



Salud, visión de futuro: 20 años después

Magdalena Rathe
Pamela Suero

OBSERVATORIO DEL SISTEMA DE SALUD (OSRD)

El libro *Salud, visión de futuro: 20 años después* es un resultado del Observatorio del Sistema de Salud de la República Dominicana (OSRD), el cual tiene el propósito de generar evidencias para monitorear el desempeño del sistema de salud. Entre las métricas que esta iniciativa produce, se encuentran las relativas al gasto y financiamiento a la salud, la equidad y la protección financiera, la cobertura del seguro familiar de salud. Otras métricas que se propone desarrollar se relacionan con la eficiencia del sistema de salud, la cobertura efectiva y la calidad en la producción de los servicios.

El OSRD fue iniciado en el año 2009 a partir de una alianza estratégica entre la Fundación PLENITUD, el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD). En su fase inicial, recibió el apoyo financiero del Gobierno dominicano, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Instituto Carlos Slim de la Salud. El OSRD se afilió al Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe (OS-ALC) con sede en México y colaboró con la Iniciativa Harvard por la Equidad Global (HGEI), entre otras.

Las investigaciones publicadas hasta la fecha pueden encontrarse en la siguiente página:
http://www.fundacionplenitud.org/?option=com_content&view=article&id=290

El programa Observatorios de la Fundación PLENITUD se propone dar seguimiento, desde la sociedad civil, a las políticas públicas, mediante la recopilación, generación y diseminación de evidencias, aplicando métodos de alta calidad técnica, con la finalidad de sustentar la toma de decisiones orientadas al desarrollo. Esto contribuye a crear un puente entre la investigación y la acción, que constituye la misión de PLENITUD, entidad que quiere poner su reconocida capacidad técnica al servicio del avance de la sociedad dominicana.



ISBN 978-9945-472-75-2



9 789945 472752



Magdalena Rathe, directora y fundadora de la Fundación Plenitud, es una investigadora de larga trayectoria, experta internacional en economía de la salud y seguridad social, con especial interés en mejorar el desempeño de los sistemas de salud a través de la sustentación de políticas que promueven la equidad y protección financiera. Ha realizado contribuciones especiales al desarrollo metodológico, al análisis de

los resultados y la institucionalización de las cuentas nacionales de salud en la región de América Latina y el Caribe. Desde hace varios años, colabora en la producción de las estadísticas de gasto en salud para los países de América Latina y el Caribe que se publican anualmente en el World Health Statistics y en el World Development Indicators del Banco Mundial. Coordina el Observatorio del Sistema de Salud de la República Dominicana (OSRD), una iniciativa afiliada al Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe (ALC) (México) y de la Red de las Américas de Cuentas de Salud (REDACS). Ha publicado varios libros, incluyendo *El impacto distributivo de la gestión fiscal* (1992), *Reforma Social* (1994), *Salud y Equidad* (2000), *Medicamentos y propiedad intelectual* (2009), *El gasto nacional en salud en la República Dominicana, 2014* (2015). Ha sido consultora de diversos organismos internacionales y universidades, como de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard y la Universidad George Washington. En su carrera ha ocupado importantes posiciones en el gobierno dominicano, incluyendo la Junta Monetaria de la República Dominicana.



Pamela Suero es una economista dominicana con 12 años de experiencia dedicados a proyectos de desarrollo, con apoyo de la cooperación técnica y financiera internacional, incluyendo el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y la Agencia Francesa de Desarrollo.

Actualmente, se desempeña como Encargada de Planificación del Plan Sierra, donde es responsable del monitoreo y evaluación (M&E) de 15 programas destinados a la preservación de los recursos agua, bosque, suelo y biodiversidad, y la mejora de la calidad de vida, en la vertiente norte de la Cordillera Central, donde se produce el 80% de las aguas de la Cuenca del Yaque del Norte. Ha trabajado en más de 20 proyectos, relacionados a diversas áreas (desarrollo humano, desarrollo rural, gestión ambiental, cambio climático, agricultura sostenible, políticas sociales, y transparencia en las finanzas públicas, entre otras). Ha desempeñado funciones de coordinación y supervisión a lo largo de todo el ciclo de políticas y proyectos (planificación y diseño, ejecución, y M&E). Además ha desarrollado trabajos como consultora independiente para varias organizaciones nacionales e internacionales.

En el año 1996 se publicó el libro *Salud, visión de futuro*, cuyo propósito era “fomentar la reflexión y discusión a nivel nacional, para contribuir a que logremos una visión compartida de los principios, valores y estrategias en que queremos fundamentar el nuevo sistema de salud”. Su contenido sirvió de base para la elaboración de un Plan Nacional de Reforma Sectorial, que fue sometido a discusión y consenso por todos los actores en el período que siguió hasta el año 2001, cuando una nueva versión fue aprobada por el Congreso Nacional y se tradujo en el marco legal que vino a sustentar la reforma del sistema de salud en la República Dominicana.

Veinte años han transcurrido desde entonces. La implementación de la reforma de salud ha sido extraordinariamente exitosa en afiliar al 70% de la población dominicana dentro de un sistema con recaudo centralizado y financiamiento de carácter obligatorio, proponiendo un paquete de servicios igual para todo el mundo, con la finalidad de alcanzar la cobertura universal con equidad y sin riesgo financiero excesivo. No obstante, quedan todavía muchas metas por alcanzar. Una parte importante de la población todavía está fuera del sistema reformado. Existen graves problemas de eficiencia y calidad de los servicios. La protección financiera es limitada y no hay claridad en los derechos que tiene la población aún estando asegurada. El financiamiento público es insuficiente. Aún se necesitan ingentes esfuerzos para alcanzar la cobertura universal con equidad.

El momento es clave para buscar una nueva visión compartida del sistema dominicano de salud. Hoy existen las condiciones para culminar dicho proceso y lograr que las aspiraciones de equidad, universalidad y solidaridad que la motivaron, se materialicen y que una atención de salud con calidad para todos sea, finalmente, posible en la República Dominicana.

Salud, visión de futuro:
20 años después

Magdalena Rathe
Pamela Suero

Salud, visión de futuro:
20 años después

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SANTO DOMINGO
Santo Domingo, D.N.

Rathe, Magdalena

Salud, visión de futuro: 20 años después / Magdalena Rathe, Pamela Suero.
— Santo Domingo : Instituto Tecnológico de Santo Domingo, 2017.
363 p. : il.

I. Salud pública – República Dominicana I. Suero, Pamela II. Título

362.1

R234s

CEP/INTEC

© 2017 INTEC

ISBN: 978-9945-472-75-2

Cuidado de edición:

Fari Rosario

Corrección de estilo:

Jade Díaz Pimentel

Diseño de cubierta y diagramación:

Jesús de la Cruz

Impreso por Editora Búho, S.R.L.

Copyright © Fundación Plenitud, INTEC. Las mencionadas instituciones autorizan la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y/o sin fines de lucro. Las opiniones expresadas en el mismo corresponden a los autores y no reflejan las opiniones de las organizaciones arriba citadas ni de otras instituciones donantes o que contribuyeron con el trabajo.

Este trabajo está bajo licencia Creative Commons Reconocimiento no comercial sin obras derivadas 3.0. Para ver una copia de esta licencia visitar: <http://creativecommons.org/byncnd/3.0/es/> o envíe una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

Impreso en República Dominicana

Contenido

Índice de gráficos y tablas	5
Prólogo	13
Reconocimientos	17
Resumen	19
Logros y retos de la reforma dominicana de salud	21
Recomendaciones para mejorar el desempeño del sistema de salud	33
Palabras finales	42
Introducción	45
Capítulo 1: MARCO DE REFERENCIA	55
El enfoque de los sistemas de salud	57
Alcanzar la cobertura universal	62
Aspectos metodológicos	67
El sistema dominicano de salud	67
El análisis comparativo	68
Los estudios de caso	72
Capítulo 2: ¿POR QUÉ REFORMAR EL SISTEMA DE SALUD?	75
Ineficacia	77
Inequidad	80
Insatisfacción de la gente	83

Insatisfacción del personal de salud	85
Ineficiencia	89
Inevitable aumento de los costos	92

Capítulo 3: LA REFORMA DOMINICANA DE SALUD93

Organización institucional con la reforma	96
Función de rectoría	98
Función de financiamiento	101
Función de provisión	117
Avances en la cobertura poblacional de la reforma . .	120

Capítulo 4: RESULTADOS, ACCESO Y COBERTURA.125

Perfil epidemiológico	127
Resultados en salud	131
Esperanza de vida	132
Mortalidad infantil y neonatal	135
Mortalidad materna	139
Fecundidad adolescente	141
Acceso y cobertura a los servicios de salud	145
Cobertura de atención pre-natal	146
Cobertura de partos atendidos por personal calificado	150
Cobertura de anticonceptivos	154
Cobertura de inmunizaciones	157
Recursos del sistema de salud	160
Indicadores sobre la calidad del sistema de salud . .	166

Capítulo 5: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.175

Nivel de ingresos y su distribución	177
---	-----



Nivel de pobreza	182
Logros educativos	186
Cobertura de servicios de agua y saneamiento	189
Alimentación y Nutrición	192
Nivel de Desarrollo Humano	197

**Capítulo 6: GASTO Y FINANCIAMIENTO
A LA SALUD** **207**

Cómo se mide el gasto en salud	211
Los esquemas de financiamiento	214
Gasto en salud en la República Dominicana	224
Gasto en salud en el contexto regional	229

**Capítulo 7: EQUIDAD Y PROTECCIÓN
FINANCIERA EN SALUD** **241**

Gasto de hogares en salud con relación al gasto total	246
Utilización de servicios y tipo de gasto	247
Carga financiera del gasto de hogares	256
Gasto catastrófico y empobrecedor en salud	258
Hogares beneficiarios de subsidios sociales	261
Protección financiera y cobertura universal	271
El eje de la protección financiera: el plan básico de salud	273

**Capítulo 8: LECCIONES APRENDIDAS DE
SISTEMAS DE SALUD EXITOSOS** **277**

El caso de Cuba	278
El caso de Chile	282
El caso de Costa Rica	289
El caso de Uruguay	292
Buena salud a bajo costo	297

Conclusión	311
------------------	-----

Capítulo 9: HACIA UNA NUEVA VISIÓN DE FUTURO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD313

Profundizar la reforma existente	318
Aumentar el financiamiento obligatorio	319
Reducir el gasto de bolsillo	325
Reducir la fragmentación	327
Garantizar coberturas explícitas	330
Aumentar la eficiencia	333
Mejorar la calidad	339
Fortalecer la rectoría	343
Resiliencia y visión ecosistémica	345
Referencias bibliográficas	349
<i>Salud: Visión de Futuro – Elementos para un acuerdo nacional.</i>	361

ATENCIÓN
PRIMARIA



Índice de gráficos y tablas

TABLAS

Tabla 1. Indicadores seleccionados de gasto y financiamiento del sistema dominicano de salud en el contexto latinoamericano, Circa 2015	26
Tabla 2. Indicadores seleccionados de logro del sistema dominicano de salud en el contexto latinoamericano, Circa 2015	27
Tabla 3. Indicadores seleccionados de acceso, cobertura y recursos del sistema dominicano de salud en el contexto latinoamericano, Circa 2015	28
Tabla 4. Indicadores sobre factores fuera del sistema dominicano de salud en el contexto latinoamericano, Circa 2014	30
Tabla 5.1. Principales características de los esquemas de financiamiento a la salud en la República Dominicana	217

Tabla 5.2. Estimación del gasto total en salud según esquemas de financiamiento, 2008-2015 (RD\$ corrientes)	226
--	-----

Tabla 6. Factores políticos y sociales que han contribuido a lograr una buena salud en Costa Rica	290
---	-----

GRÁFICOS

Gráfico 1. Población cubierta y sin cobertura, 2015 .	24
---	----

Gráfico 2.1. Relación entre la esperanza de vida y crecimiento per cápita promedio de países latinoamericanos 1970-2014	77
---	----

Gráfico 2.2. Afiliación del SPS a la Población Nacional	82
---	----

Gráfico 3.1. Población cubierta y sin cobertura, 2015	121
---	-----

Gráfico 4.1. Grupos de países según su caracterización epidemiológica causa de mortalidad	129
---	-----

Gráfico 4.2. Esperanza de vida al nacer (años) en 19 países de América Latina y El Caribe (año 2014) . .	133
--	-----

Gráfico 4.3. Tasa de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos, en 19 países de América Latina y El Caribe (año 2015)	136
--	-----

Gráfico 4.4. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1,000 nacidos vivos (año 2015)	138
Gráfico 4.5. Tasa de mortalidad materna, por cada 100 mil nacidos vivos, en 19 países América Latina y El Caribe (año 2015)	140
Gráfico 4.6. Tasa de fecundidad en adolescentes (nacimientos por 1,000 mujeres de 15 y 19 años) (año 2013)	142
Gráfico 4.7. Relación entre la fecundidad adolescente y años promedio de escolaridad de las mujeres. . . .	144
Gráfico 4.8. Relación entre la fecundidad adolescente y la mortalidad neonatal (año 2013)	144
Gráfico 4.9. Porcentaje de cobertura de la atención prenatal, al menos 4 visitas (año 2013)	148
Gráfico 4.10. Relación entre la tasa de mortalidad infantil vs. cobertura de atención prenatal (Circa 2012-2013)	149
Gráfico 4.11. Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificada (Circa 2012)	151
Gráfico 4.12. Relación tasa de mortalidad infantil vs. partos atendidos por personal de salud calificado.	152
Gráfico 4.13. Relación tasa de mortalidad materna vs. partos atendidos por personal médico (circa 2013)	153

Gráfico 4.14. Porcentaje de mujeres de edad entre 15-49 que usan anticonceptivos (Circa 2013)	155
Gráfico 4.15. Población de infantes inmunizados con la vacuna DPT3 (%) Año 2013	158
Gráfico 4.16. Médicos por cada 1,000 habitantes (Circa 2012)	161
Gráfico 4.17. Enfermeras por cada 1,000 habitantes (Circa 2013)	163
Gráfico 4.18. Camas hospitalarias y personas médico por cada 1,000 habitantes (Circa 2012)	164
Gráfico 5.1. Relación entre la esperanza de vida y el PIB per cápita, año 2013	178
Gráfico 5.2. PIB per cápita 2013 PPA (constante 2011 US\$)	179
Gráfico 5.3. Desigualdad en la distribución de los ingresos, según el coeficiente de Gini (Circa 2013)	181
Gráfico 5.4. Participación del ingreso total de los hogares por quintiles extremos (Circa 2013)	182
Gráfico 5.5. Relación entre la mortalidad infantil y el nivel de pobreza (Circa 2013)	184
Gráfico 5.6. Porcentaje de población por estratos sociales según metodología BM-PNUD	185

Gráfico 5.7. Relación entre la tasa de mortalidad infantil y la tasa de alfabetización de mujeres mayores de 15 años (Circa 2013)	187
Gráfico 5.8. Relación entre la tasa de mortalidad infantil y la población con acceso a fuentes de agua mejorada (año 2013)	190
Gráfico 5.9. Relación entre la tasa de mortalidad infantil y la población con acceso a servicios de saneamiento mejorado (año 2013)	190
Gráfico 5.10. Relación entre Tasa de Mortalidad y Prevalencia de la Anemia en Niños menores de 5 años (Circa 2011)	193
Gráfico 5.11. Prevalencia de anemia en niños menores de 5 años de edad (Circa 2011)	194
Gráfico 5.12. Prevalencia de Anemia en Mujeres en Edad Reproductiva (15-49 Años de edad), 2011 . . .	196
Gráfico 5.13. Diferencia de posiciones entre clasificación de países según su ingreso y clasificación según su IDH, 2014.	201
Gráfico 5.14. Tasa promedio de crecimiento anual del PIB entre el 1966 y el 2014 (%).	202
Gráfico 5.15. Índice de Desigualdad de Género en los 19 países de estudio (año 2013)	204
Gráfico 6.1. Relación Tasa de Mortalidad Infantil vs. Gasto en Salud Per Cápita	210



Gráfico 6.2. La relación entre el marco analítico del sistema de salud y las cuentas de salud	214
Gráfico 6.3. Evolución de los esquemas públicos de financiamiento a la salud, 2008-2014 (a precios constantes de 2010)	227
Gráfico 6.4. Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud, 2014.	230
Gráfico 6.5. Gasto de bolsillo (OOPS) como % del gasto total en salud, 2014.	232
Gráfico 6.6. Gasto en salud como % del PIB, 2014	234
Gráfico 6.7. Gasto total per cápita en salud (PPP int. \$), 2014.	238
Gráfico 7.1. Proporción del gasto en salud financiado con recursos públicos, 2014 (%)	243
Gráfico 7.2. Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud (promedio 2008-2013).	245
Gráfico 7.3. Distribución de la población internada en un establecimiento público en los últimos 6 meses (%), por grupo de ingreso.	250
Gráfico 7.4. Distribución de la población internada en un establecimiento privado en los últimos 6 meses (%), por grupo de ingreso.	250
Gráfico 7.5. Cobertura de aseguramiento por grupos de ingreso (%)	252

Gráfico 7.6. Distribución del gasto de hogares por tipo de gasto (%)	254
Gráfico 7.7. Distribución por tipo de servicio sobre total gasto ambulatorio (%)	255
Gráfico 7.8. Carga financiera del gasto en salud de los hogares dominicanos, por quintiles de ingreso, 2007	258
Gráfico 7.9. Utilización de servicios por proveedor (niños menores 5 años enfermos)	266
Gráfico 7.10. El cubo de la protección financiera . .	273



Prólogo

Hoy me siento muy honrado al responder a la solicitud que me hiciera Magdalena Rathe, la autora de este libro, de escribir el prólogo, dando testimonio de los acontecimientos ocurridos hace veinte años, cuando se publicó *Salud: Visión de futuro: elementos para un acuerdo nacional*. Al leer el libro actual, recordé intensamente aquellos momentos y me sentí poseedor de un inmenso privilegio: ser parte de la memoria histórica de aquellos primeros intentos de reformar el sistema de salud.

En el año 1995 se reactivó y reconfirmó una Comisión Nacional de Salud (CNS), constituida por 32 miembros del máximo nivel en sus áreas respectivas, quienes recibieron la ordenanza de no poder delegar la representación que ostentaban. Se creó entonces una Oficina de Coordinación Técnica y se me confió su dirección, que mantuve hasta el 20 de febrero de 1997. En un pequeño espacio de un viejo edificio comenzó a funcionar, en abril de 1995, logrando hasta octubre de 1996, nueve sesiones plenarias con los comisionados, para discutir los temas centrales del sistema dominicano de salud. En septiembre de 1995, entregamos la primera versión del

White Paper –Salud visión de futuro– el cual fue aprobado por la CNS de 1996.

En dicho documento se sentaban las bases para la reforma sectorial y se trazaban los lineamientos de un plan para lograrla. Se entregó a la sociedad dominicana un sucinto análisis del sistema de salud prevaleciente en aquel momento, con todas sus debilidades que impedían la entrega de servicios adecuados a la población dominicana (ineficacia, inequidad, insatisfacción de la gente, insatisfacción del personal de salud, ineficiencia, inevitable alza de los costos) y, a la vez, ofrecía los principios filosóficos y las bases de un plan para superarlas. Su finalidad era iniciar un diálogo nacional sobre un tema complejo y conflictivo, pero de una importancia decisiva para las posibilidades de que nosotros, los dominicanos, construyamos una sociedad más próspera y justa.

Salud, visión de futuro fue un *White Paper* –es decir, un instrumento de políticas públicas para la planificación a largo plazo. Y ahora, leyendo el libro de Magdalena Raftery, escrito veinte años después, me atrevo a decir que sigue siéndolo, y constituye una excelente herramienta de democracia participativa. El libro original fue discutido ampliamente, durante casi un año, por todos los actores de la sociedad dominicana relacionados con el sistema de salud, recibió incontables aportes de técnicos nacionales y extranjeros, así como de representantes de cada uno de los sectores de la vida nacional. Luego, trazó unas pautas que se volcaron en un Plan Nacional de Reforma Sectorial y que, finalmente, dio como resultado la aprobación de un marco legal en el año 2001.

En el camino de la implementación de la reforma del sistema de salud, ha habido innegables triunfos, pero

también dificultades, luchas, obstáculos y metas que no pudieron ser cumplidas. Sin embargo, si bien no debemos subestimar los escollos difíciles para alcanzar un gran propósito nacional, tampoco podemos detenernos ante los fracasos. En este sentido, tengamos presentes las reflexiones que nos legó Winston Churchill (1874-1965):

“Si estás pasando por un mal momento, sigue adelante. Algunas partes del viaje serán pesadas y difíciles, pero la única cosa que puede hacerlo peor es renunciar. Haz que la lucha valga la pena al ser persistente y definamos al éxito, como la habilidad de ir de fracaso en fracaso, sin perder entusiasmo”.

Con esa lección de humildad y deseo de perseverar en la búsqueda de la utopía, salimos a encontrarnos con el libro de Magdalena –la de ayer y la de hoy– cuando nos trae *Salud, visión de futuro - 20 años después*. Nos presenta la historia que vivió, para pasar a ser, en el presente, la memoria que tenemos de todo lo ocurrido después. Nos ayuda a interpretar lo acontecido en estos veinte años, a identificar las fallas en el proceso, a cuestionar las políticas que funcionaron solo parcialmente, las que no se implementaron y las que no dieron los resultados esperados.

Hoy me siento más que regocijado con la lectura del trabajo de Magdalena Rathe, una economista de luz y de salud, que conjuntamente con Pamela Suero, nos describe el camino recorrido hasta ahora, cuáles han sido los logros e inconvenientes enfrentados y nos sugieren nuevas estrategias para continuar el todavía difícil y largo camino para todos los dominicanos, finalmente, reciban un servicio de salud eficiente, de acuerdo con los mejores estándares internacionales.

Y, quien conoce a Magdalena, se preguntará: ¿Eres tan atrevida hoy como lo fuiste antes, tanto como para perseguir la apertura de ciertos procesos, la conclusión de otros, llegar al final de algunas etapas, e incluso, si eres capaz de volver a anticipar y participar en una nueva visión de futuro, 20 años después?

Eres una de nuestras más apreciadas mujeres dominicanas, que sabe por dónde entrar a cada punto de un mundo lleno de conflictos como el que vivimos y no tiene miedo de presentar la verdad que ofrecen los datos –independientemente de que esto se interponga con intereses en uno u otro lado.

En este nuevo trabajo, que me atrevo a llamar otra vez *White Paper*, la invitación es a sumergirse en el “Lago del Diálogo”, a despojarnos de los intereses propios y a trabajar como equipos con la intención puesta en mejorar la salud de los dominicanos y que tiene a los seres humanos en el centro de sus metas y aspiraciones: es un sistema de salud que responde a nuestras necesidades, las de todos.

Fernando Rojas

Reconocimientos

La presente investigación es una iniciativa del Observatorio del Sistema de Salud de la República Dominicana (OSRD), que coordina la Fundación PLENITUD y que se lleva a cabo dentro de un convenio interinstitucional entre esta institución y la Universidad INTEC. El financiamiento provino de fondos de investigación de INTEC, conjuntamente con aportes de la Fundación PLENITUD y de las investigadoras.

El equipo estuvo integrado por Magdalena Rathe, directora ejecutiva de la Fundación PLENITUD, coordinadora general del OSRD e investigadora principal de esta investigación, Pamela Suero, economista, especializada en política social y programas de desarrollo, fue la coinvestigadora, y la responsable de los estudios de caso, la sección de desarrollo humano, así como la supervisión del levantamiento de datos estadísticos.

Otros miembros del equipo técnico fueron: Dayana Lora y Fabio Vio, quienes realizaron un análisis preliminar de la base de datos de las demográficas y de salud, ENDESA, del 1996, 2002, 2007 y 2013, para estudios



concomitantes a cargo de la Fundación PLENITUD. Dayana Lora contribuyó especialmente con la sección de gasto de hogares en el capítulo de protección financiera. En la estimación del gasto en salud por esquemas de financiamiento, se partió de información recabada en el primer estudio de aplicación del SHA 2011, realizado también por INTEC en 2015, elaborado por Magdalena Rathe y Patricia Hernández.

En la elaboración de los estudios de caso participaron Milcíades Ariel Mirre González, médico, dedicado a la gestión e investigación médica, quien colaboró con los casos de Costa Rica, Uruguay y Chile; Cesarina Reyes, economista, especializada en organización industrial, colaboró con los casos de Cuba y Chile; Manuel Colome, bioeticista e investigador, colaboró con el caso de Uruguay. Ezequiel Snopek, especializado en ciencias políticas, contribuyó con la revisión de los otros países analizados.

Ramón Pérez Minaya, Laura Rathe, Alejandro Cambiaso y Alejandro Moliné, leyeron el borrador y aportaron importantes sugerencias. Denisse Torres y Liliana Cruz Quezada, economistas, apoyaron el proceso de búsqueda de datos y preparación de cuadros y gráficas. En esta última tarea apoyó Magdalena de la Rosa, quien también contribuyó en las referencias bibliográficas y los índices.

Un reconocimiento especial para Fernando Rojas, médico y autor del prólogo de este libro, quien fue el coordinador del primer equipo de la reforma de salud hace 20 años y el autor principal del libro original *Salud, visión de futuro*, que fue la inspiración de este trabajo.

RESUMEN



En el año 1996 se publicó el libro *Salud, visión de futuro*, a cargo de la Comisión Nacional de Salud, organismo creado para producir los lineamientos de una propuesta de reforma que diera fin a la historia de ingobernabilidad que durante años había minado el servicio público de salud. El libro tenía el propósito de “fomentar la reflexión y discusión a nivel nacional, para contribuir a que logremos una visión compartida de los principios, valores y estrategias en que queremos fundamentar el nuevo sistema de salud”. Su contenido sirvió de base para la elaboración de un Plan Nacional de Reforma Sectorial, que fue sometido a discusión y consenso por todos los actores en el período que siguió hasta el año 2001. En dicha fecha, una nueva versión, aunque distinta en muchos aspectos de la propuesta original, fue aprobada por el Congreso Nacional y se tradujo en el marco legal que vino a sustentar la reforma del sistema de salud en la República Dominicana.

Veinte años han transcurrido desde entonces. La implementación de la reforma de salud ha sido extraordinariamente exitosa en afiliar al 70% de la población dominicana dentro de un sistema con recaudo centralizado y financiamiento de carácter obligatorio,

proponiendo un paquete de servicios igual para todo el mundo, con la finalidad de alcanzar la cobertura universal con equidad y sin riesgo financiero excesivo. Las bases para un sistema capaz de lograr dichas metas fueron establecidas en aquel informe original y en el marco legal subsecuente – con todos sus defectos y limitaciones.

Hoy, en 2016, el momento es clave para buscar una nueva visión compartida del sistema dominicano de salud. Veinte años después de la concepción de la reforma y 15 después de su aprobación, es buen momento para reflexionar sobre su impacto. Hoy existen las condiciones para culminar dicho proceso y lograr que las aspiraciones de equidad, universalidad y solidaridad que la motivaron, se materialicen y que una atención de salud con calidad para todos sea, finalmente, posible en la República Dominicana.

Logros y retos de la reforma dominicana de salud

Vocación de cobertura universal en salud

El sistema dominicano de salud, consagrado en la reforma aprobada en 2001 posee una vocación de cobertura universal de un conjunto explícito de prestaciones de salud, iguales para todo el mundo. Se trata de un sistema que aspira a recaudar de cada uno de acuerdo a su posibilidad y a entregar servicios de acuerdo a su necesidad, sustentado en principios de equidad, universalidad y solidaridad. Aunque ha habido muchos éxitos en el camino, quedan todavía muchos retos que enfrentar para alcanzar el ideal de la cobertura universal, con real protección de salud y financiera para la población.



Financiamiento con recaudación centralizada y mancomunación de fondos

El recaudo centralizado fue un logro importante de la concepción del sistema dominicano de salud, lo mismo que el sistema de pagos unificado por capitación. La nueva institucionalidad creada alrededor del Seguro Familiar de Salud ha operado con eficiencia y profesionalidad. Hay retos todavía relacionados con la ampliación o unificación de los fondos para mejorar la distribución del riesgo y lograr así mayor protección y cobertura para los usuarios. También hay retos para incrementar las recaudaciones por las vías actuales y nuevos mecanismos innovadores de financiamiento. Se trata de un sistema basado en el financiamiento obligatorio y la mancomunación de fondos, tal como recomienda toda la experiencia internacional de más de 25 años de reformas de salud en todo el mundo.

Separación de funciones y pluralidad de actores

El sistema de salud fue basado en el principio de la separación de funciones, con la finalidad de eliminar monopolios, tanto en la provisión como en el aseguramiento, así como evitar la segmentación de la población en diferentes subsistemas. Esto fue logrado exitosamente en el régimen contributivo, pero durante muchos años no se pudo avanzar lo suficiente en la transformación de la provisión pública y la rectoría general del sistema, por lo que sigue existiendo la segmentación. En los últimos meses se han dado pasos de suma importancia que seguramente permitirán avanzar en el camino hacia la cobertura universal: la creación del Servicio Nacional de Salud, la unificación de la red pública, la reestructuración del personal, el fortalecimiento de la función de rectoría.

El mismo PBS para toda la población

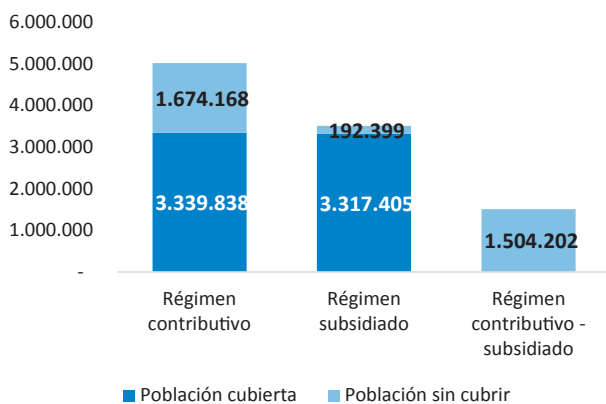
La legislación de la reforma consagra un paquete de prestaciones iguales para toda la población, independientemente del régimen de financiamiento al que esté afiliado. Esta es una aspiración de equidad y es uno de los logros conceptuales de la reforma. Para que esto sea una realidad, se requiere todavía de cambios profundos en la estructura productiva, tal como se verá más adelante en la sección de provisión. Pero, además, también es necesaria una revisión del PBS actual para que esté orientado a cubrir problemas específicos de salud, con un sentido de integralidad y costo-efectividad, partiendo de las necesidades mayores de la población dominicana.

Ampliación extraordinaria de la afiliación al seguro obligatorio y universal

El sistema dominicano de salud ha experimentado una transformación estructural profunda desde la puesta en operación de la reforma de salud aprobada en el año 2001, cuya implementación se aceleró a partir de 2007. Desde una cobertura poblacional de 870 mil personas en 2007 ha pasado a casi siete millones en 2016, correspondiendo más o menos la mitad a cada uno de los regímenes en funcionamiento. En el régimen subsidiado se han afiliado 3.3 millones de personas, lo que equivale a más del 95% de la población pobre, según el sistema de identificación de las personas con derecho a los subsidios sociales.

Consecuentemente, puede decirse que el sistema ha sido muy exitoso en la afiliación de la población, que ha pasado de un 2.8% en 2005 a casi 70% en 2016. Como se

Gráfico 1.
Población cubierta y sin cobertura, 2015



observa en el gráfico, el mayor avance en términos de población afiliada con relación a la población objetivo, se ha dado en el régimen subsidiado, el cual prácticamente ha llegado ya a la totalidad de la población más pobre. La población que resta se encuentra limitada

por problemas relacionados con la falta de documentos de identidad. El 30% restante es la población más difícil de captar, porque se trata de los trabajadores informales, sus familias y, en muchos casos, sus empleados. Estos no califican dentro de los criterios de pobreza del régimen subsidiado ni manejan recursos suficientes como para ejercer como empleadores dentro de la economía formal. También están en este grupo los profesionales independientes de altos ingresos, que probablemente adquieren seguros privados sin cotizar al seguro social.

Aspiración de protección integral y financiera efectivas

Las cifras anteriores solo indican afiliación y no necesariamente cobertura efectiva de servicios de calidad, que protejan realmente a la población ante el riesgo financiero y de salud que le presenta la enfermedad. La reforma de salud ha avanzado con rapidez y bastante éxito en lo que concierne al financiamiento, pero ha quedado rezagada en la provisión de los servicios, con lo cual no ha sido

suficientemente eficaz en proteger adecuadamente a la población y de ofrecerle los servicios que necesita con la adecuada calidad. Esta transformación es más difícil, pues depende de la reestructuración de la red pública, así como de la adopción de una gestión eficiente y racional de los recursos. Se trata de manejar recursos humanos, de administrar tecnologías, comprar y distribuir medicamentos, realizar inversiones en infraestructura. También se requiere de fortalecer y elevar la capacidad técnica e institucional de la función rectora, para que sea capaz de trazar metas y planes basados en información de calidad, regular, hacer cumplir, monitorear y evaluar.

Aumento del financiamiento público y reducción del gasto de bolsillo

Esta fue una de las aspiraciones de la reforma de salud y se han dado pasos importantes en este sentido. Los esquemas de financiamiento obligatorio –financiados con impuestos generales y con las contribuciones a la seguridad social– han ido aumentando de manera sostenida desde 2007. No obstante, todavía el gasto mediante esquemas obligatorios es relativamente bajo con respecto al PIB y con relación al gasto total en salud, si se compara con otros países de la región latinoamericana y del mundo.

Tabla 1. Indicadores seleccionados de gasto y financiamiento del sistema dominicano de salud en el contexto latinoamericano, Circa 2015

INDICADORES CLAVE	Nivel	Promedio regional	Posición en AL	Definición del indicador
Gasto en salud como % del PIB (201)	5.7	8	16	Gasto total público y privado
Gasto público como % del gasto en salud	48	58	16	Gasto público incluye seguridad social
Gasto de bolsillo como % del gasto en salud	49	35	6	Promedio 2008-2013 % población con más del 30% de su ingreso disponible en salud
Gasto catastrófico (2004)	9.8		4	

Tampoco se han logrado grandes avances en la reducción del gasto de bolsillo, tal vez como resultado de una combinación de varios factores: existencia de elevados copagos y topes de cobertura, un mayor consumo de servicios de salud no cubiertos, falta de coberturas garantizadas para problemas específicos de salud, posible negación de parte de coberturas, sistema de construcción del PBS en base a intervenciones en vez de enfermedades y, por lo tanto, cobertura parcial en vez de integral, que obligue a consumir ciertos servicios. A esto se añaden otras posibilidades, como desactualización de las estadísticas que sirven de base a la estructura del consumo.

Los avances no han podido reflejarse en mejorar los indicadores de salud

Los logros en salud son el resultado último de lo que se espera de un sistema de salud: que su población viva largos años saludablemente. Por eso la esperanza de vida (y dentro de esta, aquella que se vive sin discapacidad) es el indicador por excelencia, que resume los resultados de salud de una población determinada. La República Dominicana presenta un rezago frente a los demás países de la región Latinoamericana, ubicándose debajo

del promedio regional y en la posición número 15 de 19 países estudiados. Entre los factores que más inciden en estos resultados están la elevada mortalidad infantil y, sobre todo, neonatal, donde tenemos el triste privilegio de ocupar la primera y segunda posición en la región, por encima de países con un grado mucho mayor de pobreza relativa.

Tabla 2. Indicadores seleccionados de logro del sistema dominicano de salud en el contexto latinoamericano, Circa 2015

INDICADORES CLAVE	Nivel	Promedio regional	Posición en AL	Definición del indicador
Esperanza de vida (2014)	73	75	15	Años de la vida al nacer
Mortalidad infantil (2015)	26	14	2	Mil nacidos vivos
Mortalidad neonatal (2015)	22	10	1	Mil nacidos vivos
Mortalidad materna (2015)	92	77	6	Cien mil nacidos vivos
Anemia mujeres edad reproductiva	26	20	2	Mujeres entre 15 y 49 años
Fecundidad adolescente (2013)	98	71	2	Mil mujeres entre 15 y 19 años

También tenemos índices elevados de anemia en mujeres en edad reproductiva y, especialmente, en fecundidad adolescente, ocupando en ambos indicadores el segundo lugar. Esto incide en la elevada mortalidad materna, indicador en el que ocupamos el sexto lugar en la región.

Estos pobres indicadores no se compadecen con los relativos a acceso, cobertura y recursos del sistema de salud, en los cuales generalmente estamos por encima del promedio latinoamericano –a excepción del caso de las enfermeras profesionales– donde se observa una clara deficiencia.

Tabla 3. Indicadores seleccionados de acceso, cobertura y recursos del sistema dominicano de salud en el contexto latinoamericano, Circa 2015

INDICADORES CLAVE	Nivel	Promedio regional	Posición en AL	Definición del indicador
Cobertura de atención prenatal (2013)	95	85	2	Al menos 4 visitas prenatales
Partos atendidos por personal calificado	99	93	7	Médicos y especialistas
Mujeres que usan anticonceptivos (2013)	68	66	10	Mujeres entre 15 y 49 años
Inmunizados para DP3 (2014)	91	89	9	% de infantes
Médicos (2013)	2.1	2.1	4	Médicos por 1,000 habitantes
Enfermeras (2013)	0.38	1.6	16	Enfermeras por 1,000 habitantes
Camas hospitalarias (2012)	1.7	1.8	7	Camas por 1,000 habitantes

La justificación de lo anterior se puede explicar por grandes ineficiencias en la organización del modelo de atención y en la gestión de los recursos tanto humanos como físicos, que se traducen en falta de efectividad y calidad del gasto en salud. La inexistencia de un sistema de atención primaria obliga, por ejemplo, al abarrotamiento de las emergencias de los hospitales. La cantidad promedio de médicos, por ejemplo, aunque se encuentra dentro del promedio regional, no dice nada sobre la mala distribución regional, concentrándose en el Distrito Nacional el doble del promedio del país.

A esto se agregan los problemas de falta de cumplimiento de los horarios y de inasistencia de los médicos, recayendo la atención sobre los residentes y las enfermeras, habiéndose notado la escasez de enfermeras profesionales. Ciertos estudios indican, además, la falta de cumplimiento de las normas vigentes en la atención al embarazo, en las emergencias obstétricas, en la fase del parto, en el parto y en las cesáreas.

Es preciso señalar que esta situación es el resultado de un problema estructural del sistema de salud dominicano. Durante décadas faltó la autoridad suficiente al frente del

sistema de salud y al frente de las unidades de provisión de servicios, contribuyendo a generar una cultura de incumplimiento. Revertir esta situación no será una tarea fácil.

Con respecto al número de camas, también pareciera haber ineficiencias. A pesar de que este indicador se encuentra en el promedio de la región, en la práctica pareciera que existe una distribución poco racional del recurso, a pesar de que no existen los estudios que lo sustenten.

En efecto, los hospitales importantes del país, donde se hacen la mayor parte de los internamientos, están con frecuencia sobre ocupados. Al lado de esto, existen en el país numerosos hospitales de segundo nivel sin capacidad resolutive, cuyas camas –por la misma razón– permanecen desocupadas.

A esto se agrega la falta de camas de cuidados intensivos, que obliga muchas veces a pacientes graves a rebotar de un centro a otro sin ser admitidos, poniendo en riesgo su vida, hecho que sucede tanto a nivel público como privado. Pareciera que no se cumplen

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y OBSTETRICIA

INDICADORES CLAVE

- 100% de los médicos no siguió las normas del MSP en lo concerniente a la atención de la embarazada en la consulta prenatal.
- Al observar la calidad de la atención materna en el área de emergencias, 100% de los médicos evaluados atendió inadecuadamente a las pacientes que se presentaron a dicha área de servicios.
- En la sala de parto, 60% de los médicos evaluados atendió inadecuadamente a las pacientes.
- En el momento del parto, 57% de los médicos atendieron inadecuadamente a las pacientes.
- En relación con las cesáreas, la calidad fue superior que en los partos naturales, dado que 76% de los médicos evaluados realizaron adecuadamente la intervención, sobre todo cuando se trataba de cesáreas electivas. Asimismo, las mejor tratadas ocurrieron en hospitales de tercer nivel, mostrando una calidad inferior en el segundo nivel.
- La fase del puerperio fue atendida correctamente en 90% de los casos.
- La atención al recién nacido resultó sumamente deficiente, pues 100% de los casos observados lo atendieron inadecuadamente.
- Cuando se evaluaron los conocimientos teóricos sobre las normas, pudo observarse que 70% tenía conocimientos superiores a los 60 puntos. No obstante, al momento de utilizarlos en la práctica, no los aplicaba.

Fuente: Perez-Then, Eddy, *Evaluación de la calidad de la atención obstétrica en establecimientos de segundo y tercer nivel en las regiones 0 y II de la República Dominicana*, Fundación PLENITUD / Banco Interamericano de Desarrollo (BID), dentro del Observatorio de la Salud de la República Dominicana (OSRD), Santo Domingo, 2011.

las normas sobre el porcentaje de este tipo de camas que deben existir en los hospitales, ni se supervisa el cumplimiento de las mismas.

La salud y el desarrollo humano

El país ha crecido de manera sostenida en los últimos cincuenta años, logrando pasar de país de ingreso medio bajo a país de ingreso medio alto; asimismo, su índice de desarrollo humano se clasifica hoy como alto. En ese período la esperanza de vida y los indicadores de salud mejoraron sustancialmente, se redujo la pobreza y mejoró la distribución del ingreso. Sin embargo, hay todavía retos importantes que atender, como es el caso del agua potable y el saneamiento básico.

Tabla 4. Indicadores sobre factores fuera del sistema dominicano de salud en el contexto latinoamericano, Circa 2014

INDICADORES CLAVE	Nivel	Promedio regional	Posición en AL	Definición del indicador
PIB per cápita (2013)	11,930	12,623	10	US\$ PPP a precios de 2011
Tasa de crecimiento PIB 1966-2014	5.6	3.7	1	Crecimiento en dólares reales
Desigualdad del ingreso (2013)	47	48	5	Menor coeficiente de GINI
Escolaridad de las mujeres (2013)	8	8	11	Años de escolaridad mujeres +25
Acceso al agua potable	85	93	19	% población con acceso a fuentes mejoradas
Acceso al saneamiento básico	83	82	10	% población con acceso a fuentes mejoradas
Índice de desarrollo humano	102		13	Definición PNUD
Índice de desigualdad de género	0.5	0.4	17	Definición PNUD

El caso dominicano muestra importantes rezagos en este asunto. En el caso del saneamiento, se ubica apenas por encima del promedio de la región (con 83% respecto a 82%, que es el promedio), pero muy lejos de los países con mejores resultados de salud, que poseen una cobertura de

superior al 93%. El caso más dramático es el agua potable, donde ocupa el último lugar entre los países analizados de la región Latinoamericana. Esta realidad es incomprensible en un país que ha crecido tanto en las últimas décadas y que ha invertido tanto en la construcción de obras. Es evidente que la mejora de la cobertura de estos servicios básicos constituye una tarea pendiente, si el país desea mejorar las condiciones de salud de la población. Probablemente solo con esto se lograría una reducción sustancial e inmediata en la salud y en la prolongación de la esperanza de vida de la población. Es extraño que una situación como esta, que constituye un punto clave de las políticas públicas, no haya concitado atención en los medios de comunicación. Otro aspecto notorio es que el país se encuentra en uno de los últimos lugares en términos de igualdad de género, hecho que puede estar relacionado con realidades importantes de salud pública, como la violencia doméstica.

Características de un sistema de salud exitoso

- Tiene visión y estrategia de largo plazo;
- Invierte adecuadamente y de manera sostenible en el tiempo;
- Da prioridad a la atención primaria;
- Invierte en infraestructuras adecuadas, equipos y abastecimiento, articulando los elementos con eficiencia;
- Se sustenta en recursos humanos calificados que se preparan de manera continua;
- Busca abordar la inequidad;
- Construye consenso social;
- Permite flexibilidad y autonomía en la toma de decisiones;
- Es resiliente y aprende de las experiencias previas;
- Logra sinergias entre sectores y actores, demostrando apertura al diálogo y colaboración entre el sector público y el privado, con la efectiva rectoría del gobierno

Fuente: Adaptado de Balanova et al. (2011).

Experiencias de países exitosos

Es cierto que los indicadores de logros de salud tardan décadas en ser modificados y que se requiere un esfuerzo sostenido y consciente para modificarlos. Esto es lo que han logrado muchos países alrededor del mundo, algunos sin dedicar demasiados recursos financieros.

La experiencia de los países estudiados parece mostrar que los sistemas de salud son únicos y han seguido rutas distintas y adecuadas a sus circunstancias particulares en su búsqueda de la cobertura universal. No obstante, todos ellos registraron inversiones en salud por encima del promedio, particularmente en prevención y atención primaria, constituyendo ésta el punto focal del sistema sanitario y una plataforma para abordar otros asuntos sociales como la participación y el empoderamiento.

Esta política estuvo apuntalada por un compromiso con el logro de la equidad dentro y fuera del sistema sanitario, lo que se evidenció en los esfuerzos desplegados por cada uno de los países para abordar inequidades de diferentes tipos (de género, de ingreso, exclusión social, y disparidades urbano-rurales). Entre estas intervenciones se ubican, por ejemplo, programas para garantizar la provisión de servicios a los segmentos más vulnerables de la población y para mejorar su participación política.

De esta manera, puede concluirse que un elemento común de los países exitosos fue su visión de la salud como un derecho fundamental de las personas, al menos en lo referente a los servicios básicos, lo cual se reflejó en la creación de estructuras institucionales que contribuyeron al ejercicio de este derecho, por un lado, y en las prioridades establecidas para gasto estatal por otro. Asimismo, esta visión se tradujo en la incorporación de mecanismos de buena gobernabilidad en las instituciones del sistema de salud y del Estado, asumiéndola como un compromiso político con el desarrollo.

Recomendaciones para mejorar el desempeño del sistema de salud

Retos y oportunidades para el caso dominicano

Hemos indicado las principales carencias y rezagos del sistema dominicano de salud, junto a los avances logrados en la reforma de salud. La economía dominicana ha venido creciendo de manera sostenida, lo que pudiera permitir el espacio fiscal necesario para culminar el proceso de extensión de cobertura del seguro familiar de salud. Pareciera que, por primera vez en mucho tiempo, hay decisión en las autoridades gubernamentales por adoptar las medidas necesarias para cumplir con los mandatos de la legislación vigente para alcanzar la cobertura universal con equidad y solidaridad. Pareciera que, además de los fondos adicionales de fuentes fiscales que será necesario asignar para ello, existen muchas oportunidades de reordenar el financiamiento y los fondos existentes, así como de incrementar las recaudaciones; pero sobre todo es factible mejorar sustancialmente la calidad del gasto, para que se traduzca en la entrega de servicios de salud de calidad para la población. Esto último requerirá asumir las decisiones necesarias y aplicar criterios de gestión con eficiencia y calidad en cada una de las áreas de acción. A continuación, algunas recomendaciones –no exhaustivas– organizadas según las funciones claves del sistema de salud.

