 - HC 1.3.3 Atención curativa especializada ambulatoria
 - HC 1.3.nec Otra atención curativa ambulatoria (n.e.p)
- HC 1.4 Atención curativa domiciliaria
- HC 1.nec Otra atención curativa (n.e.p)

HC.2 Atención de rehabilitación

- HC 2.1 Atención de rehabilitación con internamiento
- HC 2.2 Atención de rehabilitación de día
- HC 2.3 Atención de rehabilitación ambulatoria
- HC 2.4 Atención de rehabilitación domiciliaria
- HC 2.nec Otra atención rehabilitatoria (n.e.p)

HC.3 Servicios de atención de larga duración (salud)

- HC 3.1 Atención de larga duración (salud) con internamiento
- HC 3.2 Atención de larga duración (salud) de día
- HC 3.3 Atención ambulatoria de larga duración (salud)
- HC 3.4 Atención domiciliaria de larga duración (salud)
- HC 3.nec Otra Atención de larga estancia (n.e.p)

HC.4 Servicios auxiliares

- HC 4.1 Servicios de laboratorio
- HC 4.2 Servicios de imagenología diagnóstica
- HC 4.3 Transporte de pacientes
- HC 4.nec Otros servicios auxiliares (n.e.p)

HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)

- HC 5.1 Fármacos y otros bienes perecederos
 - HC 5.1.1 Medicamentos con receta
 - HC 5.1.2 Medicamentos de venta libre
 - HC 5.1.3 Otros bienes médicos perecederos
- HC 5.2 Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos
 - HC 5.2.1 Lentes y otros productos para la visión
 - HC 5.2.2 Audífonos
 - HC 5.2.3 Otros dispositivos y prótesis ortopédicas (excluye las lentes y los dispositivos auditivos)
 - HC 5.2.9 Todos los demás bienes médicos no perecederos incluidos los dispositivos técnicos
- HC.5.nec Otros bienes médicos (n.e.p)

HC.6 Atención preventiva

- HC 6.1 Programas de información, educación y consulta
- HC 6.2 Programas de inmunización
- HC 6.3 Programas de detección temprana de la enfermedad
- HC 6.4 Programas de monitoreo de condiciones sanas

HC 6.5 Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad

HC 6.5.1 Planeación y control

HC 6.5.2 Monitoreo y evaluación

HC 6.5.3 Suministro y gestión de la oferta

HC 6.5.nec Otra vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad (n.e.p)

HC.6.6 Programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia

HC.6.nec Otra atención preventiva

HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud

HC 7.1 Gobernanza y administración del sistema de salud

HC 7.1.1 Planeación y control

HC 7.1.2 Monitoreo y evaluación

HC 7.1.3 Suministro y gestión de la oferta

HC 7.1.nec Otra rectoría y administración del sistema de salud (n.e.p)

HC 7.2 Administración del financiamiento a la salud

HC 7.nec Otra rectoría, administración y financiamiento del sistema de salud (n.e.p)

HC.9 Otros servicios de salud no especificados

FORMACIÓN DE CAPITAL:



HK.1 Formación bruta de capital

HK 1.1 Formación bruta de capital fijo

HK 1.1.1 Infraestructura

HK 1.1.2 Maquinaria y equipo

HK 1.1.3 Productos de propiedad intelectual

HK 1.2 Cambios en inventarios

HK 1.3 Adquisiciones menos enajenaciones de objetos valiosos

HK 1.nec Otra formación bruta de capital (n.e.p)

HK.2 Activos no producidos no financieros

HK 2.1 Terrenos

HK 2.2 Otros activos no producidos no financieros

HKR.4 Investigación y desarrollo en salud

HKR.5 Educación y formación del personal de la salud

HK.nec Otra formación bruta de capital (n.e.p)