Función de rectoría

Esta es una función clave que ha sido descuidada durante décadas y nunca ejercida adecuadamente, porque la autoridad sanitaria estaba ocupada de la provisión de los

servicios y no de la conducción del sistema. Con las leyes y decretos recientes que hacen efectiva la separación de funciones, se abre la oportunidad de, finalmente:

- Fortalecer la gobernanza del sistema, la planificación estratégica de largo plazo, establecer los sistemas adecuados de monitoreo y evaluación con perspectiva de todo el sistema de salud, trascendiendo la visión limitada de lo público y lo privado.
- Desarrollo de la inteligencia sanitaria: sin datos y evidencias sólidas es imposible la planificación adecuada, la visión de largo plazo, la toma de decisiones. Entre estos son fundamentales la vigilancia epidemiológica, el análisis de la situación de salud, la información sobre los recursos y los costos, el monitoreo del gasto y financiamiento, particularmente las cuentas de salud según los estándares internacionales, incluyendo la distribución del gasto por beneficiario, la producción de los servicios, la eficiencia, las tarifas y los precios nacionales e internacionales de los insumos, establecer indicadores de calidad y darles seguimiento, entre otros.
- Fortalecer la regulación y la supervisión de los diferentes actores, a través de normas y otros instrumentos legales y, sobre todo, ejercer la autoridad de hacer cumplirlas.
- Planificación y presupuesto base cero: ¿cuántos fondos necesita el MSP para cumplir a cabalidad con la función de rectoría?
- Ejercitar la transparencia y la rendición de cuentas a todos los niveles, uno de ellos sería la publicación de los datos sobre eficiencia, calidad y precios de los proveedores tanto públicos como

privados, para fomentar la responsabilidad y autorregulación.

Función de financiamiento

Esta es la función en que más se ha avanzado con la reforma dominicana de salud, al consolidar un sistema de recaudación centralizado, un seguro de salud financiado con contribuciones obligatorias y mancomunación de fondos y un paquete de prestaciones explícitas –todo lo cual, según la experiencia internacional es esencial para alcanzar la cobertura universal. Se ha ampliado sustancialmente la amplitud de la cobertura (casi un 70% de la población y con planes de llegar al 90% en cuatro años). Un PBS explícito (pero todavía sin coberturas garantizadas) y retos importantes orientados a la reducción del gasto de bolsillo para asegurar la equidad y la protección financiera. Para avanzar hacia la cobertura universal, se ofrecen las siguientes recomendaciones.

Recaudo

- Aumentar el financiamiento obligatorio del sistema de salud, ya sea en base a impuestos generales o a contribuciones especializadas, como son las de la seguridad social.
- Trazar la meta de unificar los fondos provenientes de todas las fuentes para permitir subsidios cruzados, aunque la administración permanezca separada.
- Realizar los estudios necesarios para evitar la dispersión de recursos que se colectan separados y se asignan mediante esquemas distintos, pero cuyo destino es la salud, como los de accidentes de

tránsito, accidentes de trabajo, accidentes personales dentro de los seguros de vehículos, las pólizas de seguros privados que se realizan sin pagar la cobertura obligatoria, posibles duplicidades en los planes complementarios, fondos para cubrir medicamentos de alto costo, financiamiento a hospitales autogestionados y organizaciones no gubernamentales, sin obligatoriedad de cumplimiento de servicios a los más pobres, y otros.

- Revisar las escalas salariales que reportan las empresas a la TSS y, en coordinación con la DGII, vigilar mejor para evitar la evasión y la elusión. Asimismo, contribuir al proceso de formalización de las empresas.
- Publicación de los datos relativos a los contribuyentes en términos de salarios y pagos a la TSS, para que se constituyan en un mecanismo de presión para que las empresas nacionales regularicen su situación, de manera tal que fuera posible ampliar la afiliación del régimen contributivo.
- Aumentar los aportes provenientes de fondos generales para cubrir adecuadamente la población de bajos ingresos, no solo a los pobres inscritos en el SIUBEN, sino también al sector informal de bajos ingresos.
- Estudiar mecanismos para que la afiliación al sistema sea obligatoria para todo el mundo, independientemente de su capacidad de pago. Esto haría que contribuyan las personas que trabajan de forma independiente y perciben ingresos relativamente elevados, muchos de los cuales adquieren pólizas de seguros privados sin contribuir al sistema público.

Mancomunación de recursos

- Avanzar en el proceso de mancomunación hacia la constitución de un fondo único con diferentes fuentes de financiamiento, eliminando la segmentación y permitiendo que el riesgo se distribuya adecuadamente, es decir, trascender los esquemas de financiamiento basados en la nómina, hacia la protección financiera integral para el que la necesita, independientemente de quién aporte los recursos.
- Dar seguimiento al gasto de bolsillo y a los indicadores de equidad y protección financiera, asegurando el aumento de la cobertura poblacional, concomitantemente con la garantía de los servicios necesarios (amplitud, altura y profundidad de la protección financiera).
- En lo que concierne al aseguramiento, es fundamental mejorar la distribución del riesgo y asegurar que se proteja a la población del riesgo de enfermarse, atendiendo el tema de los elevados copagos, negación ilegal de coberturas, doble afiliación y superposición de planes complementarios.

Compra estratégica

- El tema de la compra estratégica de servicios es fundamental para lograr la protección financiera en salud hacia la cobertura universal. El contenido y costo del PBS es un tema clave y debiera ser el centro de la reforma, tanto del financiamiento como de la provisión.
- La definición del contenido del PBS deberá estar supeditada a las prioridades nacionales de salud, la

carga de enfermedad y, en definitiva, a las necesidades de la población.

- La importancia de priorizar las intervenciones (identificar los problemas prioritarios de salud y la forma más adecuada de atenderlos, estudios de carga de enfermedad, costo-efectividad, normas y guías clínicas)
- El PBS deberá garantizar la entrega de un conjunto explícito de servicios para atender de manera integral, problemas de salud prioritarios, haciéndolo de una manera integral que tome en cuenta la historia natural de la enfermedad. Esto significa un cambio radical en la forma en que se ha implementado hasta la fecha el seguro familiar de salud.
- Para que esto sea posible, se requiere que la construcción y el cálculo de los costos del PBS se sustenten en la evidencia técnica y científica, incluyendo estudios de costo-efectividad, estudios comparativos de costos, monitoreo de precios y tarifas, así como en una adecuada evaluación de las tecnologías, para lo cual se recomienda la creación de un departamento especializado en la SISALRIL, que sea el germen de una futura agencia de priorización en salud.
- El sistema deberá garantizar un mismo PBS para toda la población, independientemente de la fuente de financiamiento, tal como está consignado en la legislación. Y este PBS será el instrumento principal hacia la cobertura universal.
- Alrededor de este PBS es que se organiza el modelo de atención y los mecanismos de pago a los proveedores, procurando lograr economías sistémicas mediante la especialización y la racionalización en el uso de los recursos.

- Dar seguimiento permanente a la entrega de servicios y los flujos financieros para garantizar el equilibrio y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Función de provisión

La función de provisión es el corazón y razón de ser de los esfuerzos que se hacen a nivel del financiamiento. Lograr que los proveedores entreguen los servicios con la eficiencia, efectividad y calidad deseados, constituye un gran reto en el plano de la gestión más que todo. Aunque en el país existen algunos proveedores de alta calidad –inclusive con aspiraciones de exportar servicios de punta– la mayor parte de estos, confrontan graves problemas de calidad, por lo que se proponen las siguientes sugerencias:

- Concebir la función de provisión con una perspectiva sistémica, es decir, superar la división de redes públicas y privadas. Articular la provisión alrededor del PBS, independientemente de quién preste los servicios, especializando los proveedores y los medios de pago según sus capacidades.
- Establecer el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud, invirtiendo en la infraestructura necesaria y articulando los proveedores existentes en redes integradas, con sistemas adecuados de información y de referencia, racionalización de la atención y reducción de los costos de atención.
- Reestructurar y descentralizar los hospitales públicos y las regiones de salud, mejorando la infraestructura y los recursos físicos, humanos y tecnológicos, instaurando la autogestión regulada

- y promoviendo el pago a los proveedores de acuerdo al desempeño.
- Integrar la provisión mediante la articulación de redes de servicios de diferentes niveles de atención, con información eficiente y de calidad sobre la historia clínica de los pacientes a todo lo largo del sistema, que promueva la salud de la gente.
 - Priorizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, usando mecanismos de pago que incentiven la prevención y la cobertura efectiva de tratamiento para los problemas crónicos.
 - Dar seguimiento continuo a la calidad de los proveedores, estableciendo indicadores acordes con el nivel de atención y la especialidad de los mismos.
 - Adoptar las nuevas tendencias a nivel internacional para descongestionar las emergencias, estableciendo centros de urgencias descentralizados.
 - Asegurar la existencia y disponibilidad de camas y la capacidad de resolución para cubrir las necesidades de cuidados intensivos, tanto a nivel público como privado.
 - Reglamentar los subsidios que se otorgan a los proveedores auto-gestionados, para que estos se traduzcan en servicios de calidad en beneficio de la población más pobre, principalmente, del régimen subsidiado.
 - Fomentar la calidad y un servicio de excelencia para promover el turismo de salud, que podría ser una fuente importante de ingresos de divisas para el país, a la vez que impulsa hacia arriba la prestación de servicios de calidad.

Función de generación de recursos

Esta función está muy relacionada con la anterior. A fin de que el sistema de salud pueda proveer servicios de calidad, se requiere de las infraestructuras, equipos, tecnologías médicas y, sobre todo, recursos humanos con la preparación formal y continua adaptada a las necesidades y actualizada, con remuneraciones adecuadas y con motivación para el trabajo. En consecuencia, se requiere:

- Asegurar que el sistema de salud cuenta con las inversiones adecuadas en materia de infraestructura, equipos médicos y recursos tecnológicos, adecuados a los diferentes niveles de atención, especialidad de los centros médicos y distribución espacial.
- Dar seguimiento continuo al desarrollo de nuevas tecnologías médicas, incluyendo medicamentos, equipos y nuevas intervenciones, en términos de calidad, precios, capacidad resolutive, costo-efectividad.
- Asegurar la formación de los recursos humanos en salud de calidad, de acuerdo a las necesidades del país, poniendo énfasis en la profesionalización de la enfermería.
- Distribuir racionalmente los recursos humanos según las necesidades de la población, tanto en términos de su especialidad como de su localización geográfica, creando un sistema de incentivos que los atraiga a las zonas menos atractivas.
- Formar el recurso humano considerando la capacidad de respuesta a temas que no son de salud, lo que se ha llamado “calidez” –respeto a la privacidad, dignidad de los pacientes, información sobre su condición, apoyo humano–.

- Fortalecer la capacidad y permanencia del recurso humano que trabaja en el primer nivel de atención, aumentando la formación, evitando rotaciones y falta de continuidad.

Palabras finales

La mejoría en los resultados de salud en cualquier sociedad no depende solamente del sistema de salud. Hemos visto que hay un conjunto de determinantes sociales que inciden de manera notable y que pueden resultar en mejorías dramáticas de la esperanza de vida si se invierte en ellos adecuadamente. El primero y más claro es la educación, particularmente de la mujer. No solo porque mejora el cuidado de su bebé, sino porque ella misma posterga su entrada en la fase reproductiva y luego se asegura de recibir los servicios necesarios durante el embarazo y la lactancia. En ese terreno, existe en curso el programa más ambicioso jamás abordado por gobierno alguno, para dar un salto en los resultados educativos de la población dominicana en menos de una generación. Es esencial que su continuidad quede asegurada de algún modo, a fin de que esta tarea de largo plazo sea prioritaria para todos los gobiernos.

Asimismo, las interrelaciones que existen entre los sistemas sociales y naturales y que han sido descuidadas, son lo concerniente al agua potable y alcantarillado. El país podría dar un salto en la reducción de las enfermedades contagiosas vinculadas con el agua y los vectores y, con ello, en la prolongación de la esperanza de vida, si resolviera estos problemas acuciantes. No se justifica que en un país que ha crecido de forma sostenida durante tanto tiempo, persistan esas deficiencias tan elementales,

como la de disponer de medios para la disposición de excretas y de agua potable de calidad dentro de las casas. Esta es un área que debería tener atención prioritaria.

Los resultados de la falta de atención a estos problemas han llevado a que en el país haya riesgos ambientales elevados, con la contaminación de ríos, cañadas y costas, lo cual se agrava actualmente por la elevada vulnerabilidad que tiene la isla Hispaniola frente al cambio climático y sus efectos sobre la salud. No olvidemos que la República Dominicana es uno de los países del mundo más vulnerables a este y, no solo debido a los eventos climáticos extremos y sus consecuencias en términos de desastres, sino también al aumento de las epidemias y otras situaciones no controladas. La resiliencia del sistema de salud –su capacidad para responder adecuadamente a situaciones imprevistas y a choques externos– depende, en gran medida, de la fortaleza de su sistema de atención primaria y salud comunitaria.

El desarrollo del país, el mejoramiento de su equidad social, el aumento de la esperanza de vida, nos confronta con otros retos importantes: el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, que requieren de un fortalecimiento integral de todo el sistema de salud.

En consecuencia, ha llegado el momento de repensar una nueva visión de futuro del sistema dominicano de salud. Es preciso que abramos nuestras mentes, nos despojemos de ideas preconcebidas, dogmatismos, ideologías o intereses para reflexionar juntos y lograr una visión compartida del sistema de salud y del país al que aspiramos todos. Ojalá que estas páginas constituyan un aporte en esa dirección.

INTRODUCCIÓN



En el año 1996 se publicó el libro *Salud, visión de futuro*, a cargo de la Comisión Nacional de Salud, organismo creado para producir los lineamientos de una propuesta de reforma que diera fin a la historia de ingobernabilidad que durante años había minado el servicio público de salud. El libro estaba dedicado a “todos los actores institucionales públicos y privados del sistema de salud, a los profesionales y técnicos del sector y, muy especialmente, a la población dominicana, que es el fin último de toda reforma”¹. Y señalaba que el mismo tenía el propósito de “fomentar la reflexión y discusión a nivel nacional, para contribuir a que logremos una visión compartida de los principios, valores y estrategias en que queremos fundamentar el nuevo sistema de salud”.

Los lineamientos de reforma allí esbozados habían sido el resultado de la reflexión de muchos actores fundamentales del momento, así como de la experiencia internacional en la implementación de otras reformas en la región latinoamericana y en varios países del mundo. En ese momento, desde hacía relativamente poco tiempo, se afianzaba como disciplina independiente la economía de la salud, difundida a través de un informe clave del Banco Mundial correspondiente al año 1993, denominado “Invertir en Salud”.² Otro documento de gran influencia en Latinoamérica, en aquellos años, fue “Economía de la

¹ Comisión Nacional de Salud, *Salud, visión de futuro: Elementos para un acuerdo nacional*, Santo Domingo, República Dominicana, 1996.

² Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*, Washington, DC, 1994.

Salud”³, publicado en 1994 por la Fundación Mexicana de la Salud, institución líder en el pensamiento sobre el tema. Estos trabajos, así como otros, procuraban poner en práctica las aspiraciones de la comunidad internacional de hacer realidad los planteamientos de Alma Ata, la conferencia mundial sobre atención primaria en salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), realizada en el año 1978, donde se proponía alcanzar con salud para todos en el año 2000. En dicha conferencia se define la salud como un “estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho humano fundamental”.⁴ También se indica que su búsqueda constituye “la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud”.

Salud, visión de futuro se imbuía de las mismas aspiraciones. Un primer borrador se produjo en el 1995, el cual recibió comentarios, sugerencias y aportes de amplios sectores de la vida nacional, de todos los que quisieron participar en el esfuerzo de alcanzar esa visión compartida. La segunda versión con tales insumos, que se publicó como el libro del mismo nombre, fue conocida en una sesión de la Comisión Nacional de Salud en el año 1996, aprobándose que el mismo sirviera de base para la elaboración de un Plan Nacional de Reforma Sectorial. A partir de ese momento, su contenido fue sometido a discusión y consenso por todos los actores en el período que

³ Frenk, J., Lozano, R., González Block, M. A., et al., *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*, Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), México, 1994.

⁴ OMS/UNICEF, *Atención primaria de salud*, Informe de la conferencia mundial de Alma Ata, URSS, Ginebra, Suiza, 1978.

siguió hasta el año 2001, cuando una nueva versión, aunque distinta en muchos aspectos de la propuesta original, fue aprobada por el Congreso Nacional y se tradujo en el marco legal que vino a sustentar la reforma del sistema de salud en la República Dominicana.

Veinte años han transcurrido desde entonces. La implementación de la reforma de salud ha tenido el gran logro de afiliar al 70% de la población dominicana dentro de un sistema con recaudo centralizado y financiamiento de carácter obligatorio, proponiendo un paquete de servicios igual para todo el mundo, con la finalidad de alcanzar la cobertura universal con equidad y sin riesgo financiero excesivo. Las bases para un sistema exitoso fueron establecidas en aquel informe original y en el marco legal subsecuente –con todos sus defectos y limitaciones–.

Hoy, a veinte años de su concepción, el sistema dominicano de salud sigue enfrentando grandes retos para satisfacer las necesidades de su población. Por un lado, tienen todavía gran importancia en su perfil epidemiológico los problemas de salud de los países pobres, donde pesan mucho las enfermedades infecciosas y las condiciones materno-infantiles. Por el otro, cada vez son más importantes las enfermedades crónicas, los accidentes y la violencia dentro de la carga de enfermedad del país. Estas últimas tienen requerimientos grandes en términos de capacidades humanas, recursos y tecnología, por lo que ponen exigencias mayores al desempeño del sistema de salud.

Aunque se ha avanzado mucho en términos de cobertura en algunos servicios básicos, existen grandes disparidades en términos de calidad de los servicios. Por un lado, en el espectro alto de la escala de ingresos de la sociedad existen proveedores de clase mundial, con médicos

formados en los países avanzados, con acreditaciones internacionales, que ofrecen servicios a los grupos pudientes y promueven el turismo de salud. En el otro extremo, particularmente en los servicios públicos que se orientan hacia los de menores ingresos, la calidad deja mucho que desear. Como ejemplo ilustrativo se menciona la elevada mortalidad materna y neonatal, en un país donde casi la totalidad de los partos son institucionales y atendidos por profesionales. Esas muertes ocurren en los estratos más pobres de la población, lo que nos sugiere problemas de equidad en el acceso a los recursos. Esta paradoja fue uno de los llamados de atención que nos motivó a buscar respuestas en la comparación con otros países de la región.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto un marco de referencia para evaluar el desempeño del sistema de salud⁵, poniendo como uno de los objetivos esenciales de este, la protección financiera de las personas contra el riesgo de enfermarse, porque la atención puede ser muy cara y porque la necesidad de recibirla es, generalmente, imprevisible. La forma en que se financia la salud influye en la distribución del ingreso de un país y puede contribuir efectivamente a una mejora de la situación de salud de una población, si dicho financiamiento se distribuye en forma más equitativa. De esta forma se reduce el riesgo de que las personas no reciban la atención que necesitan porque es demasiado costosa, lo cual muchas veces puede llevarlas a la pobreza y exponerlas a problemas adicionales de salud.⁶ De hecho,

⁵ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza.

⁶ González Pons, Soraya, *Medición del desempeño del sistema de salud*, Informe final de consultoría del Observatorio de la Salud, Fundación Plenitud/BID/OSALC, Santo Domingo, 2011.

investigaciones realizadas en la República Dominicana muestran que la inversión pública en salud es la más redistributiva a corto plazo de todas las inversiones de carácter social que pudiera realizar el Estado, siendo la inversión en educación la más redistributiva a largo plazo.⁷

Desde el 2001, la República Dominicana viene procurando implementar esta profunda reforma estructural de su sistema de salud, cuyo inicio se ubica en el año 2002 con el inicio del régimen subsidiado, pero que se aceleró a partir de 2007, con la entrada en vigor del régimen contributivo. Esta reforma se propone la protección financiera de la población, mediante el aseguramiento universal y la reducción del gasto de bolsillo. La presente investigación se propuso analizar esta situación, con una perspectiva de equidad en el financiamiento y dentro de un contexto internacional.

Como se sabe, los países de mayores ingresos descansan en el financiamiento público en su mayor parte, ya sea mediante financiamiento por impuestos generales o mediante contribuciones a un seguro de salud, sea este de tipo nacional o de la seguridad social. Cuando un sistema de salud se financia principalmente con recursos que aportan los hogares con dinero de su bolsillo, hay menos equidad financiera en el sistema y mayor probabilidad de que ocurran gastos denominados catastróficos y empobrecedores. “Estudios realizados a nivel internacional muestran la estrecha correlación entre los mejores resultados de salud y una mayor protección financiera en los sistemas de salud financiados principalmente con fondos públicos, ya sea que estos provengan de impuestos generales

⁷ Santana, Isidoro y Rathe, Magdalena, *Impacto distributivo de la gestión fiscal*, Banco Interamericano de Desarrollo y Fundación Siglo 21, Santo Domingo, R.D., 1992.

o de contribuciones a la seguridad social.⁸⁻⁹ La situación contraria se da en los países más pobres: generalmente no existen sistemas de protección social y el sistema de salud se financia en gran parte por pagos directos que hacen las personas al momento de tomar los servicios”.¹⁰

Al realizar un primer análisis comparativo fue evidente que algunos países de la región latinoamericana sobresalían en sus resultados de salud, medidos primero por el indicador más representativo de logros, la esperanza de vida. Luego, completamos mejor este análisis con otros indicadores importantes de los logros en salud. Fuimos más allá en el análisis comparativo estudiando aspectos tales como la provisión de recursos, el acceso, el gasto en salud, la protección financiera.

Los países que sobresalían de manera consistente fueron Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay. Quisimos averiguar por qué razón estos países tenían resultados fuera de lo común y nos abocamos a un análisis más detallado sobre su historia, su contexto y las políticas nacionales que podían explicar estos resultados con el objetivo de ilustrar el caso dominicano y extraer lecciones que pudieran servir para mejorar el desempeño del sistema de salud de la República Dominicana.

⁸ Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza.

⁹ Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la salud del mundo, La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, Ginebra, Suiza.

¹⁰ Rathe, Magdalena y Rojas, Natalia, *Protección financiera en salud en la República Dominicana: Análisis del gasto catastrófico y empobrecedor en salud de los hogares dominicanos beneficiarios del sistema de subsidios sociales*, Banco Central – BID, Santo Domingo, 2012.

También nos sirve de inspiración el libro *Buena Salud a Bajo Costo, 25 Años Después*, cuya edición estuvo a cargo de Balabanova y otros autores,¹¹ quienes abordan la compleja tarea de explicar por qué algunos países¹² han logrado mejorar la salud de sus poblaciones, aun con relativamente bajo nivel de desarrollo económico y con limitaciones de recursos, enfocándose en identificar factores clave para el desempeño de los sistemas, como la organización y el financiamiento, la prestación de los servicios, los procesos de política, la regulación y la gobernanza institucional, en adición a aspectos más amplios propios del contexto socioeconómico y político de cada país que también impactan la salud de su gente.

En el primer capítulo de este libro presentamos los postulados de la Organización Mundial de la Salud para la medición del desempeño de los sistemas de salud. Dentro del mismo, una de las metas del sistema de salud es lograr la equidad y la protección financiera de la población, tema central del presente estudio. El marco conceptual que utilizamos en nuestro análisis, toma en consideración temas clave que están en discusión en la actualidad, como las consideraciones para alcanzar la cobertura universal a la que aspiran todos los países.

El segundo capítulo presenta las principales recomendaciones del libro *Salud, visión de futuro* y los avances que se han logrado en el proceso de implementación de la reforma. Luego, el capítulo tres describe la arquitectura

¹¹ Balanova, Dina, Mc Kee, Martin and Mills, *Ann, Good health at low cost, 25 years on, what makes a successful health system?* London School of Hygiene and Tropical Medicine, England, 2011.

¹² Los países (y o estados) estudiados son China, Costa Rica, el Estado de Kerala (India), Sri Lanka, Bangladesh, Ethiopia, Kyrgyzstan, Thailand y el Estado de Tamil Nadu (India).

del sistema de salud dominicano después de aprobada la reforma del año 2001. El cuarto compara el caso dominicano con el resto de los países latinoamericanos en lo que concierne a resultados de salud, acceso a los servicios, cobertura y recursos. El capítulo cinco se centra en los temas del desarrollo humano, como determinantes sociales de la salud. Los capítulos seis y siete se relacionan con el gasto nacional en salud y la protección financiera, también en contexto internacional. El capítulo ocho presenta un resumen de las historias de éxito que se presentan por separado, así como las experiencias de países exitosos en otras regiones del mundo, procurando obtener lecciones para la República Dominicana. Finalmente, el capítulo nueve presenta los desafíos pendientes en la reforma dominicana y sugerencias de cómo abordarlos, pretendiendo sentar las bases para una reflexión sobre una nueva visión de futuro del sistema de salud.

De manera separada y, posteriormente, dentro de un segundo volumen presentamos los estudios de caso de los cuatro países con mejor desempeño de los 19 analizados, a saber, Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay, con el propósito de ofrecer mayores detalles a los lectores interesados en las experiencias específicas de estos países exitosos. Estos estudios de caso procuran encontrar elementos clave en su organización y financiamiento, que hayan orientado sus historias de éxito.

Es importante señalar que el estudio del desempeño de los sistemas de salud para alcanzar la cobertura universal ha cobrado fuerza en años recientes. Un hito claro fue la publicación en el año 2010, del informe mundial de la OMS dedicado al tema del financiamiento a los sistemas de

salud¹³, como base para alcanzar la cobertura universal. En el año 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas emitió una declaración promoviendo esta, como una finalidad de los sistemas de salud, aspirando a cubrir a toda la población con servicios de calidad y sin riesgos financieros excesivos. En 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó una resolución para implementar la *Estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud*.¹⁴ Numerosos estudios y organizaciones internacionales han promovido este movimiento, hasta que, en el año 2015, la cobertura universal en salud fue incluida en los Objetivos del Desarrollo Sostenible¹⁵. Actualmente, las Naciones Unidas están definiendo los indicadores para darles seguimiento hasta el 2030 y afinando las metodologías comparables para medirlos.

Hoy, en 2016, el momento es clave para buscar una nueva visión compartida del sistema dominicano de salud. Veinte años después de la concepción de la reforma y 15 después de su aprobación, es buen momento para reflexionar sobre su impacto. Hoy existen las condiciones para culminar dicho proceso y lograr que las aspiraciones de equidad, universalidad y solidaridad que la motivaron, se materialicen y que una atención de salud con calidad para todos sea, finalmente, posible en la República Dominicana.

¹³ Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2000, El financiamiento de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud (2014), *Estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud*, Resolución del Consejo Directivo, en la 66^{va}. Sesión del Comité Regional de la OMS de las Américas, Washington, DC, octubre de 2014.

¹⁵ Asamblea General de las Naciones Unidas, *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, 25 de septiembre de 2015.

Capítulo 1

MARCO DE REFERENCIA



En este capítulo presentamos los temas conceptuales que guían el trabajo del análisis del sistema de salud de la República Dominicana, así como el abordaje metodológico empleado en cada caso. Como hemos señalado, el propósito fundamental de la investigación consistió en analizar los avances de la reforma del sistema dominicano de salud desde el momento de su concepción, delineada 20 años atrás en el libro *Salud, visión de futuro*. Asimismo, comparar dichos avances dentro del contexto de América Latina y el Caribe, procurando identificar aquellos países con mejores resultados.

A fin de categorizarlos se usaron ciertos criterios, siguiendo los temas fundamentales incluidos en el marco de evaluación del desempeño de la Organización Mundial de la Salud con la finalidad de realizar estudios de caso a mayor profundidad que permitieran extraer lecciones de interés para el caso dominicano. El análisis comparativo nos llevó a seleccionar cuatro países de la región, Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay, para estudiarlos con más detenimiento, procurando extraer lecciones sobre las políticas adoptadas por los mismos dentro de su sistema de salud. En este análisis se utiliza también como punto de referencia la experiencia de otros países exitosos en sus sistemas de salud¹⁶, que pueden servir de inspiración en la presente etapa de re-pensar la reforma de salud.

¹⁶ Balanova, Dina, Mc Kee, Martin and Mills, *Ann, Good health at low cost, 25 years on, what makes a successful health system?* London School of Hygiene and Tropical Medicine, England, 2011.

El enfoque de los sistemas de salud

Desde la publicación del Informe Mundial de la Salud de 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido un marco de referencia para analizar y medir el desempeño de un sistema de salud, el cual ha ido perfeccionando en informes sucesivos, para enfocar algunos de sus componentes principales. Según dicho marco, el desempeño se mide de acuerdo al logro de tres metas esenciales, a saber:

- El mejoramiento de la salud de la población
- La equidad y la protección financiera
- La capacidad de respuesta

Más adelante, se añadió una cuarta meta, que consiste en medir la eficiencia y costo-efectividad con que se cumplen las metas anteriores, particularmente, en términos del sistema en su conjunto.

La primera meta es evidente. A largo plazo, eso es lo que todo el mundo desea: que mejore la situación de salud de las personas, que estas sean capaces de tener vidas más largas, saludables, productivas y felices. De hecho, la constitución de la OMS de 1946 define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁷

No obstante, la enfermedad es una realidad que todas las personas habrán de enfrentar alguna vez, por el simple hecho de estar vivas. Esta puede ser de mayor o menor

¹⁷ El Concepto de Salud: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/Cpt-SaCon.html>

RECUADRO 1. LAS FUNCIONES DE UN SISTEMA DE SALUD

Rectoría. Implica tres tareas centrales:

- a) *Conducción sectorial*, que se refiere a fijar la dirección del sistema de salud a través de la formulación de metas, políticas y estrategias.
 - b) *Inteligencia sanitaria*, dedicada a recoger e interpretar la información para tomar decisiones basadas en la evidencia.
 - c) *Regulación y supervisión* a través de reglas, procedimientos, leyes, decretos, estándares, etc. que incentiven, monitoreen y penalicen el comportamiento de los actores.
- 1) *Financiamiento.* Se define como el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema. Busca asegurar la disponibilidad de recursos financieros y de establecer incentivos financieros correctos a los prestadores para asegurar que todos los individuos tengan acceso a servicios de salud pública y a cuidados individuales efectivos. Dentro de la función de financiamiento existen tres subfunciones: el *recaudo*, el *aseguramiento* y la *compra*.
- a) *Recaudo.* El recaudo de recursos es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero proveniente de los hogares, organizaciones o compañías, así como de donantes.
 - b) *Aseguramiento.* Esta subfunción, se refiere a la acumulación y administración de los fondos de recursos antes colectados con el fin de asegurar que el riesgo de tener que pagar por el cuidado de la salud recae en todos los miembros asegurados (el *pool*) y no en cada contribuyente de manera individual.
 - c) *Compra de servicios.* El proceso de compra consiste en el pago de dinero proveniente del fondo común a los prestadores de salud para que entreguen un conjunto de servicios de salud. Esta función puede realizarse de forma pasiva o estratégica. La utilización de incentivos corresponde a la *compra estratégica* de servicios por parte de los asegurados. Implica tomar decisiones explícitas y no pasivas acerca de tres interrogantes centrales: *qué servicios comprar para la población asignada, cómo hacerlo y de quién comprar esos servicios para lograr los objetivos propuestos.*
 - i) *¿Qué servicios comprar?* Decidir de manera estratégica qué servicios garantizar para la población (por ejemplo a través de la priorización explícita y la definición de un plan de beneficios).
 - ii) *¿Cómo comprar?* Tanto para asignar recursos como para pagar a los proveedores, se cuenta con mecanismos de asignación de recursos desde una fuente de fondos como el gobierno, una compañía de seguros u otro tipo de ente pagador hacia los prestadores. Los diferentes mecanismos de pago (pago por servicios prestados, pago por cápita, pago por caso, etc.) vienen acompañados de una serie

de incentivos que influyen en las conductas de los prestadores en términos de los tipos, cantidades, calidad y efectividad de los servicios que ofrecen.

- iii) *¿De quién comprar?* Se refiere a las decisiones acerca de la selección de los prestadores que garantizarán los servicios que se quieren ofrecer a la población.
- 2) *Prestación.* La OMS define la prestación o entrega de servicios como la manera en que se combinan los insumos para generar servicios. Bajo esta perspectiva, la prestación de servicios puede ser vista con un enfoque sistémico donde se combinan insumos (recursos financieros y humanos, medicamentos, materiales, infraestructura física, guías de práctica clínica, políticas etc., Masoud, 2001) y procesos (el cómo usar esos recursos mediante gestión, organización del cuidado, procesos de mejoría de calidad, etc.) para producir ciertos resultados intermedios (por ejemplo, niños vacunados) y finales (por ejemplo, reducción de morbilidad infantil).
- 3) *Generación de recursos:* inversión y formación del recurso humano. Esta función se vincula directamente con las inversiones que realiza el sistema de salud para disponer de los elementos necesarios en su operación, debido a las inversiones que en muchas ocasiones se dan fuera de lo que se considera el sistema de salud, como por ejemplo, la elaboración de nuevos medicamentos, o la formación de nuevos especialistas clínicos. Es necesario tener en cuenta que los recursos con los que dispone el sistema de salud en el momento actual son producto de las inversiones realizadas en el pasado (recursos, conocimientos, información) con lo que se puede generar un desfase entre los recursos disponibles y las necesidades actuales, si no existe una planificación adecuada.

Fuente: Autores basados en Travis et al., 2002, *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. (Tomado de Tristao, Rathe y Geidion, Nota de Políticas del Sector Salud, BID, 2013).

gravedad y generalmente va a implicar la búsqueda de servicios de salud. Estos últimos pueden ser costosos y alguien tiene que pagar por ellos. Generalmente, los menos favorecidos, los que tienen menor capacidad de pago, son los más vulnerables a sufrir las consecuencias financieras de la mala salud. Aquí entra en juego el concepto de equidad y protección financiera, que se fundamenta en el papel del Estado para crear los mecanismos de distribución del riesgo de enfermarse, protegiendo

así a las personas que enfrentan problemas de salud imprevistos. La capacidad de respuesta se refiere a temas que no están vinculados directamente con el servicio o la atención médica como tal, sino a otros temas, como la rapidez de la atención, el respeto a los derechos humanos, a la privacidad y la dignidad, lo que también ha sido denominado la “calidad y calidez” de los servicios de salud.

Para medir el desempeño de los sistemas de salud, la OMS propone que se analice la forma en que realizan sus cuatro funciones claves, a saber:

- Prestación de servicios
- Creación y desarrollo de recursos
- Financiamiento
- Liderazgo y gobernanza (rectoría)

La prestación de servicios, ya sean estos personales o colectivos, tiene que responder a las necesidades de salud, estar disponible y asequible para las personas y ser capaz de resolver con calidad los problemas que atiende. Para ello, se necesita crear y desarrollar recursos –humanos, físicos, tecnológicos– en la cantidad y calidad adecuada, lo cual, a su vez, requiere de recursos financieros. Por tal motivo, la función de financiamiento del sistema de salud es fundamental, no solo para financiar lo anterior, sino también para proteger a las personas y lograr la equidad en el pago. Esto va a tener un impacto importante en los resultados de salud de toda la población.

Se ha señalado que la función de rectoría es la más importante. En definitiva, una buena conducción del sistema de salud logrará que se desempeñen mejor las demás áreas. Esta es una función que corresponde intrínsecamente al

Estado y se refiere a la direccionalidad del sistema, el establecimiento de las normas y regulaciones, así como la supervisión de su cumplimiento, la inteligencia sanitaria, es decir, la producción de la información básica para la toma de decisiones. Para fines analíticos, la OMS distingue seis subsistemas de salud, a saber: prestación de servicios (servicios de salud); personal sanitario (recursos humanos); información sanitaria (tecnología); tecnologías médicas (medicamentos); financiación de la salud (financiamiento); liderazgo y gobernanza (rectoría).

En este marco de acción planteado por la OMS, *el centro del sistema son las personas*, las cuales deben situarse en una relación de *interconectividad* con los seis subsistemas de salud que, en su conjunto, componen un sistema de salud completo. Por ello, es fundamental poner de relieve el papel de las personas, no solo en el centro del sistema como mediadores y beneficiarios, sino también como actores en la conducción del propio sistema.¹⁸ Esto comprende su participación como individuos, organizaciones de la sociedad civil y redes de partes interesadas, y también como actores claves que influyen en cada uno de los elementos constitutivos, en su calidad de profesionales o formuladores de políticas sanitarias. Para comprender la interrelación entre ellos, la OMS recomienda también aplicar una visión sistémica a la comprensión del sistema de salud.

“Para comprender y valorar las relaciones que se dan dentro de los sistemas, en varios proyectos recientes se ha adoptado el pensamiento sistémico a fin de abordar

¹⁸ González Pons, Soraya, *Medición del desempeño del sistema de salud*, Informe final de consultoría del Observatorio de la Salud, Fundación Plenitud/BID/OSALC, Santo Domingo, 2011.

complejos problemas y factores de riesgo sanitarios, con relación al control del tabaco, la obesidad y la tuberculosis. En un ámbito más amplio, empero, el pensamiento sistémico tiene grandes posibilidades aún no explotadas; en primer lugar, para desentrañar la complejidad de todo un sistema sanitario, y luego para aplicar ese conocimiento en el diseño y la evaluación de intervenciones que permitan aumentar el grado de salud y la equidad sanitaria. El pensamiento sistémico puede proporcionar un medio para actuar con más acierto y eficacia en las complejas circunstancias concretas. Puede abrir vías muy útiles para determinar y resolver los problemas de los sistemas de salud, y como tal es un ingrediente imprescindible de cualquier acción encaminada al fortalecimiento de esos sistemas”.¹⁹

Al colocar a las personas y sus instituciones en el centro de este marco se recalca el renovado compromiso de la OMS con los principios y valores de la atención primaria de salud, a saber: equidad, justicia social, participación y colaboración intersectorial.²⁰

Alcanzar la cobertura universal

La inequidad que se observaba en numerosos países tanto en lo que concierne a los resultados de salud, a los recursos del sistema y a su financiamiento y protección financiera, motivó una corriente de reformas en América Latina

¹⁹ Don de Savigny y Taghreed Adams (editores). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud*, Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2009.

²⁰ WHO, *Everybody's' Business. Strengthening health systems to improve health outcomes*.

y el Caribe, principalmente a partir de los noventa. Estas reformas, por lo general, planteaban como uno de sus objetivos fundamentales, el logro de un sistema de cobertura de salud universal, que involucrara la garantía del acceso a un paquete de beneficios de prestaciones básicas a la población que redujera considerablemente los gastos de bolsillo, mediante la ampliación del aseguramiento en salud y el fortalecimiento de la gestión pública del financiamiento, regulación y función rectora de los sistemas de salud.²¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cobertura universal en salud tiene como fin asegurar que todas las personas reciban la atención en salud que necesitan, al margen de su capacidad de pago y nivel de ingresos.²² Esto implica la existencia de un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias de una población. Significa también que el financiamiento de los servicios de salud garantice que las personas no tengan que incurrir en gastos que excedan su capacidad de pago o que las empobrezcan para poder utilizarlos. Que las personas accedan a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos. Que el sistema de salud esté dotado de personal suficiente, bien capacitado y motivado para prestar los servicios adecuados de acuerdo con las necesidades de los pacientes, sobre la base de los mejores conocimientos científicos disponibles.²³

²¹ Infante et al. “Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe,” en *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 8(1/2), 2000.

²² Página web de la OMS en http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/index.html.

²³ OMS, opus Cit.

La introducción de reformas que apunten hacia el logro de la cobertura universal en salud se ha justificado no solo como un componente ético basado en principios de equidad y de garantía del derecho humano, sino también como elemento instrumental para el logro de objetivos relacionados a la eficiencia, la reducción de la pobreza y el desarrollo humano sostenible. Como la cobertura universal tiene consecuencias directas para la salud de la población, implica también avanzar hacia la eficiencia productiva al contribuir con la generación de capital humano y a que las personas puedan acceder a oportunidades económicas y a aportar al bienestar de sus familias y sus comunidades.

Así, algunos autores²⁴ consideran la cobertura universal en salud como una de las bases para el desarrollo de los países, pues al contribuir a que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud que necesitan, sin incurrir en privaciones financieras, tiene el potencial de aumentar el crecimiento económico, mejorar las oportunidades de educación, reducir el empobrecimiento y las desigualdades y fomentar la cohesión social. Sin embargo, resaltan que más de mil millones de personas en el mundo aún no pueden usar los servicios de salud que necesitan, porque o no pueden pagar por su utilización, o los mismos no están disponibles, lo que se relaciona a limitaciones en las oportunidades educativas, productivas y participativas a que accede este segmento de la población. Como tal, los autores plantean que las reformas de financiamiento de la salud son cruciales para fines del desarrollo sostenible, y de hecho, los países donde se han aplicado o se están aplicando ofrecen lecciones útiles. Por ejemplo, las reformas deben acompañarse de

²⁴ Evans, D. et al. “*Universal Health Coverage is a Development Issue*”. www.thelancet.com. Vol. 380, september 8, 2012.

medidas que aseguren que los servicios de salud estén disponibles y sean de calidad; que los/las trabajadores/as de la salud estén bien capacitados/as y que la distribución de equipos y de medicamentos sea adecuada, según la necesidad de la población servida.

Existe un movimiento mundial hacia la cobertura universal (incluyendo a los 25 países más ricos, entre ellos, los Estados Unidos²⁵). Esta tendencia de cambio en la forma en que la salud es financiada y en cómo se organizan los sistemas de salud es resultado de las grandes transiciones que viene experimentando el mundo, la transición demográfica primero y luego, la transición epidemiológica entre los siglos xx y xxi.²⁶

Las lecciones aprendidas a partir de la experiencia de los países, reflejan la diversidad de enfoques con que estos han avanzado significativamente hacia la cobertura universal y, como tal, estos avances se pueden lograr de muchas maneras. Por tanto, dadas las diferencias de cada país, respecto al funcionamiento de sus respectivas instituciones, a su cultura, a la organización de sus sistemas de salud y a sus realidades financieras, se recomienda adaptación en vez de sugerir la adopción de las estrategias generales a la hora de elegir un camino hacia el logro de la cobertura universal.²⁷

²⁵ Rodin y De Ferranti. “*Universal Health Coverage: The Third Global Health Transition*”. www.thelancet.com. Vol. 380. September 8, 2012.

²⁶ Según Rodin y De Ferranti, los 25 países más ricos del mundo (aunque aún no los EE.UU.) ya tiene alguna especie de cobertura universal en salud. Asimismo, la tienen algunos países de ingreso medio como Brasil, México y Tailandia. Incluso países de bajos ingresos como Filipinas, Vietnam, Rwanda, Ghana, Sudáfrica y hasta algunos de grandes poblaciones como India y China están trabajando en ello.

²⁷ Rodin y De Ferranti, opus cit., 2012.

Se ha indicado que hay cuatro ejes fundamentales a través de los cuales se puede analizar la importancia de la transición hacia la cobertura universal en salud: el económico, el político, el institucional y el de los costos.²⁸ El primero, estrechamente relacionado con el tema de este trabajo, se sustenta en que la salud no es solo una consecuencia del desarrollo económico, sino también un medio para alcanzarlo. Desde este punto de vista, el gasto en salud es considerado una inversión que contribuye a generar beneficios económicos, ya que las personas saludables tienen mayor probabilidad de lograr una productividad más alta, mayor participación de las oportunidades productivas y mejores condiciones de vida. La cobertura universal evita que las personas tengan el riesgo de caer en la ruina a causa de gastos de bolsillo en salud y permite que la población disponga de más recursos, que a su vez pueden dirigirse a otras actividades económicas, como el ahorro, el consumo o la inversión hacia actividades productivas, potenciando el desarrollo económico.

La inversión en salud puede constituir además un medio importante para la redistribución del ingreso. Un estudio realizado por la autora en la década de 1990 en la República Dominicana mostraba que, de todas las inversiones del Estado, la que tenía un impacto redistributivo mayor a corto plazo era la inversión pública en salud.²⁹

²⁸ Frenk y De Ferranti. “*Universal Health Coverage: Good Health, Good Economics*”. www.thelancet.com. Vol 380. September 8, 2012.

²⁹ Santana, Isidoro y Rathe, Magdalena, *Impacto distributivo de la gestión fiscal en la República Dominicana*, Fundación Siglo XXI, Santo Domingo, 1992.

Aspectos metodológicos

En esta sección se explica la metodología seguida en cada etapa del trabajo, incluyendo análisis estadístico, fuentes de los datos, supuestos y principales fuentes para su construcción. El marco conceptual, tal como se indicó previamente, se fundamenta en el marco de evaluación del desempeño de la OMS y numerosa literatura alrededor de este, sobre cómo analizar o medirlo, en cada uno de sus subcomponentes o subsistemas. El enfoque principal de este trabajo se vincula con el financiamiento del sistema y la protección financiera, por lo que tiene mucha relación con los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal con equidad. Como se trata de un problema complejo, se reconoce desde el principio que no hay recetas o soluciones simples, sino que se requiere de un abordaje sistémico. De cualquier modo, se aborda la tarea de revisar las historias de éxito de países similares, procurando identificar los factores que han incidido en el logro de sus metas.

El sistema dominicano de salud

La sección de análisis del sistema dominicano de salud procuró guiarse por el marco de desempeño de la OMS, observando los avances logrados por la reforma en materia de las funciones básicas de un sistema de salud, a saber:

- Función de rectoría.
- Función de financiamiento, incluyendo recaudaciones por tipo, mancomunación de fondos (aseguramiento), compra y asignación de recursos.
- Función de provisión de servicios.

Dicho análisis utilizó mucho material de estudios previos de la autora sobre el mismo tema, tales como los realizados dentro de la iniciativa del Observatorio del Sistema de Salud (OSRD)³⁰, otros estudios sobre protección financiera realizados en estudios de carácter multinacional dentro de la Red de Equidad y Protección Financiera en Salud y, particularmente, análisis del sistema de salud realizados para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). La información estadística de afiliación y cobertura de seguros provino fundamentalmente de la SISALRIL. El correspondiente acceso y la utilización, y temas de equidad se realizaron en base a los resultados de la ENDESA. Las cifras de gasto y financiamiento se abordaron según cifras oficiales, cuando las hubiese, estimaciones de la Fundación PLENITUD, así como publicaciones de la OMS.

El análisis comparativo

El análisis comparativo pretende examinar el sistema dominicano de salud, dentro del contexto de la región de América Latina, para lo cual se parte de la comparación de los indicadores de salud y otros indicadores sociales relacionados de los países de la región, con miras a identificar respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles países de la región son los que tienen los mejores y peores resultados de salud y dónde se ubica la República Dominicana en este contexto?
- ¿Qué factores dentro del sistema de salud se vinculan a mejores resultados de salud en la región?
- ¿Qué factores fuera del sistema de salud se asocian a mejores resultados de salud en la región?

³⁰ Para más información ver www.fundacionplenitud.org

En vista de que no todos los países tienen estadísticas comparables, el análisis se circunscribió a los que las tenían, a saber: Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Los datos corresponden, en su mayor parte, a los Indicadores Mundiales de Desarrollo, del Banco Mundial. Siguiendo el marco de la evaluación del desempeño de la OMS, los indicadores seleccionados para estos fines se agrupan en las siguientes categorías:

- logros o resultados en salud
- acceso y cobertura a los servicios de salud
- insumos o recursos para la provisión de servicios de salud
- financiamiento de los sistemas de salud.

Para analizar el logro en términos de resultados en salud, el indicador único más importante lo constituye la esperanza de vida, dado que resume los patrones de mortalidad de un país o una región, los cuales, a su vez, se supone estén asociados con niveles de ingreso, calidad de vida, factores de riesgo, calidad y acceso a los servicios de salud. En adición a este se agregaron otros indicadores típicos de los países en vías de desarrollo, como son la mortalidad infantil, materna y neonatal, que son claves para el caso dominicano.

Para medir el acceso y la cobertura de los servicios de salud utilizamos los siguientes indicadores: número de visitas de atención prenatal, partos atendidos por personal calificado, inmunización contra el sarampión, DPT3 y polio. Es posible que estos no sean los mejores indicadores para países de ingreso medio alto, muchos de los

cuales han avanzado bastante en su transición epidemiológica y en los cuales pesan mucho ya las enfermedades no transmisibles. Pero es más difícil obtener información estandarizada sobre cobertura de enfermedades crónicas. Mucho mejor aún sería tener datos de cobertura efectiva³¹ de ciertas dolencias, pero los estudios al respecto son limitados. No obstante, hemos incluido algunos datos para algunos de los países, que formaron parte de un estudio específico sobre el tema.³²

Los indicadores de recursos se refieren a médicos y enfermeras por cada 10,000 habitantes y número de camas hospitalarias. Estos también son los indicadores tradicionales que se usan para el tema y sobre los que se recogen datos, pero también son limitados en cuanto a dar a conocer la calidad de los recursos en salud.

Para medir la equidad y protección financiera del sistema de salud, nos basamos en las estadísticas que publica el *Global Health Expenditure Database* de la OMS, particularmente en lo que concierne al gasto nacional y el gasto público en salud con respecto al PIB, el gasto en salud per cápita, el gasto en público y en seguridad social como porcentajes del gasto total en salud, la prioridad pública al sistema de salud, medida como el porcentaje del gasto gubernamental en salud, como porcentaje del gasto total del gobierno. La protección financiera la medimos como el porcentaje de hogares que han experimentado gastos catastróficos en salud (de acuerdo al porcentaje de sus ingresos medido según una línea internacional de

³¹ Se entiende por cobertura efectiva la cobertura de una cierta intervención ajustada por la calidad, es decir, no solo la existencia de la disponibilidad de la misma o del número de personas que acceden a ella, sino las personas que están efectivamente tratadas o controladas, según sea el caso.

³² OSALC, red cobertura efectiva (2010).

pobreza). Como este indicador no es estándar ni aparece en todos los países,³³ nos hemos aproximado al mismo con el porcentaje de gasto de bolsillo de los hogares respecto al gasto total en salud y, si estuviera disponible, esa misma variable con relación al ingreso de los hogares.

Los datos anteriores se refieren directamente al sistema de salud. Por lo tanto, estos se complementan con el análisis de otros factores relacionados al contexto socioeconómico y a determinantes sociales de la salud que también afectan de manera importante la situación de salud de cada país. Se analiza, en consecuencia, el nivel de ingreso per cápita, las desigualdades en el ingreso, la pobreza, la cobertura de servicios básicos, como el agua y el saneamiento, así como indicadores relativos a la educación, particularmente de las mujeres. Muchos de estos indicadores forman parte del índice de desarrollo humano, por lo que se agrega este enfoque descriptivo, que toma en cuenta los determinantes sociales de la salud. Para ello, se utilizan los Informes de Desarrollo Humano publicados por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y se analiza la situación de los países de acuerdo al IDH y al índice de desigualdad de género.

El enfoque analítico que se utiliza en estos capítulos se basa en una aplicación del método comparado denominado “análisis entre países (*cross-national*)”, incorporando características de las estrategias comparativas del análisis de casos y la revisión de estadísticas descriptivas.

³³ Para un conjunto de países, pudimos disponer de información comparable sobre gasto catastrófico. Kanul et al., 2011.

Los estudios de caso

Mediante el proceso anterior se llegó a la conclusión de que los países que tienen mejores resultados en su sistema de salud son Cuba, Chile, Costa Rica y Uruguay. En consecuencia, en la segunda parte de este trabajo se procedió a elaborar un estudio de caso de cada uno de los cuatro países señalados, siguiendo el marco de la evaluación del desempeño y tomando en consideración el enfoque recomendado en el libro *Good Health at Low Cost*. De esta manera, los estudios de caso tienen el siguiente contenido:

- Información general del país (características demográficas, socioeconómicas, geográficas y políticas).
- Evolución de los resultados de salud en los últimos 30 años.
- Factores dentro del sistema de salud que se asocian a los logros alcanzados en salud (estructura, financiamiento, insumos, cobertura de servicios).
- Factores (fuera del sistema de salud) que se asocian a los logros alcanzados en salud.
- Lecciones aprendidas y desafíos a futuro.

Una fuente importante de consulta para los estudios de caso fue la Revista de Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2 de 2011, que contiene perfiles de los sistemas de salud de todos los países de la región de América Latina y el Caribe. Asimismo, la edición 2012 de la serie de OPS titulada “Salud en las Américas”. Esto fue complementado con la revisión de literatura internacional publicada sobre los cuatro países seleccionados. Asimismo, se revisaron las bases de datos de Banco Mundial, OPS/OMS, PNUD, así como del *Institute for Health Metrics*

and Evaluation (IHME). También fue útil hacer una revisión de estadísticas nacionales disponibles a través de los distintos ministerios de salud, institutos de estadística, y universidades nacionales, entre otros.

Finalmente, se resume la experiencia de los países estudiados en el libro *Good Health at Low Cost*, la cual contiene también enseñanzas que pueden ser asimiladas y aprendidas por los dominicanos. Del mismo modo, se revisó la experiencia internacional incluida en otro informe mundial de salud que tuvo una gran influencia en la reflexión sobre los sistemas de salud, el informe correspondiente al año 2010 de la OMS, *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*.

Si bien no es posible establecer una relación directa de causa y efecto entre los recursos destinados a la salud, la cobertura de los servicios y la organización de los sistemas de salud, por una parte, y los resultados en salud obtenidos, por la otra, sí se encuentran lecciones comunes a todas las experiencias exitosas. Este trabajo procura identificarlas, extraer lecciones y comprender las implicaciones que tiene el desempeño de los sistemas de salud de la región, de cara al caso dominicano.

Capítulo 2

¿POR QUÉ REFORMAR EL SISTEMA DE SALUD?



Hace veinte años, cuando se publicó el libro original *Salud, visión de futuro*,³⁴ se señalaba que “El sistema dominicano de salud se caracteriza por su fragmentación, inadecuada gestión administrativa, baja gobernabilidad y escaso liderazgo por parte del sector estatal. La complejidad del sistema se manifiesta en una maraña de intercambios donde se mezclan recursos materiales, recursos humanos, pacientes, dinero e información entre los diferentes elementos del sistema... lo cual resulta en varios subsistemas aislados entre sí, que atienden a un segmento específico de la población, lo que tiene efectos negativos sobre la equidad y la eficiencia.”

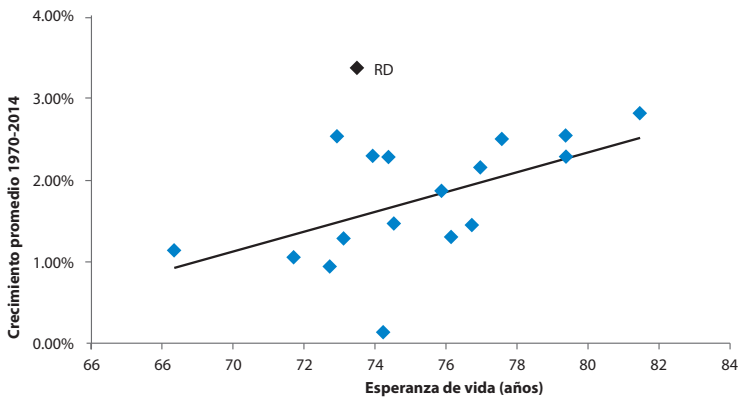
Los principales problemas identificados, que justificaban la reforma sectorial eran: ineficacia, inequidad, insatisfacción de la gente, insatisfacción del personal de salud, ineficiencia, inevitable aumento de los costos. En este capítulo presentamos la situación que prevalecía en el año 1996 según estaba descrita en el libro señalado y procuramos ver cuánto hemos avanzado en resolverlos en 2016, después de varios años de implementación de la reforma sectorial del 2001.

³⁴ *Salud, visión de futuro*, opus cit. (1996). Todas las citas en este capítulo, salvo se indique otra referencia concreta, corresponden a dicha publicación.

Ineficacia

“El sistema dominicano es ineficaz porque no cumple con el objetivo de garantizar el acceso a la salud para toda la población. Esto puede expresarse en la cobertura limitada de los servicios de atención a las personas y por la baja inversión en las acciones de promoción y prevención de alta externalidad”. El documento indicaba que esta ineficacia se reflejaba en que no se resolvían los problemas básicos de la población, dado que en el país aún existían tasas elevadas de mortalidad infantil y materna, importante prevalencia de enfermedades que podrían ser fácilmente evitables con medidas higiénicas, del ambiente y la educación sanitaria (diarrea, fiebre tifoidea e infecciones respiratorias agudas), diferencias regionales, sociales y de género en patrones de enfermedades relacionadas con la pobreza, patologías emergentes (SIDA, dengue, meningitis), a lo cual se agregaba el aumento de las enfermedades crónicas y la reducida cobertura al tratamiento de las mismas.

Gráfico 2.1. Relación entre la esperanza de vida y crecimiento per cápita promedio de países latinoamericanos 1970-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

Como resultado de esto, la esperanza de vida, si bien ha venido aumentando –como en todos los países, a medida que avanzan en el proceso de desarrollo– no lo ha hecho en la medida suficiente, sobre todo para un país que ha crecido a tasas tan elevadas durante varias décadas. Puede verse en el gráfico que la República Dominicana es el país con el crecimiento per cápita promedio más elevado de toda la región, en el período desde 1970 al 2014, es decir, durante cuatro décadas. Sin embargo, la esperanza de vida se encuentra por debajo del promedio. En el mismo período, los tigres asiáticos (Hong Kong, Corea del Sur, Singapur y Taiwán), comenzaron a los mismos niveles y hoy nos superan por mucho, superando todos los 82 años en promedio, más que todos los países latinoamericanos.

Igual que el resto de los países, entre 1990 y 2013, el patrón de carga de enfermedad de la República Dominicana ha variado sustancialmente, porque también ha cambiado la composición demográfica. Al aumentar la esperanza de vida y mejorar la cobertura de saneamiento básico, se reduce la mortalidad atribuible a enfermedades de la pobreza y se incrementan el peso de las enfermedades crónicas. De esta forma, la diarrea, por ejemplo, que era el problema de salud con un peso mayor según este enfoque, pasó al número 26 en el año 2013. Las enfermedades del corazón y cerebrovasculares pasaron a los dos primeros lugares y, sorprendentemente, los accidentes de tránsito pasaron al tercer lugar desde el octavo en que se encontraban en 1990.

Algo fundamental llama la atención, sin embargo: varios de los problemas de salud de los recién nacidos (complicaciones de pre-término, sepsis neonatal y anomalías congénitas) se encuentran todavía entre las 10 primeras

causas de carga de enfermedad, es decir, entre las que ocasionan mayores muertes prematuras. Las enfermedades respiratorias siguen teniendo un peso importante y la diabetes pasa a un lugar preeminente. Los factores de riesgo con un mayor peso en la carga de enfermedad son los relacionados con la dieta, que provocan un relativamente elevado índice de masa corporal y la presión alta.

Ya en la época en que fue publicada la primera versión de *Salud, visión de futuro*, se indicaban los problemas de calidad del sistema de salud señalando:

“En el sector público proveedor de servicios de salud las precariedades son evidentes. Hay una distribución inadecuada de los recursos humanos, que no toma en cuenta la situación de salud de la población, la estructura poblacional y otros factores, lo que resulta en dispersión y, a veces, ausentismo casi total. En consecuencia, la población que asiste a los servicios públicos de salud no siempre recibe la atención que necesita ni sus problemas son resueltos adecuadamente. La baja calidad en los servicios de salud afecta de manera especial a las mujeres, que son las principales usuarias del sistema. A pesar de que el país ha logrado una cobertura del parto institucional de 95%, la mortalidad materna es muy elevada... la atención institucional debiera resultar en bajas tasas de mortalidad materna. Si no lo es, debe sospecharse de la calidad de los servicios que reciben las mujeres”.

Y también los niños, agregamos hoy. En efecto, las complicaciones en el parto, tanto para la madre como para el niño, así como la forma en que este se aborda usualmente en la República Dominicana, resultan en que todavía permanezcan altas las tasas de mortalidad infantil y materna. A pesar del tiempo transcurrido y las reformas

realizadas, estos problemas persisten y están asociados a la baja calidad de la atención obstétrica y neonatal. En efecto, un estudio realizado por Perez-Then (2011) concluye que “la gran mayoría de los médicos evaluados no cumplieron con las normas de atención al parto, al recién nacido y el puerperio, con la excepción del parto por cesárea”.³⁵ Del mismo modo, afirma que “en ningún caso hubo una atención adecuada al momento de la atención al parto o parto por cesárea, lo que puede influir en los altos índices de mortalidad materna e infantil”.³⁶

Como se observa, todavía hay mucho que hacer en el sistema de salud para lograr una mayor eficacia y obtener mejores resultados.

Inequidad

El libro de 1996 decía que “el sistema nacional de salud es altamente inequitativo. No garantiza un nivel mínimo de prestaciones de calidad a todos sus habitantes, porque no existen criterios claros de focalización hacia la población más pobre y vulnerable y porque las cargas financieras se distribuyen de manera injusta; cargan más pesadamente a quienes menos pueden pagar y en el momento más difícil, que es cuando se presenta la enfermedad”.

³⁵ Pérez-Then, Eddy, *Evaluación de los servicios de atención materna e infantil en el segundo y tercer nivel de atención de las regiones I y II de salud de la República Dominicana*, Observatorio del Sistema de Salud (OSRD), PLENITUD/BID, Santo Domingo, RD, 2011.

http://www.fundacionplenitud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=303:calidad-de-los-servicios-de-salud-maternoinfantil&catid=93:osrd

³⁶ Perez-Then, Eddy, opus cit. (2011).

Más adelante, continúa diciendo:

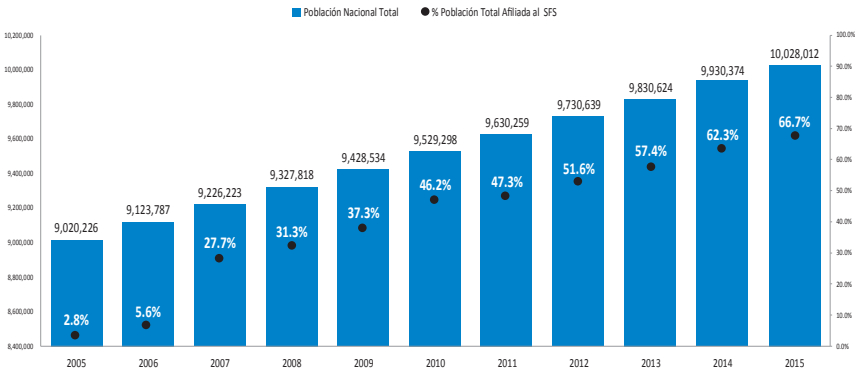
“El pago directo –es decir, el dinero que sale del bolsillo del enfermo y va a parar al bolsillo del proveedor– es la forma más inequitativa de financiamiento de la atención en salud, porque depende de la capacidad de pago. En la mayoría de los países, los sistemas de salud evolucionan hacia la conformación de mecanismos de financiamiento con base en la solidaridad, que permiten repartir la carga de la atención médica entre toda la población: sanos y enfermos, jóvenes y viejos, ricos y pobres. Los regímenes de seguridad social son una forma importante de lograr esta solidaridad, pero en el país esta representa una proporción baja del gasto nacional y mucho menor aún es su impacto en cuanto al porcentaje de la población cubierta.”

Las estimaciones basadas en la ENDESA 2013 sugieren que la reforma dominicana de salud ha logrado reducir el gasto de bolsillo a partir del año 2007.³⁷ Sin embargo, esta fuente no se considera la mejor para estos fines y las nuevas tendencias metodológicas internacionales sugieren utilizar otras fuentes, vinculadas a las cuentas nacionales del país, según las cuales no pareciera haberse reducido el gasto de bolsillo.

³⁷ Esta medición se realizó en base a la ENDESA 1996, 2002, 2007 y 2013, que contiene un cuestionario de morbilidad y gasto en salud. Es preciso aclarar que este método de estimación no es considerado el mejor para estimar este indicador y la OMS recomienda que se usen las Cuentas Nacionales que produce el Banco Central, lo cual hacemos en la sección de gasto y financiamiento. Dicha estimación se basa en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIGH), que es mucho más adecuada para medir el consumo de los hogares, pero la misma no está actualizada, siendo la más reciente del 2006-2007, previa a la implementación del régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud. Tampoco existen estudios que midan los aportes de los hogares mediante registros administrativos.

Otro indicador utilizado para medir equidad y protección financiera es la proporción de población cubierta por seguros, en especial, seguros de carácter obligatorio, como el seguro familiar de salud. Este ha sido el principal logro de la reforma de salud, pues hemos pasado desde una afiliación de 2.8% de la población en 2005, hasta 67% en 2015.³⁸ Naturalmente, es importante tener en cuenta que no todo grupo poblacional recibe los mismos beneficios y, por lo tanto, se necesita ver más de cerca esta situación. La profundidad de la protección financiera se refiere al contenido del paquete de servicios. Tal como veremos más adelante, hay todavía un camino importante por recorrer en este sentido.

Gráfico 2.2. Afiliación del SPS a la Población Nacional



Fuente: Estimaciones y Proyecciones de población por la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), 2000-2030. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborables (SISALRIL).

Existen también indicadores de protección financiera que procuran medir el gasto catastrófico y empobrecedor. En el capítulo correspondiente se ofrecen consideraciones al respecto, pero tienen limitaciones. No existen mediciones a lo largo del tiempo que utilicen la misma base

³⁸ Datos de la SISALRIL

estadística de cálculo, sino estudios aislados con fuentes diferentes y, por lo tanto, no comparables, además de que no cubren el período reciente de implementación de la reforma de salud, sino momentos previos.

Insatisfacción de la gente

Cuando se publicó el libro *Salud, visión de futuro*, no se habían hecho todavía estudios sobre la satisfacción de la gente frente al sistema de salud. No obstante, en el mismo se indicaba que “las inequidades en el acceso y el financiamiento, la ineficacia en cuanto a cobertura y capacidad resolutive y la baja calidad de los servicios de salud, las listas de espera injustificadamente largas en los centros públicos de salud, la falta de trato humanizado, posiblemente se traducen en la insatisfacción de las personas que los utilizan”. El libro presenta algunos indicadores para sustentar estas afirmaciones, como la utilización de proveedores en el 1987, donde podía observarse que en el quintil más pobre de la población las consultas se realizaban mayoritariamente en las clínicas privadas.³⁹ Debe acotarse que –en esa época– esto sucedía sin cobertura de seguros.

En el año 1996, no obstante, se realizaron dos encuestas que permitieron confirmar las apreciaciones señaladas arriba. Por un lado, la Encuesta de Satisfacción y Utilización de Servicios de Salud, ESU-96 y, por el otro, la Encuesta Demográfica y Salud (ENDESA, 1996). Esta última incluyó por primera vez un módulo de morbilidad, utilización y gasto en salud y luego continuó

³⁹ Bitrán, Ricardo y McInnes, Keith, *The demand for health care in Latin America. Lessons from the Dominican Republic and el Salvador* (1993).

realizándose cada cinco años, permitiendo disponer de información comparable.

En términos de utilización de servicios, 35% del grupo más pobre de la población en 1996 buscaba servicios de consulta en las clínicas privadas y, lo que es peor, prefería internarse en estas pagando de su bolsillo, 48% de las personas más pobres. Por supuesto que estos porcentajes son mucho mayores a medida que se avanza en la escala de ingresos. La selección de proveedores privados, pagando el alto costo de los servicios con sus propios fondos, constituye la prueba más evidente de la insatisfacción de la gente con los servicios públicos.

En el año 2013, sin embargo, los porcentajes cambian de manera importante: solo 7% de los más pobres prefiere consultar en el sector privado frente a 92% en los proveedores públicos. Respecto al internamiento, las clínicas privadas reciben 12% de los pacientes más pobres. En este último caso debe advertirse que es posible que parte de estas personas tengan cobertura de seguros, que no la tenían en 1996. Estos datos permiten suponer que posiblemente ha mejorado sustancialmente la satisfacción de la gente de menores ingresos con el sistema público de salud.

No obstante, no se han repetido encuestas como la ESU-96. Según la misma, en ese momento, los servicios privados eran considerados como buenos o excelentes en una proporción mucho mayor que los públicos (79% frente a 57%) y la mayoría de los encuestados manifestaron preferirlos si pudieran escoger (80% frente a 31%).

Insatisfacción del personal de salud

Es de suma importancia la satisfacción del personal de salud, pues de ellos depende enteramente la calidad de los servicios que se brindan. En 1996 se decía que las condiciones de trabajo actuales en el sector público, altamente centralizado, donde la contratación es homogénea e independiente de la capacidad y la dedicación, no ofrecen incentivos al personal. A esto se agregan las nóminas excesivas, vinculadas al clientelismo político y la distribución irracional de los recursos humanos en la geografía nacional. Asimismo, los salarios son tan bajos que no permiten a los profesionales y técnicos un nivel de vida digno. Más bien, el sistema presenta una forma perversa de incentivos, porque induce al pluriempleo, a la falta de responsabilidad frente al trabajo y porque premia al que se esfuerza menos.

Un estudio realizado en el 1990 en el Hospital Luis Aybar, midió la proporción de contactos entre médicos y enfermeras por nivel de entrenamiento y tipo de servicio, llegando a la conclusión de que los médicos atendían solo la consulta externa. Los internamientos estaban en manos, casi exclusivamente, de los médicos residentes (estudiantes de postgrado) y las emergencias, a cargo de los internos (estudiantes de medicina –ni siquiera graduados). Asimismo, arriba de 90% de los contactos de enfermería estaban a cargo de las enfermeras auxiliares, no de enfermeras graduadas.⁴⁰

⁴⁰ The Urban Institute, Reach Project: Economic cost of hospital services in the Dominican Republic, 1990.

En 2011, el estudio señalado previamente por Pérez-Then et al.,⁴¹ mostró resultados parecidos en una muestra de hospitales públicos de tercer nivel en Santo Domingo y Santiago.

“La falta de relación entre los salarios del personal del sector público y los servicios que presta, se traduce en una baja productividad del personal de salud y, consecuentemente, en una baja calidad de los servicios que presta”. Pareciera que estas afirmaciones siguen siendo válidas. Un estudio del Ministerio de Salud Pública, financiado USAID⁴² en el año 2012, muestra que persiste la situación de incumplimiento en el sistema público, con una muy baja dedicación de tiempo de los médicos a su trabajo. Este estudio mostró un mejor cumplimiento por parte del personal de enfermería.

“Una parte importante del personal de salud en todo el sistema no tiene la posibilidad de desarrollarse profesionalmente ni de ejercer adecuadamente su vocación. No existe una coordinación adecuada entre la formación de recursos humanos y las necesidades del país, lo que se traduce en superabundancia de algunos tipos de recursos y escasez de otros.” En efecto, las diferencias regionales siguen siendo importantes. En 2013, el Distrito Nacional tenía 5.1 médicos por 1,000 habitantes, cifra que más que duplica el promedio nacional y que es superior a la mayoría de los países desarrollados. Por su parte, la dotación de médicos es muy baja en las provincias, destacándose por ejemplo provincias turísticas, como La

⁴¹ Pérez-Then, opus cit., 2011.

⁴² Informe del Diagnóstico de Situación Rápida sobre la Gestión de Recursos Humanos en Salud, Parte B: Metodología Uso del Tiempo, MSP/USAID, Santo Domingo, 2012.

Altagracia, con 0.8, Puerto Plata con 0.9 y Pedernales, con 1.1 médicos por 1,000 habitantes.⁴³

“Los problemas señalados se traducen en la insatisfacción de los profesionales de salud que trabajan en el sector público, lo cual, a su vez, resulta en enfrentamientos periódicos con las autoridades. La baja gobernabilidad del sector ha conducido, en los últimos años, a reducir la credibilidad de la población en el sistema de salud”.

Esta situación de ingobernabilidad ha continuado a lo largo de los años y no acaba de resolverse. Además de todos los problemas indicados antes, el tema estructural fundamental es la forma de contratación centralizada de los recursos humanos, donde el proveedor no tiene autoridad para contratar o despedir. A pesar de que la ley de reforma de 2001 consagra la separación de las funciones de rectoría y provisión de servicios, ordenando que el MSP dicte las políticas y estrategias del sector y que los proveedores se descentralicen y/o adquieran autonomía de gestión, esto no ha sucedido todavía. En 2015 finalmente se aprobó una ley consagrando dicha separación, pero es aún muy temprano para saber si las decisiones fundamentales serán tomadas o no en 2016.

“La gestión centralizada del sistema público, orientado a la población pobre, además de actuar como un multiplicador de las ineficiencias e injerencias políticas que caracterizan la administración pública, creaba unas tensiones traumáticas entre las autoridades del sector y las organizaciones sindicales de los médicos y de las otras profesiones afines. Esto se traducía en graves problemas de gobernabilidad, donde la demanda de profesionales

⁴³ OPS, Indicadores de Salud de la República Dominicana, 2014.

de la salud es controlada por un solo demandante (las autoridades del sector) y la oferta por un solo oferente (el Colegio Médico Dominicano), o sea, se producen unas circunstancias semejantes a lo que en economía se conoce como un mercado controlado por un monopsonio y un monopolio. En estas circunstancias se traban los mecanismos de determinación de precios que funcionan cuando hay competencia entre demandantes y oferentes, por lo que generalmente el conflicto se resuelve mediante una solución negociada entre las partes. De esta manera, estos conflictos no tienen un carácter circunstancial, sino que se vuelven crónicos, al obedecer a una condición estructural del sistema”.⁴⁴

En marzo de 2016 el Colegio Médico comenzó una jornada de paros y amenazas de huelgas, con requerimientos similares a los de toda su historia: aumentos salariales, mejoras en la infraestructura y operación de los centros públicos de salud, e incluso, un aumento del financiamiento público hasta 5% del PIB –casi el doble del que se asigna actualmente. Una comisión gubernamental y de los gremios se encuentra en fases de negociación. Es decir, una vez más, se anticipan decisiones en base a negociaciones políticas, en lugar de realizar los cambios estructurales que demanda esta situación, los cuales, si no se realizan, continuarán amenazando al sector con la misma ingobernabilidad del pasado.

⁴⁴ Rathe, Magdalena, *¿Es posible alcanzar la cobertura universal en salud?*, Documento de apoyo al Informe Anual de la OMS 2010, El Financiamiento de los Sistemas de Salud, Ginebra, Suiza, 2010.

Ineficiencia

El libro *Salud, visión de futuro* señalaba en 1996 que “la desarticulación es la manifestación más clara de la ineficiencia del sistema nacional de salud, que se expresa en la superposición de diferentes subsectores sin coordinación, donde no hay una interacción correcta entre los recursos humanos, la infraestructura física, el financiamiento, la tecnología y la prestación de los servicios. De esta manera, se producen ineficiencias substanciales en las tres funciones principales del sistema: el financiamiento, la asignación de los recursos y la prestación de los servicios”.

La reforma de salud aprobada en 2001 –que se describe en el capítulo a continuación– se esforzaba por corregir esta desarticulación. En lo concerniente al financiamiento, tal como veremos luego, se han producido grandes avances (aunque todavía siguen existiendo limitaciones). Entre los aspectos consignados en 1996 como ineficiencias, puede decirse que se ha logrado aumentar el financiamiento público, pero no ha logrado todavía reducir el gasto de bolsillo.

Se eliminaron los topes de exclusión y las poblaciones excluidas en la concepción del nuevo seguro de salud. Se eliminó la doble cotización, pero persisten las coberturas obligatorias y voluntarias o complementarias, por problemas en la definición y supervisión del contenido de los planes de salud. Ha mejorado mucho el sistema de recaudación y de afiliación, así como los controles a la evasión y la elusión, pero sigue habiendo deficiencias, como, en general, en todo el sistema tributario.

INEFICIENCIA

En el sector público existen serios problemas de calidad, productividad de los recursos, suministros y capacidad resolutive. La organización de las instituciones públicas que componen el sistema de salud se corresponde con modelos organizativos implementados en los años cincuenta. Se trata de instituciones altamente centralizadas, con un grado elevado de burocratización. La prestación de servicios se realiza con muchas deficiencias en términos de calidad, eficacia y eficiencia, entre otras causas, debido al mecanismo de asignación de los recursos, que no guarda ninguna vinculación con las tareas que efectivamente se realizan.

En el sector privado, tanto lucrativo como social, hay también problemas de calidad y ausencia de regulación, a lo que se añaden los precios generalmente elevados, tanto de la atención como de los medios de diagnóstico. La falta de integración sectorial de la provisión de servicios de salud produce ineficiencias y duplicidades en la asignación de los recursos y, como consecuencia de ello, tiende a aumentar los costos.

En todo el sector existen ineficiencias en el uso de la tecnología, que se traducen en sobredotación en algunas áreas e inadecuada distribución regional y deseconomías de escala. La ausencia de regulación induce a la medicalización excesiva y al aumento de los costos. Algo semejante puede decirse de los medicamentos donde, también, se impone una racionalización en el uso, la calidad y los costos.

Es de esperar que seguir configurando un sistema con estas características solo conducirá a que el mismo continúe empeorando. Estos males no se resolverán únicamente con la introducción de más recursos al sector, sino que se requiere cambiar los mecanismos de asignación de recursos. Es necesario buscar un sistema de incentivos que recompense a las organizaciones de mayor productividad, calidad y eficiencia y que desestime a las organizaciones ineficientes y de poca calidad. Asimismo, se requiere buscar una forma de organización más ágil y flexible, orientada a satisfacer las necesidades de usuarias y usuarios del sistema de salud.

Fuente: *Salud, visión de futuro: Elementos para un acuerdo nacional, OCT/CNS, Santo Domingo, 1996.*

La asignación de los fondos ha mejorado mucho después de la reforma para el régimen contributivo. Para el subsidiado y para la población no asegurada que depende de los servicios públicos, perduran la mayor parte de las ineficiencias consignadas en el diagnóstico de 1996: presupuestos históricos sin relación con la producción, duplicidad e irracionalidad en el gasto, ausencia de control sobre gastos administrativos, debilidades en los registros contables y sistemas de facturación. Varios programas con

financiamiento internacional han apoyado el desarrollo de algunas de estas capacidades en los proveedores públicos. De hecho, los hospitales de tercer nivel tienen los sistemas administrativos que permiten relacionarse mediante contratos con el SENASA. Pero, subsisten los problemas, sobre todo debido a que las decisiones se siguen tomando centralmente, dejando poco espacio a los proveedores para tomar las que más convengan para el funcionamiento adecuado de los servicios.

“se entiende que la salud es un derecho de todas las personas y, como tal, es responsabilidad del Estado favorecer que la gente se mantenga sana, mediante políticas adecuadas de educación y promoción de la salud, así como de prevención de enfermedades. Solamente esto justificaría la necesidad de una reforma por razones éticas. Además, se requiere elevar la productividad de los recursos humanos, si se quiere que el país entre en un proceso de desarrollo económico y social.

Esto significa universalizar la cobertura del sistema de salud para prevenir y curar enfermedades, lo que resulta en la necesidad inevitable de buscar nuevas fuentes de financiamiento, que pueden implicar el aumento de las asignaciones presupuestarias y las contribuciones a los mecanismos de seguridad social. Pero las posibilidades de incrementarlas se hallan limitadas por las necesidades del resto de la economía. La escasez de recursos, en consecuencia, impone una presión importante al sistema de salud... La baja cobertura del sector público y sus deficiencias en la prestación de servicios de calidad, la amplitud de un sistema privado donde predominan las formas del pago directo –dado que la seguridad social es muy limitada– induce todavía más al aumento de los costos.

La insatisfacción de los profesionales de la salud, sus demandas de aumentos salariales y de oportunidades de trabajo, dentro de un sistema que no tiene capacidad para satisfacerlas adecuadamente, se traducen en presiones adicionales tanto en los costos como en la propia gobernabilidad del sector. La búsqueda de la satisfacción de la población, inclusive, induce a presiones adicionales sobre los costos. La calidez en el trato, las amenidades y comodidades en las instalaciones, las facilidades para acceder a ellas, inducen a incrementar el consumo.

La reforma sectorial enfrenta, entonces, un doble dilema: la importancia de la satisfacción de los usuarios y usuarias dentro de un sistema que se orienta hacia ellos y la necesidad de impedir una elevación irracional de los costos a nivel macroeconómico. Esta situación impone restricciones al sistema de salud, porque las necesidades son infinitas y los recursos escasos. Es necesario racionalizar el gasto nacional en salud, con el propósito de destinarlo hacia donde están las prioridades reales. Esto necesita de un cambio en la asignación de los recursos, de la estructura organizativa y de financiamiento de la salud.

Fuente: *Salud, visión de futuro: Elementos para un acuerdo nacional*, OCT/CNS, Santo Domingo, 1996.

Inevitable aumento de los costos

El último aspecto que el libro *Salud, visión de futuro* señala como importante para reformar el sistema de salud es el aumento inevitable de los costos. La base del mismo es la inevitable transición demográfica y epidemiológica que atraviesa en algún momento todo país, la cual implica que al envejecer la población vendrán, cada vez en mayor medida, a tener un peso más importante las enfermedades crónicas y los problemas de salud que necesitan tratamientos de alto costo. Si esta situación se presenta en un sistema desordenado, desarticulado, dejado a las fuerzas de un mercado no regulado, donde no existen límites a las presiones de la industria farmacéutica para introducir nuevos medios de diagnóstico, tratamientos y medicamentos de última generación –no siempre costo-efectivos–, el resultado es el aumento de los costos.

Muchos de los elementos señalados en el año 1996 siguen vigentes hoy en día. En las páginas que siguen se describe la arquitectura del sistema de salud una vez aprobada la reforma del año 2001, que no fue exactamente como la propuesta, aunque permanecieron los elementos principales. Asimismo, en los capítulos posteriores se analiza el sistema de salud dentro del contexto de los países de América Latina.

Capítulo 3

LA REFORMA DOMINICANA DE SALUD



Al proponer los lineamientos de la reforma de salud, el libro *Salud, visión de futuro* sugería partir de las bases existentes ya en el país, entre las cuales mencionaba la intención de financiamiento público, la infraestructura física existente, la dotación de recursos humanos, la experiencia exitosa de autogestión hospitalaria pública, un importante sector privado sin fines de lucro, la experiencia de manejo de contratos en el sector privado gracias a la medicina privada organizada, la cual podía transferirse al sector público, experiencias adecuadas de gestión municipal y de participación de la sociedad civil. “En consecuencia, el país debe fundamentar su reforma sobre estas bases conocidas y probadas y procurar crear un sistema que combine lo mejor: un sistema de financiamiento fundamentalmente público que tienda a la universalidad y a la equidad y un sistema de provisión plural sustentado sobre principios de gestión modernos, que tienda a la eficiencia, a la calidad y a la satisfacción de usuarias y usuarios”.⁴⁵ Las líneas estratégicas sugeridas para guiar la reforma eran las siguientes:

- Conducir el sector con liderazgo estatal, la cual se refería al fortalecimiento de la función rectora que corresponde al Ministerio de Salud Pública.

⁴⁵ *Salud, visión de futuro* (1996).

- Dar prioridad a la salud básica, donde sugería la reorientación de los fondos públicos hacia las verdaderas prioridades de salud, el fortalecimiento del primer nivel de atención, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como a hacer realidad la estrategia de atención primaria.
- Descentralizar la oferta de servicios, que proponía la creación de redes descentralizadas de provisión de servicios eficientes y de calidad, así como autogestión para los hospitales de tercer nivel, operando en base a contratos, como verdaderas empresas públicas, con procedimientos administrativos organizados, sistemas de contabilidad, de facturación y de información, que brinden servicios de calidad.
- Aumentar el financiamiento estatal, utilizando formas equitativas y solidarias para recaudar los fondos (impuestos y cotizaciones sobre ingresos) y asignarlos de manera tal que los recursos se destinen a financiar los servicios que atienden necesidades colectivas, servicios preventivos, con prioridad a aquellos que satisfacen las necesidades de salud de la población dominicana, en especial, la de mayor vulnerabilidad. En resumen, “tomar de cada quien según su capacidad y asignar los recursos según su necesidad”.
- Separar el financiamiento de la provisión, introduciendo en el sistema público la función de contratación.
- Favorecer la realización profesional, a través de la mejoría de las condiciones de vida y de trabajo del personal de salud, con salarios e incentivos ligados a la productividad.

- Fortalecer la democracia, dando poder al usuario con información para autoresponsabilizarse de su salud, poder escoger con conocimiento y organizarse para demandar la calidad de los servicios.

Estas ideas, publicadas en 1996, fueron discutidas por todos los actores de la sociedad dominicana e influyeron mucho en el diseño de la reforma de salud, que finalmente fue aprobada en 2001. La organización institucional que finalmente prevaleció no es la misma que se proponía originalmente, pero se mantuvieron muchos de los principios y lineamientos estratégicos. Veinte años después, todavía muchas de estas aspiraciones siguen pendientes, tal como veremos a continuación.

En el presente capítulo vamos a presentar las características de la reforma de salud aprobada en la República Dominicana desde el año 2001, cuyos efectos recién ahora pueden comenzar a evaluarse, así como sus avances hacia la cobertura universal, la cual está explícitamente enunciada en su marco legal.

Organización institucional con la reforma

A partir del año 2001, se crea un nuevo marco legal del sistema de salud, integrado por un conjunto amplio de leyes, reglamentos, normas y disposiciones administrativas provenientes de distintas instancias e instituciones estatales. Tal como se indicó previamente, las dos herramientas jurídicas fundamentales son: la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (Ley 87-01). Mediante ambas normativas se establece un sistema complejo de instituciones de naturaleza pública, privada y sin fines

de lucro, especializadas en funciones específicas. Las dos leyes definen un sistema con funciones separadas de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.⁴⁶

Dicha legislación define la arquitectura del sistema dominicano de salud, definiendo la forma de organización institucional y los beneficios del Seguro Familiar de Salud –principal instrumento de protección financiera en salud para la población dominicana–. La separación de funciones y la entrega de un mismo paquete de beneficios (PBS) para toda la población, independientemente de su capacidad contributiva, son aspiraciones contenidas en el libro *Salud, visión de futuro* del año 1996.

En 2015 fue promulgada la ley que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), la cual viene a culminar el proceso de separación de funciones. Esta ley deja al Ministerio de Salud a cargo de su función rectora además de proveedora de servicios colectivos de salud y entrega a otra entidad la coordinación de los proveedores públicos, organizados a su vez, en redes regionales de salud.

La legislación que crea el sistema dominicano de salud reconoce tres funciones clave dentro del mismo: rectoría, financiamiento y provisión de servicios. A continuación, resumimos brevemente el contenido de las mismas, su relación con las propuestas originales, lo que implican en términos de la legislación y los avances logrados hasta el momento en su implementación.⁴⁷

⁴⁶ Congreso Nacional de la República Dominicana, 2001(a,b)

⁴⁷ Para una discusión amplia sobre el desempeño de estas funciones en la República Dominicana, ver Tristao, Rathe y Giedion (2013), *Nota de políticas del sector salud*, Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Función de rectoría

La función de rectoría implica tres tareas centrales: en primer lugar, la conducción sectorial, que se refiere a trazar la estrategia, sentido y dirección del sistema de salud, mediante la formulación de metas, políticas y estrategias. En segundo lugar, la inteligencia sanitaria, dedicada a recoger e interpretar la información para tomar decisiones basadas en la evidencia, o sea, en estudios científicos y técnicos que permitan sustentar dichas decisiones de manera sólida. Finalmente, la regulación y supervisión a través de normativa, procedimientos, leyes, decretos, estándares, etc. que incentiven, monitoreen y penalicen el comportamiento de los actores.⁴⁸

Se ha señalado que una buena gobernanza del sistema de salud es esencial para que este pueda responder adecuadamente a los retos que enfrenta en el mundo de hoy. Entre los aspectos básicos de la misma se encuentran la transparencia y la rendición de cuentas, que son aspectos esenciales para el diseño y la implementación de las políticas públicas.

En la República Dominicana, la rectoría general del sistema de salud corresponde al Ministerio de Salud Pública y se refiere a su conducción estratégica, la vigilancia, monitoreo y evaluación, análisis, regulación y fiscalización. No obstante, parte de la función regulatoria está a cargo de otras entidades. En efecto, la regulación del Seguro Familiar de Salud recae en el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) y, por lo tanto, le corresponde decidir el contenido del paquete de servicios de salud

⁴⁸ Tristao, Rathe y Giedion (2013), Opus cit., basado en Travis et al., 2002, *Towards better stewardship: concepts and critical issues*).

(PBS) y su financiamiento. Por su parte, la regulación y supervisión de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y de las de Riesgos Laborales (ARL) la realiza la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SI-SALRIL), quien también tiene a su cargo la revisión del contenido del PBS y su costo, así como los mecanismos operativos para ponerlo a disposición de la población, todo lo cual propone al CNSS para su aprobación final.

La función de rectoría desde el Ministerio de Salud, ha sido sistemáticamente descuidada en la República Dominicana, pues el esfuerzo central de la institución se ha enfocado en la provisión de los servicios públicos de salud. Con la ley que crea el Servicio Nacional de Salud, el MSP queda liberado de estas tareas, pudiendo concentrarse –una vez se implemente– en la conducción estratégica del sistema. Este proceso, apenas decidido en 2015, todavía no ha sido implementado cabalmente. Como hemos visto en las páginas precedentes, tanto el ejercicio de la función de rectoría como la separación de esta de la provisión de servicios, eran ya aspiraciones veinte años atrás, sobre las que había consenso generalizado. Aunque hoy ya se encuentran claramente en el papel, todavía estamos lejos de su implementación cabal, que presenta muchos retos y requiere visión, voluntad y persistencia.

El MSP posee grandes debilidades en lo concerniente a la regulación, particularmente, la relativa a la calidad de los servicios, la elaboración de normas y protocolos de atención, así como la vigilancia de su ejecución, la regulación y supervisión de los proveedores, particularmente, de los privados. Se ha avanzado en los últimos años, particularmente con el establecimiento del sistema de ventanilla única para los permisos y con la

reestructuración del área de drogas y farmacias, la realización de un censo de establecimientos farmacéuticos, avances en los procesos de habilitación, desarrollo de la política nacional farmacéutica, consultas nacionales para la formulación de una Política Nacional de Calidad. No obstante, quedan muchas tareas pendientes al respecto. Por ejemplo, es muy baja la cantidad de proveedores que cuentan con su habilitación para prestar servicios, inclusive los del sector público. Aunque existe un sistema de garantía de calidad, no se cumple cabalmente, observándose pobres niveles de calidad en el sistema público y en el privado también.

En el tema de la inteligencia sanitaria, una función clave para el buen ejercicio de la rectoría, hay también muchas tareas pendientes. La información es la base para la toma de decisiones, sin embargo, deja mucho que desear. La data epidemiológica tiene muchas debilidades, se reconocen grandes subregistros y fallas en las estadísticas vitales. Son deficientes los registros de mortalidad y morbilidad por causas, los cuales son básicos para definir las prioridades de salud. La información sobre los proveedores es muy pobre, tanto en lo que se refiere a la producción de los servicios, como a los recursos humanos, el gasto por tipo de servicio, el financiamiento de los establecimientos. No queda claro cómo se va a realizar el proceso de separación de funciones –que desliga a los proveedores de la autoridad central– ni cómo se va a realizar la organización de las redes regionales, sin contar con información clara sobre cómo funciona la provisión.

El monitoreo al gasto y financiamiento a la salud, mediante las cuentas de salud, si bien ha avanzado en el 2015, está todavía muy incipiente y no se publica de

manera sistemática. Es preciso reconocer que esta tarea se ha simplificado mucho recientemente con los avances en el sistema de gestión financiera del Ministerio de Hacienda, cuyos resultados se publican en línea bastante actualizados. Del mismo modo, la información correspondiente al Seguro Familiar de Salud, en lo concerniente a afiliación, recaudo, dispersión y gasto en salud, es publicada regularmente por la SISALRIL.

Función de financiamiento

La función de financiamiento se define como el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema. Busca asegurar la disponibilidad de recursos financieros y de establecer incentivos financieros correctos a los prestadores para asegurar que todos los individuos tengan acceso a servicios de salud pública y a cuidados individuales efectivos. Dentro de la función de financiamiento existen, tres subfunciones: el recaudo, el aseguramiento y la compra, las cuales se explican a continuación⁴⁹:

Recaudo

El recaudo de recursos es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero proveniente de los hogares, organizaciones o compañías, así como de donantes. En el caso dominicano, los ingresos del sistema se recaudan en un fondo único, el cual se financia con contribuciones en base a la nómina salarial y a aportes fiscales per cápita, sin existir vínculo entre las cotizaciones y los pagos por

⁴⁹ Tristao, Rathe y Giedion (2013).

capitación a las ARS. Este esquema tiene gran potencial de ejercitar la solidaridad y de proveer adecuada protección financiera a la población. Aunque el libro *Salud, visión de futuro* de 1996 no describía claramente cómo sería configurado el mecanismo de recaudo, sí expresaba el principio de que se trataría de un fondo centralizado y de que las cotizaciones serían en base a los ingresos. En la práctica, si bien lo primero fue incluido en la nueva ley, no lo fue lo segundo, limitando las cotizaciones a los ingresos provenientes de salarios, con un tope de contribuciones, lo cual solo permitiría el crecimiento de los ingresos hasta un cierto límite –sobre todo en una economía con importante peso del sector informal.

Según la Ley 87/01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, el financiamiento del mismo es de carácter público y obligatorio. El CNSS está a cargo de definir el monto de las cotizaciones y la forma de recaudarlas. El Seguro Familiar de Salud se financia mediante cotizaciones obligatorias sobre los salarios, consistiendo en 10% del salario (hasta un tope de 10 salarios mínimos), de los cuales el empleador aporta 70%. Estos fondos son recaudados por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y una empresa denominada UNIPAGO –propiedad de las administradoras de riesgos de salud y de pensiones– está a cargo de la base de datos de afiliación y pagos a nombre de la TSS, realizando los pagos mensualmente de manera puntual. La ley 87-01 crea tres regímenes: contributivo, contributivo subsidiado y subsidiado, pero el segundo (destinado al sector informal) nunca ha entrado en ejecución. El régimen contributivo se financia como se indicó arriba y el subsidiado, mediante aportes gubernamentales provenientes de impuestos generales.