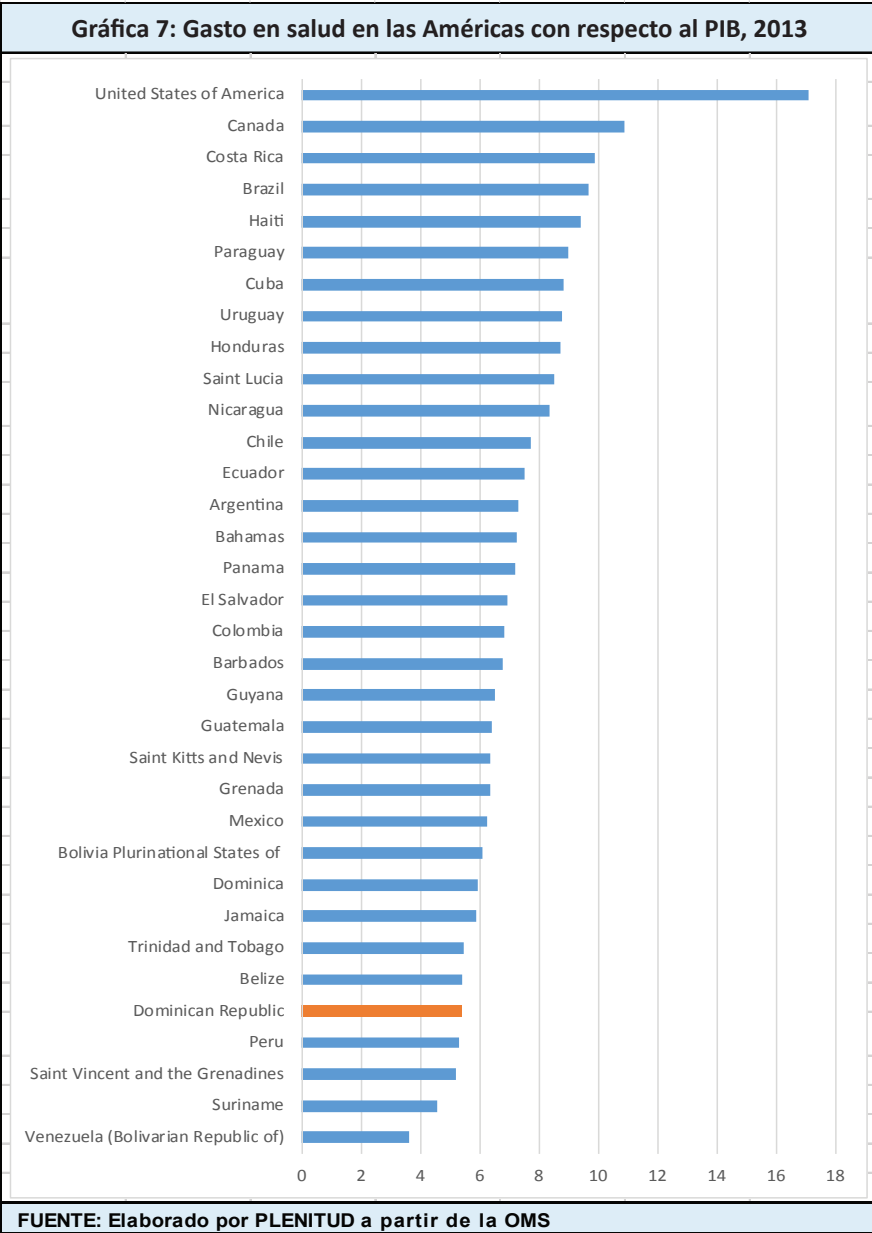
**MATRICES PRELIMINARES DE CUENTAS DE SALUD
REPÚBLICA DOMINICANA 2014**

Piloto de implementación SHA 2011



Moneda de informe: Dominican Peso (DOP)															
			Agentes de Financiamiento	FA.1						FA.2		FA.5	FA.nec	Todos FA	Share of HF
				FA.1.1			FA.1.3			FA.2.1					
					FA.1.1.1	FA.1.1.2		FA.1.3.1							
Esquemas de financiamiento de la salud			Dominican Peso (DOP), Millones	Gobierno general	Gobierno central	Ministerio de Salud	Otros ministerios y unidades públicas (pertenecientes al gobierno central)	Agencia de la seguridad social	Agencia del seguro social de salud	Empresas de seguros	Compañías de seguros comerciales	Hogares	Agentes de financiamiento no especificados (n.e.p.)		
HF.1			Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	73,692.29	39,230.06	37,932.03	1,298.03	34,462.23	34,462.23				215.98	73,908.27	65.62
	HF.1.1		Esquemas gubernamentales	42,812.95	39,230.06	37,932.03	1,298.03	3,582.90	3,582.90				215.98	43,028.93	38.20
		HF.1.1.1	Esquemas del gobierno central	42,632.45	39,230.06	37,932.03	1,298.03	3,402.39	3,402.39				215.98	42,848.43	38.04
		HF.1.1.nec	Esquemas gubernamentales no especificados (n.e.p.)	180.50				180.50	180.50					180.50	0.16
	HF.1.2		Esquemas de seguros obligatorios contributivos	30,879.34				30,879.34	30,879.34					30,879.34	27.42
		HF.1.2.1	Esquemas de seguros sociales de salud	30,879.34				30,879.34	30,879.34					30,879.34	27.42
HF.2			Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	10,819.61				10,819.61	10,819.61	2,129.00	2,129.00			12,948.61	11.50
	HF.2.1		Esquemas de seguros voluntarios	10,819.61				10,819.61	10,819.61	2,129.00	2,129.00			12,948.61	11.50
		HF.2.1.1	Esquemas de seguros primarios/sustitutivos							2,129.00	2,129.00			2,129.00	1.89
		HF.2.1.2	Esquemas de seguros voluntarios complementarios o suplementarios	10,819.61				10,819.61	10,819.61					10,819.61	9.61