Este sistema centralizado de recaudo y afiliación constituye uno de los logros del diseño de la reforma dominicana, pues es un avance importante frente a otros sistemas de salud (Colombia, Perú, México, entre otros), en donde múltiples fondos de recaudo se combinan para generar una gestión complicada, fragmentada y con altos costos de transacción. Sin embargo, la TSS maneja en cuentas *separadas* los recursos del régimen subsidiado y contributivo, a pesar de que el marco legal promete un plan de beneficios para todos, independientemente de que el afiliado pertenezca a un régimen o a otro. Esta segmentación es reflejo de que las reglas de operación, los flujos financieros y los prestadores y aseguradores que operan en el sistema, son diferentes en los dos regímenes. La separación actual de las cuentas pone en riesgo tanto la eficiencia como la calidad y equidad del sistema actual... la unificación de los fondos constituiría un paso importante para ofrecer un mismo paquete a todos en igualdad de condiciones, lo que es fundamental para transitar hacia la cobertura universal.⁵⁰

En lo que concierne al régimen contributivo subsidiado, este nunca llegó a implementarse, debido a las dificultades de afiliar al sector informal. En el mercado laboral en la República Dominicana tiene un alto peso la informalidad, lo que hace muy difícil lograr alcanzarlo. No obstante, se estima que una gran parte de la población dominicana se encuentra en el sector informal, lo que hace muy pertinente la búsqueda de posibles soluciones para cubrir a esta población. El país requiere realizar los estudios para identificar a dicha población y para estimar los costos de ampliar dicha cobertura, a la vez que define el alcance de los posibles subsidios a una parte de estos trabajadores. Algunos de los desafíos del régimen contributivo subsidiado

⁵⁰ Tristao, Rathe y Giedion (2013).

se resumen a continuación: “(i) el riesgo de selección adversa ya que es posible que se afiliarán sobre todo los más enfermos lo cual implicará un riesgo para la sostenibilidad financiera de este esquema; (ii) los gastos administrativos para afiliar a estas empresas serán más altos de lo que son para el régimen contributivo, debido a la menor economía de escala en el manejo de las afiliaciones (afiliaciones individuales o de grupos sociales voluntarios, como gremios, versus afiliaciones por empresa); (iii) la demanda de aseguramiento es altamente inelástica para el sector informal; (iv) los incentivos para afiliarse y contribuir serán mínimos para estas personas, si existe la posibilidad de atenderse en los hospitales públicos de forma gratuita o casi gratuita o si existen posibilidades de “colarse” en el régimen subsidiado”.⁵¹

La dificultad de la cobertura en el sector informal pone, a su vez, un tope al régimen contributivo que depende de las posibilidades de formalización de las empresas. A esto se agrega que es difícil identificar potenciales cotizantes con capacidad de pago, dado que el promedio de salarios a nivel nacional es relativamente bajo. Adicionalmente, muchas empresas declaran salarios inferiores a los reales, comprometiendo así las finanzas del sistema. En el régimen subsidiado, los aportes por persona afiliada al SENASA, son entregados por el Estado a la TSS, en base a las recaudaciones que provienen de los impuestos generales, lo que los hace proclives a vulnerabilidad cuando hay crisis fiscales. Asimismo, el proceso de expansión de la cobertura depende mucho, no solo de la situación de las finanzas públicas, sino también de los vaivenes de la política.

⁵¹ Tristao, Rathe y Giedion (2013).

Existen deficiencias en la producción de evidencias a todos los niveles, por lo que no se han realizado suficientes estudios que establezcan los niveles de evasión, elusión y pagos tardíos, ni esfuerzos por identificar a las instituciones en falta. Sería importante que estos datos fueran hechos públicos, para que se constituyan en un mecanismo de presión para que las empresas nacionales regularicen su situación, de manera tal que fuera posible ampliar la cobertura del régimen contributivo.

“Las dificultades que han tenido otros países para obligar a las personas con capacidad de pago, pero sin vínculo laboral a contribuir y las inequidades e ineficiencias que esto ha generado... deberían llevar al país a reconsiderar las fuentes de financiamiento a la salud, intentando contestar la siguiente pregunta: ¿cuál sería la mezcla de fuentes de financiamiento que permitiría movilizar los suficientes recursos para poder garantizar un plan integral de salud para todos y a la vez asegurar que los aportes sean, no solo viables, sino también acordes con la capacidad de pago y que no generen distorsiones o ineficiencias? Este es un tema trascendente de la política sectorial y requiere discusiones desde el punto de vista de la administración tributaria del Ministerio de Hacienda.”⁵²

Aseguramiento

Se refiere a la acumulación y administración de los fondos que antes se habían recaudado dentro de un fondo común (*pool*) con la finalidad de lograr que el riesgo sea distribuido entre todos los asegurados y no que recaiga en cada contribuyente de manera individual. La

⁵² Tristao, Rathe y Giedion (2013).

solidaridad constituye uno de los principios básicos de la ley de seguridad social en la República Dominicana, el cual se refiere a asegurar que el riesgo de pérdida del ingreso que resulta de tener que pagar los gastos de salud, se distribuya entre todos los beneficiarios, en lugar de que la persona afectada deba cubrirlo en el momento del evento.

Cuanto más grande sea el fondo común, mayor es la distribución del riesgo y mejores las probabilidades de que el sistema pueda pagar intervenciones costosas y poco frecuentes a las personas afectadas. Por eso muchos países prefieren un sistema de pagador único, en lugar de varios que compiten entre sí. En el libro *Salud, visión de futuro* se proponía que esta función la realizara un “nuevo IDSS” o que se adoptara la propuesta de un Fondo Nacional de Salud. El sistema que finalmente, se aprobó en la legislación fue un fondo central pero, varios aseguradores, que realizarían la afiliación de la población y la distribución del riesgo. Estos son las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), que compiten entre sí por los afiliados, siendo de carácter público, privado y autogestionado, en un ambiente de competencia regulada. Hay países que han optado por este camino con buenos resultados en términos de costos y de equidad, pero requieren de mayor capacidad regulatoria y de supervisión. En resumen, hay muchas formas de alcanzar las metas que se propone un sistema de salud. En el caso dominicano, a pesar de los avances en la afiliación, dadas las debilidades de la regulación pública, todavía hay mucho por hacer en lo concerniente a la gestión del riesgo y la garantía de la salud de la población.

La proporción de la población cubierta por seguros y, muy especialmente, por el seguro familiar de salud, nos

da una indicación de cuántos dominicanos se encuentran protegidos frente al riesgo financiero de enfermarse. Cuando la cobertura es con un seguro público, como es el seguro social, la solidaridad es muy superior a la que podría proveer un sistema prepagado privado el cual, aunque administra riesgos también, puede excluir a las personas con más probabilidades de enfermarse, además de que estas entidades, en mercados poco regulados, utilizan diversas estrategias para desincentivar el uso de los servicios. Esa era la situación previa a la reforma y que la misma vino a transformar de manera radical.

Como se muestra más adelante, la cobertura aumentó de manera dramática desde el inicio de implementación del SFS –en 2002, solo el régimen subsidiado y a partir de septiembre de 2007– el régimen contributivo. A finales de 2015 había 6.5 millones de personas afiliadas, de las cuales alrededor de la mitad correspondían al régimen subsidiado y la otra mitad, al régimen contributivo.

El aseguramiento de la población (o mancomunación de los fondos en varios “*pools*” en el caso dominicano) es realizado por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS. Estas reciben un pago per cápita de la TSS por cada persona afiliada y sus dependientes. Dentro del régimen contributivo, las personas empleadas en el sector privado, escogen la Administradora de Riesgos de Salud de su preferencia y pueden cambiarla al cabo de un año. En el régimen subsidiado, las personas con baja capacidad de pago, los indigentes y personas pobres –inscritas en un sistema de identificación de beneficiarios para la focalización de programas sociales, el SIUBEN– deben afiliarse al Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal ARS pública.

A fines de 2014 existían 21 ARS, dos públicas (el SENASA y Salud Segura, que proviene de la reestructuración del IDSS). Como hemos señalado, el SENASA administra el régimen subsidiado, por lo que entre ambas instituciones y ambos regímenes, los fondos de salud que administraron en 2014 ascendieron al 16.3% del total del aseguramiento público. Existen siete ARS auto administradas, las cuales eran entidades que tenían su propio régimen con prioridad al inicio del sistema y agrupaban ciertos grupos especiales, como los médicos, las enfermeras y los maestros, así como los grandes bancos del estado (Banco Central y Banco de Reservas) y las instituciones castrenses. Este grupo administró en 2014, el 6% del gasto en salud dentro del total de ARS. Finalmente, las ARS privadas son 13 y, en su conjunto, administran 77.3% de los recursos.

Algunas de las empresas privadas que hoy ejercen la función de administración de riesgos, provenían también de instituciones existentes antes de la reforma, algunas de ellas eran las llamadas igualas médicas. Dada su experiencia previa –y a pesar de la eliminación de las condiciones preexistentes y de la posibilidad de rechazar o eliminar afiliados– han sido capaces de administrar adecuadamente el riesgo financiero. No obstante, quizás por las debilidades del ente regulador, no han intentado administrar el riesgo de salud, con lo cual, existen todavía muchas deficiencias en el sistema de aseguramiento. Hay muchas quejas de usuarios sobre negación de coberturas y elevados copagos, muchos de ellos no autorizados, pero no hay información sistematizada que permita medirlos e informarlos. Existe también doble afiliación y desconocimiento de la población de sus propios derechos. También el sistema ha fallado en desarrollar una estructura de servicios fundamentada en la promoción de

la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la atención primaria. Por lo tanto, la administración del riesgo de salud constituye todavía una tarea pendiente de la reforma dominicana de salud.

Compra de servicios

El proceso de compra consiste en el pago de dinero proveniente del fondo común a los prestadores de salud para que entreguen un conjunto de prestaciones o servicios previamente definidos. Esta es una función que antes de la reforma no existía en el sistema público. El IDSS tenía sus propios proveedores, según el tradicional modelo de seguros sociales que existía en esa época, el cual había fracasado en el país pero había sido exitoso en otros, como en Costa Rica, por ejemplo. No obstante, había antecedentes. El Seguro de Maestros era un ejemplo exitoso en ese momento. En el sector privado, la ejercían las igualas médicas con sus propios proveedores.

La propuesta de reforma de aquel tiempo propuso la creación de una “agencia de contratación” o un Fondo Nacional de Salud para que realizara esta función.

La función de contratación con recursos del Estado o del IDSS es pública y debe estar ubicada en una institución central con sucursales descentralizadas en los niveles regional, provincial y local. Es importante que las políticas de contratación sean fijadas en el nivel central, en estrecha colaboración con las funciones de rectoría, aunque la contratación en sí misma se realice a nivel subnacional. Esto tiene el propósito de garantizar que toda la población reciba la cantidad correspondiente de servicios prioritarios de igual calidad, teniendo en cuenta, como se ha dicho,

necesidades de salud distintas debido a diferencias regionales, sociales, ocupacionales, raciales y de género.

Esto partía de la experiencia internacional de ese momento, que recomendaba una sola entidad a cargo de la función de compra, bajo el concepto denominado de “pagador único”, que contrastaba con la experiencia extrema de inequidad, ineficiencia y elevados costos del sistema de salud norteamericano, sustentado en pagadores múltiples. Esta entidad tendría a su cargo la definición del paquete de prestaciones que serían pagadas con los fondos del sistema –tanto los básicos como los complementarios– y también contrataría las redes de atención primaria y los hospitales autónomos, sean estos públicos o privados. Asimismo, contaría con un sistema de información actualizado que permitiría conocer el perfil epidemiológico y de consumo de servicios de salud.

El sistema que finalmente se aprobó tomó elementos de la propuesta original, pero no en su totalidad. Pudo establecer un fondo único de recaudación y pago, pero varios fondos de distribución de riesgo. También logró mantener las decisiones sobre el contenido y costo del paquete básico a nivel central, lo cual es decisivo para ejercer la compra estratégica y tomar las decisiones claves para proteger a la población y garantizar la cobertura de las prioridades nacionales de salud. Asimismo, también las normativas para organizar la entrega de dicho plan, lo que implica decisiones en torno al modelo de atención, los derechos de acceso, la compensación por riesgos y otros aspectos, los cuales se han implementado débilmente debido a las deficiencias en la función regulatoria.

En la legislación que sanciona la reforma de salud, la administración de la función de compra quedó a cargo

de las ARS –pagadores múltiples–, quienes contratan a los proveedores con distintos mecanismos de pago, cumpliendo con tarifas de referencia por intervenciones y procedimientos que son establecidos centralmente por el CNSS. Teóricamente, las ARS no tienen control sobre el contenido del paquete, instrumento esencial de la función de compra, lo cual diferencia, de manera sustancial, el sistema dominicano de salud de un sistema de pagadores múltiples no regulados, aún con las deficiencias regulatorias y en la supervisión indicadas previamente.

Es importante hacer algunos señalamientos adicionales con relación a la función de compra, la cual puede ser realizada de una manera pasiva o estratégica. “La adopción de un sistema de incentivos para guiar las decisiones de los proveedores corresponde a la compra estratégica de servicios. Implica tomar decisiones explícitas y no pasivas acerca de tres interrogantes centrales: *qué servicios comprar* para la población asignada (definición de un plan explícito de servicios basado en las prioridades de salud de dicha población), *cómo hacerlo* (mediante cuáles mecanismos de pago dirigidos a fomentar ciertos servicios o promover una mejor calidad) y *de quién comprar* esos servicios, es decir, a cuáles proveedores, con la finalidad de lograr los objetivos propuestos”.⁵³

Como señalamos, el instrumento clave para hacer efectiva la compra estratégica, es el paquete de beneficios. La ley de Seguridad Social establece que el Seguro Familiar de Salud (SFS) tiene por finalidad, 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,

⁵³ Tristao, Rathe y Giedion (2013).

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.⁵⁴

El Seguro Familiar de Salud comprende la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias. No comprende los tratamientos derivados de los accidentes de trabajo ni las enfermedades profesionales, los cuales están cubiertos por el Seguro de Riesgos Laborales, según lo establecido por la Ley sobre Seguridad Social. En el caso de los accidentes de tránsito, que fueron originalmente excluidos de la ley, pasaron por regulación de la SISALRIL a cargarse al SENASA en 2009 y a cada aseguradora a partir de enero de 2010.

Los beneficios del Seguro Familiar de Salud se concretizan a través del Plan Básico de Salud (PBS), conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales, que incluyen: a) la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, b) la atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio, c) la atención especializada, tratamientos complejos, hospitalización y asistencia quirúrgica, d) 100% del medicamento ambulatorio para la población subsidiada y 70% para la contributiva y contributiva subsidiada, e) exámenes de diagnósticos, f) atención odontológica pediátrica y preventiva, g) fisioterapia y rehabilitación y h) prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a personas con discapacidad.

⁵⁴ Congreso Nacional de la República Dominicana, 2001a.

El PBS incluye atenciones de alto costo definidas de manera explícita, hasta un límite de un millón de pesos por persona por año, con cuotas moderadoras variables, hasta un máximo de 30%, dependiendo del caso. Asimismo, posee una lista de medicamentos para cáncer con un tope de hasta cien mil pesos por paciente por año. El PBS tiene también cobertura de medicamentos ambulatorios de era hasta finales de 2015 de RD\$3,000 anuales por persona, dentro de una lista o cuadro básico de medicamentos (lo cual equivalía a unos 67 dólares al año). Esta cifra fue elevada a RD\$8,000 (lo que asciende a unos 178 dólares al año por persona, a la tasa de cambio de 2016).

En el régimen subsidiado, el paquete de beneficios es supuestamente más amplio y menos explícito, pero esto es más bien una aspiración que una realidad, si bien no se cuenta con estudios que sustenten la cobertura efectiva del mismo. Además, hay grandes diferencias de calidad, dado que el régimen subsidiado está concebido para ser implementado exclusivamente en los proveedores públicos, que tienen grandes deficiencias en este aspecto así como largos tiempos de espera para muchas intervenciones. En la práctica, el SENASA autoriza servicios en el sector privado para satisfacer parte de su demanda, cuando esta no puede resolverse en el sector público. Aunque esto puede aproximar los beneficios a los del régimen contributivo, los pagos por prestación facturada contribuyen a la elevación de los costos.

Vale la pena reiterar que la ley consagra un mismo PBS para todos, lo cual “es un paso hacia la igualdad de derechos y hacia la superación de la segmentación del sistema de salud en el país. El plan de beneficios es hoy la primera y principal herramienta estratégica del sistema de salud para definir los servicios que se proveerán a su

población, lo cual es un determinante importante para alcanzar los resultados de salud y las metas sectoriales. Para la implementación del plan de beneficios se debe desarrollar un marco institucional, ya que no existe una entidad dedicada a la definición y ajuste del plan de beneficios ni al cálculo de sus costos y ajuste per cápita. Estas tareas han sido hechas de manera esporádica y ad hoc por la SISALRIL y el CNSS, utilizando una metodología más consistente con el aseguramiento privado (calculando riesgos de siniestralidad en grandes partidas), que con las de un enfoque de priorización en salud”.⁵⁵

Como se observa de los señalamientos anteriores, el sistema tiene una clara intención de equidad y universalidad. Lamentablemente, en la práctica, esto no ha podido ser logrado todavía. Hay una gran diferencia en la calidad y cantidad de servicios entre ambos regímenes, lo cual tiene impacto en la protección financiera. También hay información anecdótica sobre rechazo de coberturas incluidas, dada la complejidad de la administración de un paquete construido en base a intervenciones que no garantiza la integralidad de la atención. A esto se añade la falta de diferenciación clara entre el plan obligatorio y los planes complementarios, lo cual tiene la posibilidad de ocultar ciertas exclusiones.

En la historia reciente de la República Dominicana, ha habido grandes fallas en el proceso de la construcción y cálculo de los costos del PBS, dado que no se realizan los estudios que los sustenten basados en la evidencia técnica y científica, así como en una adecuada evaluación de las tecnologías. La determinación de las intervenciones a ser incluidas y el costo del PBS debería ser

⁵⁵ Tristao, Rathe y Giedion (2013).

sustentada por una serie de estudios, entre los cuales son indispensables, los siguientes:

- La carga de enfermedad en el país y la identificación de los problemas de salud prioritarios a ser incluidos en el PBS, tomando en consideración las políticas nacionales de salud.
- La frecuencia de utilización de los diferentes bienes y servicios en el sistema de salud por todas las entidades que participan en el sistema, agrupadas por enfermedad (informaciones cruzadas de las ARS y de los proveedores).
- Una vez se define cuáles son las enfermedades y problemas de salud prioritarios, los protocolos de atención para tratarlos.
- Estos protocolos de atención deben sustentarse en evaluaciones sobre los mejores procedimientos y medicamentos (tecnologías) accesibles en el mercado, así como los estudios de costo-efectividad, es decir, incluir los procedimientos e intervenciones más efectivos en cuanto a mejorar la salud de los pacientes, al menor costo posible.
- Para poder hacer lo anterior, se necesitan estudios comparativos de costos, lo que a su vez implica que también se monitoreen los precios de los distintos bienes y servicios que se transan usualmente dentro del sistema.
- Todo esto es proceso continuo (no puede ser hecho de una sola vez, ni siquiera periódicamente) porque constantemente cambian las tecnologías y

los costos y porque la adopción generalizada de medidas de prevención puede cambiar también las necesidades de salud de la población.

En tal sentido, “es necesario construir una base válida de evidencia para la definición, ajuste, costeo, establecimiento del valor per cápita y evaluación de la implementación del plan de beneficios en cada uno de los dos regímenes. Adicionalmente, hay que realizar evaluaciones sobre el acceso real y efectivo a los servicios priorizados, que permitan esclarecer si hay problemas tales como: (i) duplicidad en el financiamiento de los proveedores públicos vía la oferta y la demanda, duplicidad de las coberturas entre el plan obligatorio y los planes complementarios privados; (ii) si persisten barreras de acceso a los servicios a los que tienen derecho los afiliados del régimen subsidiado y si la calidad de los servicios es equivalente a la de los afiliados del régimen contributivo; (iii) si hay diferencias en el acceso entre la población cubierta por el subsidiado y la que asiste a los establecimientos públicos sin seguro.”⁵⁶

En la actualidad está en curso un proceso de revisión profunda del PBS orientado a terminar con estas fallas del sistema. El nuevo PBS –finalmente– estará construido en base a garantizar la cobertura universal de un conjunto explícito de problemas de salud que afectan en mayor medida a la población dominicana. Con este nuevo enfoque, la administración del sistema pasará de cubrir procedimientos, a cubrir enfermedades y problemas específicos de salud. Al garantizar ciertas coberturas, la población que las necesita tendrá protección de salud y protección financiera. Esto permitirá organizar la prestación

⁵⁶ Tristao, Rathe y Giedion (2013).

de servicios y el modelo de atención de una forma tal que priorice la prevención, lo cual favorece individualmente a la persona y también al sistema, pues reduce los costos de la atención. Además, la administración del sistema se organiza alrededor del diagnóstico, lo cual permite dar seguimiento a la utilización de tecnologías y de costos, promoviendo una mayor eficiencia.

Función de provisión

“La OMS define la prestación o entrega de servicios como la manera en que se combinan los insumos para generar servicios. Bajo esta perspectiva, la prestación de servicios puede ser vista con un enfoque sistémico donde se combinan insumos (recursos financieros y humanos, medicamentos, materiales, infraestructura física, guías de práctica clínica, políticas, etc., Masoud, 2001) y procesos (el cómo usar esos recursos mediante gestión, organización del cuidado, procesos de mejoría de calidad etc.) para producir ciertos resultados intermedios (por ejemplo, niños vacunados) y finales (por ejemplo, reducción de morbilidad infantil)”.⁵⁷

Según la ley de reforma del sistema de salud, en la República Dominicana los proveedores de servicios pueden ser públicos y privados, y estos últimos pueden tener o no fines de lucro. De hecho, varios hospitales especializados son organizaciones no gubernamentales, algunas de las cuales reciben subsidios del Estado. La reforma reconoció el contexto existente en el momento de su aprobación, la existencia y fortaleza de negociación tanto de proveedores como de aseguradores, con la

⁵⁷ Tristao, Rathe y Giedion, basado en Travis (2013).

intención de ordenarlos y regularlos bajo una perspectiva de conducción y financiamiento público.

En el país hay más de 1,300 establecimientos públicos de varios niveles de atención, con más de 12,000 camas, incluyendo 14 hospitales nacionales de referencia. También existe un importante sector privado proveedor de servicios de salud, con más de 7,000 establecimientos, dentro de los cuales se estima que más de 400 son hospitales privados, unos 500 centros de diagnóstico y cerca de 4,000 consultorios médicos. El resto son farmacias, centros oftalmológicos, ópticas, etc.⁵⁸

No existen estudios sistemáticos sobre la prestación de servicios en el país, ni sobre la productividad ni sobre la calidad de los mismos. Tal como mencionáramos previamente, existen buenos indicadores de cobertura (99% de atención prenatal y 96% de parto institucional) unidos a bajos resultados (medidos en base a la mortalidad infantil, neonatal y materna). Hay inequidades de acceso entre las distintas zonas del país, tanto en términos de recibir la atención de acuerdo al nivel de ingreso, como de cobertura de intervenciones básicas. “Hay evidencias de que la infraestructura de prestación se encuentra por lo general subutilizada en los municipios periféricos y altamente saturada en los grandes centros urbanos, donde se concentra la atención especializada y de mayor nivel de complejidad”.⁵⁹

⁵⁸ Tristao, Rathe y Giedion (2013).

⁵⁹ Castellanos, Lizardo et al., *El nuevo modelo del sistema de salud: inicios, rutas y dificultades*, Foro de Políticas Sociales y Bienestar, PUCMM/ Fundación Friedrich Ebert, Santo Domingo, RD, 2009.

Los proveedores públicos, desde el año 2015, están unificados en una sola red pública (que incluye los servicios del MSP y los del IDSS) organizados en Servicios Regionales de Salud (SRS). Se entiende que la ley que lo ordena culmina el proceso de separación funcional, creando una autoridad que tiene a su cargo la organización de toda la red de provisión.

La culminación real, no obstante, ocurrirá cuando estos servicios sean financiados en su mayor parte, a través del SENASA y de otras ARS. Pero, todavía en la actualidad, el grueso del financiamiento de los mismos se produce vía la oferta, es decir, el gobierno central aporta los fondos a una autoridad central que, a su vez, contrata los recursos humanos y paga por los insumos. Se espera que, mediante un proceso de desconcentración y descentralización, se otorgue cierto nivel de autonomía a las regiones de salud, a fin de que se conformen redes de provisión de servicios. Asimismo, se espera para los grandes hospitales regionales operen con el sistema de autogestión, pero hasta ahora no se conoce el nivel en que se encuentran las decisiones de transferencia de autoridad y recursos. En tal sentido, uno de los retos de esta fase actual de la reforma es la definición de adecuados mecanismos de pago a los proveedores.

No se ha logrado la integración de la provisión mediante la articulación de redes de servicios de diferentes niveles de atención, con el primer nivel como puerta de entrada, con un sistema funcional de referencia y contra referencia, con información eficiente y de calidad sobre la historia clínica de los pacientes a todo lo largo del sistema, que promueva la salud de la gente, dándole seguimiento activo de manera preventiva, promoviendo que utilice los servicios preventivos, justamente para evitar la

enfermedad. Se trata de una aspiración clave de la propuesta original que se hizo hace ya veinte años y de la reforma finalmente aprobada hace quince años, que constituye todavía una materia pendiente.

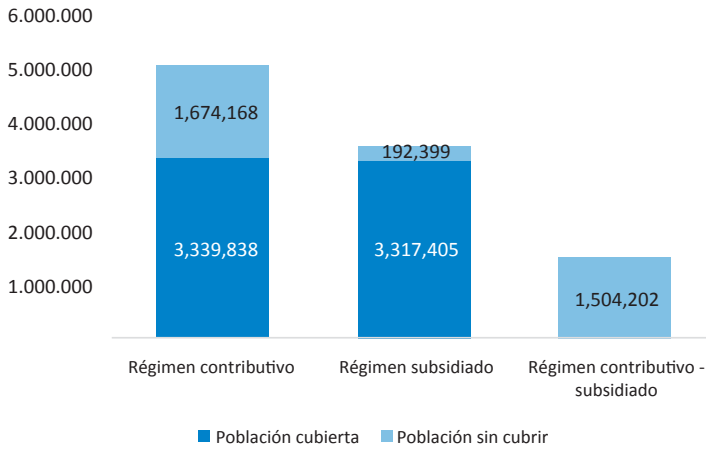
Avances en la cobertura poblacional de la reforma

Desde que comenzó a operar el nuevo sistema, en el año 2002, la afiliación ha venido incrementando de manera sustancial, tal como se muestra en el gráfico a continuación. Puede decirse que 2008 es el primer año de extensión de la cobertura del Seguro Familiar de Salud, dado que el régimen contributivo comienza a operar en septiembre de 2007. El régimen subsidiado había empezado en el 2002 lentamente, alcanzando 870 mil personas al 2007. En septiembre de ese año, la afiliación total del sistema se eleva a 2.2 millones, lo que significa un incremento de 1.2 millones de personas dentro del régimen contributivo. Es preciso aclarar que este salto en la cobertura poblacional de un mes a otro es el resultado del reconocimiento de coberturas existentes ya en los planes prepagados y seguros privados, que habían pasado a convertirse en ARS. Desde este momento en adelante, las contribuciones que antes eran voluntarias, pasan a convertirse en financiamiento público (dado que son obligatorias). En consecuencia, las ARS pasan a administrar fondos del Estado, por lo cual deben sujetarse a las normas que defina el sistema en términos de contenido del plan de beneficios, copagos, eliminación de exclusiones, preexistencia y otros asuntos.

A diciembre de 2015, había 6.6 millones de personas afiliadas al Seguro Familiar de Salud, la mitad de ellas en el régimen contributivo y la otra mitad en el régimen

subsidiado. El sistema ha sido exitoso en la afiliación de la población, que ha pasado de un 2.8% en el 2005 a un 67% en 2015.

Gráfico 3.1. Población cubierta y sin cobertura, 2015



Como se observa en el gráfico, el mayor avance en términos de población afiliada con relación a la población objetivo, se ha dado en el régimen subsidiado, el cual prácticamente ha llegado ya a la totalidad de la población más pobre. La población que resta se encuentra limitada por problemas relacionados con la falta de documentos de identidad. Por supuesto, estas cifras solo indican afiliación y no necesariamente cobertura efectiva de servicios de calidad, lo cual depende de la reestructuración de la red pública, y de la adopción de una gestión eficiente y racional de los recursos.

La población pendiente de ser afiliada se distribuye entre el régimen contributivo y el contributivo subsidiado. Para fines de esta estimación hemos partido de que 50%

del empleo corresponde al sector formal. Aumentar la afiliación en este régimen requiere de la aplicación de medidas tendientes a formalizar las empresas, captar pequeñas empresas y profesionales independientes de altos ingresos, todo lo cual depende de la eficiencia de la DGII. También podrían adoptarse medidas de aseguramiento obligatorio –por ejemplo, para los profesionales independientes– y otros mecanismos para fomentar la formalización de la economía dominicana.

La cifra restante correspondería al régimen contributivo subsidiado, que estaría compuesto por microempresas y trabajadores independientes de bajos ingresos. Estos requerirían mecanismos innovadores de afiliación, a través de entidades que los agrupen, como sindicatos, cooperativas y otros sistemas.

Tal como hemos visto, la reforma dominicana de salud ha sido exitosa en afiliar a casi 70% de la población, en la concepción de un seguro de salud financiado con recursos públicos (impuestos generales y cotizaciones a la seguridad social en base a salarios), los cuales se recaudan centralmente y se transfieren a las administradoras de riesgo por capitación, donde las decisiones sobre el contenido y costo del paquete son adoptadas por el gobierno y pueden ser realizadas siguiendo criterios de prioridades de salud pública, con una perspectiva de integralidad y protección de la salud y de las finanzas familiares, y donde la provisión (aunque es una tarea pendiente) puede ser organizada en redes plurales y funcionales donde se priorice la prevención y la salud básica. Las líneas esenciales de la reforma propuesta en el libro *Salud, visión de futuro* de 1996 se mantuvieron, lo mismo que las aspiraciones originales sobre equidad y solidaridad se mantuvieron. La realidad siempre difiere de lo ideal y

los retos siguen vigentes. Pero, las bases están sentadas y el momento no puede ser más propicio para relanzar una nueva visión de futuro.

En los capítulos que siguen se procura ver esta reforma en una perspectiva regional, comparando sus resultados con otros países de la región Latinoamericana.



Capítulo 4

RESULTADOS, ACCESO Y COBERTURA



Como se recordará del primer capítulo donde explicamos el marco de referencia de este trabajo, nos interesa comparar los resultados de la reforma dominicana de salud con los del resto de los países de América Latina y el Caribe. No obstante, debido a la disponibilidad de datos⁶⁰, el análisis se centró en los 19 países que poseen datos comparables.⁶¹ Para abordar esta tarea, se siguió el marco de referencia para el análisis del desempeño del sistema de salud de la OMS⁶², enfocándonos fundamentalmente en los resultados de salud y la equidad y protección financiera. Asimismo, siguiendo las sugerencias del libro *Good Health at Low Cost*, realizamos un esfuerzo de comparación de los indicadores de salud y otros indicadores sociales relacionados de los países de la región, con miras a identificar respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles países de la región son los que tienen los mejores y peores resultados de salud y dónde se ubica la República Dominicana en este contexto?

⁶⁰ La mayor parte de los indicadores provienen del Banco Mundial, World Development Indicators.

⁶¹ A manera de recordatorio, estos países son: Argentina, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Colombia, Chile, Ecuador, Nicaragua, Honduras, Guatemala, Panamá, Venezuela, Uruguay, Paraguay, México, El Salvador, Perú y República Dominicana.

⁶² Organización Mundial de la Salud (OMS), Marco de Evaluación del Desempeño 2000, Ginebra, Suiza, 2000.

- ¿Qué factores dentro del sistema de salud se vinculan a mejores resultados de salud en la región?
- ¿Qué factores fuera del sistema de salud se asocian a mejores resultados de salud en la región?

Las dos primeras preguntas pueden responderse siguiendo el marco de la evaluación del desempeño de la OMS, para lo cual los indicadores que seleccionamos para estos fines se agrupan en las siguientes categorías: logros o resultados en salud (principalmente, la esperanza de vida), acceso y cobertura a los servicios de salud (básicos, sobre todo), insumos o recursos para la provisión de servicios de salud y, finalmente, financiamiento de los sistemas de salud y estimaciones de protección financiera.

En el presente capítulo abordamos la descripción de la situación de salud de la República Dominicana, dentro del contexto de la región de América Latina. Partimos de una mirada al perfil epidemiológico de la región y pasamos a preguntarnos: ¿Cuáles países de la región son los que tienen los mejores y peores resultados de salud? ¿Dónde se ubica la República Dominicana dentro de ese contexto? Luego, analizamos su situación en comparación con un conjunto de indicadores de logros de salud, observando a continuación, ciertos factores relacionados con el acceso, la cobertura y la disponibilidad de recursos.

Perfil epidemiológico

Pese a que existen heterogeneidades importantes en materia del perfil epidemiológico de los países de la región, como conjunto, puede decirse que ALC atraviesa una transición epidemiológica, en la que el peso de las

enfermedades transmisibles se va reduciendo notablemente, para dar paso a una etapa en la que predominan las enfermedades degenerativas y no transmisibles entre las principales causas de morbilidad.

Un estudio de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)⁶³ plantea que dicha transición, la cual es consistente a la tendencia a nivel mundial,⁶⁴ constituye uno de los grandes desafíos que enfrenta ALC como región en materia de salud, pues supone que los países deben continuar disminuyendo la mortalidad por enfermedades infecciosas y, a la vez, buscar la manera de abordar la creciente mortalidad por causas crónicas no transmisibles a medida en que van cobrando mayor importancia para el sistema de salud.⁶⁵

La transición epidemiológica en la región ha ido de la mano con los cambios experimentados en la dinámica demográfica, sobre todo con las ganancias generadas en el último siglo en materia de reducción de la mortalidad global, el incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento gradual de la población.

No obstante, la referida transición epidemiológica que atraviesa la región como conjunto, a lo interno de la

⁶³ CEPAL, 2011. “El perfil epidemiológico de América Latina: desafíos, límites y acciones.” Documento de proyecto CEPAL-UNFPA. Santiago de Chile.

⁶⁴ La CEPAL reportó para 2011, que el 30% de las causas de muerte a nivel mundial corresponden a enfermedades transmisibles en comparación con 60% correspondiente a enfermedades crónicas no transmisibles y de 10% que se deben a causas externas (accidentales y violentas).

⁶⁵ Según la OPS, las enfermedades crónicas no transmisibles dan cuenta de más del 75% de las muertes en ALC. Recuperado de: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=51&lang=en

misma pueden identificarse diferencias entre grupos de países en los cuales la transición ha avanzado en una mayor o menor medida que en otros. Así, por ejemplo, el estudio de CEPAL-UNFPA⁶⁶ agrupa a los países según sus características epidemiológicas en cuatro grandes categorías, específicamente de acuerdo al tipo de causas de mortalidad que se distinguen entre los mismos. En estas categorías hemos identificado a los 19 países sujetos del presente estudio, tal y como se presenta a continuación:

Gráfico 4.1. Grupos de países según su caracterización epidemiológica causa de mortalidad



Fuente: Elaboración propia en base al Estudio CEPAL-UNFPA 2011

En tal sentido, países como Bolivia, Guatemala y Perú, poseen una mayor carga de las enfermedades transmisibles, superior al 30%. En el otro extremo se encuentran

⁶⁶ CEPAL, 2011. “El Perfil epidemiológico de América Latina: desafíos, límites y acciones.” Documento de proyecto CEPAL-UNFPA. Santiago, Chile.

Uruguay, Chile, Costa Rica, Cuba y Argentina, donde estas representan menos del 10% de las causas de muerte. Ello guarda estrecha conexión con la fase en que se encuentran estos dos grupos de países en términos de su transición demográfica, con el primer grupo ubicándose en una fase de transición moderada, mientras que el segundo grupo se encontraba en transición avanzada o muy avanzada. En estos últimos, las causas de mortalidad más comunes son las neoplasias malignas. Asimismo, se distingue un grupo de países donde las causas de muertes accidentales y violentas sobresalen por su magnitud mayor del 20%, como en Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador y Venezuela.

Es en tal contexto que se ubica a República Dominicana, en el grupo de países donde hay un predominio creciente de las enfermedades cardiovasculares,⁶⁷ notorio particularmente en las últimas dos décadas. Se destacan principalmente las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares, las cuales, cabe resaltar, representan la primera y segunda causa de muerte en la región. Cifras más actualizadas, reportadas por el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana y la OPS/OMS⁶⁸ confirman este predominio, con las enfermedades del sistema circulatorio explicando 37% de las defunciones, resaltando entre las mujeres (39%), sobre los hombres (33%). Sin embargo, las neoplasias también ganan relevancia entre las principales causas de mortalidad, ubicándose como el segundo grupo preponderante con 16%, seguido muy de cerca por las causas externas (15%). Se

⁶⁷ La OPS reporta que cerca del 30% de las muertes en ALC son a causa de este tipo de enfermedad.

⁶⁸ MSP, y OPS/OMS 2013. “Indicadores Básicos de Salud 2013”. Consultado en: <http://www.bvs.org.do/bvs/htdocs//local/File/indicadores--basicos-de-salud-2013.pdf>

verifica asimismo el cada vez más reducido peso de las enfermedades transmisibles, que como grupo explican 9% de las muertes.

Puede notarse que los países seleccionados para los estudios de caso (Chile, Uruguay, Costa Rica y Cuba) se encuentran en el grupo más avanzado de transición demográfica y epidemiológica. La República Dominicana, guardando las distancias, parece avanzar en esa dirección. No obstante, en todos los países hay desigualdades internas, tal como veremos en la sección de los determinantes de la salud. Por eso en muchos países hay todavía rezagos en obtener logros de salud equivalentes a los países más desarrollados y en alcanzar la cobertura universal en intervenciones básicas. Esto puede verse en las secciones que siguen.

Resultados en salud

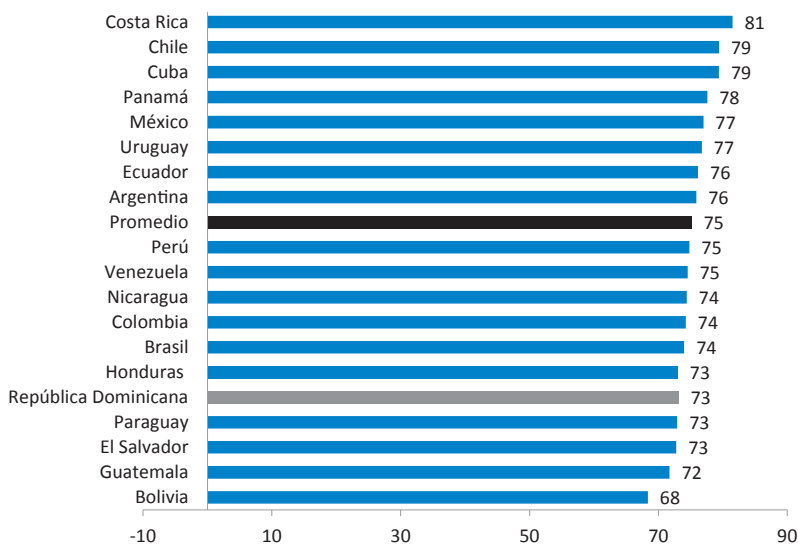
Al analizar simultáneamente varios indicadores de resultados en salud, como la esperanza de vida al nacer, y las tasas de mortalidad neonatal, infantil y materna, así como la fecundidad general y en adolescentes, la evidencia muestra que los países de la región han registrado avances significativos en los últimos 20 años y que, dentro de los mismos, la República Dominicana no es la excepción, aunque muestra rezagos sorprendentes, que no guardan proporción con el crecimiento sostenido de su economía durante las últimas décadas, tal como se verá más adelante.

Esperanza de vida

Como hemos indicado previamente, el indicador por excelencia para comparar con otros los logros de salud, es la esperanza de vida, que ofrece sugerencias sobre los sistemas de salud, la calidad de vida y otros indicadores de bienestar. De hecho, en la medición del desarrollo humano, la esperanza de vida se utiliza para medir la capacidad de las personas para vivir una vida larga y saludable. No significa esto que no tenga sus limitaciones, del mismo modo que el ingreso per cápita no dice nada sobre la distribución del mismo. No obstante, si hubiera que elegir un solo indicador, este puede considerarse como el más adecuado. La esperanza de vida al nacer se define como la cantidad promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.⁶⁹

⁶⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005. *Estadísticas sanitarias mundiales 2005*. Recuperado de: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>

Gráfico 4.2. Esperanza de vida al nacer (años) en 19 países de América Latina y El Caribe (año 2014)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development.

Puede observarse que la República Dominicana se ubica entre los países cuya población tiene la menor esperanza de vida al nacer de la región, para el 2014. Costa Rica (81), Chile (80) y Cuba (79) son los países de la región latinoamericana que tienen la mayor esperanza de vida, la cual se acerca a las más altas del mundo, como la del Japón (83), por ejemplo. Al mismo tiempo, hay países como Guatemala (72) y Bolivia (68), que son los que peor se posicionan entre los 19 países de estudio, según este indicador. De hecho, la esperanza de vida en Bolivia es apenas superior a la de Haití (63), la menor de la región.

La esperanza de vida en la República Dominicana pasó de 68 años en el año 1990 a 73 años en el 2013, lo cual pareciera ser un logro sustancial, sin embargo, este crecimiento fue uno de los menos pronunciados entre los

19 países comparados (7.5%, frente a un promedio regional de 8.5%), lo que indica que el aumento fue un movimiento generalizado en la región, y que la República Dominicana no pudo ir al mismo paso que sus vecinos.

Estos valores son muy inferiores a los que presentan los países de mayor desarrollo relativo, como los que forman parte de la OECD. El promedio de la esperanza de vida en estos países es 81 años, incluyendo países como México y Turquía que están bastante por debajo de los más longevos. Entre estos últimos se destaca Japón, con el valor más alto (87 años para las mujeres). Otros países muy cercanos son España, Italia y Francia.

En años recientes, para complementar la medición de la esperanza de vida al nacer, se ha acogido adicionalmente el análisis de la esperanza de vida sana, o esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (EVAS).⁷⁰ La EVAS mide la cantidad de años que una persona de determinada edad puede esperar vivir en buena salud, teniendo en cuenta la mortalidad y la discapacidad. Como tal, cuantifica el efecto de la carga de la enfermedad o la

⁷⁰ El EVAS es parte de un enfoque denominado “Enfoque de la Carga Mundial de Morbilidad (CMM), que surge de un proyecto científico y sistemático impulsado por el Instituto para la Medición y Evaluación y de la Salud (IHME), que busca cuantificar la magnitud comparativa de la pérdida de salud como consecuencia de enfermedades, lesiones y factores de riesgo que afecta a los países. La CMM estima la muerte prematura y la discapacidad a causa de 291 enfermedades y lesiones; 1,160 secuelas (consecuencias directas de enfermedad y lesión), y 67 factores de riesgo para 20 grupos de edad y ambos sexos en 1990, 2005 y 2010. El estudio de la CMM 2010 presentó estimaciones de 187 países y 21 regiones. Ver Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, The World Bank (Instituto para la medición y Evaluación de la Salud, Red de Desarrollo Humano, Banco Mundial). *La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas*- Edición regional para América Latina y el Caribe. Seattle, WA: IHME, 2013, recuperado de: <http://www10.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2013/12795.pdf>

magnitud comparativa de la pérdida de salud como consecuencia de enfermedades, lesiones y factores de riesgo en función de la edad, el sexo y la ubicación geográfica de los países. Para el conjunto de países sujeto de este estudio, en promedio, la carga de la enfermedad representa una pérdida de 10 años de vida. Una vez más, la República Dominicana resulta entre los últimos cinco lugares.

Mortalidad infantil y neonatal

Otro indicador importante para medir los logros en salud, que a menudo es también utilizado en la medición del desarrollo humano de un país, es la tasa de mortalidad infantil. Este indicador mide la cantidad de infantes que mueren antes de llegar al año de vida, por cada 1,000 nacidos vivos, en un año determinado.⁷¹ La reducción de la mortalidad infantil es, de hecho, uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a los que se ha comprometido la comunidad internacional y se asocia al ejercicio del más fundamental de los derechos, el derecho a la vida, y del ejercicio del derecho a la salud, muy estrechamente relacionado con el primero. Como tal, se vincula a la cobertura de los servicios sociales, especialmente los de salud, y al estado nutricional de la población infantil.⁷²

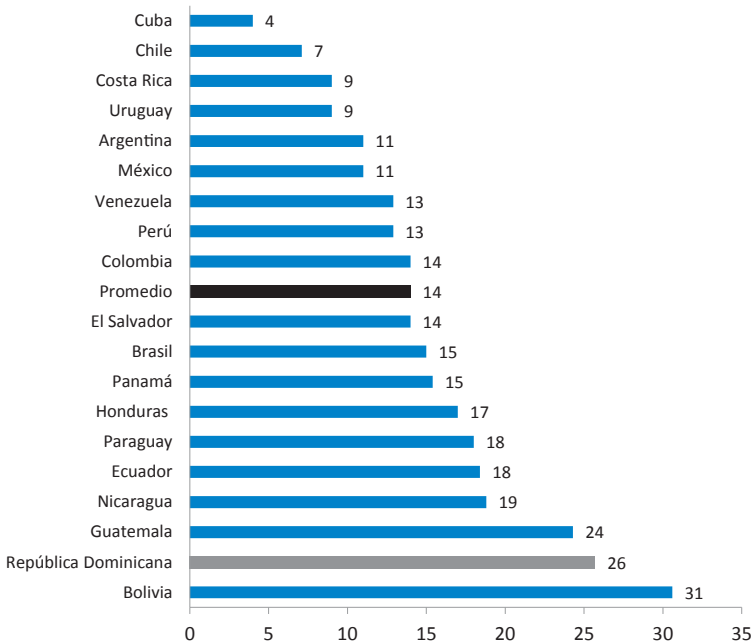
Al comparar los 19 países objeto de estudio según este indicador (gráfico 4.2), se observa que República Dominicana registra la tasa más elevada (26 por cada mil nacidos vivos),

⁷¹ Base de datos World Development Indicators del Banco Mundial, accesible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN>

⁷² Sistema de Naciones Unidas, 2010. Informe Regional Inter-agencial de los ODM 2010: Logrando los ODM con equidad en Latinoamérica y El Caribe: Avances y Retos. Santiago de Chile.

solo por debajo de Bolivia (31 por cada mil nacidos vivos), lo cual contrasta con las diferencias en el ingreso per cápita entre estos países, que es casi el doble en nuestro país. Por el contrario, Cuba, Chile, Costa Rica y Uruguay, son los países que presentan las más bajas tasas de mortalidad infantil entre los 19 países estudiados, casi todas de un solo dígito.

Gráfico 4.3. Tasa de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos, en 19 países de América Latina y El Caribe (año 2015)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

En los países de la OECD, el promedio asciende a 4 por mil, aun incluyendo dos países latinoamericanos, que son México y Chile, además de Turquía, que son los que poseen los indicadores más altos. La mediana en este conjunto de países es de solo 3.4 muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos vivos.

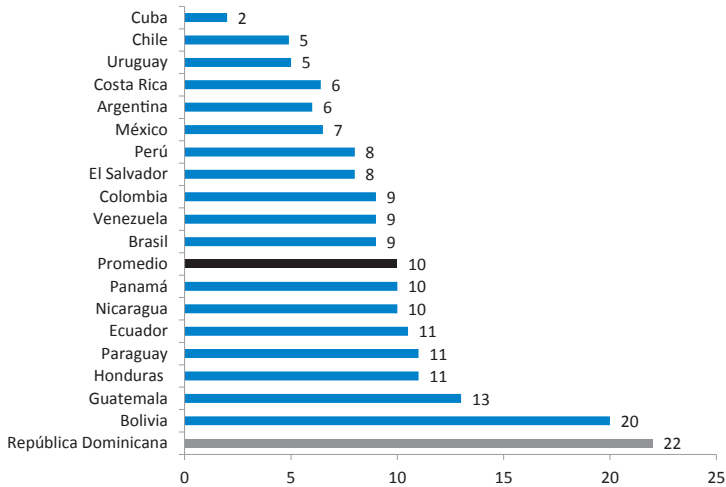
La mortalidad infantil en la República Dominicana ha disminuido sustancialmente con relación a 1990, cuando este indicador era de 46 por cada mil nacidos vivos. De hecho, para entonces, se consideraba ya que venía descendiendo desde cerca de 80 por mil en la década de los setenta. A esto contribuyeron los esfuerzos gubernamentales en el área de salud reproductiva y supervivencia infantil, así como las campañas de vacunación.

Sin embargo, dichos esfuerzos no fueron suficientes. Otros países de la región lograron reducir sus respectivas tasas entre 1990 y 2013, a un ritmo más acelerado. De hecho, en promedio, el conjunto de países del estudio redujo la mortalidad infantil en 60% entre ambos períodos, mientras que la República Dominicana logró reducirla 49%, en tanto que el Perú, Brasil y El Salvador son los países de la región que lograron reducirla en mayor proporción, superando el 70% en todos los casos.

La mortalidad neonatal explica la mayor parte de la mortalidad infantil y la República Dominicana es el país con la tasa más alta de mortalidad en neonatos o recién nacidos entre los 19 estudiados⁷³ (véase el gráfico 4.4).

⁷³ La tasa de mortalidad neonatal mide el número de muertes registradas en los primeros 28 días de vida por cada 1,000 nacidos vivos en un año o período determinado. Definición en base a: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005. Estadísticas sanitarias mundiales 2005. Recuperado de: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>

Gráfico 4.4. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1,000 nacidos vivos (año 2015)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

En comparación, Cuba, Chile, Uruguay, Costa Rica y Argentina mantienen las tasas de mortalidad neonatal más bajas de los 19 países estudiados, con 2, 5 y 6 muertes por cada mil nacidos vivos, respectivamente. Pese a que República Dominicana registra una reducción considerable en la tasa de mortalidad neonatal con relación a 1990, cuando era de 28 por cada mil nacidos vivos, se encuentra entre los que registra menor reducción en este indicador entre 1990 y 2013, lo que supone que los demás países han avanzado a mejor ritmo.

El conjunto de 34 países de la OECD, por su parte, tiene en promedio una tasa de mortalidad neonatal del 2.5 por 1,000 –siendo Islandia, Japón y Finlandia los países que presentan tasas menores–, apenas rondando el uno por mil.

La reducción de la mortalidad en recién nacidos resulta de especial importancia, pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las condiciones deficientes y los riesgos en la etapa neonatal son la principal causa de la mortalidad infantil. Las muertes neonatales se deben primordialmente al nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, infecciones, asfixia (falta de oxígeno al nacer) y los traumatismos en el parto, en su mayoría complicaciones que podrían evitarse mediante la aplicación de medidas de atención eficaces durante el parto y en la primera semana de vida por parte de un profesional calificado de atención en salud.⁷⁴

No se han realizado estudios que permitan saber cuántas de estas muertes prematuras se podrían evitar con un adecuado sistema de atención prenatal y obstétrica, lo cual contribuiría rápidamente a reducir las tasas de mortalidad infantil y a prolongar la esperanza de vida. Pero, sí hay estudios que, a pesar de ser parciales, muestran una pobre calidad de estos servicios en los hospitales públicos, donde sucede la mayor parte de los nacimientos, tal como se comenta más adelante.

Mortalidad materna

Otro indicador fundamental para medir los resultados en salud de los países en desarrollo, el cual está estrechamente ligado a la mortalidad infantil y neonatal, es la mortalidad materna. Este indicador mide el número de defunciones maternas⁷⁵ durante un período

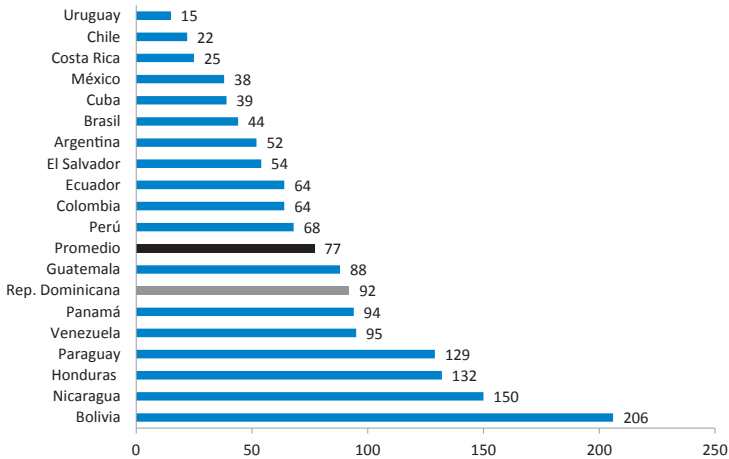
⁷⁴ Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>

⁷⁵ La defunción materna es la muerte durante el embarazo o dentro de 42 días una vez concluido este, por cualquier causa relacionada al embarazo o

determinado por cada 100,000 nacidos vivos durante el mismo período. Como tal, la tasa de mortalidad materna arroja luz acerca de la cobertura y la calidad de los servicios básicos de salud a que accede la población, sobre todo las mujeres en edad reproductiva, considerándose como evitables la mayor parte de las muertes maternas, si se garantizase la provisión de una atención adecuada antes, durante y después del parto.

En la actualidad, República Dominicana es el séptimo de 19 países de la región con mayor tasa de mortalidad materna, registrando 92 muertes por cada 100,000 nacimientos (gráfico 4.5).

Gráfico 4.5. Tasa de mortalidad materna, por cada 100 mil nacidos vivos, en 19 países América Latina y El Caribe (año 2015)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

agravada por este o por el tratamiento recibido con relación a este, pero no por causas accidentales o incidentales. Definición en base a: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005. Estadísticas sanitarias mundiales 2005. Recuperado de: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>

Por el contrario, resaltan nuevamente entre los países con menor tasa de mortalidad materna: Uruguay (15), Chile (22) y Costa Rica (25). En este indicador, Cuba se encuentra por encima de los países punteros, con 39 por cien mil nacidos vivos, tasa que de cualquier manera se encuentra alrededor de la mitad del promedio de la región. En tanto que Bolivia es el país con mayor cantidad de muertes maternas (206 por cada cien mil nacimientos vivos), seguido por Nicaragua (150), Honduras (132), Paraguay (129). La de Haití, por su parte, ha sido estimada en 380, cifra muy por encima de todo el conjunto de la región.

Cabe destacar, sin embargo, que la mortalidad materna ha disminuido significativamente en la República Dominicana desde 1990, año en el que se estima se encontraba en 240 muertes por cada cien mil nacimientos con vida, para una disminución de 58%, que constituye una de las de mayor proporción entre los 19 países estudiados, para el período entre 1990 y 2013.

Fecundidad adolescente

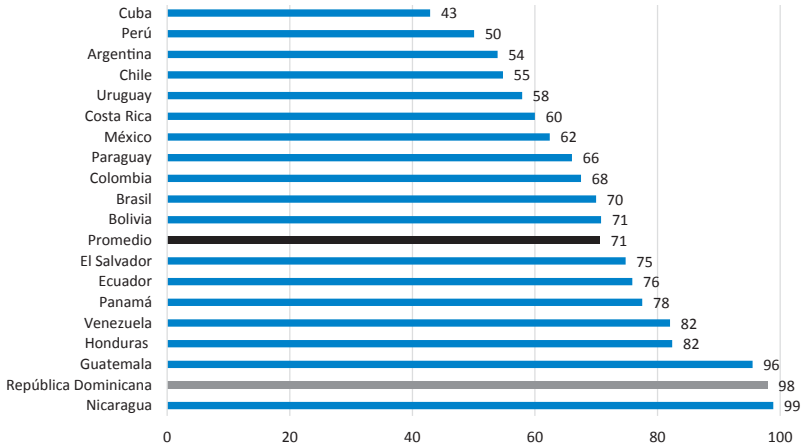
Otros indicadores que dan cuenta acerca de los resultados de un sistema de salud son los relacionados a la fecundidad, dado que es notoria la reducción de la misma a medida que un país avanza en sus niveles de desarrollo.

La República Dominicana cuenta con una tasa global de fecundidad de 2.5 hijos en promedio, nacidos por cada mujer en edad fértil, la que representa una tasa bastante cercana al promedio del conjunto de los 19 países estudiados, que asciende a 2.4. Entre los países de la región con menores tasas de fecundidad se encuentran Brasil,

Chile, Costa Rica (estos tres con 1.8 hijos por mujer en edad fértil) y Cuba (1.4 hijos), las cuales son comparables a los países de mayor desarrollo relativo.

Sin embargo, la tasa de fecundidad en adolescentes⁷⁶ constituye una creciente preocupación en la República Dominicana, puesto que el país registra la segunda tasa más elevada entre los 19 países analizados (98 por cada mil nacimientos), menor solamente a la tasa registrada en Nicaragua (99) (gráfico 4.6).

Gráfico 4.6. Tasa de fecundidad en adolescentes (nacimientos por 1,000 mujeres de 15 y 19 años) (año 2013)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

En contraste, con tasas de fecundidad en adolescentes cercanas a la mitad de la registrada por República Dominicana, países como Argentina (54), Perú (50) y Cuba

⁷⁶ La tasa de fertilidad en adolescentes es la cantidad de nacimientos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad. Definición de la base de datos World Development Indicators del Banco Mundial, accesible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>

(43) son los de menor tasa de fecundidad en las mujeres de este grupo etario en el conjunto de países estudiados.

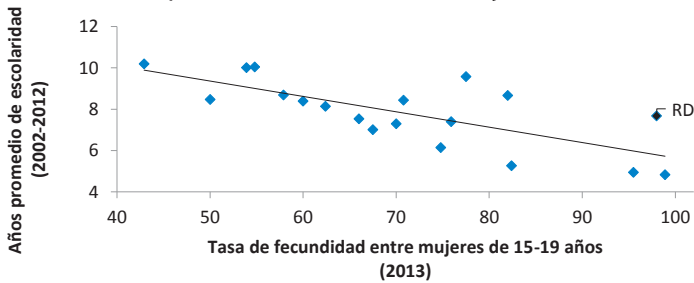
A esta dramática situación se añade el hecho de que el país se encuentra entre los que menos progreso han registrado para este indicador, entre 1990 y 2013, con una reducción de apenas 13.1%, es decir, la mitad de la reducción promedio de la región, que ascendió al 26.1% en el conjunto de países objeto de este análisis.

La fecundidad en adolescentes se asocia a la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva entre la población femenina desde la edad temprana.⁷⁷ Sin embargo, también se relaciona a factores externos a los sistemas de salud, como la privación de oportunidades de desarrollo para las mujeres, entre los cuales merece destacarse la educación insuficiente, entre otros patrones macrosociales y de índole cultural y psicosocial.

Los datos indican que existe una correlación inversa entre la fecundidad de un país y el nivel educativo de sus mujeres (gráfico 4.7). Sin embargo, pese a que el nivel educativo de las dominicanas ha ido incrementando, los resultados no acompañan este proceso, lo que puede sugerir deficiencias propias del mismo sistema educativo, el cual no logra constituirse en un elemento de prevención del embarazo en las adolescentes. El inicio demasiado temprano de la vida sexual, unido a factores como la violencia doméstica, abuso sexual de las niñas y otros factores, probablemente explican estos indicadores.

⁷⁷ Sistema de Naciones Unidas, 2010. *Informe Regional Inter-agencial de los ODM 2010: Logrando los ODM con equidad en Latinoamérica y El Caribe: Avances y Retos*. Santiago de Chile.

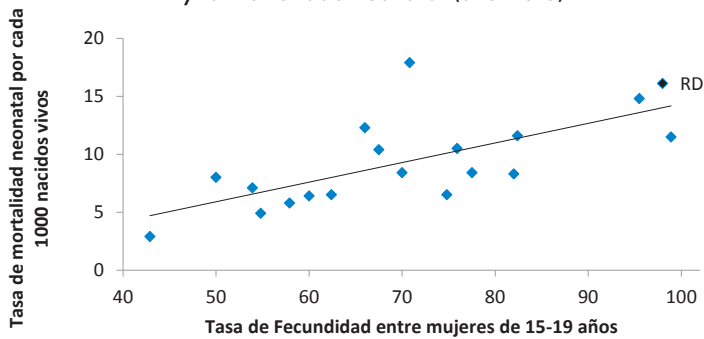
Gráfico 4.7. Relación entre la fecundidad adolescente y años promedio de escolaridad de las mujeres



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

Adicionalmente, el embarazo adolescente se encuentra muy vinculado a la mortalidad materna y neonatal, tal como muestran las cifras a continuación, dado que la falta de madurez de los órganos reproductivos de la madre aumenta los riesgos tanto para ella como para su hijo. Además del tema de derechos humanos, esto acarrea costos importantes para el sistema de salud, sin mencionar los demás costos sociales relativos a la transmisión intergeneracional de la pobreza entre madres adolescentes y sus hijos.

Gráfico 4.8. Relación entre la fecundidad adolescente y la mortalidad neonatal (año 2013)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

En la República Dominicana, por ejemplo, se ha estimado que el costo de la atención del embarazo y la maternidad en adolescentes es 32 veces mayor que la inversión estimada del Plan Nacional de Prevención del Embarazo de Adolescentes, lo que sugiere que una estrategia preventiva es mucho más costo-efectiva para el sistema de salud.⁷⁸

Acceso y cobertura a los servicios de salud

Un aspecto importante en el logro de la salud se refleja en las atenciones médicas que recibe la población y la adecuación de estos servicios a sus necesidades prioritarias. En este tema importan tanto la “cantidad” de servicios y la disponibilidad de los mismos, como la calidad brindada.

La literatura señala un conjunto de intervenciones de salud prioritarias que son clave para mejorar la salud materna, neonatal e infantil, en algunos casos referidos como “resultados intermedios de salud”, entre las cuales se encuentran la cobertura de la atención prenatal, la atención del parto por personal calificado y las inmunizaciones. Al respecto, si bien en la región se evidencian avances en la última década, hay variaciones amplias entre países y entre intervenciones. En el caso de la República Dominicana, se evidencia una suerte de “paradoja”, que se refleja en la coexistencia de indicadores adecuados en términos de cobertura de servicios –tales como el parto institucional atendido por profesionales y la alta cobertura de controles prenatales de las embarazadas– y de

⁷⁸ Lizardo, Jeffrey, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) e Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), 2013. *Costo de Embarazo y la Maternidad en la Adolescencia en la República Dominicana*. Santo Domingo, R.D.

resultados en salud relativamente deficientes, que apuntan a sugerir baja calidad de la atención, como la elevada mortalidad de las madres al momento del nacimiento de sus hijos así como de los recién nacidos, hechos que ocurren sobre todo en la población más pobre.

El análisis de esta falla cualitativa lleva a considerar una multiplicidad de factores que, al combinarse, se refuerzan entre sí de manera sinérgica y cuyos efectos en el sistema de salud dominicano no pueden entenderse cuando se analizan por separado. Entre estos factores cabe mencionar la preparación del personal de salud, sus conocimientos y valores, sus retribuciones y forma de pago, así como aspectos vinculados al cumplimiento, la gobernabilidad y la gestión de los establecimientos. En torno a la administración de los servicios y recursos de salud, los limitantes en términos de calidad incluyen la ausencia de protocolos de atención aplicados, la débil disponibilidad de equipos y de insumos adecuados, la pobre formación de los recursos humanos, y la inequitativa forma en que estos recursos y servicios se financian, y se distribuyen en el territorio.⁷⁹

Cobertura de atención pre-natal

Un servicio clave en salud que contribuye a mejorar la salud materna y neonatal, previniendo así la mortalidad materno-infantil es la atención prenatal, cuya cobertura mediremos por el porcentaje de embarazadas que asiste

⁷⁹ Rathe, M. 2012. “Protección financiera en salud en la República Dominicana: análisis econométrico del gasto catastrófico y empobrecedor en salud de los hogares dominicanos beneficiarios del sistema de subsidios sociales”. Concurso de Investigación “Encuesta de Evaluación de la Protección Social (EEPS) 2010”, BID, BCRD, y Gabinete de Política Social.

al menos a cuatro chequeos prenatales por personal calificado, cantidad que recomienda la OMS.⁸⁰ Según este organismo, las visitas prenatales contribuyen a la prevención, detección y tratamiento adecuado de problemas de salud relacionados al embarazo, pues con estas se llevan a cabo intervenciones clave como la vacuna del tétano, evaluación y tratamiento de infecciones e identificación temprana de señales de advertencia y situaciones de riesgo para la madre y su bebé.

La OMS reporta que pese a que a nivel mundial la proporción de mujeres embarazadas que asistieron al menos a una visita prenatal fue de 83% para el período 2007-2014, solo el 64% acudió al número de al menos cuatro visitas recomendadas, lo que supone que la cobertura prenatal adecuada es aún tarea pendiente para el mundo. De hecho, estimaciones para junio de 2015, indican que solo la mitad de las embarazadas en el mundo acudió al número recomendado de visitas.⁸¹

República Dominicana destaca entre los países de mayor cobertura de la atención prenatal entre países de América Latina estudiados,⁸² específicamente en la posición número 3, con 95.4% de las embarazadas atendidas, y muy por encima del promedio de 84.5% para el grupo estudiado (gráfico 4.8). Cuba, con 97.8% de las

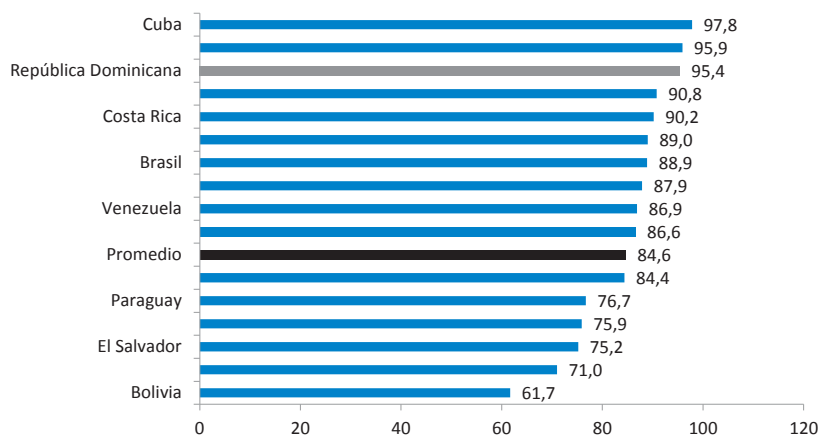
⁸⁰ http://www.who.int/gho/maternal_health/reproductive_health/antenatal_care_text/en/#

⁸¹ <http://data.unicef.org/maternal-health/antenatal-care.html>

⁸² No fue posible encontrar datos para Chile, Guatemala y Ecuador, por lo que solo se considera data para 16 de los 19 países de estudio. Cabe destacar que para este indicador la comparación tiene limitaciones, dado que la disponibilidad de data para estos países no es para un período homogéneo, sino que se encuentran casos que se alejan más o menos del período en cuestión. Por ejemplo, la data hallada para El Salvador corresponde al año 2014, Costa Rica al 2011, Colombia al 2010, y para Paraguay al 2008.

embarazadas cubiertas por al menos 4 visitas de control prenatal, ocupa la primera posición, seguido de Uruguay con el 95.9%. En general, la región posee niveles altos de visitas de control durante el embarazo, siendo los más bajos, los de Bolivia con el 62% y Nicaragua con el 71%.

Gráfico 4.9. Porcentaje de cobertura de la atención prenatal, al menos 4 visitas (año 2013)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁸³

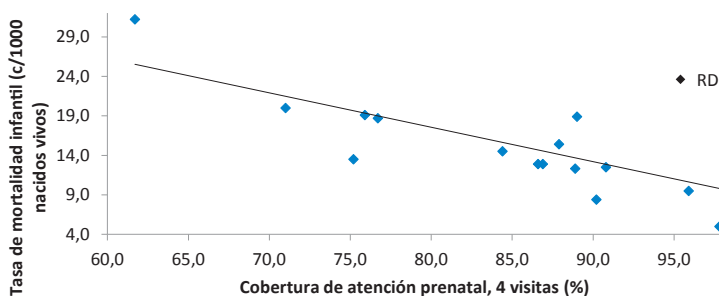
Un indicador menos estricto que también se utiliza es el de medir la cobertura de la atención prenatal en al menos una visita, nuevamente resalta la República Dominicana entre los mejor posicionados del grupo de países estudiados⁸³, con 99.3% de las embarazadas

⁸³ No fue posible encontrar datos para Argentina, Chile, ni Guatemala, por lo que solo se considera data para 16 de los 19 países de estudio. Cabe destacar que para este indicador la comparación tiene limitaciones, dado que la disponibilidad de data para estos países no es para un período homogéneo, sino que se hallan casos que se alejan más o menos del período en cuestión. Por ejemplo, la data hallada para El Salvador y Uruguay corresponde al año 2014, Costa Rica al 2011, Colombia al 2010, Brasil y Guatemala al 2009 y

asistiendo al menos a una consulta prenatal, solo superado por Cuba (100%).

Las altas coberturas de la atención prenatal a menudo se vinculan a la reducción de la mortalidad materno-infantil, por cuanto este tipo de intervención promueve tanto la salud de la embarazada, como de la futura madre y su recién nacido. El Gráfico 4.10 ilustra esta relación negativa en el caso dominicano, al compararla entre los países del estudio⁸⁴, donde, a mayor cobertura de consultas prenatales (4 visitas), menor es la mortalidad infantil. Una curva similar es la que se obtiene al relacionar este indicador con la mortalidad materna donde, una vez más, la República Dominicana destaca por las mismas razones.

Gráfico 4.10. Relación entre la tasa de mortalidad infantil vs. cobertura de atención prenatal (Circa 2012-2013)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators y de Organización Panamericana de la Salud (OPS).

para Paraguay al 2008.

⁸⁴ Solo 16 de los 19 países existe data; se excluye a Argentina, Chile y Guatemala.

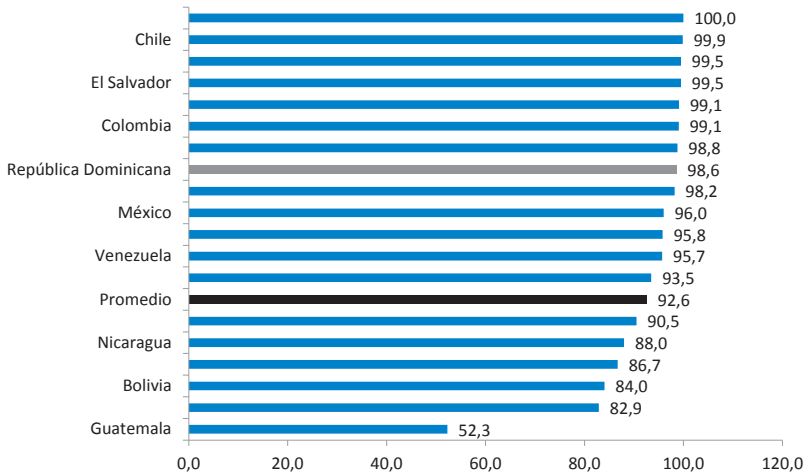
Cobertura de partos atendidos por personal calificado

Otro servicio de salud reproductiva clave es la atención del parto por personal de salud calificado, que tradicionalmente se mide por el porcentaje de nacidos vivos asistidos por personal calificado para la supervisión, atención y asesoramiento al momento del parto. Según la OMS, un personal calificado para la atención en el parto es un profesional de la salud (médicos y enfermeras/os-parteras/os licenciados) que cuentan con la formación teórico-práctica y las competencias necesarias para atender partos normales (sin complicaciones) y el inmediato período postnatal, así como para identificar, gestionar y derivar casos complicados de mujeres y recién nacidos.⁸⁵ Esta definición de la OMS deja excluidas a las parteras tradicionales que carecen de formación oficial.

El conjunto de países de la región latinoamericana estudiados tiene elevadas coberturas en sentido general, siendo el promedio 92.6%. La República Dominicana se encuentra muy por encima de este promedio, en la posición 8 entre los 19 países de la región estudiados, con una cobertura de 98.6% (gráfico 4.11).

⁸⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005. Sección sobre salud materna en su página web. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/skilled_birth/es/

Gráfico 4.11. Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificada (Circa 2012)



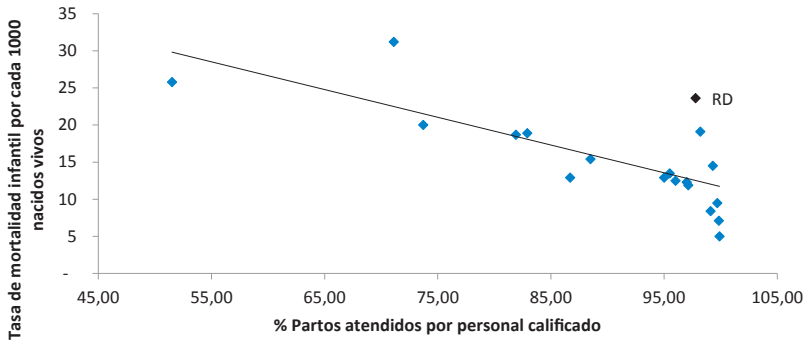
Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

Puede observarse que, salvo Guatemala, con 52,3%, todos los países poseen una cobertura superior al 80% y la mayor parte supera 90%. La atención del parto por personal calificado tiende a constituir una intervención clave en la prevención de la mortalidad materna e infantil.⁸⁶

⁸⁶ De hecho, la OMS plantea que hay pruebas históricas y observacionales de que la asistencia especializada al parto reduce el riesgo de muerte materna. Por ejemplo, según señala el Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! De la OMS (p. 65-67), a principios del siglo xx, los países industrializados redujeron a la mitad sus razones de mortalidad materna (RMM) gracias a la atención del parto por matronas profesionales. Asimismo, al mejorarse el acceso a los hospitales tras la segunda Guerra Mundial, las muertes maternas disminuyeron hasta los bajos niveles actuales. En países como Sri Lanka, Malasia y Tailandia, la RMM se redujo a la mitad en 10 años gracias a un aumento del número de matronas certificadas en los años cincuenta y sesenta. En Tailandia redujo la RMM de 200 a 50 por 100,000 nacidos vivos en 15 años, gracias a un nuevo aumento del número de matronas certificadas y a la ampliación de la capacidad de los hospitales distritales. Asimismo, la proporción de partos

En el gráfico 4.12 se ilustra esta relación negativa, para el caso de los 19 países del estudio, donde puede observarse, por lo general, que la mortalidad infantil tiende a ser menor, cuanto mayor es el porcentaje de partos atendidos por personal calificado.

Gráfico 4.12. Relación tasa de mortalidad infantil vs. partos atendidos por personal de salud calificado.



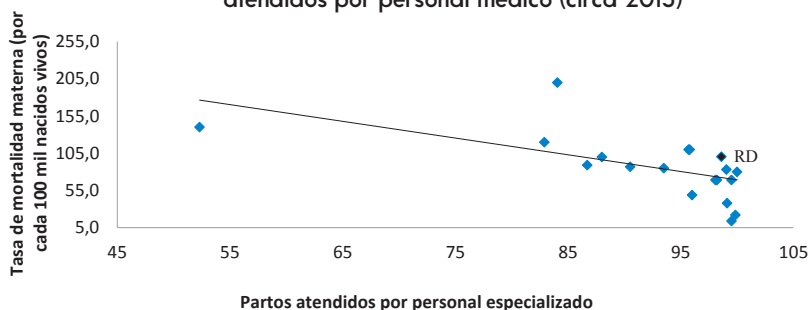
Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

El acceso a servicios como la planificación del embarazo, la atención prenatal, la atención del parto por parte de personal médico, así como la disponibilidad de servicios obstétricos de emergencia, son algunos de los principales factores que se vinculan directamente a la reducción de la mortalidad materna. En el caso dominicano, la presencia de una tasa de mortalidad materna elevada en comparación con el promedio regional, así como el posicionamiento que ocupa entre los 19 países estudiados en cuanto a los resultados positivos en este renglón (14^{vo}. lugar), llama la atención cuando se toma en cuenta el

atendidos por asistentes de partería cualificados se multiplicó por dos entre 1983 y 2000, y la RMM disminuyó en un 50%.

alto porcentaje de partos asistidos por personal médico y realizado en establecimientos de salud de segundo y tercer nivel (99%).

Gráfico 4.13. Relación tasa de mortalidad materna vs. partos atendidos por personal médico (circa 2013)



Fuente: Elaboración propia con datos del BancoMundial de su base de datos World Development Indicators.

Los fallecimientos suelen involucrar directamente a mujeres pertenecientes a los primeros quintiles de pobreza, que acuden por atención especializada para el parto a hospitales públicos. Esto sugiere problemas de inequidad, a la vez que deficiencias en la calidad de la atención de los hospitales públicos que atienden el parto en la República Dominicana.

Al igual que para el caso de la tasa de mortalidad materna, la mayoría de países muestran una relación inversa entre la tasa de mortalidad neonatal y los partos atendidos por personal especializado. Sin embargo, en el caso de la República Dominicana, la tasa de mortalidad neonatal sigue siendo muy elevada con relación al porcentaje de partos atendidos por personal especializado. Ello reviste especial énfasis en la necesidad de mejorar la calidad de la atención sanitaria en la etapa perinatal como elemento clave en la estrategia de prevención de complicaciones

evitables que afecten a los bebés recién nacidos y de reducción tanto de muertes neonatales como infantiles.

Cobertura de anticonceptivos

El uso de anticonceptivos es otra intervención de importancia para la salud reproductiva, al ser un factor preventivo de embarazos no deseados y de alto riesgo, que por tanto también se vincula con la prevención de la mortalidad materna e infantil. El indicador clave y tradicionalmente usado para verificar el acceso a servicios de salud reproductiva, como la cobertura de anticonceptivos, es la tasa de prevalencia anticonceptiva, que se define como el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años de edad que utiliza, o cuya pareja sexual utiliza, algún método anticonceptivo.^{87, 88}

Este indicador a menudo se complementa con la medición de necesidades insatisfechas de planificación familiar, indicador que mejor arroja luz en torno a la brecha de acceso a anticonceptivos, según las intenciones reproductivas de la mujer. El indicador de necesidades insatisfechas de planificación familiar se define como el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que son fértiles, sexualmente activas, no usan ningún método anticonceptivo, y reportan que

⁸⁷ Los métodos anticonceptivos son variados y van desde los de barrera, como los preservativos y el diafragma, los naturales, como el método del ritmo y la amenorrea de la lactancia, los que implican tecnología farmacológica como las hormonas orales e inyectables, hasta los de mayor complejidad como la esterilización femenina y masculina.

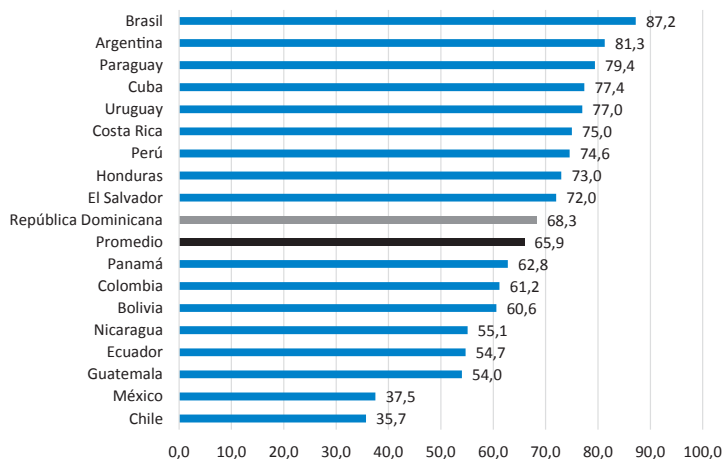
⁸⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005. Estadísticas sanitarias mundiales 2005. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>

no quieren tener más hijos o que desean retrasar el siguiente embarazo.⁸⁹

Si bien es evidente la utilidad del análisis de ambos indicadores, la disponibilidad de data actualizada resulta limitada y de reporte irregular, sobre todo para el indicador de necesidades insatisfechas de planificación familiar.

La región ALC tiene aún como reto el cerrar la brecha entre la oferta y demanda de anticonceptivos, lo que se refleja en el siguiente gráfico (4.14), el cual presenta la comparación del porcentaje de mujeres en edad reproductiva que usan anticonceptivos en 18 países de la región sujeto de este estudio. Se excluyó Venezuela de este análisis, debido a la no disponibilidad de data actualizada a mínimo 2008.

Gráfico 4.14. Porcentaje de mujeres de edad entre 15-49 que usan anticonceptivos (Circa 2013)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

⁸⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Sección sobre planificación familiar en su página web, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Este indicador demuestra importantes brechas a lo interno de ALC. Brasil, Argentina, Paraguay, Cuba, Uruguay y Costa Rica registran porcentajes por encima del 75%, mientras que países como Chile y México no superan el 40%.⁹⁰ Aquí sorprende Chile, que pese a ser país con relativamente reducidas cifras de fecundidad y de mortalidad materna e infantil, se encuentra entre los de cobertura de anticonceptivos más baja. En tal contexto regional, República Dominicana se ubica justo por encima del promedio regional en materia de cobertura de anticonceptivos, con un 68.3% de las mujeres de edad reproductiva que los utilizan.

En el caso de las necesidades insatisfechas de planificación familiar, existen serias limitantes en cuanto al análisis, debido a la escasa disponibilidad de datos.⁹¹ La data disponible muestra mayor homogeneidad entre los resultados presentados por aproximadamente el 75% del grupo estudiado, lo que se traduce en una menor brecha entre países si se compara con lo reflejado por el indicador de porcentaje de uso de anticonceptivos. Paraguay (4.7%), Brasil (6%), Costa Rica (7.6%), Colombia y Cuba (8%) son los países con mejores resultados, mientras que Guatemala (20.8%), Bolivia (20.1%), y El Sal-

⁹⁰ Cabe señalar que la comparación de los 18 países en cuanto al uso de anticonceptivos se ve limitada por la variedad de último año en que la data está disponible. El rango de último año reportado utilizado para el análisis es de 2008 y 2014. Así, el último dato disponible para Bolivia, El Salvador, y Paraguay es de 2008; para Chile es de 2009, para Brasil y Colombia es de 2010; Costa Rica, Guatemala, México, Nicaragua es de 2011; Ecuador, Honduras, y Uruguay es de 2012; Argentina, Panamá, República Dominicana es de 2013; Perú y Cuba es de 2014.

⁹¹ No disponibilidad de datos o disponibilidad de datos muy desactualizados, para Argentina, Chile, Ecuador, Panamá, Uruguay, y Venezuela, por lo que se excluyen del análisis.

vador (18,4%) muestran los peores resultados.⁹² La República Dominicana, con 10.8%, se coloca por encima del promedio regional (11.1%), aunque ocupa la décima posición del total de 13 países estudiados.

Es evidente que los países de ALC tienen dos retos importantes en cuanto a la cobertura de salud reproductiva: disminuir la brecha entre países al mejorar los niveles de cobertura, y mejorar el reporte de datos fidedignos y regulares a las instituciones nacionales e internacionales. Sin embargo, cabe resaltar el hecho de que los países con mejor cobertura de anticonceptivos son también lo de menores porcentajes de necesidades insatisfechas de planificación familiar. En países como Cuba y Costa Rica, estos hallazgos son compatibles con los niveles de fecundidad controlados que exhiben.

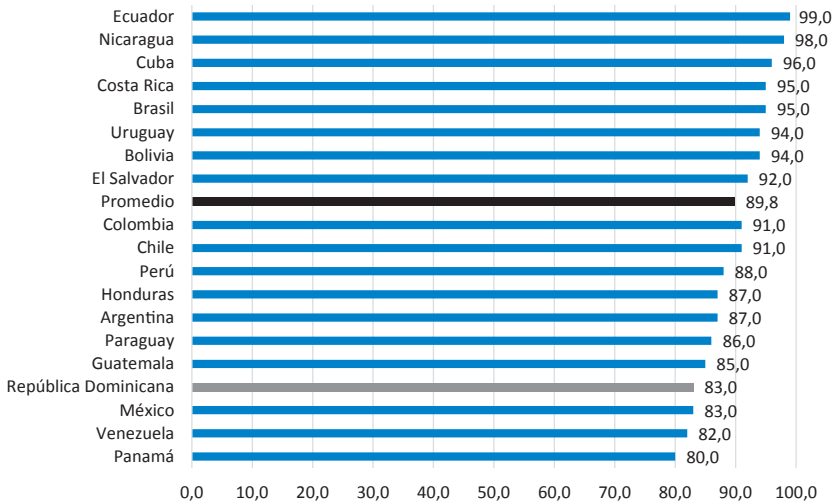
Cobertura de inmunizaciones

Se ha señalado que la inmunización constituye la intervención más costo-efectiva para asegurar la sobrevivencia y la salud de los niños. Entre los distintos tipos de vacunas que existen, la cobertura de la vacuna denominada DPT3 se considera el indicador fundamental para medir el desempeño del sistema de salud, en lo que a cobertura de inmunizaciones se refiere. La cobertura de inmunización de la DPT3 se define como el porcentaje de niños de un año de edad que han recibido tres dosis

⁹² El rango de último año reportado utilizado para el análisis es de 2006 y 2014. Así, el último dato disponible para Brasil es de 2006; de Nicaragua es de 2007; para Bolivia, El Salvador, y Paraguay es de 2008; México y Guatemala es de 2009; Colombia es de 2010; para Costa Rica es de 2011; Honduras es de 2012; Perú y República Dominicana es de 2013; y Cuba es de 2014.

de la vacuna combinada contra la difteria, el tétano y la tos ferina en un año determinado. Como tal, dicha vacuna requiere de tres contactos con el sistema de provisión de servicios de salud, a fin de que la misma sea efectiva y, en ese sentido, constituye un útil indicador del funcionamiento del sistema sanitario.⁹³

Gráfico 4.15. Población de infantes inmunizados con la vacuna DPT3 (%)
Año 2013



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators y GapMinder.

América Latina posee coberturas elevadas de esta vacuna, ubicándose el promedio regional en 90%. Los países con mayor cobertura en este tipo de vacuna son Ecuador (99%), Nicaragua (98%), y Cuba (96%). Mientras que entre los peores posicionados se encuentran Pana-

⁹³ Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005. Estadísticas sanitarias mundiales 2005. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>

má (80%), Venezuela (82%), México (83%) y República Dominicana (83%).

En lo que respecta a la vacuna contra el sarampión, también la República Dominicana se encuentra muy por debajo del promedio de los 19 países estudiados (91.5%), ocupando el lugar 16 entre los mismos, con una cobertura del 88%. Entre los países con mejor cobertura de esta vacuna se encuentran Nicaragua y Cuba en primer lugar (99%), y México y Brasil, en tercer lugar (97%).

Por último, al considerar la cobertura de la vacuna contra el polio en la población menor de un año, se observa a República Dominicana ligeramente por encima del promedio del grupo de 19 países estudiados para el año 2014, con un 90%. Resaltan nuevamente Nicaragua y Cuba entre los mejor ubicados al respecto, con una cobertura del 99%, seguido de Brasil con un 96%.

En los indicadores de cobertura de inmunizaciones, puede notarse que la República Dominicana muestra un rezago con relación a los países de la región, tomando en consideración que prácticamente todos poseen niveles relativamente elevados si se comparan con países de menor desarrollo relativo, particularmente de África y del Sudeste asiático. Llama poderosamente la atención que Nicaragua, siendo un país de menores ingresos y nivel de desarrollo que República Dominicana, supera por mucho a este último en términos de cobertura de inmunizaciones.

Los indicadores que hablan sobre la salud reproductiva son, por el contrario, muy elevados, tanto en el contexto mundial como en la propia región de Latinoamérica. Ello contrasta con resultados de salud inferiores dentro

de la misma región. Como ya se ha señalado, ello ha sido ligado frecuentemente a problemas en la calidad de los servicios y, en general, a deficiencias en la capacidad resolutoria del sistema de salud dominicano. Un factor que a menudo se ha relacionado a ello es la dotación de recursos humanos y físicos clave para la prestación de la atención sanitaria, tema que se analiza a continuación.

Recursos del sistema de salud

La dotación de recursos humanos y físicos, a menudo resumido en los indicadores de médicos y camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes, es otro aspecto relacionado al desempeño de los sistemas de salud.

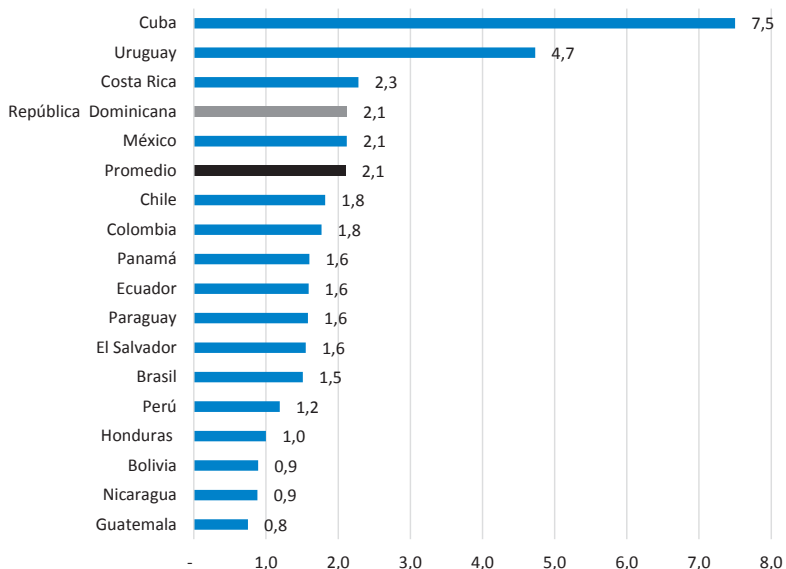
En términos de disponibilidad de personal médico para la población, el gráfico 4.16 indica, de acuerdo con el dato más reciente al momento de escribirse estas páginas, que en República Dominicana existen 2.1 médicos por cada 1,000 habitantes, lo que coloca al país no solo a nivel del promedio para el conjunto de países estudiados,⁹⁴ sino en el grupo de los cuatro países con mejores resultados en este indicador.

Dentro de la región, Cuba es el país que posee el mayor número de médicos por habitante (7.5). Le siguen Uruguay (4.7), Costa Rica (2.3), y República Dominicana y México (2.1), países que se encuentran en el promedio de la región. En cambio, Guatemala (0.8), Nicaragua y Bolivia (0.9) son los países con menor dotación de per-

⁹⁴ El análisis comparativo de la dotación de este recurso en los países de estudio solo se hace para 17 de los 19 países del estudio, debido a que los datos disponibles tanto para Argentina como para Venezuela se encuentran desactualizados.

sonal médico entre el grupo estudiado. Al lado de esto, la disponibilidad de médicos en los países de la OECD, en promedio, asciende a 3.2 por 1,000 habitantes, siendo Grecia el país con el número mayor, con 6.2. Pero la cifra correspondiente a la República Dominicana no está muy lejos de Estados Unidos, Japón y Canadá, entre 2.3 y 2.5 médicos por 1,000 habitantes.

Gráfico 4.16. Médicos por cada 1,000 habitantes (Circa 2012)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

En el caso dominicano, aunque haya una cantidad relativamente adecuada de médicos dentro del contexto latinoamericano, existen grandes disparidades a nivel regional. La mayoría de los médicos se concentran en Santo Domingo, principalmente en el Distrito Nacional, que tiene 5.1 médicos por cada 1,000 habitantes, frente

a zonas del país con grandes carencias. Este indicador ubica a la capital dominicana al nivel de los países más avanzados, lo que contrasta con la calidad de la atención.

Otro recurso humano en salud primordial para la adecuada prestación de los servicios lo constituye el personal de enfermería, sobre el cual recae la prestación de atención de mayor contacto con el paciente. En tal sentido, si bien es cierto que la mayoría de los países estudiados⁹⁵ presentan números muy inferiores en cuanto al promedio del conjunto estudiado (1.6 enfermeras por cada mil habitantes), tanto la República Dominicana como Honduras ocupan los últimos lugares en este renglón (0.4). En el caso dominicano, una vez más puede señalarse las grandes disparidades regionales, pues el Distrito Nacional presenta cifras de 1.1 por cada mil habitantes.

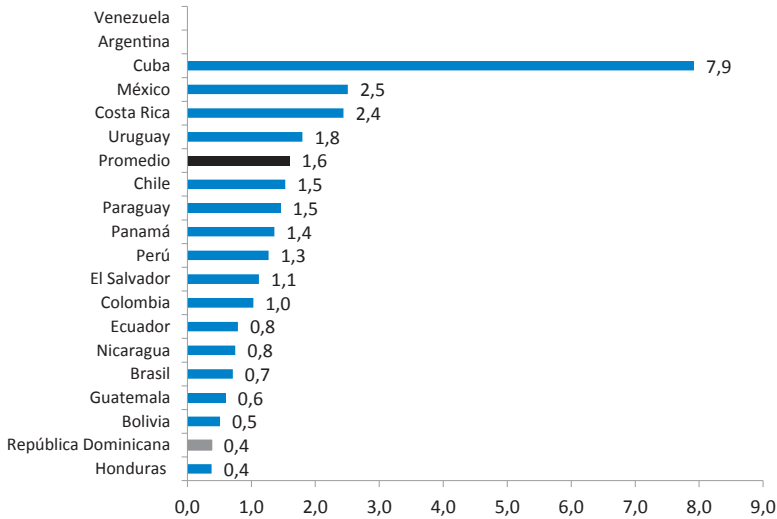
Cuba sobresale con la mayor dotación de enfermeras entre los países estudiados (7.9), seguida de México (2.5) y Costa Rica (2.4). Cabe resaltar que los cuatro países con mejores resultados en salud ocupan los primeros cinco lugares en cuanto a este renglón, que es vital para la prestación de los servicios, pues en ellas descansa el mayor peso en contactos con los pacientes, sobre todo, en internamiento.