HF.3			Gasto directo de los hogares									25,777.05		25,777.05	22.89
	HF.3.1		Gastos directos excluidos los pagos compartidos									21,172.64		21,172.64	18.80
	HF.3.2		Costos compartidos con terceros									4,604.41		4,604.41	4.09
		HF.3.2.1	Gastos directos con costos compartidos con los esquemas gubernamentales y esquemas de seguros obligatorios contributivos									837.45		837.45	0.74
		HF.3.2.2	Gastos directos con costos compartidos con esquemas de seguros voluntarios									1,246.87		1,246.87	1.11
		HF.3.2.nec	Pagos compartidos con terceros pagadores no especificados (n.e.p.)									2,520.09		2,520.09	2.24
Todos HF				84,511.90	39,230.06	37,932.03	1,298.03	45,281.85	45,281.85	2,129.00	2,129.00	25,777.05	215.98	112,633.92	100.00
Share of FA				75.03	34.83	33.68	1.15	40.20	40.20	1.89	1.89	22.89	0.19	100.00	
Memorandum items															
Financing agents managing the financing schemes				84,511.90	39,230.06	37,932.03	1,298.03	45,281.84	45,281.84	2,129.00	2,129.00	25,777.05		112,417.95	
		HF.RI.1.1	Government (FA.1 General government)	84,511.90	39,230.06	37,932.03	1,298.03	45,281.84	45,281.84					84,511.90	
		HF.RI.1.2	Corporations (FA.2 Insurance + FA.3 Corporations)							2,129.00	2,129.00			2,129.00	
		HF.RI.1.3	Households (FA.5 Households)									25,777.05		25,777.05	
Financing schemes and the related cost-sharing together				84,511.90	39,230.06	37,932.03	1,298.03	45,281.85	45,281.85	2,129.00	2,129.00	2,084.32	215.98	88,941.20	
		HF.RI.2	Governmental schemes and compulsory contributory health insurance schemes together with cost sharing (HF.1 + HF.3.2.1)	73,692.29	39,230.06	37,932.03	1,298.03	34,462.23	34,462.23			837.45	215.98	74,745.72	
		HF.RI.3	Voluntary health insurance schemes together with cost sharing (HF.2.1+HF.3.2.2)	10,819.61				10,819.61	10,819.61	2,129.00	2,129.00	1,246.87		14,195.48	

Moneda de informe: Dominican Peso (DOP)										
				Agentes de Financiamiento	FA.1				Todos FA	Share of HK
						FA.1.1				
							FA.1.1.1	FA.1.1.2		
Cuenta de capital				Dominican Peso (DOP), Millones	Gobierno general	Gobierno central	Ministerio de Salud	Otros ministerios y unidades públicas (pertenecientes al gobierno central)		
HK.1		HK.1		Formación bruta de capital	2,342.66	2,342.66	614.05	1,728.61	2,342.66	99.90
	HK.1.1			Formación bruta de capital fijo	2,342.66	2,342.66	614.05	1,728.61	2,342.66	99.90
		HK.1.1.1		Infraestructura	2,290.35	2,290.35	580.98	1,709.36	2,290.35	97.67
			HK.1.1.1.1	Residencial y no residencial	2,290.35	2,290.35	580.98	1,709.36	2,290.35	97.67
		HK.1.1.2		Maquinaria y equipo	52.32	52.32	33.07	19.25	52.32	2.23
			HK.1.1.2.1	Equipo médico	52.32	52.32	33.07	19.25	52.32	2.23
HK.nec				Formación bruta de capital no especificada (n.e.p.)	2.28	2.28	2.28		2.28	0.10
Todos HK					2,344.94	2,344.94	616.33	1,728.61	2,344.94	
Share of FA					100.00	100.00	26.28	73.72		



GLOSARIO



ADARS	Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud
ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
CS	Cuentas de Salud
DIGEPRES	Dirección General de Presupuestos
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
EUROSTAT	Oficina de Estadísticas de la Unión Europea
FA	Agentes de Financiamiento
FP	Factores de Provisión
FS	Fuentes de Financiamiento
HC	Funciones
HF	Esquemas de Financiamiento
HK	Formación de Capital
HP	Proveedores
IHAT	Grupo Técnico Interinstitucional de Cuentas de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OECD	Organización de Cooperación Económica y Desarrollo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONE	Oficina Nacional de Estadísticas
ONG	Organización no Gubernamental
PBS	Plan Básico de Salud
PDSS	Plan de Servicios de Salud

PIB	Producto Interno Bruto
REDACS	Red de las Américas de Cuentas de Salud
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SFS	Seguro Familiar de Salud
SHA	System of Health Accounts (Sistema de Cuentas de Salud)
SIGEF	Sistema Integrado de Gestión Financiera
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
UCNS	Unidad de Cuentas de Salud del Ministerio de Salud
USAID	U.S Agency for International Development
WHO	World Health Organization

Índice de gráficos

- Gráfica 1: La relación entre el marco analítico del sistema de salud y las cuentas de salud
- Gráfico 2: Estructura contable básica y ampliada del SHA 2011
- Gráfica 3: Historia natural de la enfermedad y los servicios de salud
- Gráfica 4: Porcentaje del valor gastado en prevención y promoción
- Gráfica 5: Porcentaje del valor gastado en cirugías
- Gráfica 6: Porcentaje del valor gastado en procedimientos de alta complejidad
- Gráfica 7: Gasto total en salud como % del PIB, 2014
- Gráfica 8: Gasto en salud como % del PIB en las Américas, 2013

Índice de cuadros

- Cuadro 1: Principales características de los esquemas de financiamiento a la salud en la República Dominicana
- Cuadro 2: Estimación del gasto corriente en salud por esquema de financiamiento, 2014
- Cuadro 3: Estimación de la cuenta de capital del gobierno central según el SHA 2011, año 2014
- Cuadro 4: Gasto corriente del MSP por programas, 2011-2014
- Cuadro 5: Gasto corriente del MSP por objeto, 2011-2014
- Cuadro 6: Distribución de los pagos por función en el régimen subsidiado de SENASA 2014
- Cuadro 7: Pagos realizados a las prestadoras de salud en el régimen subsidiado y por grupo PDSS; 2012-2014
- Cuadro 8: Estimación del gasto corriente en salud por proveedor- SFS y total, 2014
- Cuadro 9: Estimación del gasto corriente en salud por tipo de función y esquema de financiamiento, 2014
- Cuadro 10: Pagos de las ARS a las prestadoras dentro del régimen contributivo, por grupo del PDSS, 2014
- Cuadro 11: Estimación del gasto en salud de los hogares, 2014
- Cuadro 12: Peso del gasto en salud en la economía - principales esquemas (% del PIB)
- Cuadro 13: Estrategia Nacional de Desarrollo - Objetivo General: Salud y Seguridad Social Integral