Tanto en disponibilidad de médicos como enfermeras, Cuba se destaca superando con creces el promedio regional. Más que lo triplica en el caso de los médicos y casi lo quintuplica en lo que concierne a las enfermeras. Es muy probable que esto sea un factor clave en el mejor

⁹⁵ El análisis comparativo de la dotación de este recurso en los países de estudio solo se hace para 17 de los 19 países del estudio, debido a que los datos disponibles tanto para Argentina como para Venezuela se encuentran desactualizados.

desempeño que tiene el sistema cubano de salud frente a la mayor parte de los países de la región. Naturalmente, esto se vincula a otros factores de calidad, que no pueden ser medidos por estos indicadores.

Gráfico 4.17. Enfermeras por cada 1,000 habitantes (Circa 2013)

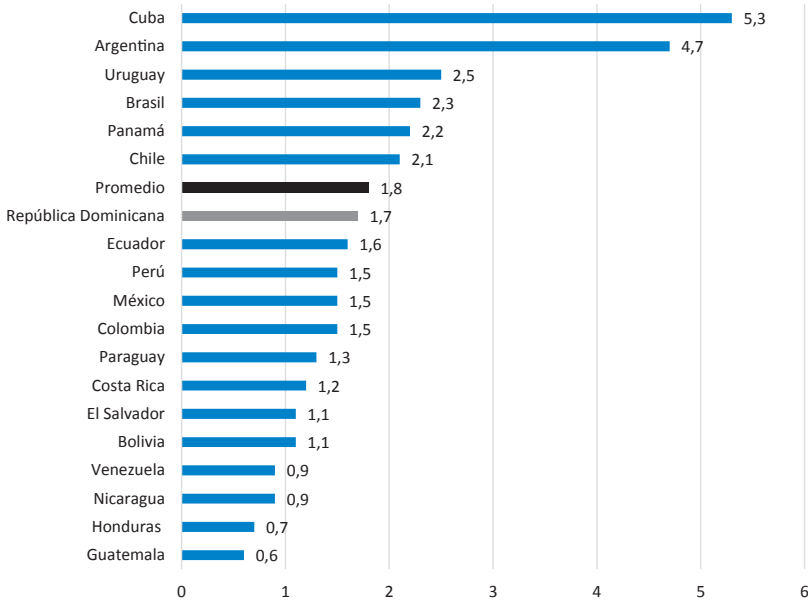


Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

Por otro lado, como indicador de recurso físico o insumo de salud, se compara la cantidad de camas por cada mil habitantes para los 19 países de estudio. República Dominicana es el séptimo país de mayor cantidad de disponibilidad de camas de hospital por cada 1,000 habitantes entre los 19 países de estudio. Cuba es nueve veces el país líder dentro del grupo de estudio al respecto de este indicador (5.9 camas por cada 1,000 hab.), y le siguen Argentina (4.7), Uruguay (2.5), Brasil (2.3), Panamá (2.2) y Chile (2.1).

En cambio, Honduras (0.7), Guatemala (0.6) Nicaragua y Venezuela (ambos 0.9), poseen la menor cantidad de camas disponibles. Llama poderosamente la atención la relativamente baja disponibilidad de camas hospitalarias de Costa Rica (1.2), por ser un país con resultados en salud por encima del promedio.

Gráfico 4.18. Camas hospitalarias y personas médico por cada 1,000 habitantes (Circa 2012)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

A pesar de que en el país, este indicador se encuentra en el promedio de la región, en la práctica pareciera que existe una distribución poco racional del recurso, aunque no existen suficientes estudios que lo sustenten. En efecto, los hospitales importantes del país, donde se hacen la mayor parte de los internamientos, están con frecuencia

sobre ocupados. Al lado de esto, existen en el país numerosos hospitales de segundo nivel sin capacidad resolutive, cuyas camas –por la misma razón– permanecen desocupadas. Aunque esto es resultado de información de carácter anecdótico, vale la pena señalarlo para mostrar que hay deficiencias en la información sobre los recursos físicos y humanos del sector. Otro asunto que tiene una gran importancia es la carencia de una dotación suficiente de camas de cuidados intensivos, que obliga a los pacientes a recorrer los hospitales muchas veces por no encontrar dónde ser admitidos.

En adición a esto, existen autores que cuestionan el uso de este indicador como base para analizar el desempeño de los sistemas de salud. Se ha señalado, por ejemplo, que dado el encarecimiento de la atención en salud como resultado del uso de tecnologías médicas sofisticadas, así como de la implementación de estructuras organizacionales complejas para la gestión de la prestación de los servicios,⁹⁶ muchos sistemas han adoptado medidas para reducir el uso de las camas, con vistas a incrementar la eficiencia, reducir los costos y aumentar el rendimiento. De esta manera, fomentan la utilización de los servicios ambulatorios, pues estos implican un menor costo y un mayor margen de beneficio.⁹⁷⁻⁹⁸

⁹⁶ Adams, J., Bakalar, R., Boroch, M., Knecht, K., Mounib, E. L., Stuart, N. La Asistencia Sanitaria en 2015. IBM Institute of Business Value. Disponible en: <http://www-05.ibm.com/services/es/bcs/pdf/la-asistencia-sanitaria-en-2015.pdf>.

⁹⁷ Figueras, J, Musgrove, P, Carrin, G, Durán, A. “Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?. Gac Sanit 2002 Feb; 16 (1): 5-17. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112002000100003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0213-91112002000100003>.

⁹⁸ Quezada, E. Cantidad, Uso y Gestión de las Camas Hospitalarias. Tendencias en el Mundo y Situación en Mendoza. Instituto de Salud Pública y

A esto también contribuye el énfasis en el enfoque preventivo, cada vez más preponderante entre los sistemas sanitarios de los países de la región, con lo cual se ha venido restando importancia a la dotación de camas hospitalarias por habitante como indicador del desempeño de los sistemas. Desde este enfoque, un propósito es que las personas no necesiten llegar a internarse, con lo que se prioriza el fortalecer la capacidad resolutive y la dotación de recursos a nivel primario.

Indicadores sobre la calidad del sistema de salud

En conclusión, la data analizada muestra que, si bien prácticamente todos los países de la región estudiados han registrado avances significativos en los últimos 20 años, se evidencian heterogeneidades importantes entre países. En tal contexto, países como Chile, Cuba, Costa Rica y Uruguay destacan por ser los de mejores resultados en salud, mientras que República Dominicana se ubica entre los peores posicionados, lo que no se corresponde con sus logros en materia de crecimiento económico en las últimas décadas.

Cuando se discutían los lineamientos de la reforma de salud, el libro *Salud, visión de futuro*, señalaba que una de las razones para abordarla era la ineficacia del sistema. Vimos en el capítulo dedicado a la sustentación de la reforma, que ya en la década de 1990 esta ineficacia era preocupante, mostrando un avance lento en el aumento de la esperanza de vida así como tasas elevadas de mortalidad materna e infantil. En esa época se hablaba también

Gestión Sanitaria. 2012. Argentina. Disponible en: <http://www.isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/12/Gestion-camas-hospitalarias-ISG.pdf>

de las altas tasas de diarrea y de deficiencias nutricionales en los niños. Estos últimos indicadores han mejorado y ya no son problemas importantes de salud, pero todos los demás lo siguen siendo hoy, veinte años después.

De hecho, la mayor parte de los indicadores de salud, tal como vimos en las páginas precedentes, están por debajo del promedio de los países de la región, lo cual no se corresponde con el crecimiento experimentado por la economía dominicana en las últimas décadas. Tampoco se corresponden con los indicadores de cobertura –muchos de ellos relativamente altos o por encima del promedio–. Pareciera que la reforma de salud ha logrado mejorar la cobertura de servicios, pero no ha habido un esfuerzo similar en lograr resultados, probablemente porque no se ha puesto atención suficiente al tema de la calidad.

Hemos visto que, aparentemente, hay un número suficiente de médicos y de camas hospitalarias, pero –además de la inadecuada distribución regional y de la insuficiente dotación de personal de enfermería– existe una baja calidad en la prestación del servicio.

Un estudio realizado por el MSP y Capacity Plus, con fondos de USAID⁹⁹, en el año 2011, muestra las grandes deficiencias en la gestión de los recursos humanos en el sistema público de salud, lo cual ofrece indicaciones sobre los temas de calidad que repercuten en que los resultados de salud sean pobres en el contexto de la región latinoamericana. El estudio se realizó en 18 hospitales regionales y provinciales a nivel nacional, procurando

⁹⁹ Ministerio de Salud Pública/Capacity Plus /USAID, *Informe del Diagnóstico de Situación Rápida sobre la Gestión de Recursos Humanos en Salud*, Santo Domingo, 2011.

levantar una línea de base, mediante entrevistas, grupos focales y una encuesta de medición del tiempo. Se encontró que las nóminas estaban muy abultadas, con personal inactivo por largos períodos que no asiste y cobra, nóminas paralelas con personal nombrado en un lugar, pero ejerciendo en otro y personal que tiene dos trabajos al mismo tiempo. A esto se añade que la mayor parte de los nombramientos se realiza por designación sin concurso, en su gran mayoría, decidido a nivel central y mediante influencias políticas, sin la intervención de los directivos del hospital. Falta de supervisión de los recursos humanos, ausencia de sanciones cuando hay negligencias, altos niveles de ausentismo y falta de controles de asistencia. Largas horas de espera –muchas veces de cinco horas– para las consultas ambulatorias.

La mencionada investigación incluyó un ejercicio de medición del tiempo que dedica el personal médico al ejercicio de sus funciones, encontrando resultados alarmantes: en primer lugar, prácticamente ninguno de los médicos asiste todos los días a su trabajo, 53% de los mismos lo hizo solamente una vez en la semana. Las jornadas de trabajo o los contratos son por cuatro horas, pero los médicos trabajan –en promedio– 45% de ese tiempo. Esto varía de acuerdo a las especialidades, donde los residentes son los que dedican mayor tiempo al trabajo y, aún estos, solo trabajan 60% del tiempo por el que fueron contratados. Los gineco-obstetras únicamente dedicaron 40% de su tiempo, lo que puede relacionarse con los pobres resultados de salud en el área materno-infantil. El personal de enfermería mostró una dedicación mayor, dedicando a su trabajo, en promedio, 78% del tiempo contratado.

El estudio citado indica que existen acuerdos verbales entre los médicos y la dirección de los hospitales,

mediante los cuales se les permite trabajar solamente algunos días o parte de su horario, debido a los bajos salarios. No existen estudios que estimen el salario real por hora trabajada, justamente debido a las deficiencias de los sistemas de información y al incumplimiento de los horarios. Pero, esta situación se traduce en crisis periódicas, huelgas y falta de gobernabilidad, lo cual, a su vez, se refleja en la calidad de la atención.

“La gestión centralizada del sistema público dirigido a la población pobre, actúa como un multiplicador de ineficiencias, creando tensiones traumáticas entre las autoridades del sector y los sindicatos de los médicos y de otras profesiones afines. Esto se tradujo en serios problemas de gobernabilidad durante décadas, donde la demanda de profesionales de la salud estaba controlada por un único demandante (las autoridades del sector) y la oferta por un único proveedor (el Colegio Médico Dominicano). Es decir, se crearon condiciones similares a lo que se conoce en economía como un mercado controlado por un monopsonio y monopolio. En estas circunstancias, no funcionan la oferta y la demanda, sino que existe un enfrentamiento permanente como mecanismo de fijación de precios, donde el conflicto se resuelve a través de una negociación entre las partes. Por esta razón, estos conflictos no tienen carácter circunstancial y tienden a convertirse en crónicos, obedeciendo a una condición estructural del sistema.”¹⁰⁰

Pero la baja calidad obedece, también, en la falta de aplicación de los protocolos a la hora de tratar a los pacientes.

¹⁰⁰ Rathe, Magdalena, *Dominican Republic: Can universal coverage be achieved?* World Health Report (2010) Background Paper, No 10, WHO, Geneva, Switzerland, 2010.

Aunque el país carece de suficientes estudios en este sentido, se ha visto que esto sucede justamente al momento del parto –un evento tan natural y generalizado como este, en todas las sociedades–. Este hecho pareciera explicar, justamente, los bajos resultados de salud materno-infantil.

Un estudio realizado por el CENISMI¹⁰¹ sobre la calidad de la atención prenatal en el primer nivel de atención, la cual como hemos visto, tiene una cobertura suficiente, informó un pobre cumplimiento con las normas de atención materno-infantil.

En el año 2011, como parte de una iniciativa de la Fundación PLENITUD que contó con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), dentro del proyecto de Observatorio del Sistema de Salud (OSRD),¹⁰² realizamos una investigación para estudiar la calidad en el proceso de atención obstétrica (incluye puerperio), prenatal, de emergencia y del niño menor de un año (especialmente del recién nacido), en centros de salud de segundo y tercer nivel seleccionados, con la finalidad de arrojar luz sobre la famosa paradoja dominicana. El estudio –dirigido por Eddy Pérez-Then como investigador principal– se realizó en 21 centros de salud de las regiones 0 y II (Santo Domingo y Santiago, principalmente), en los hospitales de segundo y tercer nivel donde

¹⁰¹ Pérez-Then E (Ed.) (2008). *Calidad de la Atención de la Embarazada y del niño menor de un año en Centros de Primer Nivel de Atención de la Regiones III, IV, V, VI de la República Dominicana*. CENISMI. Serie de Reuniones Técnicas IV.

¹⁰² Perez-Then, Eddy, *Evaluación de la calidad de la atención obstétrica en establecimientos de segundo y tercer nivel en las regiones 0 y II de la República Dominicana*, Fundación PLENITUD / Banco Interamericano de Desarrollo (BID), dentro del Observatorio de la Salud de la República Dominicana (OSRD), Santo Domingo, 2011.

se realizan la mayor parte de los nacimientos en la República Dominicana. Se realizaron observaciones directas a 177 médicos durante los meses de mayo a septiembre, se evaluó el conocimiento de las normas de atención mediante exámenes escritos y mediante observación de su cumplimiento, se realizaron simulaciones de casos específicos para ver el cumplimiento de los protocolos. Los resultados hablan por sí solos:

- El 100% de los médicos no siguió las normas del MSP en lo concerniente a la atención de la embarazada en la consulta prenatal.
- Al observar la calidad de la atención materna en el área de emergencias, 100% de los médicos evaluados atendió inadecuadamente a las pacientes que se presentaron a dicha área de servicios.
- En la sala de parto, 60% de los médicos evaluados atendió inadecuadamente a las pacientes.
- En el momento del parto, 57% de los médicos atendieron inadecuadamente a las pacientes.
- En relación con las cesáreas, la calidad es superior que en los partos naturales, dado que 76% de los médicos evaluados realizaron adecuadamente la intervención, sobre todo cuando se trataba de cesáreas electivas. Asimismo, las mejor tratadas ocurrieron en hospitales de tercer nivel, mostrando una calidad inferior en el segundo nivel.
- La fase del puerperio fue atendida correctamente en 90% de los casos.
- Por el contrario, la atención del recién nacido resultó sumamente deficiente, pues 100% de los casos observados lo atendieron inadecuadamente.
- Cuando se evaluaron los conocimientos teóricos sobre las normas, pudo observarse que 70% tenía conocimientos superiores a los 60 puntos. No

obstante, al momento de utilizarlos en la práctica, no los aplicaba.

Los resultados de este estudio –si bien no pueden generalizarse a todo el país porque no poseen la representatividad estadística necesaria– sugieren un nivel de cumplimiento con las normas nacionales sumamente bajo en los centros de salud del segundo y tercer nivel del país. La gran mayoría de los médicos evaluados no cumplieron con las normas de atención para la atención prenatal, atención al parto, al recién nacido, con la excepción del parto por cesárea y el puerperio. Esto sucede en los hospitales públicos donde está la mayor concentración de especialistas y donde se supone que la calidad sea superior que en otras zonas del país.

El estudio mencionado también presentó carencias físicas y de infraestructura en los establecimientos, así como ausencia de datos estadísticos e informaciones financieras. La mayoría de los partos observados ocurrieron en el tercer nivel, aunque el seguimiento prenatal se hiciera en el segundo, sin que funcionara el sistema de referencia y contra-referencia. Las cuotas de recuperación, por su parte, eran también un obstáculo para la realización de los procedimientos. Los investigadores del proyecto tuvieron que pagar algunas de ellas para que pudiera realizarse la intervención.

Otros estudios realizados previamente han procurado estudiar también el problema de la calidad en el servicio materno-infantil, indicando, por ejemplo, un alto “congestionamiento” de los centros, una falta de respeto para los derechos de las mujeres, y una actitud negativa de los médicos para la atención de las usuarias a los servicios.¹⁰³

¹⁰³ Miller et al. (2003)

Otro estudio, hecho por Foster, et al.¹⁰⁴ en la República Dominicana y otros países latinoamericanos analizó la calidad de la atención desde el punto de vista de las usuarias del sistema de salud, informándose un descontento por parte de las mismas con los prestadores de servicios, así como una percepción de falta de poder en las decisiones relativas a su propia salud. Las participantes incluidas en el estudio informaron que, como parte de su insatisfacción, se encontraban los largos tiempos de espera para recibir atención, un sistema en que las personas con conexiones sociales recibieron una mejor atención, servicios prestados por estudiantes de medicina sin supervisión adecuada y mala comunicación entre médico y paciente.

Estos estudios comentados son indicadores aislados que apuntan hacia una pobre calidad de los proveedores públicos que operan mediante una organización centralizada. Como se vio en el estudio de uso del tiempo, el único hospital autogestionado incluido en el estudio, no presentaba los patrones de incumplimiento del resto. De manera anecdótica, se reconoce buenos niveles de eficiencia a algunos hospitales autogestionados, manejados por patronatos y hospitales privados, pero no existen estadísticas ni estudios específicos que lo comprueben. Es importante enfatizar que en el país no se monitorea la calidad de manera regular. En general, hay un problema generalizado de producción de estadísticas y de calidad de los datos, que impiden tomar decisiones adecuadas y dar seguimiento a la eficiencia y a los costos. Pero,

¹⁰⁴ Foster, J., Burgos, R., Tejada, C., Cáceres, R., Altamonte, A. T., Perez, L. J., Noboa, F. R., Urbaez, M. F., Heath, A., Hilliard, R. C., Chiang, F., Hall, P. (2010). A community-based participatory research approach to explore community perceptions of the quality of maternal-newborn health services in the Dominican Republic. *Midwifery*, 26(5): 504-11

ATENCIÓN
PRIMARIA

TH



así como, la situación de salud de la población dominicana a menudo se ha vinculado a ineficiencias e inequidades relativas al financiamiento de la salud y a otros factores socioeconómicos al margen del propio sistema de salud en sí, cuestiones que se analizan en los capítulos subsiguientes de este libro.

Capítulo 5

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



Una perspectiva de análisis amplia de la salud considera como factor preponderante el entorno donde se desarrollan las personas y sus condiciones de vida. Con base en esta perspectiva, los resultados en salud no solo dependen de la provisión de una adecuada atención, sino que están estrechamente ligados a las condiciones socioeconómicas de la población. En tal sentido, el análisis de las condiciones de salud en los países no puede dejar de lado las condiciones de ingresos y el acceso a servicios básicos de la población, los cuales determinan en gran medida sus oportunidades y opciones para vivir de manera saludable.

En virtud de esta perspectiva, se analizan a continuación distintos factores fuera del sistema de salud, que se consideran claves para la promoción de condiciones de vida y capacidades humanas que potencian la salud de las personas. Entre estos factores, que se conocen también como “determinantes sociales de la salud”, cabe destacar el nivel de ingresos de la población, el índice de pobreza, los logros, en términos de educación, el acceso a servicios domiciliarios básicos como el agua potable y saneamiento, la alimentación y nutrición, y el nivel de desarrollo humano, entre otros. La reflexión que se deriva del análisis de los determinantes sociales de la salud es que resolver los problemas de salud requiere un abordaje multifactorial, que integre, más allá de acciones a lo

interno del sistema de salud, intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población.

Al respecto, según observaremos en lo adelante, el análisis comparativo de los 19 países de ALC estudiados sugiere la existencia de estas relaciones clave entre condiciones de vida y resultados en salud, pero también arroja algunas contradicciones importantes que aportarán a una mayor reflexión en torno a este tema.

Nivel de ingresos y su distribución

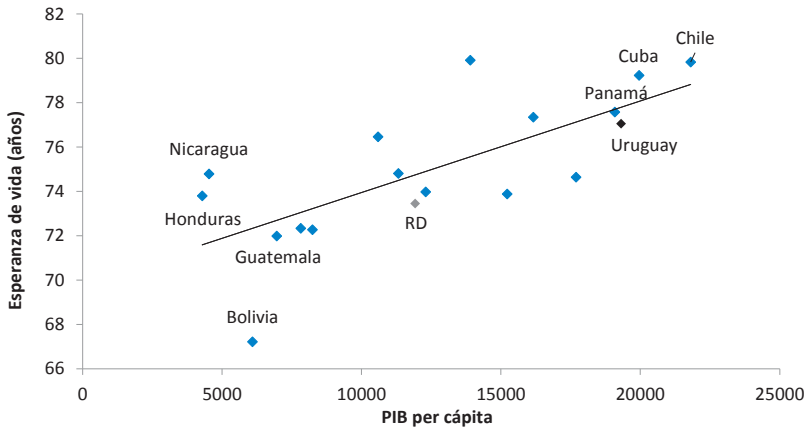
El ingreso per cápita es un indicador tradicionalmente utilizado para medir la riqueza económica de un país, que a su vez se asocia al nivel de bienestar de la población, por cuanto se estima que a mayores recursos económicos disponen las personas, mayores son sus posibilidades de cubrir sus necesidades básicas, incluyendo los servicios de salud que requieren. De hecho, el estudio de data histórica a nivel mundial, sobre todo a partir del siglo xx, revela que el ingreso per cápita está estrechamente relacionado con la esperanza de vida al nacer.¹⁰⁵

El gráfico 5.1 ilustra precisamente esta relación positiva entre esperanza de vida y PIB per cápita en 18 de los 19 países de la región estudiados para los que se cuenta con data.¹⁰⁶

¹⁰⁵ Banco Mundial. “Programa de Educación para el Desarrollo, Capítulo 8”. Disponible en: <http://www.worldbank.org/depweb/beyond/beyondsp/chapter8.html> y <http://www.worldbank.org/depweb/spanish/modules/economic/gnp/>

¹⁰⁶ Se utiliza el valor de 2013 del PIB per cápita PPA en US\$ constante 2011. No se cuenta con data para este indicador con relación a Argentina.

Gráfico 5.1. Relación entre la esperanza de vida y el PIB per cápita, año 2013



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

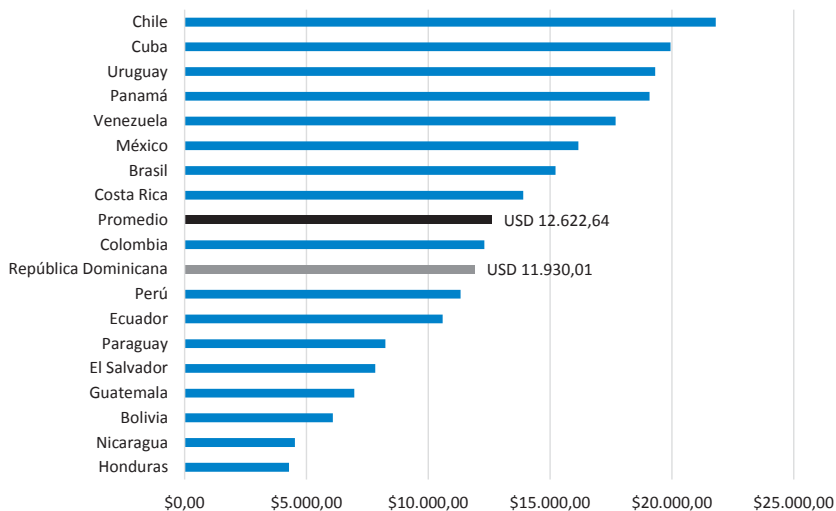
Conforme a lo esperado, se observa que Chile (US\$21,801), Cuba (US\$19,950), Uruguay (US\$19,316) y Panamá (US\$19,082) son los países con mayor PIB per cápita de la región, y a su vez se encuentran entre los países con mayor esperanza de vida al nacer, Chile con 80 años, Cuba con 79 años, Panamá con 78 años, y Uruguay con 77 años. Como se vio previamente, estos valores se aproximan bastante a los que ostentan los países de mayor desarrollo relativo. En cambio, entre los países con menor PIB per cápita, Honduras (US\$4,286), Bolivia (US\$6,089, y Guatemala (US\$6,963), también se encuentran entre los que cuya población posee una menor expectativa de vida al nacer, con 74, 67 y 72 años, respectivamente.

Sin embargo, resaltan países como Nicaragua (US\$4,533), el segundo de menor PIB/cápita entre los 18 comparados, donde la esperanza de vida al nacer alcanza los 75 años, superando la de República Dominicana-

na (73.5 años), país considerado de ingreso medio alto, según la clasificación que realiza el Banco Mundial, y la de Venezuela (74.6 años), que tiene un ingreso per cápita casi 4 veces mayor. Ello sugiere que el acceso y disponibilidad de recursos (al menos en términos promedio) no necesariamente garantiza logros en materia de salud.¹⁰⁷

Para República Dominicana, que se ubica en términos de ingreso per cápita justo debajo del promedio regional (\$12,623 versus \$11,930; Gráfico 5.2), la esperanza de vida se sitúa por debajo de la mayoría de los países estudiados.

Gráfico 5.2. PIB per cápita 2013 PPA (constante 2011 US\$)



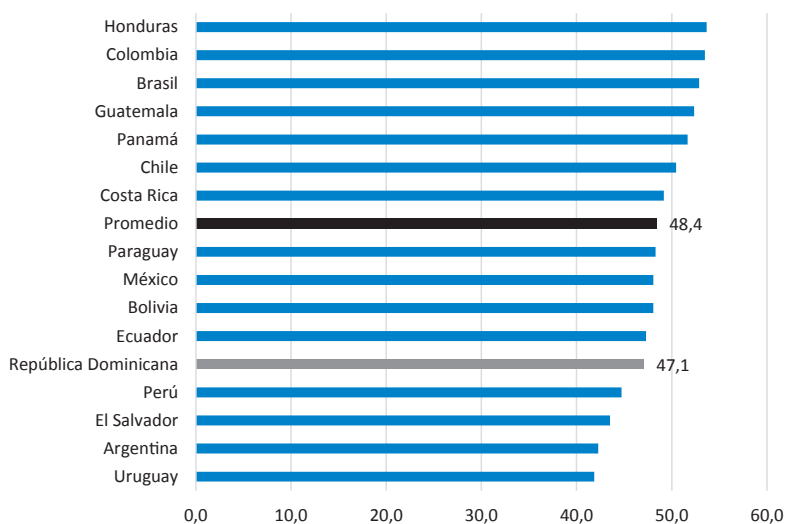
Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

¹⁰⁷ Esto también podría ser resultado de diferencias en la forma de medición de estos indicadores, que no los hace totalmente comparables. No obstante, en este trabajo se utilizan las estadísticas de organismos internacionales de gran credibilidad internacional.

Realidades como esta nos hacen pensar, inmediatamente, en la posibilidad de que los ingresos no estén distribuidos adecuadamente. En efecto, la región ALC sobresale por ser la de mayor inequidad en el mundo, pese a lo cual se encuentran de igual forma contrastes interesantes al comparar los países de la región. Países como Uruguay y Argentina, que se destacan por tener buenos resultados de salud, también poseen una mejor distribución del ingreso, medida por su Coeficiente Gini¹⁰⁸ (la comparación pudo hacerse para 16 de los 19 países que reportaban dicho indicador). Otros países, por el contrario, presentan desigualdad del ingreso por encima del promedio regional con buenos resultados de salud, como son Chile y Costa Rica. La República Dominicana tiene una desigualdad menor que el promedio y, como hemos visto, sus resultados de salud distan mucho de ser los mejores de la región. Ello pareciera indicar que la distribución del ingreso no necesariamente es un determinante social de la salud o que el Coeficiente de Gini no constituye el mejor indicador para medirla.

¹⁰⁸ WDI, Banco Mundial. El coeficiente de Gini es un número entre 0 y 1, en donde 0 representa la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y donde el valor 1 corresponde a perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno). Típicamente se utiliza multiplicado por 100. Para fines de este estudio, se utilizó la última data disponible: para la mayoría de los países corresponde al 2013, excepto para Costa Rica (2011) y Panamá (2012). No se cuenta con data actualizada para Cuba, Nicaragua y Venezuela.

Gráfico 5.3. Desigualdad en la distribución de los ingresos, según el coeficiente de Gini (Circa 2013)



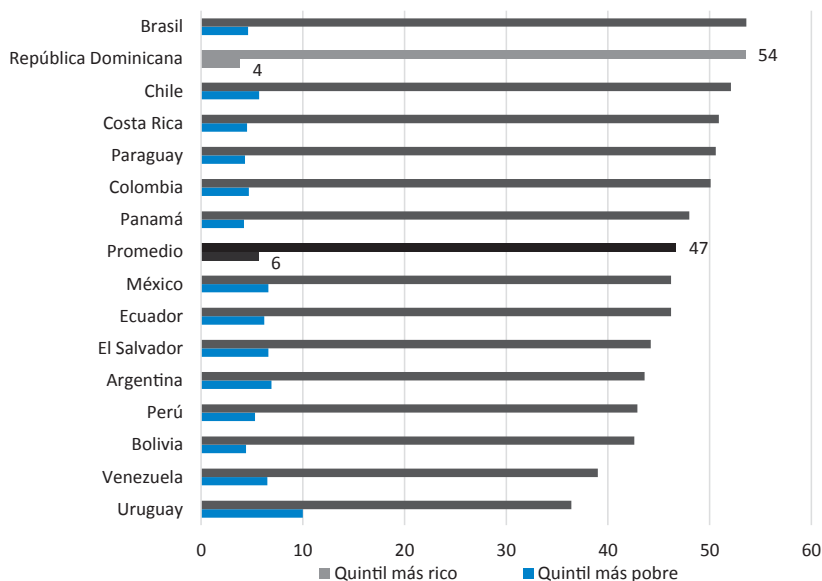
Fuente: Elaboración propia con datos del World Development Indicators, Banco Mundial.

Otras formas de medir las desigualdades en el ingreso se muestran en el gráfico 5.4. Un estudio reciente que examina la distribución de los ingresos de los hogares por quintiles extremos (quintil más pobre y quintil más rico), coloca a República Dominicana entre los países peor posicionados del grupo estudiado¹⁰⁹, con el quintil más pobre, es decir, 20% de los hogares con menores ingresos, captando apenas 3.5% de los ingresos, mientras el quintil más rico capta 53.5%. El país que presenta

¹⁰⁹ CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2014, *Panorama Social de América Latina*. Documento Informativo. Santiago de Chile. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37626/S1420729_es.pdf?sequence=6. Se consideran solo 15 países del grupo estudiado, pues no se dispone de data para Cuba, Guatemala ni Honduras.

menores desigualdades es Uruguay y el de desigualdad mayor es Brasil. Con esta medición también países con buenos resultados, como Chile y Costa Rica, se ubican por encima del promedio en términos de desigualdad.

Gráfico 5.4. Participación del ingreso total de los hogares por quintiles extremos (Circa 2013)



Fuente: Elaboración propia con datos de Panorama Social de América Latina; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Nivel de pobreza

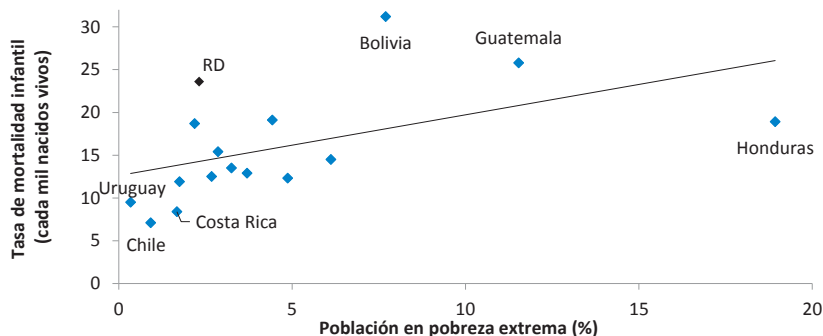
Partiendo del análisis anterior en materia de ingreso per cápita, resulta además de interés complementar la comparación de los países objeto de estudio, esta vez, en base

a su nivel de pobreza¹¹⁰, por constituir otro factor que se vincula a los resultados de salud, al asociarse a privaciones básicas que afectan las condiciones de vida de la población. Esta vinculación sugiere una relación inversa entre la pobreza y la esperanza de vida y una relación directa entre la pobreza y la mortalidad materno-infantil.

En tal sentido, resaltan nuevamente Honduras, Guatemala, y Bolivia como países de relativamente alta pobreza (pobreza extrema de 18.9% y moderada de 34.6%, de 11.5% y 26.5%, y de 7.7% y 13.3%, respectivamente), con logros inferiores en materia de salud. En contraste, Uruguay, Chile, Argentina y Costa Rica se destacan tanto por tener los más bajos niveles de pobreza (la población en pobreza extrema no supera el 2% y en pobreza moderada el 4%) y también por ubicarse entre los de mejores logros relativos en salud. Por su parte, la República Dominicana se ubica entre los países que tienen un nivel de pobreza por debajo del promedio (pobreza moderada de 9.1% y extrema de 2.3%), pero evidencia resultados en salud inferiores a los promedios regionales, a juzgar por indicadores como la esperanza de vida al nacer, la mortalidad materna e infantil y la fecundidad en adolescentes.

¹¹⁰ Para ello se comparan los niveles de pobreza monetaria de 15 de los 19 países estudiados, dada la no disponibilidad de data en el caso de Cuba, Nicaragua y Venezuela. La comparación utiliza principalmente el porcentaje de personas pobres que viven por debajo de las líneas de pobreza internacional de USD\$1.90/día (pobreza extrema), y la de USD\$3.10/día (pobreza moderada). Los valores corresponden primordialmente al 2013 por ser el último año en que la mayoría de países tiene data disponible, aunque también por no existir data, se utilizan valores de 2012 para México, y de 2011 para Guatemala.

Gráfico 5.5. Relación entre la mortalidad infantil y el nivel de pobreza (Circa 2013)



Fuente: Elaboración propia con datos del WDI, Banco Mundial.

Otra metodología de medición de la pobreza con que se puede complementar el análisis anterior es la que toma como referencia una línea nacional de pobreza.¹¹¹ Por ejemplo, según las líneas nacionales, los cinco países de mayor población en pobreza entre los estudiados son Honduras (64.5%), Guatemala (53.7%), México (52.3%) y Bolivia (45.0%). En cambio, entre los que registran menor cantidad de pobres destacan Brasil (8.9%), Uruguay (11.5%), Chile (14.4%), y Costa Rica (20.7%). República Dominicana, por su parte, reporta que 41.1% de su población es pobre, lo que la ubica entre el grupo de países con pobreza por encima del promedio del grupo

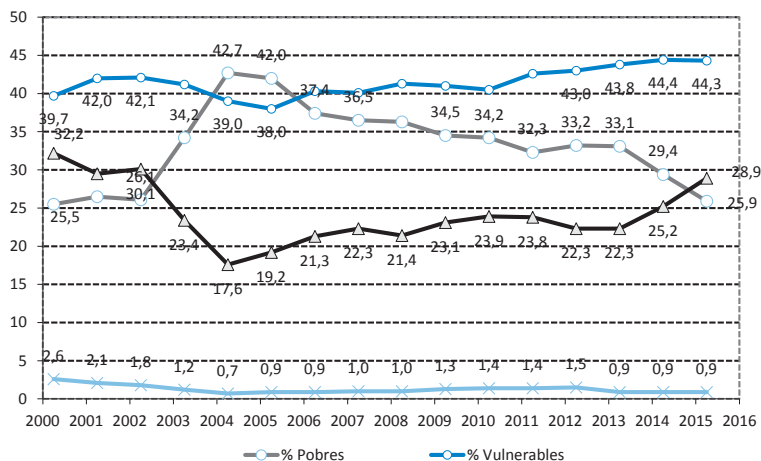
¹¹¹ El porcentaje de personas pobres que viven por debajo de la línea de pobreza oficial que define cada país, según su política de medición de la pobreza, en base a encuestas de hogares. Generalmente, esta metodología registra un mayor porcentaje de personas en pobreza que las internacionales, sin embargo presenta limitaciones para las comparaciones entre países, por tratarse de líneas definidas nacionalmente en virtud de distintos criterios que pueden tomar en cuenta, condiciones específicas para cada país. No obstante, consideramos útil incluirla como complemento del análisis de las líneas internacionales.

estudiado (31.4%).¹¹² No obstante, esto no afecta los resultados comparativos, siendo similar la posición de los países con este abordaje metodológico.

El análisis comparativo anterior sugiere que la pobreza constituye un determinante esencial de la salud, lo que supone que una estrategia de mejorar los resultados de salud debe tener la reducción de la pobreza como un elemento clave.

Es importante señalar que las estadísticas más recientes para la República Dominicana muestran una reducción importante de la pobreza monetaria. En efecto, el gráfico 5.6 muestra la evolución de la pobreza monetaria según un informe reciente realizado por el gobierno y el Banco Mundial, donde se observa que el país ha comenzado a ser principalmente de clase media a partir de 2015.

Gráfico 5.6. Porcentaje de población por estratos sociales según metodología BM-PNUD



Fuente: Evolución de la población de la República Dominicana por estratos de ingreso en 2000-2015, según definición del BM/PNUD, Ministerio de Economía, Unidad Asesora de Análisis Económico y Social, 2015.

¹¹² WDI, Banco Mundial 2013. Sin embargo para México el dato disponible es de 2012, y para Bolivia y Guatemala de 2011. No se incluye Cuba, Argentina, ni Nicaragua, pues no se dispone de data para ellos.

No obstante, todavía se presenta una gran proporción de personas en situación de vulnerabilidad, es decir, que ya son pobres o que, sin serlo en este momento, fácilmente pueden caer nuevamente en la pobreza, si se les presentara una situación financiera inesperada. Los eventos inesperados de salud son, justamente, el tipo de situaciones que pueden provocar tales catástrofes financieras. Numerosas investigaciones muestran que una familia puede caer en la pobreza cuando se enferma uno de sus miembros, si el sistema de financiamiento a la salud de un país ha sido incapaz de proteger financieramente a sus residentes. Este es un tema que se aborda en el capítulo que sigue.

Logros educativos

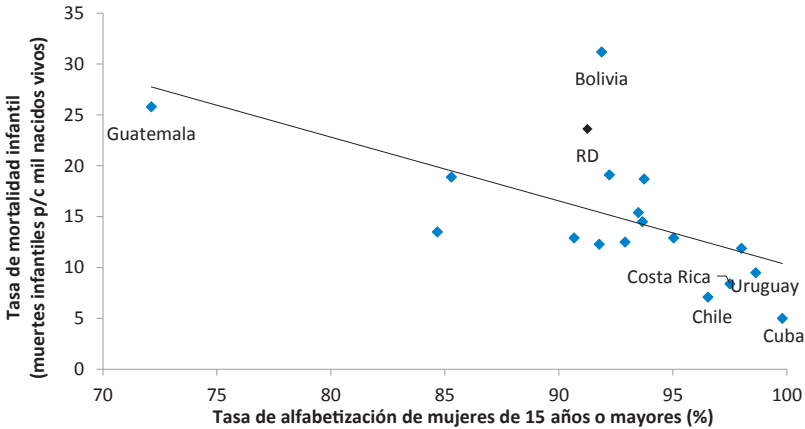
El nivel educativo, particularmente de niñas y mujeres, es sin duda otro factor fuera del sistema de salud que se vincula íntimamente a los logros en esta materia. El acceso a educación, sobre todo de cierta calidad, brinda a la población, especialmente en el caso de niñas, adolescentes, madres y jefas de hogar, el conocimiento de cuidados básicos y estilos de vida sanos que son de vital relevancia para la prevención de la enfermedad y la reducción de los riesgos que afectan su salud y la salud de las familias.¹¹³

La vinculación entre los logros en salud y los logros educativos de los 19 países de este estudio ya se había ilustrado previamente, sugiriendo una correlación inversa entre la fecundidad adolescente de un país y el

¹¹³ Banco Mundial. “Programa de Educación para el Desarrollo, Capítulo 8”. Disponible en: <http://www.worldbank.org/depweb/beyond/beyondsp/chapter8.html> y <http://www.worldbank.org/depweb/spanish/modules/economic/gnp/>

nivel educativo de sus mujeres. A continuación, se ilustra cómo la alfabetización se relaciona inversamente con la mortalidad infantil¹¹⁴ (gráfico 5.7). Algo similar se puede observar con los años de escolaridad.

Gráfico 5.7. Relación entre la tasa de mortalidad infantil y la tasa de alfabetización de mujeres mayores de 15 años (Circa 2013)



Fuente: Elaboración propia con datos de del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

Al comparar los 19 países del estudio en base a sus resultados en materia de educación, medidos según la escolaridad promedio de las mujeres mayores de 25 años, por lo general, los hallazgos se corresponden con la lógica esperada de que los países de mayor escolaridad son los de mejores resultados en salud, y viceversa.

¹¹⁴ El dato de alfabetización en mujeres mayores de 15 años para Chile y Venezuela es de 2009. Para Panamá y Paraguay corresponde a 2010. Para Colombia, Costa Rica y El Salvador los datos son de 2011. Para Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Guatemala, Honduras, México, Perú y Uruguay se presentan valores de 2012. El resto corresponde al 2013. El dato de la escolaridad promedio de mujeres mayores de 25 años corresponde a 2013 y fue extraído del Informe de Desarrollo Humano, 2014.

En ese tenor, se observa entre los países donde mayor cantidad de años de escolaridad han logrado sus mujeres o donde la escolaridad está por encima del promedio del grupo de países estudiados, a los países destacados por los mejores resultados en salud (Cuba, Chile, Uruguay, Costa Rica, Argentina), registrando entre ocho años y medio y más de diez años de escolaridad. Por el contrario, nueva vez entre los peores posicionados en materia de escolaridad, se observan los países que registran logros en salud menores a las medias regionales, es decir, Nicaragua, Guatemala, Honduras, cuyas mujeres mayores de 25 logran apenas cerca de 5 años de escolaridad en promedio.

En dirección de lo dicho anteriormente está el caso de República Dominicana, que también registra logros educativos ligeramente por debajo del promedio del grupo de países en cuestión, con 7.7 años de escolaridad promedio entre mujeres del grupo etario analizado, en comparación con una media de 7.8 para el grupo de países estudiados, y con una tasa de alfabetización de mujeres de 15 años o más de 91.3%, con respecto a una media de 92.2%.

Quizás convenga señalar aquí que uno de los problemas de la sociedad dominicana es la baja calidad de la educación pública, tal como muestran los resultados de pruebas internacionales realizadas sobre el grado de conocimiento de los niños en varios países latinoamericanos.¹¹⁵ En los últimos años (a partir de 2012) se inició un ambicioso programa de construcción de aulas escolares y la implementación de la tanda completa en las

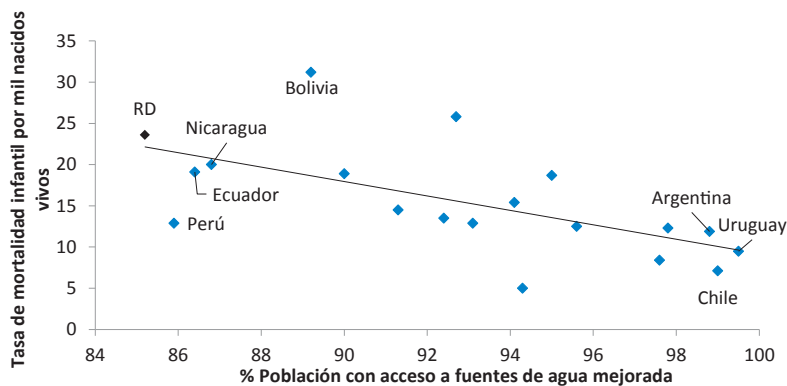
¹¹⁵ UNESCO, *Tercer estudio regional comparativo y explicativo*, Chile, 2013.

escuelas públicas. Se incrementó de manera sustancial el presupuesto público a la educación preuniversitaria y se están haciendo grandes esfuerzos por mejorar la calidad de los maestros, directores y el cumplimiento de las horas de clase. Aunque es muy temprano para determinar el impacto de estos esfuerzos en la calidad educativa es probable que en unos años pueda verse también un mejoramiento en los resultados de salud como producto de la misma.

Cobertura de servicios de agua y saneamiento

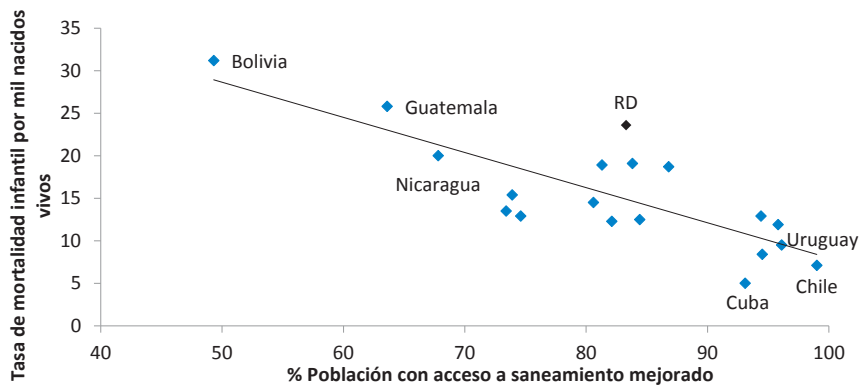
La perspectiva de análisis amplia de la salud vincula los resultados a factores como las condiciones estructurales de la vivienda y el acceso a servicios públicos básicos disponibles en el domicilio y en el entorno donde las personas desarrollan su día a día, ya que estos influyen en la situación de salud de la población al relacionarse sus condiciones de higiene y a riesgos, tales como la exposición a vectores que causan enfermedades transmisibles y otros. Al respecto, se comparan para los 19 países de ALC de este estudio el acceso a servicios de agua y saneamiento mejorados, y nuevamente se encuentran correlaciones que sugieren un vínculo importante entre estos factores y los logros en materia de salud (gráficos 5.8 y 5.9).

Gráfico 5.8. Relación entre la tasa de mortalidad infantil y la población con acceso a fuentes de agua mejorada (año 2013)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

Gráfico 5.9. Relación entre la tasa de mortalidad infantil y la población con acceso a servicios de saneamiento mejorado (año 2013)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

La ilustración anterior presenta una vez más a los países con mejores resultados en salud entre los mejores dotados en materia de cobertura de servicios de agua mejorada y de sanitarios mejorados. Sin embargo, en el caso de los

países con peor cobertura, hay hallazgos interesantes. Bolivia (49.3%), Guatemala (63.6%) y Nicaragua (67.8%) registran los tres valores más bajos en acceso a saneamiento mejorado, de hecho, bastante bajos con respecto a la media del grupo estudiado (82.0%). En tanto que en acceso a agua mejorada, sorprende que aun siendo países de ingreso medio y abundantes recursos hídricos, los de mayor rezago sean República Dominicana (85.2%), Perú (85.9%), y Ecuador (86.4%).

Chile es el país con mayor avance en estos aspectos: 99% de su población tiene acceso a los servicios de agua mejorada e instalaciones de saneamiento. A los chilenos le siguen los habitantes de Uruguay (99.5%), Argentina (98.8%), Brasil (97.8%) y Costa Rica (97.6%), como los de mayor acceso a fuente de agua mejorada del conjunto de países estudiados. En el caso de sistemas de saneamiento mejorado, los países que tienen el mayor acceso, luego de Chile, son Uruguay (96.1%), Argentina (95.8%), Costa Rica (94.5%) y Cuba (94.3%).

El caso dominicano muestra importantes rezagos en este asunto. En lo que se refiere al saneamiento, se ubica apenas por encima del promedio de la región (con 83% respecto a 82% que es el promedio), pero muy lejos de los países con mejores resultados de salud, que poseen una cobertura de superior al 93%.

El caso más dramático es el agua potable, donde ocupa el último lugar entre los países analizados de la región Latinoamericana. Esta realidad es incomprensible en un país que ha crecido tanto en las últimas décadas y que ha invertido tanto en la construcción de obras. Es evidente que la mejora de la cobertura de estos servicios básicos constituye una tarea pendiente, si el país desea mejorar

las condiciones de salud de la población. Probablemente, solo con esto se lograría una reducción sustancial e inmediata en la salud y en la prolongación de la esperanza de vida de la población. Es extraño que una situación como esta, que constituye un punto clave de las políticas públicas, no haya concitado atención en los medios de comunicación.

Alimentación y Nutrición

Los desbalances en materia de alimentación y nutrición constituyen otro factor determinante en la situación de salud de las personas. Una población mal alimentada, ya sea por carencia o exceso, está más expuesta a riesgos de contraer y/o desarrollar enfermedades. Para fines de este análisis, debido a la no disponibilidad de data actualizada en materia de indicadores de nutrición, se utiliza como proxy para evaluar el estado nutricional de la población la prevalencia de la anemia en niños y embarazadas.

La prevalencia de la anemia, definida como concentraciones de hemoglobina por debajo de los umbrales recomendados, es uno de los problemas de nutrición más comunes en el mundo hoy en día. Esta se relaciona con la exposición de la población a distintas enfermedades, y es un indicador de diversas carencias de vitaminas y minerales, sobre todo del hierro.¹¹⁶ Asimismo, una prevalencia de anemia por encima del promedio puede evi-

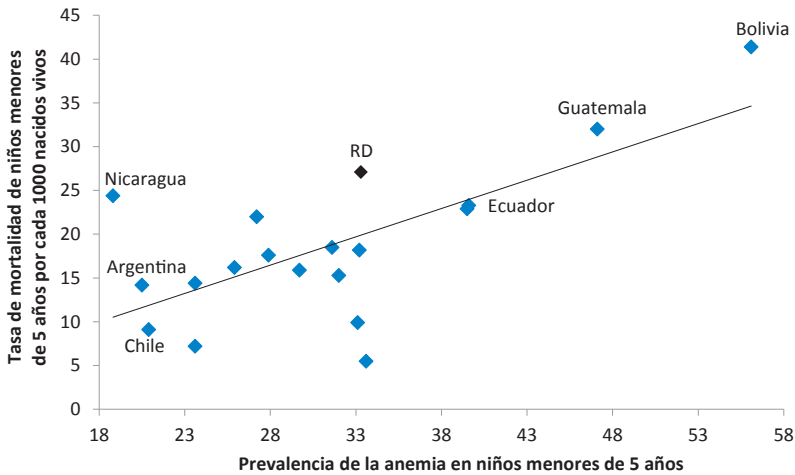
¹¹⁶ OMS. “Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS).” Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/9789241596107/en/.

Cabe resaltar que no todas las personas anémicas padecen de deficiencias de hierro, pues la misma se vincula además a factores hereditarios y otros, que varían entre distintos grupos poblacionales en el mundo.

denciar el fracaso de los programas básicos de nutrición y prevención en salud que, por lo general, se llevan a cabo en los sistemas de salud.

Para ilustrar la vinculación de la prevalencia de anemia y los logros en salud, el gráfico 5.10, a continuación, presenta la comparación de los 19 países de estudio según la prevalencia de anemia y la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años.¹¹⁷ Tal y como se esperaba, en el mismo puede apreciarse que, por lo general, existe una relación directa entre estos indicadores.

Gráfico 5.10. Relación entre tasa de mortalidad y prevalencia de la anemia en niños menores de 5 años (Circa 2011)

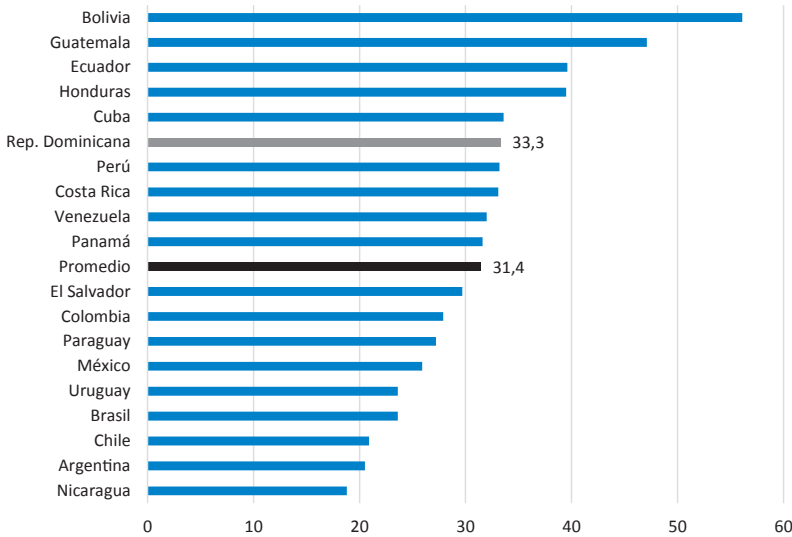


Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

¹¹⁷ La última data disponible de prevalencia de anemia es de 2011, por lo que se utiliza data para la mortalidad de niños menores de 5 años de 2012.

De hecho, aparecen Bolivia y Guatemala nuevamente entre los países de mayor afectación, tanto de anemia como de muertes en menores de 5 años, con una prevalencia de la anemia en niños de este grupo etario del 56.1% y 47.1%, respectivamente.

Gráfico 5.11. Prevalencia de anemia en niños menores de 5 años de edad (Circa 2011)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

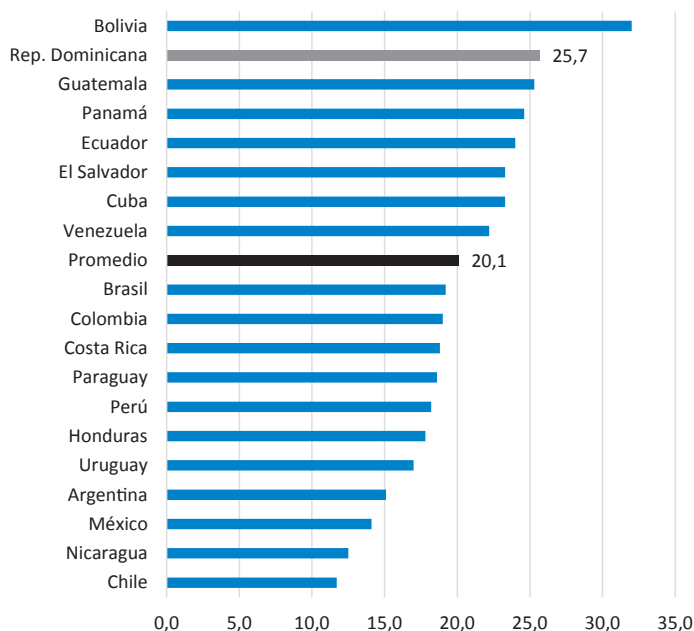
En el otro extremo, se advierte la presencia excepcional de Nicaragua con una prevalencia de anemia de apenas 18.8%, que se destaca por un desempeño favorable, pese a ser un país de menores recursos y con resultados inferiores al promedio regional en materia de logros en salud. En comparación, por ejemplo, la media del grupo de 19 países para este indicador de anemia es 31.4%.



Entre los de menor prevalencia acompañan a Nicaragua, Chile (20.5) y Argentina (20.9), dos países que, como ya ha sido recalado, evidencian amplias ventajas en sus logros en salud con respecto a sus vecinos de ALC. República Dominicana vuelve a colocarse en una posición desfavorable cuando se la juzga en función de este indicador, ya que registra una prevalencia de anemia entre niños menores de 5 años por encima del promedio de grupo de estudio, equivalente a un 33.3%, lo que puede, en alguna medida, explicar su posición entre los de mayor mortalidad en la población de este grupo etario.

De igual modo, al considerar la prevalencia de la anemia entre mujeres en edad reproductiva, el país reincide entre los de peor posición relativa en el grupo de los 19 países, y, de hecho, es el segundo con mayor proporción de mujeres que padecen anemia, con 25.7%, en un contexto regional donde la media es de 20.1%. De hecho, si se examina solo al grupo de las mujeres embarazadas en 2011, la prevalencia de anemia en República Dominicana se incrementa a 31.7%, muy por encima de la media de 27.7%.

Gráfico 5.12. Prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva (15-49 años de edad), 2011



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

Entre el grupo de los países estudiados, el país con más prevalencia de anemia entre las mujeres de edad reproductiva es Bolivia, el país con los logros en salud más rezagados del grupo, pues registra una prevalencia de 32%. Si se consideran solo las embarazadas, entonces la prevalencia llega hasta 37.7%. Para este indicador, Guatemala le sigue muy de cerca a República Dominicana, y se ubica en tercer lugar, registrando una prevalencia para mujeres de este grupo etario que es de 25.3%.

En cambio, los países con menor proporción de mujeres afectadas por anemia en su ciclo de vida reproductivo

son Chile (11.7%), Nicaragua (12.5%), México (14.1%), Argentina (15.1%) y Uruguay (17.0%). Nueva vez, la sorpresa es ver a Nicaragua entre el grupo de resultados más favorables. Lo dicho combinado con hallazgos anteriores llama a examinar de manera más profunda el caso nicaragüense, que debería tomarse en cuenta para una oportunidad de investigación futura.

Nivel de Desarrollo Humano

El Índice de Desarrollo Humano constituye un indicador que resume muchos de los determinantes sociales de la salud que veíamos antes. En teoría, el desarrollo humano de una población consiste en las capacidades u oportunidades reales que tengan las personas para vivir del modo que valoran. Desde este enfoque, el desarrollo depende de las capacidades que tenga la gente para poder elegir, lo que inevitablemente se asocia con que puedan gozar de una buena salud. Pero, de igual manera, un alto nivel de desarrollo humano se relaciona a la capacidad de las personas de vivir una vida larga y saludable. En tal sentido, hay una relación de doble vía entre la salud y el desarrollo: se asocia mayor salud con mayor desarrollo y viceversa, lo que supone que la salud es un fin del desarrollo en sí mismo y un medio para lograrlo.

Pese a lo amplio de esta perspectiva en torno al desarrollo y sus múltiples dimensiones, para su medición general existe un índice sintetizado que se utiliza ampliamente y se conoce como el IDH (Índice de Desarrollo Humano). El IDH se concentra en tres dimensiones claves del desarrollo humano, la dimensión de logro en salud (tener vida larga y saludable), la dimensión de logro en educación

(disponer de conocimientos) y la dimensión estándar de vida o ingresos (tener un nivel de vida digno).

Para ello pondera varios indicadores, incluyendo, para la dimensión de salud, la esperanza de vida al nacer; para la de educación, los años promedios de escolaridad para adultos/as de 25 años y los años esperados de escolaridad para niños/as que entran en la edad escolar; para la dimensión de nivel de vida, el ingreso nacional por habitante medido en términos de poder adquisitivo.¹¹⁸ El IDH es un indicador típicamente empleado como alternativa para la medición del desarrollo más allá de los tradicionales indicadores como el que usa solamente el ingreso per cápita. Como se observa, este indicador resume los determinantes sociales de la salud que veíamos previamente. (Tabla 5.1)

Como puede verse en la tabla referida, los países de la región latinoamericana poseen todos niveles entre medio y muy alto de desarrollo humano. Los que están más arriba en el *ranking* mundial son, justamente, los que hemos identificado en este trabajo como los que tienen mejores resultados de salud para fines de elaborar los estudios de caso. Chile, Cuba, y Argentina, que se consideran países con muy alto desarrollo humano, se ubican en las posiciones número 41, 44 y 49, respectivamente, entre los 187 países para los cuales se calcula el IDH. Uruguay está en el número 50 y Costa Rica en el 68. La República Dominicana, por su parte, se encuentra en el grupo de países con desarrollo humano alto, en la posición 102 de 187 países.

¹¹⁸ *Informe de Desarrollo Humano, PNUD, 2014.*

Entre los países peor posicionados, en términos del IDH dentro de los 19, predominan países centroamericanos, incluyendo a Nicaragua (posición 132), Honduras (posición 129), y Guatemala (posición 125), tres de los países que también tienen los peores resultados en términos de indicadores de salud (tabla 5.1).

Al examinar la posición de República Dominicana según su IDH dentro de los 19 países, el país ocuparía la posición 13, entre el grupo con menor IDH, ubicándose 61 posiciones por debajo de Chile, el país con mayor IDH, y 30 posiciones por encima de Nicaragua, que es el país con menor IDH entre los 19 objeto de este estudio. Esto se explica por el hecho de que el país se encuentra por debajo del promedio regional en cada uno de los indicadores que lo componen, tanto en las dimensiones de salud, como la de educación y la de nivel de vida.

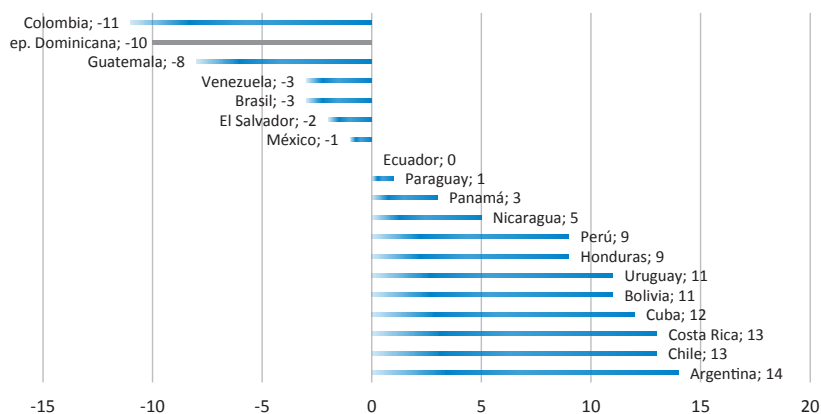


Tabla 5.1. Índice de Desarrollo Humano y sus componentes para 19 países de ALC, 2014

Países	Índice de Desarrollo Humano				Esperanza de Vida	Años Promedio de Escolaridad	Años Esperados de Escolaridad	Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita
	Clasificación en términos de desarrollo humano	Ranking entre 187 países	Valor	Ranking entre 19 países ALC	(Años)	(Años)	(Años)	(PPA en US\$ de 2005)
			2013	2013	2012 ^a	2012 ^a	2012	
Chile	Muy alto	41	0.82	1	79.96	9.79	15.1	20,804.00
Cuba	Muy alto	44	0.81	2	79.26	10.2	14.5	19,844.10
Argentina	Muy alto	49	0.81	3	76.31	9.83	16.4	17,296.70
Uruguay	Alto	50	0.79	4	77.23	8.45	15.5	18,108.10
Panamá	Alto	65	0.77	5	77.56	9.39	12.4	16,379.00
Venezuela	Alto	67	0.76	6	74.63	8.64	14.2	17,066.60
Costa Rica	Alto	68	0.76	7	79.93	8.37	13.5	13,011.70
México	Alto	71	0.76	8	77.5	8.47	12.8	15,854.10
Brasil	Alto	79	0.74	9	73.94	7.18	15.2	14,274.80
Perú	Alto	82	0.74	10	74.83	9.01	13.1	11,279.90
Colombia	Alto	98	0.71	11	74.04	7.07	13.2	11,526.50
Ecuador	Alto	98	0.71	12	76.47	7.59	12.3	9,998.00
RD	Alto	102	0.7	13	73.4	7.46	12.3	10,844.20
Paraguay	Medio	111	0.68	14	72.26	7.7	11.9	7,579.60
Bolivia	Medio	113	0.67	15	67.26	9.21	13.2	5,551.90
El Salvador	Medio	115	0.66	16	72.6	6.51	12.1	7,240.30
Guatemala	Medio	125	0.63	17	72.1	5.6	10.7	6,866.00
Honduras	Medio	129	0.62	18	73.82	5.48	11.6	4,137.60
Nicaragua	Medio	132	0.61	19	74.84	5.77	10.5	4,266.00

Fuente: Informe de desarrollo Humano, PNUD. 2014.

Gráfico 5.13. Diferencia de posiciones entre clasificación de países según su ingreso y clasificación según su IDH, 2014



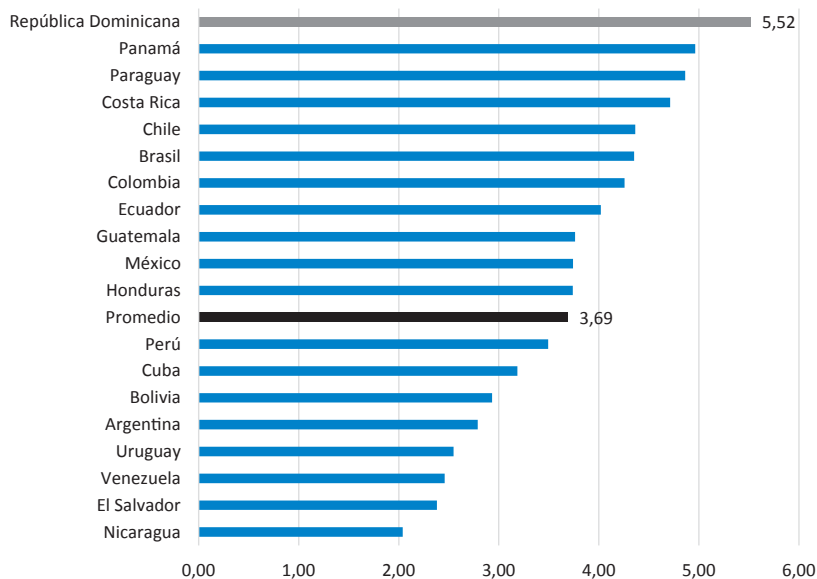
Fuente: Elaboración propia en base a Informe Mundial de Desarrollo Humano, PNUD 2014 y Informe Nacional de Desarrollo Humano, PNUD, República Dominicana 2005.

Es interesante destacar que existen contrastes al comparar la posición de los países según su IDH y según el ingreso per cápita, indicador típicamente usado para medir el grado de desarrollo de los países. Por ejemplo, según su nivel de ingreso per cápita, República Dominicana ocupa la posición 92 entre 187 países, es decir, que está 10 veces por encima que en su posición según el IDH (102). Ello indica que la República Dominicana se encuentra en una mejor posición en términos de su nivel de ingresos que en términos de nivel de desarrollo humano.

Tal como se observa en el gráfico 5.14, la República Dominicana es el país que ha experimentado el mayor crecimiento de su economía en las últimas cinco décadas, lo que debería haberse traducido en la reducción sustancial de la pobreza y en el mejoramiento de los indicadores sociales. No obstante, sus logros han sido inferiores a lo

que pudo haberse esperado, lo que indica que el país ha desaprovechado su crecimiento económico para avanzar en materia de oportunidades reales para su gente o su desarrollo humano.¹¹⁹

Gráfico 5.14. Tasa promedio de crecimiento anual del PIB entre el 1966 y el 2014 (%)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial de su base de datos World Development Indicators.

Al relacionar el desempeño del IDH de los 19 países con su desempeño en términos de resultados de salud, también se observan algunas relaciones que cabe resaltar. Hay una relación positiva entre los países que tienen mayor IDH y los que tienen mejores resultados, en términos

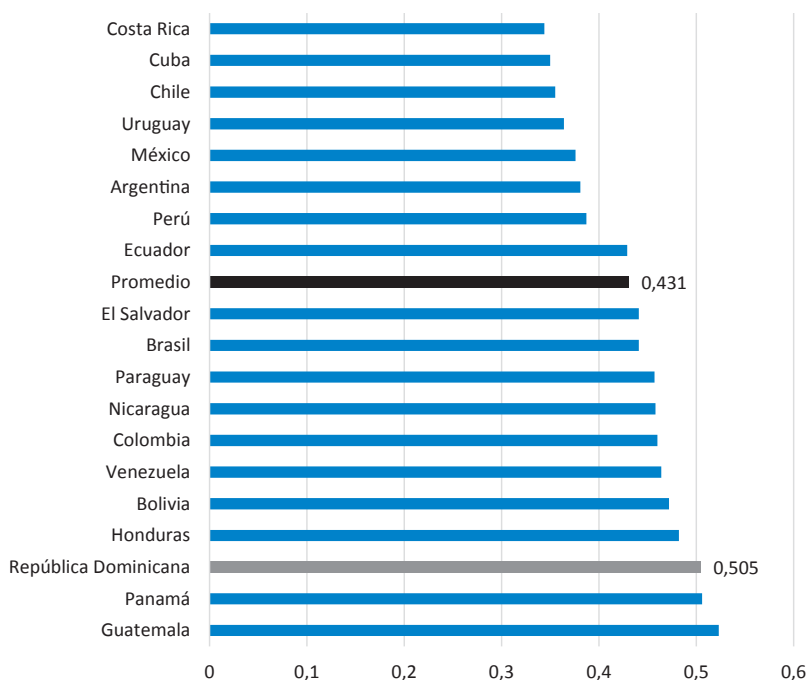
¹¹⁹ Este análisis es una actualización de uno realizado originalmente en el *Informe Nacional de Desarrollo Humano*, PNUD, República Dominicana 2005.

de salud, medidos por indicadores como la mortalidad materna, la mortalidad infantil y neonatal, la fecundidad en adolescentes y la esperanza de vida al nacer (que es uno de los componentes del IDH per se).

Un indicador utilizado en el análisis del desarrollo humano que vale la pena resaltar, a propósito de la comparación de resultados en salud entre países de ALC, lo constituye el Índice de Desigualdad de Género (IDG). El IDG arroja luz en torno a las brechas de género que colocan a las mujeres en desventaja relativa en términos de desarrollo humano con respecto a los hombres, específicamente en tres dimensiones: salud, empoderamiento, y estatus económico. Al examinar el IDG de los países de ALC, se puede entender cómo las desventajas de las mujeres en estos tres aspectos afectan negativamente, o generan “pérdidas” de desarrollo humano.

Dada la relación previamente establecida entre desarrollo humano y salud, y el papel preponderante de las mujeres en el logro de buenos resultados en salud, se puede establecer una relación entre las pérdidas de desarrollo humano por desigualdad de género y los resultados de salud de los países de la región. Veamos cuál es la situación regional a este respecto.

Gráfico 5.15. Índice de Desigualdad de Género en los 19 países de estudio (año 2013)



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Mundial de Desarrollo Humano, PNUD 2014.

Posicionados en los cuatro primeros lugares con el menor IDG se encuentran los cuatro países que tienen los mejores resultados, en términos de indicadores de salud, en el marco de los 19 países objeto de este estudio (gráfico 5.15). El menor IDG lo registra Costa Rica, seguido de Cuba, Chile y Uruguay, mientras que el país que peor se posiciona según este índice es Guatemala, uno de los países que además evidencia pobres resultados en salud, con relación a los 19 países estudiados. Resalta asimismo entre los países más desiguales en materia de género,

República Dominicana, que ocupa la tercera peor posición según el IDG. Esto evidencia que en el país persisten desventajas de derechos, oportunidades y opciones importantes para las mujeres, lo que contribuye a limitar no solo su salud, sino más ampliamente, su desarrollo.

En definitiva, si bien se observan algunos contrastes interesantes, el análisis comparativo presentado en este capítulo sugiere que factores clave a lo externo del sistema de salud, como la pobreza, el nivel de desarrollo humano y, sobre todo, el acceso a servicios básicos como agua, saneamiento y educación, poseen una influencia importante en los resultados de buena o mala salud que exponen los pueblos latinoamericanos.

Al respecto, República Dominicana evidencia desventajas notorias, que quizás puedan explicar mejor los pobres resultados del país en materia de salud, pese a sus altos niveles de acceso a los servicios de atención. El abordaje de estas desventajas socioeconómicas, desde una visión más amplia del sistema sanitario, debe ser prioritario si los dominicanos deseamos acercarnos más a los niveles de bienestar y salud que exhiben nuestros vecinos regionales, quienes, en su mayoría, no han tenido las oportunidades en términos de crecimiento económico que ha experimentado nuestro país en las últimas décadas.

Capítulo 6

GASTO Y FINANCIAMIENTO A LA SALUD



La forma en que se financian los sistemas de salud es otro factor que se vincula con los logros que tienen los países en materia de resultados en salud, sobre todo por la prioridad que asignan los gobiernos a la salud de su población, que a su vez se refleja en el grado de protección social que tiene esta ante los riesgos asociados a la enfermedad, y de equidad en el acceso a los servicios de salud. Numerosos estudios muestran que los sistemas que poseen los mejores resultados de salud, tienen, generalmente, una proporción más alta de fondos públicos para financiarlos.^{120, 121} Es decir, la población está más protegida porque el gobierno invierte en el financiamiento de su salud, independientemente de cuál sea la forma de hacerlo, ya sea a través de impuestos generales o a través de cotizaciones obligatorias vía la seguridad social.¹²²

De hecho, la propuesta metodológica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre cómo medir el desempeño de los sistemas de salud considera como una de las metas fundamentales de dichos sistemas es que las personas estén protegidas ante el riesgo de incurrir en gastos

¹²⁰ Organización Mundial de la Salud. (2000), opus cit.

¹²¹ Organización Mundial de la Salud (2010), opus cit.

¹²² Rathe, Magdalena (2012), *Evolución del gasto de hogares 1996-2010*, MSP, Santo Domingo, RD.

de salud que se encuentren por encima de su capacidad de pago.¹²³

En efecto, la manera en que se financia la salud puede contribuir o no a que la gente ejerza su derecho a la misma, dado que es factible que las personas no accedan a los servicios que necesitan, debido a su situación socioeconómica o su capacidad de obtener los recursos necesarios para su financiamiento. En tal sentido, la protección financiera en salud influye en la distribución del ingreso de un país y puede contribuir efectivamente a mejorar la situación de salud de una población, si dicho financiamiento se distribuye en forma más equitativa.¹²⁴

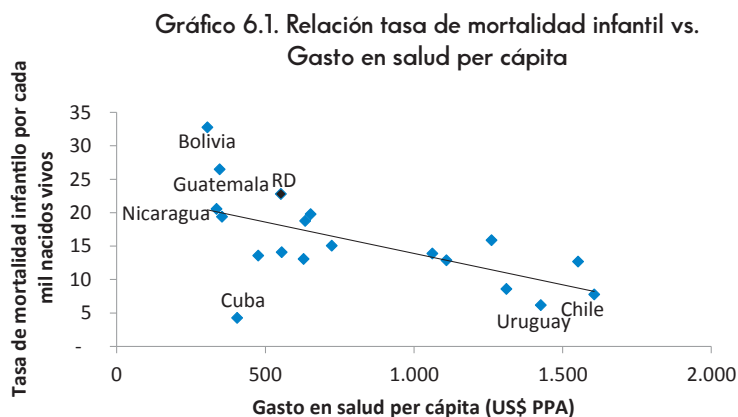
Esto significa que, si las personas están adecuadamente protegidas, ante un evento inesperado de salud que implica grandes costos, ellas no enfrentarán una catástrofe financiera, que pueda llevarlas a perder sus fuentes de ingreso o a caer en la pobreza.

Los montos que invierte un país en atender su salud están vinculados con los resultados de salud. A manera de ilustración, se presenta el cruce realizado para los 19 países estudiados de dos indicadores relevantes, uno desde el punto de vista de los recursos destinados al financiamiento de la salud y otro de logros en salud: el gasto en salud per cápita y la tasa de mortalidad infantil (gráfico 6.1). La misma sugiere, salvo escasas excepciones importantes que analizaremos en más detalle en la siguiente

¹²³ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza.

¹²⁴ González Pons, Soraya, 2011. *Medición del desempeño del sistema de salud*, Informe final de consultoría del Observatorio de la Salud, Fundación Plenitud/BID/OSALC, Santo Domingo, 2011.

sección, que existe una relación negativa entre estos indicadores, es decir, que a mayor gasto en salud per cápita, menor es la mortalidad infantil.



Fuente: Elaboración propia en base a Banco Mundial, de su base de datos Word Development Indicators.

En la sección que sigue analizaremos el gasto y financiamiento a la salud en la República Dominicana, medido a través de la metodología estándar internacional que recomienda la OMS. A continuación, se examinan diferentes indicadores relativos al financiamiento del sistema de salud en República Dominicana y de los sistemas de salud de los 19 países de ALC sujetos de estudio. Esto se hace con el fin de arrojar luz en torno a cómo se reparte el peso financiero de la salud en la región, al grado de protección financiera con que cuentan las poblaciones de los distintos países para atender su salud y a la existencia de posibles interrelaciones con los resultados que estos exhiben. En vista de que no todos los países cuentan con indicadores comparables de protección financiera, el tema de cómo medir

esta y resultados para un subconjunto de países se presenta en el capítulo siguiente.

Cómo se mide el gasto en salud

De acuerdo con la OMS, 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, lo cual implica que incluye un número importante de actividades diferentes, que no siempre se pueden clasificar con mucha claridad. Esto obliga a tomar decisiones sobre qué es y qué no es gasto en salud. Para ello se han desarrollado clasificaciones basadas en criterios y definiciones compatibles con las normas internacionales, desarrollándose manuales donde se han tomado en consideración los acuerdos de expertos de todo el mundo. Uno de estos manuales es *Un Sistema de Cuentas de Salud*¹²⁵, en su versión más moderna, SHA 2011, el cual define como actividades de salud, aquellas acciones que tienen por objetivo esencial¹²⁶:

- 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.

¹²⁵ OECD/WHO, *A System of Health Accounts 2011*, Geneva, Switzerland, 2012.

¹²⁶ Opus cit.

- 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.

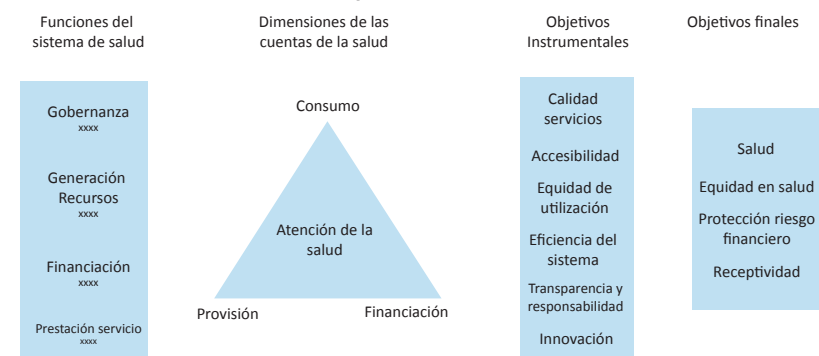
Tal como hemos visto en el marco conceptual, la OMS considera la equidad y la protección financiera como fines últimos de un sistema de salud. Por tal motivo, un análisis del gasto y financiamiento a la salud en la región merece una sección especial, dado que es justamente, mediante la asignación de fondos adecuados, que un país pueda caminar hacia la cobertura universal. La forma en que se mide el gasto en salud es importante, pues se requiere que los datos sean compatibles, coherentes y comparables. Para ello se han desarrollado las cuentas de salud con una metodología que cumple esos criterios, a fin de que sirva para producir evidencias sobre el desempeño de los sistemas de salud.

Puede verse a continuación un diagrama que presenta las funciones de un sistema de salud, según el marco de evaluación del desempeño de la OMS. En el extremo izquierdo se muestran las funciones de un sistema de salud. El triángulo está representado por las cuentas de salud, que miden dichas funciones y, a partir de los recursos asignados a las mismas, se puede obtener información y llegar a 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. En el extremo derecho se encuentran los objetivos y las metas de un sistema de salud: mejorar los resultados de salud de la población, aportar a la equidad y la protección financiera y contribuir a la receptividad en temas que no son de salud.

Esta metodología constituye hoy el estándar para medir el gasto en salud y la OMS se encuentra en el proceso de promover su aplicación a nivel mundial, habiendo ya numerosos países que la están implementando, sobre todo, los países de la OECD. Los resultados se mostrarán en la base de datos de gasto en salud de la OMS, *Global Health Expenditures Database*, mediante la cual se procura homogeneizar las cifras de gasto en salud en todo el mundo, a fin de que sean comparables.¹²⁷ Una característica de este nuevo enfoque metodológico es la distinción del gasto corriente y gasto de capital y la presentación de los datos, no ya por agente financiero, sino por esquemas de financiamiento.

¹²⁷ En vista de que no todos los países han implementado la metodología que hoy es el estándar internacional y de que la mayoría de ellos está en dicho proceso, las series pueden variar de un año al otro al introducirse los cambios metodológicos. Hacemos esta aclaración porque las cifras publicadas por la República Dominicana hasta el año 2013 van a ser modificadas cuando el país reporte los datos para 2015. Esto se debe, no solo a la adopción del SHA 2011 en la estimación del gasto en salud realizada para 2014 y 2015, sino también a una estimación con nuevas fuentes sobre el gasto de hogares. En este trabajo presentamos los datos del GHED para 2013 y 2014 así como promedios del período 2008-2014, para la comparación internacional, pero modificamos el caso dominicano, reportando las nuevas cifras estimadas por la autora; asimismo, para los esquemas de financiamiento ver: Rathe, Magdalena y Hernández, Patricia, *Gasto y financiamiento a la salud en la República Dominicana*, PLENITUD/INTEC/ADARS, Santo Domingo, 2015.

Gráfico 6.2. La relación entre el marco analítico del sistema de salud y las cuentas de salud



Fuente: SHA 2011.

Los esquemas de financiamiento

Una de las más importantes innovaciones del SHA 2011, fue la introducción del concepto de esquemas de financiamiento. En las versiones previas, los flujos de fondos dentro del sistema se observaban desde las fuentes (que eran los gobiernos, los donantes, los hogares, las empresas) hacia los agentes financieros (instituciones que toman decisiones de gasto), a los proveedores (los centros de salud y otras entidades que prestan los servicios). Los esquemas de financiamiento procuran mostrar cómo se organiza estructuralmente un sistema de salud, mediante un conjunto de normas o principios donde intervienen varias instituciones, y cómo fluyen los recursos para favorecer determinados grupos poblacionales, según las políticas establecidas por un país. De esta forma, la unidad básica del sistema de financiamiento a la salud es el “esquema de financiamiento”, que describe el conjunto

de normas destinadas a ciertos fines de política y a ciertas poblaciones.

“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 mismo, lo cual revela su estructura. 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”.¹²⁸

De acuerdo con el marco de desempeño del sistema de salud, el financiamiento al mismo posee tres funciones básicas: recaudar los recursos, mancomunarlos (es decir, ponerlos en una bolsa común para administrar el riesgo) y comprar los servicios. De esta manera, 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?

¹²⁸ Rathe, Magdalena y Hernández, Patricia, 2015. Opus cit.

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? (¿solo entre un determinado grupo, por ejemplo, los que contribuyen? ¿o un grupo de población específico?)

En virtud de tales criterios se clasifican los esquemas de financiamiento, considerándose como esquemas públicos aquellos cuya participación y su financiamiento tienen carácter obligatorio. La tabla que sigue muestra los esquemas de financiamiento de la República Dominicana.¹²⁹

¹²⁹ Tomado de Rathe, Magdalena y Hernández, Patricia, 2015.

Tabla 5.1. 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		Auto mático: para todos los ciudadanos / residentes; o un grupo específico de población (p. ej. los pobres) definidos por ley o reglamento administrado.	No contributiva, 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.



Clasificación SHA 2011/ Nombre	Base Legal	Modo de participación	Derecho a la prestación	Método básico obtención de fondos	Mancomunación
HF.1.1.3 Régimen de pensionados y jubilados del estado	Ley 379-81	Auto mático 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 administración. 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,

Clasificación SHA 2011/ Nombre	Base Legal	Modo de participación	Derecho a la prestación	Método básico obtención de fondos	Mancomunación
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 relacionado 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 241-01	Automático: Para todos los policías y sus familias	Contributivo	Empleador y empleado	Dentro del propio fondo
1.2.4 Seguro social de los militares	Decreto 3013	Automático: Para todos los militares y sus familias	Contributivo	Empleador y empleado	Dentro del propio fondo



Clasificación SHA 2011/ Nombre	Base Legal	Modo de participación	Derecho a la prestación	Método básico obtención de fondos	Mancomunación
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 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.

Clasificación SHA 2011/ Nombre	Base Legal	Modo de participación	Derecho a la prestación	Método básico obtención de fondos	Mancomunación
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 quizá para los miembros de la familia).
NA (No aplica pues no existen las cuentas médicas obligatorias en la República Dominicana)					
HF.2.1 Esquemas de seguros médicos voluntarios		Voluntaria	Contributiva: con la compra voluntaria de una póliza de seguro voluntario (normalmente con un contrato).	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).	Para el régimen
HF.2.1.2.2 Esquemas de seguros complementarios	Ley 87/01	Voluntaria	Contributiva: pago de una prima. Solo para los que tienen PDSS.	Según el contrato	Para el régimen



Clasificación SHA 2011/ Nombre	Base Legal	Modo de participación	Derecho a la prestación	Método básico obtención de fondos	Mancomunación
HF.2.1.2.nec Otros esquemas de seguros voluntarios	Ley de Seguros	Voluntaria	Contributiva: pago de una prima.	Según el contrato.	Para el régimen
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro		Voluntaria	No contributiva, discrecional.	Donaciones del público en general, administración pública (presupuesto del Estado o ayudas extranjeras) o empresas.	Varía según programas, pero normalmente para el programa.
No existe información en RD – Se requiere un estudio especial					
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 cueste 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

Clasificación SHA 2011/ Nombre	Base Legal	Modo de participación	Derecho a la prestación	Método básico obtención de fondos	Mancomunación
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: Rathe, Magdalena y Hernández, Patricia, 2015. <i>Gasto nacional en salud en la República Dominicana - 2014 - Primer piloto de implementación del SHA 2011</i> , PLENITUD/INTEC/ADARS, Santo Domingo, Rep. Dominicana.					



Gasto en salud en la República Dominicana

El primer esfuerzo realizado en la República Dominicana por aplicar la metodología de cuentas de salud en base al SHA 2011¹³⁰, ofrecía datos sobre el gasto nacional corriente en salud, por esquema de financiamiento. Las autoras de esa estimación indicaban que estas cifras eran preliminares y estaban todavía en proceso de revisión, dado que no incluían todos los esquemas ni todos los agentes, lo cual sería tarea posterior de las autoridades a cargo de la producción de estadísticas nacionales. De cualquier modo, dicho ejercicio incluía el grueso del gasto en salud para el 2014, analizándose así los principales esquemas gubernamentales, el seguro familiar de salud y los principales esquemas privados (hogares y seguros voluntarios, fundamentalmente).

También indicaban 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”.¹³¹

Para el presente trabajo, realizamos una revisión de dichas cifras, así como una estimación de los años previos y estimar el 2015, a fin de construir una serie de 2008-

¹³⁰ Rathe, Magdalena y Hernández, Patricia, *Gasto y financiamiento a la salud en la República Dominicana*, PLENITUD/INTEC/ADARS, Santo Domingo, 2015).

¹³¹ Rathe M. y Hernández, P. 2015. Opus cit.

2015, lo cual puede contribuir mejor al análisis de la evolución del gasto y al financiamiento de la salud posterior a la implementación del régimen contributivo y la expansión de la reforma, justamente a partir de septiembre de 2007. No obstante, existe una diferencia fundamental entre esa estimación y la actual, fundamentalmente en el gasto de hogares, por un cambio en la metodología utilizada.¹³² La tabla que presentamos más abajo es el resultado de dicho ejercicio.

Según esta estimación, para el año 2015, el gasto nacional corriente en salud ascendió a unos RD\$177 mil millones, de los cuales, 49% corresponden a esquemas públicos, principalmente los denominados esquemas del gobierno central y la seguridad social, fundamentalmente, el régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud. Un 51% 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 representa 41% del total y los seguros voluntarios (ya sean complementarios o sustitutos) ascienden al 10% del gasto total. Los pagos de bolsillo usualmente se dividen en la compra por parte de los hogares de bienes y servicios no cubiertos por los seguros, o para cubrir parte del costo de los servicios cubiertos (copagos). Si agregamos el gasto de capital del sector público,¹³³ estimado en RD\$2,196 millones,

¹³² La presente estimación adopta los lineamientos metodológicos propuestos por la OMS para medir el gasto de hogares, la cual recomienda partir de las Cuentas Nacionales que realiza el Banco Central. La estimación previa partía de un análisis del módulo de gasto en salud de la ENDESA de los años 1996, 2002, 2007 y 2013, interpolando y proyectando las cifras faltantes.

¹³³ La estimación del gasto de capital fue tomada de la serie que publica la OMS es su base de datos anual, estimada en virtud del consumo de capital de la economía dominicana, dado que no existen estudios en el país sobre

el gasto total ascendería a RD\$178,877 millones, de los cuales el 99% constituye gasto corriente y 1% gasto de capital. Como puede observarse en la tabla que sigue, se hizo un esfuerzo por presentar las cifras de años anteriores dentro de esta nueva organización metodológica.

Tabla 5.2. Estimación del gasto total en salud según esquemas de financiamiento, 2008-2015 (RD\$ corrientes)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
GASTO TOTAL EN SALUD	82,326	90,396	107,573	120,906	139,243	145,503	162,339	178,877
Clasificaciones SHA	81,006	89,156	106,305	119,431	137,471	143,762	160,273	176,680
GASTO CORRIENTE								
HF.1	Esquemas gubernamentales y esquemas contributivos, obligatorios	38,553	42,329	50,035	58,637	68,134	69,939	86,520
HF.1.1	Esquemas gubernamentales	25,203	24,284	26,286	32,860	38,926	38,497	44,652
HF.1.1.1	Esquemas del gobierno central	25,203	24,284	26,286	32,860	38,926	38,497	44,652
HF.1.1.1.1	Ministerio de Salud (MSP) - (a)	25,133	23,607	24,163	28,095	33,735	33,145	39,335
HF.1.1.1.2	SFS-RS REGIMEN SUBSIDIADO (b)	70	676	2,123	4,765	5,191	5,351	7,406
HF.1.2	Esquemas de seguros obligatorios contributivos	13,350	18,045	23,749	25,776	29,208	31,442	34,127
HF.1.2.1	Esquemas de seguros sociales de salud	13,350	18,045	23,749	25,776	29,208	31,442	34,127
HF.1.2.1.1	SFS - RC REGIMEN CONTRIBUTIVO (c)	11,350	15,565	21,249	23,072	25,548	28,258	30,848
HF.1.2.1.2	Otros esquemas de seguros obligatorios (d)	2,000	2,480	2,500	2,704	3,660	3,184	3,279
HF.2	Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	7,711	8,680	7,275	7,164	8,713	9,750	17,160
HF.2.1	Esquemas de seguros voluntarios	7,711	8,680	7,275	7,164	8,713	9,750	17,160
HF.2.1.1	Esquemas de seguros primarios/sustitutivos (e)	640	791	1,059	1,174	1,390	1,703	2,129
HF.2.1.2	Esquemas de seguros voluntarios complementarios (f)	7,071	7,889	6,216	5,990	7,323	8,047	10,820
HF.3	Gasto directo de los hogares (g)	34,368	37,966	48,786	53,354	60,425	63,862	72,605
HF.3.1	Gastos directos excluidos los pagos compartidos	24,058	26,576	34,150	37,348	42,297	44,703	50,823
HF.3.2	Costos compartidos con terceros	10,310	11,390	14,636	16,006	18,127	19,159	21,781
HF.4	Esquemas de las organizaciones sin fines de lucro (h)	374	181	208	276	200	211	396
HK	GASTO DE CAPITAL (j)	1,320	1,240	1,269	1,475	1,772	1,741	2,196

FUENTE: Estimación de Fundación PLENITUD. Cifras preliminares.

Notas:

(a) Datos contables de Ejecución Presupuestaria en base al SIGEF / DIGEPRES. Incluye transferencias a entidades del sector públicas y privadas.

(b) Datos contables del gasto en salud régimen subsidiado publicados por SISALRIL más una estimación de gastos administrativos del SENASA.

(c) Datos contables gasto en salud régimen contributivo publicados por SISALRIL, más estimación gastos administrativos instituciones de seguridad social.

(d) Regímenes especiales más estimación subsidio gubernamental al IDSS.

(e) Datos publicados por la ONE en base a Superintendencia de Seguros.

(f) Datos suministrados por SISALRIL en base a reportes de ARS. Planes Complementarios publicados por SISALRIL y ADARS. Año 2015 proyectado según años previos.

(g) Estimación de PLENITUD en base a las Cuentas Nacionales, Banco Central. Los gastos compartidos con terceros se estimaron en un 30% según estudio CS 2014.

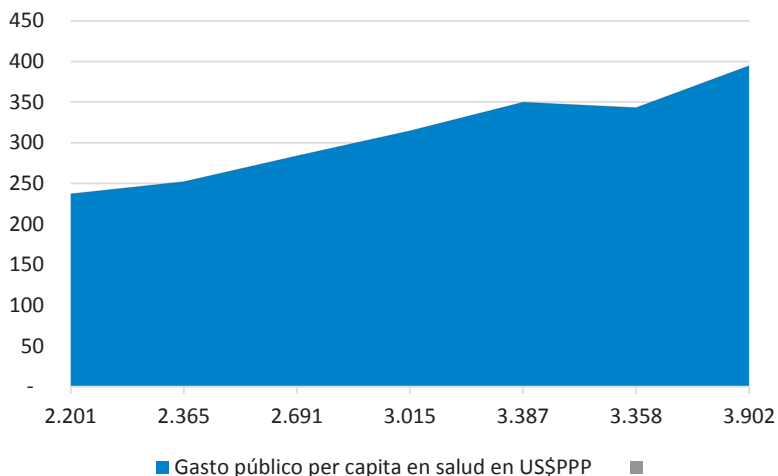
(h) Estimación de PLENITUD en base a las Cuentas Nacionales, Banco Central.

(i) Estimada por PLENITUD en base a CS 2014 respecto al gasto del gobierno central. No incluye sector privado.

la cuenta de capital que incluya un análisis tanto del sector público como privado, así como la inversión tanto en infraestructura, como en equipos médicos y no médicos, en tecnología, sistemas de información y formación de capital humano.

De acuerdo con estas cifras, el gasto total en salud ascendió a 5.5% del PIB como promedio en los ocho años objeto de análisis. Si puede indicarse que hubo un aumento en la participación del gasto realizado a través de los esquemas públicos, pasando de 1.8% del PIB en 2008, a 2.8% en 2014. Este movimiento puede verse más claramente en el gráfico 6.3, que permite ver la evolución en términos reales del financiamiento público canalizado a través de los esquemas del gobierno central y de la seguridad social. Se observa el incremento de dichos fondos a precios constantes.

Gráfico 6.3. Evolución de los esquemas públicos de financiamiento a la salud, 2008-2014 (a precios constantes de 2010)



Puede observarse el crecimiento de los esquemas públicos, particularmente del esquema de seguros obligatorios contributivos (cuyo componente fundamental es el régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud). Este esquema experimentó en el período un crecimiento

real del 11%, casi el triple del crecimiento del PIB en ese mismo período. Los esquemas gubernamentales (financiados por impuestos generales y cuyos principales componentes son la red pública tradicional del MSP y el régimen subsidiado del seguro familiar de salud) experimentan también un crecimiento, pero menos importante, ascendente a 5% en términos reales.

Este aumento en los fondos públicos –financiados con impuestos generales o contribuciones obligatorias al seguro social– no ha sido suficiente para cambiar la estructura del financiamiento. En efecto, el gasto de los hogares sigue representando una porción demasiado elevada del financiamiento del sistema dominicano de salud, lo que hace pensar que no se están cumpliendo los propósitos de equidad y protección financiera que se proponía la reforma de salud.

En efecto, el gasto de los hogares, de representar 47% del gasto total en 2008, pasó al 48% en 2015, lo que implica que prácticamente se mantuvo al mismo nivel. De hecho, también el financiamiento público se mantuvo casi sin variación en términos porcentuales, aunque aumentó en términos absolutos.

Esta conclusión es muy diferente de la que se obtiene si el gasto de hogares se calcula con la ENDESA, la cual posee un módulo comparable de morbilidad, utilización y gasto en salud, que se aplica desde 1996 y que presenta una reducción sustancial entre los años 2007 y 2013. Aunque esto parecería una conclusión lógica, dado el aumento de los fondos públicos y la extensión de la afiliación al seguro familiar de salud, la misma no se verifica cuando se triangula con otras fuentes, que es lo que hacen los técnicos del Banco Central cuando calculan las

cifras de las Cuentas Nacionales que miden el producto y el ingreso. Por tal motivo y dados los lineamientos metodológicos sugeridos por la OMS, se adoptan estas estimaciones. No obstante, es preciso señalar que en la estructura del consumo privado se usan todavía los resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares ENIGH 2006-2007, la cual fue aplicada justo antes del inicio de la reforma de salud.

Gasto en salud en el contexto regional

En esta sección analizaremos el gasto en salud dentro del contexto de los países de América Latina incluidos en el presente estudio, con cifras para el año 2014, publicadas por la OMS.¹³⁴

Al analizar la composición del gasto en salud en los 19 países del estudio¹³⁵ se perciben amplias diferencias entre países con respecto a cómo se reparte el financiamiento de la salud.

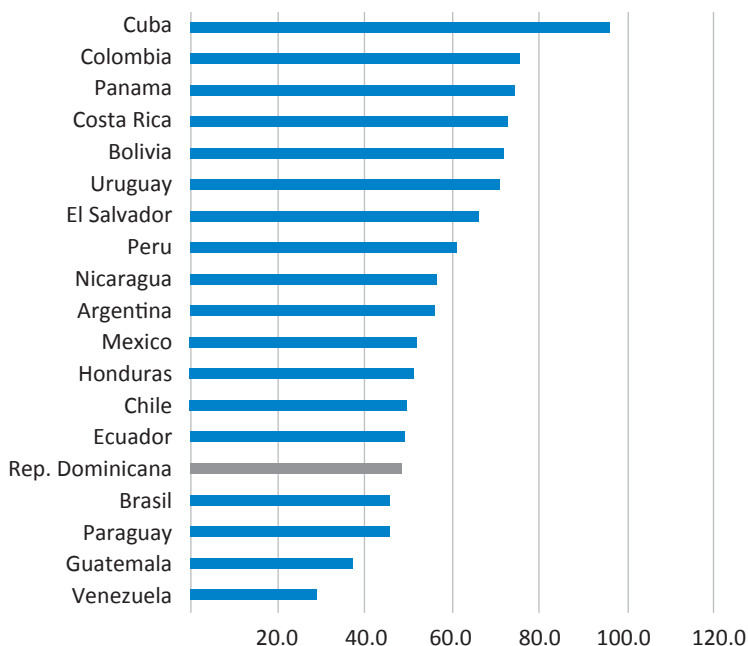
En tal sentido, en la región coexisten, por un lado, Cuba, país donde el Estado juega el rol de mayor preponderancia en la distribución del gasto en salud (97% de todo el gasto), y por otro, Venezuela, país donde la mayor responsabilidad del gasto en salud recae sobre los usuarios mismos del sistema, puesto que el Estado cubre apenas 29% de todo el gasto total. Puede observarse que la República Dominicana se encuentra entre los países con

¹³⁴ En el caso dominicano incluimos la nueva estimación que incluye los cambios en la estimación del gasto de hogares, la cual será publicada en el 2017 por la OMS en las Estadísticas Mundiales de Salud y el Banco Mundial en el World Development Indicators.

¹³⁵ Último año disponible para estos datos es 2013.

una proporción menor, es decir, que todavía dependen mucho de otras formas de gasto, en este caso, del gasto privado y, dentro de este, el gasto de bolsillo de los hogares.

Gráfico 6.4. Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud, 2014



Fuente: Elaborado por PLENITUD en base a OMS. Datos de RD revisados 2015.

Un aspecto que cabe resaltar en la comparación del grupo de estudio es que cuatro de los países con mejores resultados en salud, se ubican entre los que tienen mayor participación por parte del Estado en el financiamiento de la salud, registrando un gasto público en salud como porcentaje del total por encima del 65%.

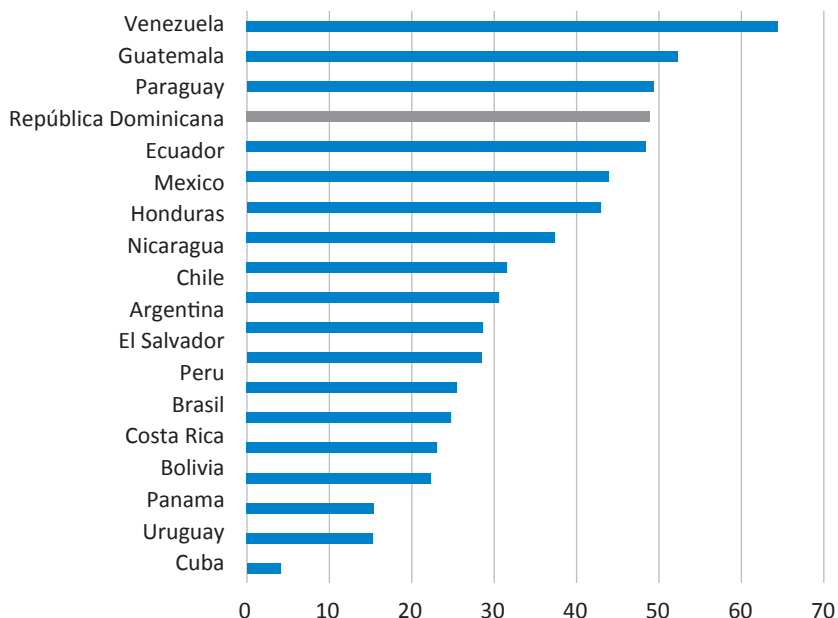
Por ejemplo, además de Cuba, en Costa Rica el Estado financia 73% del gasto en salud, en Uruguay donde el Estado es responsable por el 71% del gasto en salud, en Colombia (75%), Panamá (73%) e incluso Bolivia, con 72%, que está entre los que tienen peores resultados de salud por otros factores, ya que se trata del país más pobre de la región después de Haití. Como vimos antes, el grado de desarrollo, la cobertura de agua y saneamiento y la educación son factores claves que influyen de manera sustancial en los resultados de salud. Resulta notorio el caso de Chile, que evidencia un rol del Estado mucho menor y en el que, de hecho, el gasto privado en salud supera al público. Probablemente, sus mejores resultados devienen, a su vez, de su nivel más elevado de desarrollo humano.

Como se ha indicado previamente, si se observa el contexto del mundo, los países con un grado mayor de desarrollo y bienestar material de su población, se caracterizan por financiar la salud con recursos públicos, siendo los más avanzados en ese proceso Dinamarca, el Reino Unido y Japón, con porcentajes superiores al 80%. Otros países que muestran un porcentaje superior al 75% son Holanda, Francia, Alemania, Bélgica y Finlandia. Estos países se caracterizan por una mayor equidad en sus sistemas de salud y poseen también los mejores resultados en términos de la salud de su población.

Por el contrario, los países con elevada participación del financiamiento privado poseen, generalmente, una importante contribución de los hogares en el total del financiamiento, generalmente mediante el gasto directo o “gasto de bolsillo”. Cuando este es muy elevado, la población está más desprotegida frente al riesgo de enfermarse. Este es uno de los temas que se propuso abordar

la reforma de salud de la República Dominicana y es uno de los caminos hacia la cobertura universal.

Gráfico 6.5. Gasto de bolsillo (OOPS) como % del gasto total en salud, 2014



Fuente: Elaborado por PLENITUD en base a OMS. Datos de RD revisados 2015.

De esta manera, en la región de Latinoamérica, los países con mayor financiamiento público presentan menor gasto de bolsillo de los hogares, generalmente como producto de un esfuerzo público específico por aumentar la protección social a sus habitantes. Las cifras de Cuba (4%) Colombia (15%), Uruguay (16%), Panamá (22%) y Costa Rica (25%), son las más bajas de la región. Se destaca igualmente el caso de Bolivia (23%), lo cual podría explicarse por el hecho de ser un país pobre cuyo

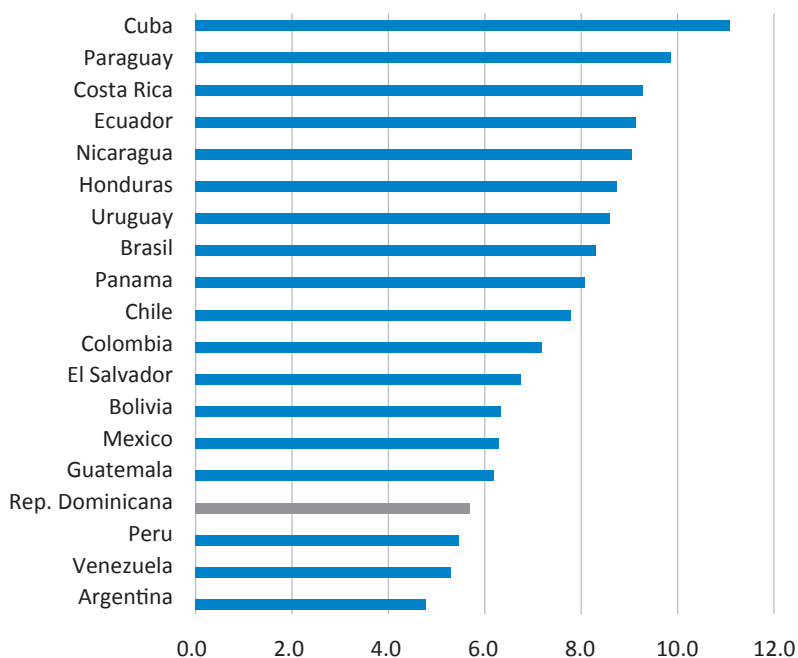
sistema de salud es fundamentalmente público y que, justamente debido a la pobreza, existe menor poder de compra de sus habitantes para resolver independientemente de sus problemas de salud.

Por su parte, los países con mayor desprotección financiera en salud, medida por el gasto directo del hogar, son Venezuela con un gasto que alcanza el 64%, Guatemala (52%), Paraguay, República Dominicana y Ecuador, con 49%.

Al analizar el gasto en salud en el contexto más amplio del total de recursos de los países, utilizando el Producto Interno Bruto (PIB) como denominador, se puede entender el peso del gasto en salud dentro de la totalidad de la economía nacional. Al respecto, el gráfico muestra el gasto en salud como porcentaje del PIB en los 19 países de ALC estudiados, en el cual se ubica a República Dominicana como uno de los que menos fondos asigna a la salud, dentro del contexto del tamaño de su economía, junto con Perú, Venezuela y Argentina.



Gráfico 6.6. Gasto en salud como % del PIB, 2014



Fuente: Elaborado por PLENITUD en base a OMS. Datos de RD revisados 2015.

Los países que presentan mayor gasto en salud con relación al PIB son Cuba (11%), Paraguay (9.8%) y Costa Rica (9.3%) y Cuba.

Es preciso señalar que, si bien es cierto que este indicador se utiliza de manera generalizada en los análisis de comparación internacional, no lo es menos que el gasto en salud, con respecto al PIB, sea elevado lo que no implica, necesariamente, mejores resultados de salud.

Existen formas de organizar el financiamiento y la prestación de los servicios que resultan más costosas que otras. En el contexto de los países de mayor desarrollo relativo, tal es el caso de Estados Unidos, por ejemplo, con un 17% respecto a su PIB, representando el mismo una carga pesada debido a los altos costos de las intervenciones y de la administración. Si bien es cierto que este país se caracteriza por la buena calidad de sus servicios, sus resultados globales en términos de la salud de sus habitantes, son inferiores a los de otros países desarrollados que gastan alrededor de la mitad.

Al igual que otros países de la región, como Argentina, Chile, Uruguay, Perú, México, y Colombia, República Dominicana ha optado por ir transitando hacia la cobertura universal mediante un esquema de financiamiento mixto, donde los trabajadores del sector formal y sus familias son financiados mediante aportes a la nómina realizados principalmente por las empresas, y los muy pobres (desempleados e indigentes) son financiados con impuestos generales. Dado el alto grado de informalidad en países como la República Dominicana, hay una franja de la población que queda desprotegida, pues el régimen denominado contributivo-subsidiado no se ha podido implementar.¹³⁶ Otros países han enfrentado esto con un aumento en las contribuciones públicas financiadas con impuestos generales, en fondos destinados a la salud de todos. Esto podría ser factible en la República Dominicana, pues tiene un sistema que lo permitiría, el cual se basa en una aspiración de universalidad.

¹³⁶ Tristao, Rathe y Giedion, 2012. *Nota de Política Sector Salud*. PLENITUD / BID, Santo Domingo, RD.

Como hemos visto, el financiamiento público ha aumentado, pero no en la proporción suficiente para contrarrestar el gasto de bolsillo y, por lo tanto, no ha logrado aún proteger adecuadamente a la población. De hecho, a pesar del importante aumento en la afiliación a ambos regímenes, los fondos que se asignan al régimen subsidiado, por ejemplo, son demasiado reducidos si se compara con los que se destinan al régimen contributivo. La justificación de esto consiste en que los proveedores públicos —que atienden a la población del régimen subsidiado— son financiados todavía vía la oferta, es decir, el Ministerio de Salud Pública les paga dentro de su nómina, lo cual crea importantes distorsiones dentro del sistema e impide su crecimiento ordenado.

En adición a los fondos que se canalizan para financiar la salud de los dominicanos, vía la seguridad social y vía el financiamiento público directo, mediante la contratación de los proveedores de servicios del gobierno, hay otros fondos importantes que se destinan a la compra de planes complementarios de salud y seguros privados. Estos recursos representaban el 10% del total gastado en salud en el 2015, porcentaje que ubica a la República Dominicana dentro del grupo de países con una participación mediana del gasto en seguros privados, junto a Colombia y Argentina. Los países de la región que más utilizan este tipo de aseguramiento son Brasil y Chile, con porcentajes de 27% y 19%, respectivamente, para el año 2014. Los demás países poseen participación muy baja, generalmente alrededor del 5%. A nivel mundial, la importancia en el gasto de los seguros privados tiende a vincularse con menor equidad en el sistema y mayor dificultad en la administración para lograr la protección financiera, como es el caso de los Estados Unidos, con porcentajes por encima del 30%, indicador que

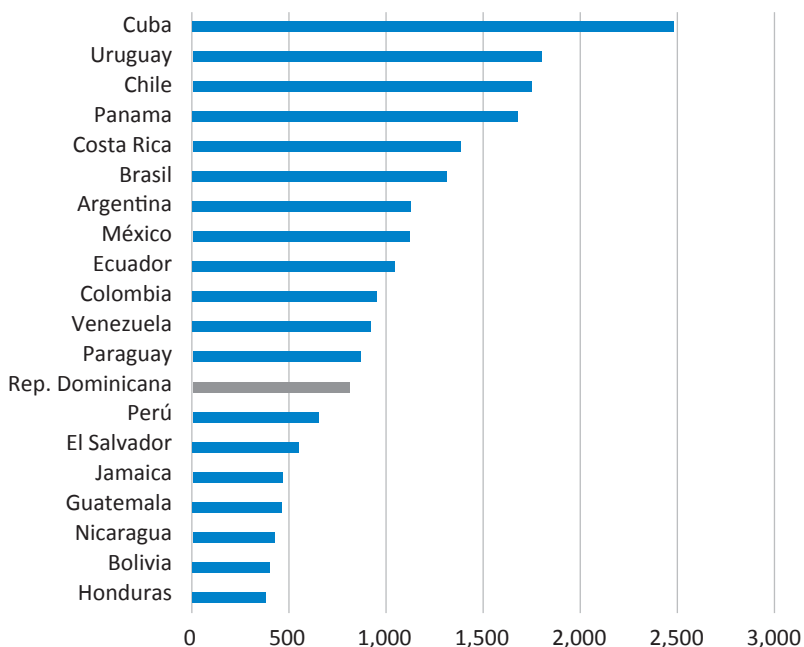
contrasta con los países europeos, generalmente debajo de un dígito.

Otro indicador importante que se utiliza para analizar la prioridad que da un país a su salud es el gasto per cápita, ya sea el total o, mejor aún, el gasto público per cápita.

En términos per cápita, el gasto en salud en República Dominicana alcanzó USD\$814 internacionales en el año 2014, lo que lo coloca en la posición número trece de diecinueve países. Los países con mejores resultados de salud encabezan la lista, algunos de ellos casi triplicando el gasto dominicano, como es el caso de Cuba, cuyos fondos son públicos. De hecho, el gasto público en salud per cápita de la República Dominicana asciende a US\$395, seis veces menos que el de Cuba.

Como es evidente, este indicador tiene una gran relación con el tamaño de la economía y el grado de desarrollo, por lo que los países más avanzados suelen tener, generalmente, un gasto en salud per cápita mucho mayor. Aunque el indicador no nos dice nada sobre la equidad con que se distribuyen estos recursos, muestra si un país asigna o no cifras más o menos adecuadas para atender a su población en salud.

**Gráfico 6.7. Gasto total per cápita en salud
(PPP int. \$), 2014**



Fuente: Elaborado por PLENITUD en base a OMS. Datos de RD revisados en 2015.

De hecho, los países con mayor desarrollo relativo asignan montos importantes per cápita para financiar la salud, que van desde España, con casi \$2,800 dólares de los Estados Unidos, el Reino Unido, Finlandia y Japón, con \$3,600 dólares, aproximadamente, países como Australia, Francia, Bélgica, Dinamarca, Canadá y Alemania con cifras entre \$4,000 y \$4,800, Holanda con \$5,600 y Estados Unidos con \$9,200 dólares. Países como España, por ejemplo, que posee una de las mayores esperanzas de vida del mundo, con sistemas de salud que se caracterizan por proteger adecuadamente a su población,

gastan la tercera parte que los Estados Unidos. Además del nivel del gasto, existen otros temas que es necesario cuidar en un sistema de salud, como la eficiencia y costo-efectividad con que se realizan los servicios, todo lo cual puede estar relacionado con la organización del sistema de salud.

En conclusión, las cifras sobre el financiamiento del sistema de salud parecieran fortalecer la idea de que se requiere una inversión pública suficiente y sostenida, que tienda a la reducción del gasto de bolsillo, que es la principal fuente de inequidad en el financiamiento. En los países analizados, los que tienen mayor inversión pública son los que tienen mejores resultados, así como los que asignan fondos suficientes. La forma en que esos fondos se obtienen –vía impuestos generales o vía la seguridad social– pareciera no ser determinante.



Capítulo 7

EQUIDAD Y PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD



En el marco de referencia para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud se ubica la equidad y la protección financiera en salud como parte de los objetivos últimos y metas del sistema. Del mismo modo, el movimiento para alcanzar la cobertura universal pone en primer plano este tema: lograr que se cumpla el derecho de que todas las personas tengan acceso al mismo conjunto de beneficios de salud, independientemente de su nivel de ingreso, de sus características demográficas, de su lugar de residencia y de cualquier otra diferencia.

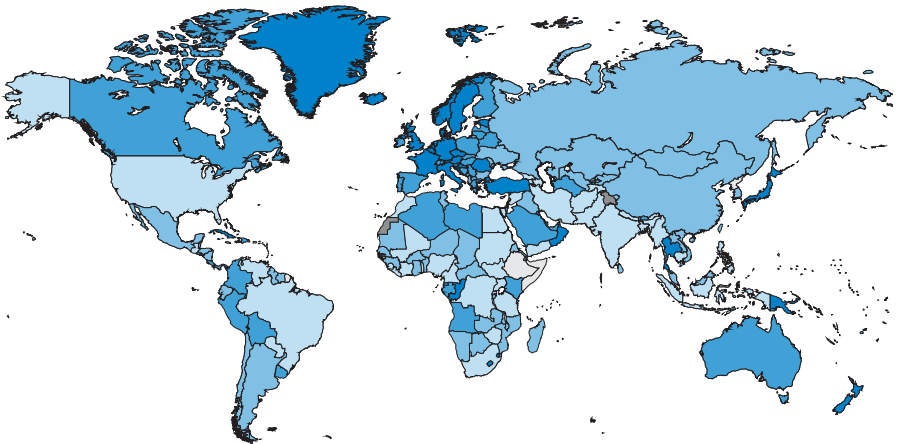
La literatura internacional suele mostrar una relación importante entre la equidad financiera del sistema de salud y las fuentes de tales fondos, mostrando que la misma es positiva cuando el gasto nacional en salud se financia principalmente con recursos públicos. Los países más desarrollados –generalmente de ingreso per cápita más elevado– sustentan el financiamiento del gasto en salud en estos fondos, en lugar de los pagos de los hogares en los puntos de contacto con el sistema de salud, que es lo que suele denominarse “gasto de bolsillo”.

Un elevado gasto de bolsillo en salud por parte de los hogares puede constituir una barrera importante al acceso a los servicios de salud –si cuestan demasiado, las personas evitan consumirlos y su posibilidad de enfermarse,

aumenta—. En consecuencia, los resultados de salud del sistema en su conjunto, tienden a no mejorar y la situación se convierte en un círculo vicioso de retroalimentación.¹³⁷

El gráfico a continuación muestra los países del mundo en función de la proporción del gasto en salud financiado con recursos públicos, pudiendo observarse, a simple vista, que los países de mayores ingresos, como la mayoría de los de Europa, Australia, Canadá y Nueva Zelanda, poseen las mayores proporciones de gasto gubernamental como porcentaje del gasto total en salud. Los que están marcados con verde oscuro superan 76% de financiamiento público. El verde menos oscuro muestra un porcentaje entre 61-76%. El verde claro, entre 47-61% y el amarillo, entre 7-47%.

Gráfico 7.1. Proporción del gasto en salud financiado con recursos públicos, 2014 (%)



Fuente: WHO, Global Health Expenditures Database (GHED).

¹³⁷ Rathe, Magdalena y Lora, Dayana (2012), opus cit.

Salvo el caso de los Estados Unidos, que constituye una excepción, casi todos los países avanzados se encuentran en las categorías de verdes más oscuros. Los países de menor grado de desarrollo tienden a depender mucho más del gasto privado y, dentro del mismo, del gasto de bolsillo de los hogares. De este modo ha llegado a concluirse que la proporción del gasto de hogares dentro del gasto total en salud es uno de los principales indicadores para denotar la protección financiera que existe en un sistema de salud. Una alta proporción de gasto de bolsillo en el sistema de salud, puede incluso constituir un factor explicativo de una alta prevalencia de gasto catastrófico.¹³⁸

Las reformas de salud que procuran expandir el aseguramiento público tienen por objeto, justamente, ampliar la proporción de fondos públicos para proteger a la población, tal como sucede en la República Dominicana. Otros mecanismos de protección, como los subsidios sociales, se han diseñado también con estos mismos fines y, a veces, se vinculan con la promoción de la utilización de servicios de salud de los más pobres, con el fin de mejorar el nivel de vida de la población.

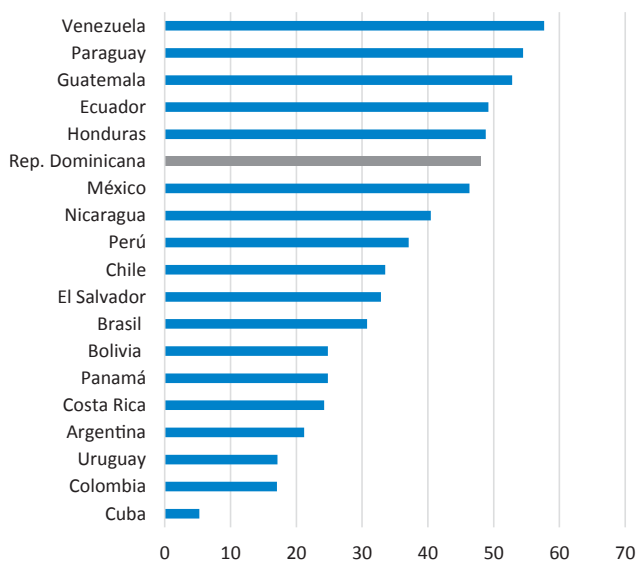
En el presente capítulo se presentan algunos indicadores utilizados generalmente en la literatura internacional para medir la protección financiera contra la enfermedad. Hemos indicado previamente que la enfermedad no distingue entre los niveles de ingresos de las personas a lo que se añade que su tratamiento puede ser costoso, por lo que no es justo que la disponibilidad de recursos sea una barrera para que una persona pueda acceder al tratamiento. Además, puede suceder que estos gastos sean

¹³⁸ Xe Ku, Evans, Kawabata, Zeramdini, Klavus, Murray. (2003). *Households catastrophic health expenditure: a multicountry analysis*. The Lancet.

de una magnitud tal, que la familia se vea arrojada a la pobreza como resultado de ello. De hecho, en algunos países se ha determinado que la enfermedad del propietario es la principal causa del cierre de microempresas y que el grueso de los hogares pobres financia estos graves eventos de salud con endeudamiento.¹³⁹

En las páginas que siguen revisaremos algunos estudios realizados en la República Dominicana para medir la equidad y protección financiera a la salud. Realizamos también un esfuerzo de comparación internacional en la medida de lo posible, haciendo la salvedad de que muchos de estos indicadores no se compilan internacionalmente de manera rutinaria, lo que hace más difícil tales comparaciones.

Gráfico 7.2. Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud (promedio 2008-2013)



¹³⁹ Rathe, Magdalena y Lora, Dayana, *Nicaragua: Salud y Equidad*, Informe de consultoría para MSH / USAID Nicaragua, Managua, Nicaragua, 2005.

Gasto de hogares en salud con relación al gasto total

Tal como hemos visto previamente, en el marco de de empeño de los sistemas de salud se incluye la equidad y protección financiera como una de las metas fundamentales. En consecuencia, se necesita algún indicador para medir el progreso hacia ese resultado. La Organización Mundial de la Salud recomienda utilizar la proporción del gasto de hogares con relación al gasto total en salud.¹⁴⁰ Este indicador es considerado por la entidad como el fundamental para medir la protección financiera a nivel global y para dar seguimiento al mismo en el proceso en que se encuentran inmersos los países para alcanzar la cobertura universal.

Puede observarse el caso de Cuba en el extremo inferior, donde todos los servicios son financiados por el gobierno y solo una mínima parte aportan las personas, probablemente en la compra de medicamentos sin receta. Otros países con una muy baja proporción de este indicador son Colombia, Uruguay, Argentina, Costa Rica y Panamá –por debajo del 25%. Estos países comparan adecuadamente con los altamente industrializados, cuya proporción de gasto de bolsillo se encuentra entre el 6% en Holanda y 21% en España. Países como Francia y el Reino Unido poseen porcentajes de 7% y 9%, respectivamente. Alemania, Dinamarca e incluso, Estados Unidos, se encuentran en 13%. Este último país, como veíamos antes, tiene una proporción mucho más elevada de gasto privado que los demás países ricos, por lo que ha sido

¹⁴⁰ Debe tenerse en cuenta de que puede haber problemas de comparabilidad internacional en estas cifras, dado que todavía no existe suficiente información levantada con la misma metodología en todos los países.

señalado como menos equitativo que el resto. No obstante, su gasto de bolsillo no es tan alto, debido probablemente a una gran cobertura de seguros privados que cubren medicamentos además de otras intervenciones.

El promedio dominicano se ubica en el 48% del período, lo cual lo aproxima a la mitad del gasto, por lo que se encuentra entre los hogares con gasto de bolsillo más elevado, junto a Venezuela (58%), Paraguay (54%), Guatemala (53%), Ecuador y Honduras, con 49% y México, con 46%.

Mejor que la proporción del gasto de bolsillo sobre el gasto total sería su porcentaje en relación con el gasto corriente –ambos indicadores más afines, dado que el gasto de bolsillo es corriente en su naturaleza. No obstante, todavía las estadísticas globales de gasto en salud –que son las que elabora la OMS y permiten realizar este tipo de análisis– no discriminan entre gasto corriente y gasto de capital, para todos los países. Tal como señalamos previamente, en este momento la OMS está transitando en esa dirección, por lo cual más adelante podremos contar con este indicador. Otro aspecto importante en este proceso de comparabilidad internacional es lograr que la estimación del gasto de bolsillo sea realizada con las mismas fuentes de medición.¹⁴¹

Utilización de servicios y tipo de gasto

Las diferencias en la utilización de los servicios pueden dar indicaciones sobre la equidad de un sistema de salud.

¹⁴¹ Vimos en el capítulo anterior que las estimaciones difieren mucho según las fuentes utilizadas.

En esta sección vamos a ver algunas de estas diferencias en base a un análisis de las encuestas demográficas y de salud realizadas en la República Dominicana.¹⁴²

con relación a los servicios preventivos (vacunación, control de embarazo, control y crecimiento de niños sanos, planificación familiar, mamografías, papanicolau, servicios odontológicos), se estima que alrededor de 40% de las personas que los necesitan acuden a recibirlos. Esto significa que la mayor parte de la población no acude a buscar estos servicios, lo cual tiene implicaciones luego en el surgimiento de enfermedades y en la necesidad de utilizar servicios más costosos, es decir, en una presión sobre el gasto. La relativamente baja utilización de servicios preventivos se relaciona con el nivel de desarrollo muy incipiente de la atención primaria en salud. Esto también se ha visto reflejado en la poca asignación de fondos a estas actividades.

Se observa que existe una relación entre la atención prenatal que reciben las mujeres por parte de un profesional de la salud y el nivel de ingreso de la familia. Algo semejante sucede con el número de visitas prenatales. Está claro que la falta de cuidados prenatales en los estratos inferiores va a influir negativamente en los resultados posteriores al momento del parto. Es importante tener en cuenta estos factores en la explicación de las altas tasas de mortalidad materna y neonatal que tiene República Dominicana.

En el período 2002-2013, se observa un incremento en la utilización de los servicios preventivos en los establecimientos públicos. Asimismo, se observa una reducción

¹⁴² Rathe, Magdalena y Lora, Dayana (2012), opus cit.

en la utilización de estos servicios en el sector privado, lo cual muestra una mejoría en el acceso de la población pobre a los servicios y, posiblemente, una mejoría también en su protección financiera, todo lo cual debería reflejarse en una reducción del gasto de bolsillo.¹⁴³

En lo que concierne a los servicios ambulatorios, la población dominicana, cuando decide buscar atención, prefiere ampliamente consultar con un médico, alcanzando esta 98%, lo cual es una muestra de que la cobertura de la atención médica ambulatoria impartida por profesionales es prácticamente universal en la República Dominicana, sin haber diferencias entre hombres y mujeres o entre zonas rural y urbana.

No obstante, como es de esperarse, hay diferencias en cuanto al proveedor utilizado de acuerdo al nivel de ingresos. El grueso de la población de bajos ingresos asiste a los centros de salud públicos, aunque directamente en los hospitales, sin pasar por los niveles primarios (consultorios o dispensarios públicos). Otro indicador más del bajo desarrollo del primer nivel de atención en el país.

Por quintiles de ingreso, se observa una relación entre la asistencia al sector privado y el grupo de ingreso. Mientras solo 14% del quintil inferior usaba los servicios ambulatorios en el sector privado en 2007, en 1996 esta proporción ascendía al 35%, con una clara tendencia a la baja. Este hecho es relevante porque en 1996 la cobertura de aseguramiento era muy baja y, a pesar de esto, las personas preferían pagar de su bolsillo en los proveedores privados, lo cual denotaba una desconfianza en los

¹⁴³ Rathe y Lora (2012). Opus cit.

servicios públicos. Para 2013, en los hogares pobres ha aumentado la utilización de los servicios públicos.

Gráfico 7.3. Distribución de la población internada en un establecimiento público en los últimos 6 meses (%), por grupo de ingreso

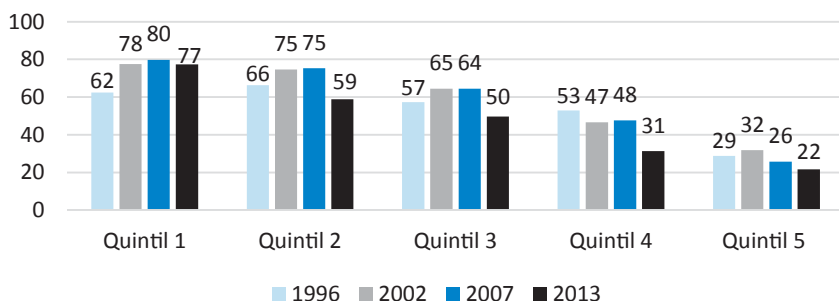
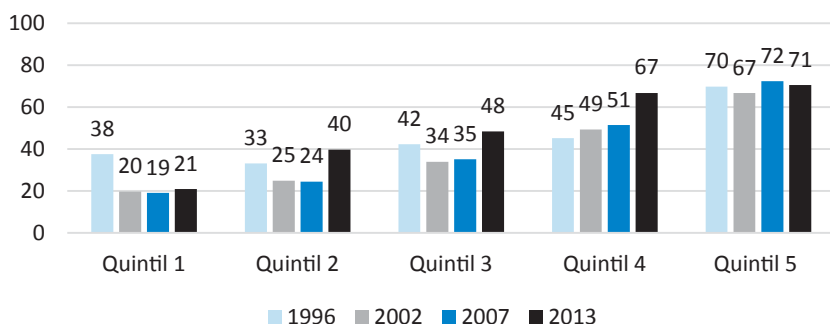


Gráfico 7.4. Distribución de la población internada en un establecimiento privado en los últimos 6 meses (%), por grupo de ingreso



En lo que respecta al internamiento, en el año 1996, alrededor de 45% de la población en general se internaba en establecimientos públicos y 46% en clínicas privadas, pagando de su bolsillo. El porcentaje correspondiente al sistema público subió al 55% en 2007, pero todavía

implicaba un gran número de personas que prefirieron internarse en centros privados, previo al impulso a la reforma que se dio a partir de 2008.

Cuando observamos la utilización de servicios de salud por quintiles de ingreso, notamos que, como era de esperarse, los más pobres tienden a internarse en establecimientos del sector público, en una proporción muy superior a los más ricos, en todos los años de las encuestas. También se observa que la proporción de pobres que usan los servicios públicos ha aumentado de manera sustancial de 1996 al 2013. En efecto, en el año 1996, 62% de la población del primer quintil utilizaba los servicios públicos para internarse, proporción que subió al 78% en 2002 y aumentó aún más hasta el 80% en 2007, pero en 2013 se redujo a 77%.

Esto parece indicar una notable mejoría en el acceso a estos servicios costosos, pero todavía hay una proporción importante de pobres que usan los servicios privados para estos fines. Este hecho, de por sí, no es necesariamente un indicador de falta de equidad, porque es posible que el costo de estos servicios sea cubierto por un seguro, en cuyo caso habría protección financiera.

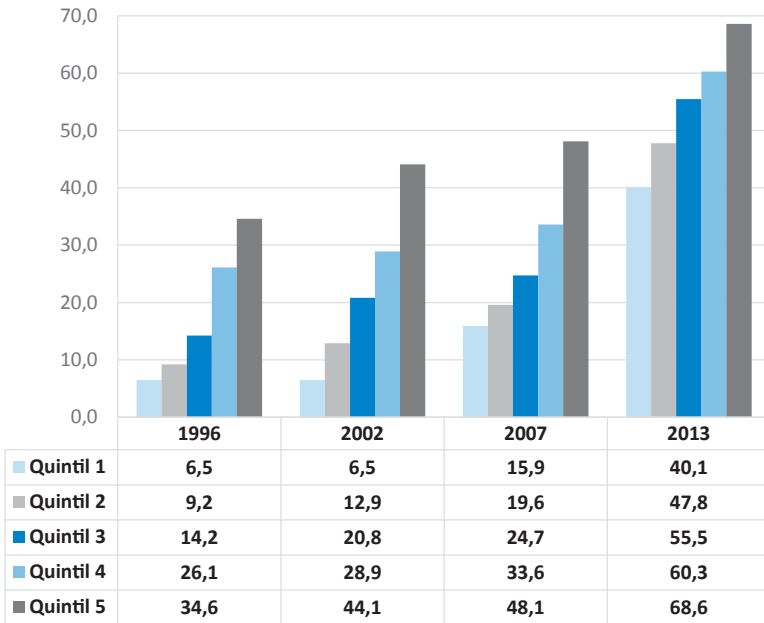
Como ha esperarse, se observa que la población del quintil más alto de ingresos asista a establecimientos privados de salud, 70% en promedio entre las encuestas del 1996 y 2013. No obstante, esto implica que alrededor de una tercera parte de quienes utilizan los servicios públicos poseen ingresos que les permiten pagarlos (o están cubiertos por seguros de salud).

Pero resulta interesante notar que, si bien en el quintil superior la proporción es similar en todos los años de



las encuestas, el uso de servicios privados aumenta proporcionalmente en los quintiles del segundo al cuarto. Esto indica, probablemente, un mayor uso de estos con cobertura de seguros, lo cual es de esperarse dado el gran aumento en la afiliación al seguro familiar de salud entre los años 2007 y 2013.

Gráfico 7.5. Cobertura de aseguramiento por grupos de ingreso (%)



Se observa que la cobertura de aseguramiento ha aumentado considerablemente desde 1996 al 2013 en cada grupo de ingreso, pasando de 6.5% de la población asegurada a 40% en 2013 para el primer quintil. Asimismo, se ha duplicado la población cubierta por un seguro para el quintil de más altos ingresos entre 1996

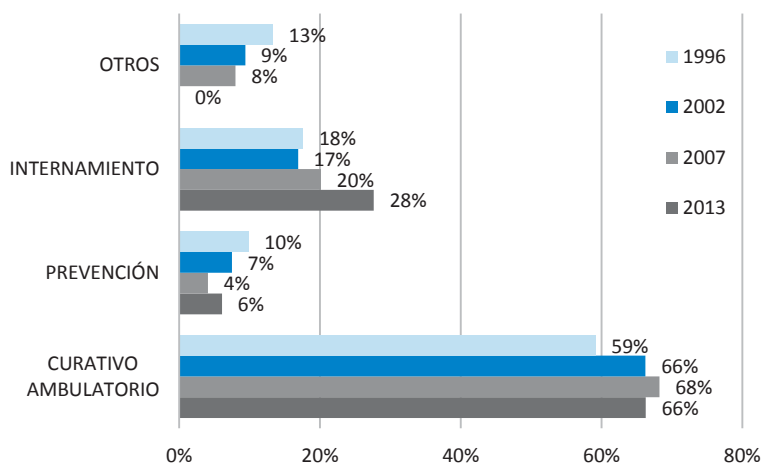
y 2013, indicando que la población en su conjunto está accediendo a servicios de salud bajo algún esquema de protección financiera.

A pesar de que resulta evidente que ha mejorado la cobertura de seguros, estas proporciones son inferiores a las que indican las cifras administrativas de afiliación del sistema. En particular llama la atención que, según estos datos, todavía falta mucha población pobre que no está cubierta. ¿Probablemente se trata de población informal de bajos ingresos que no califica para estar inscrita en el SIUBEN? Es un punto que requiere de investigación adicional.

En lo que concierne al tipo de gasto, veamos la composición del mismo para el año 2013. Puede observarse que 68% del gasto corresponde a la atención curativa ambulatoria. Un 27% corresponde a internamiento y 6% a la atención preventiva.

En lo que concierne al tipo de gasto, veamos la composición del mismo para el 2013. Puede observarse que 66% del gasto corresponde a la atención curativa ambulatoria, 28% corresponde a internamiento y 6% a la atención preventiva, observándose una tendencia creciente en la proporción del gasto por internamiento.

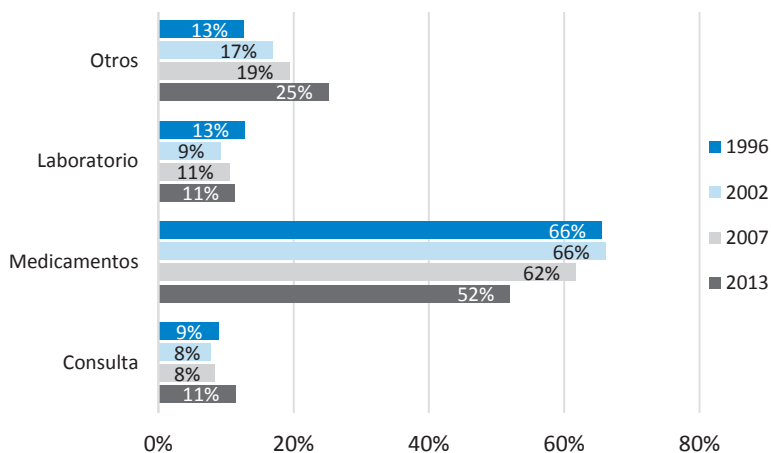
Gráfico 7.6. Distribución del gasto de hogares por tipo de gasto (%)



En los distintos años analizados se registra una baja utilización de los servicios preventivos de salud, lo que pudiera estar relacionado con el escaso desarrollo de la atención primaria en salud en el país y y podría indicar la ausencia de una clara estrategia de pagos por estos servicios dentro del seguro familiar de salud.

En el año 2013, alrededor de 52% del gasto total de los hogares se realiza en medicamentos y 30% de este gasto se realiza con receta médica. La gráfica adjunta muestra el gasto en medicamentos con relación al gasto ambulatorio, el cual, como vimos antes, constituye la mayor parte del gasto de los hogares.

Gráfico 7.7. Distribución por tipo de servicio sobre total gasto ambulatorio (%)



Al comparar con el gasto en medicamentos de 2007, que incluye los recetados y autorecetados, se observa una reducción de unos 10 puntos porcentuales, con relación al 2013. Esto pareciera una mejoría en la protección financiera, si es que parte de este gasto ha sido cubierto por seguros. No obstante, este dato habría que contrastarlo con otras fuentes de información debido a que, en promedio, en las encuestas anteriores el gasto en medicamentos se encontraba alrededor de 65% del total del gasto ambulatorio.

Está muy claro que los medicamentos representan una proporción elevada del gasto familiar, tanto del ambulatorio como del gasto total. Es evidente que existe un amplio campo de políticas en este sentido, que contribuirían a mejorar la equidad en el sistema de salud dominicano. Esto nos llama la atención y nos lleva a la conclusión de la importancia de insistir en este tema, pues cualquier política de protección financiera a las familias debe

tomar en consideración el asunto de que los medicamentos constituyen la principal carga financiera de los hogares. Por supuesto, requiere de políticas que tomen en cuenta también los temas de eficiencias en las compras en gran escala para abaratar los precios, así como la decisión sobre qué medicamentos van a cubrir los fondos públicos y cuáles se van a recetar. En fin, hay una multiplicidad de consideraciones y decisiones alrededor de este tema, que es clave en términos de cobertura, financiamiento y protección financiera.

Carga financiera del gasto de hogares

Ciertas corrientes de investigación¹⁴⁴ sugieren otros indicadores que pueden ser más adecuados y medir mejor el impacto del gasto de bolsillo en el presupuesto familiar. Para ello sugieren la carga financiera del gasto en salud, la cual relaciona el gasto directo de los hogares para adquirir bienes y servicios de salud pagando de su bolsillo, con el ingreso familiar (o con el consumo total del hogar). Este indicador posee variantes en cuanto a su medición, pues el denominador puede ser el ingreso o el consumo total de bienes y servicios, o puede también utilizarse el ingreso disponible, restando el gasto de alimentos del consumo total. En este último caso, se entiende que un hogar debe atender primero las necesidades más esenciales de subsistencia y que una de las formas de medir estas es calcular el gasto en alimentos.¹⁴⁵ Con

¹⁴⁴ Global Network for Health and Equity. Disponible en: <http://gnhe.fun-salud.org.mx>.

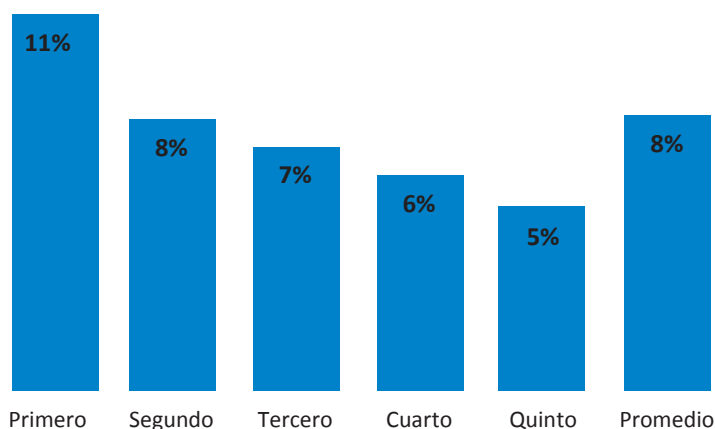
¹⁴⁵ Existen varias metodologías y definiciones sobre este particular. Para fines de simplificación, en este caso hemos asumido que la capacidad de pago (o ingreso disponible) resulta de restar del ingreso (o gasto total de consumo del hogar, como proxy del ingreso) el gasto en alimentos.

ello se obtiene la capacidad de pago, respecto a la cual el gasto en salud viene a constituir la carga financiera que representa el mismo.¹⁴⁶

Si bien es cierto que este indicador –en cualquiera de sus variantes– puede medir mejor la protección financiera, el problema es que no está disponible para todos los países y no existe una base de datos global que lo contenga. Para calcularlo se requiere de una encuesta que mida el gasto y el ingreso, las cuales son costosas y menos frecuentes. En el caso de la República Dominicana, se entiende que la ENDESA no es un instrumento adecuado para medir el ingreso, por lo cual, para estos fines, es necesario utilizar la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), la cual permite conocer la estructura del consumo de las familias, pero la última realizada corresponde al año 2007, que puede considerarse como el inicio de la reforma en términos de su extensión de cobertura.

¹⁴⁶ Rathe, Magdalena y Lora, Dayana, *Estimación de la carga financiera del gasto en salud en la República Dominicana*, Fundación Plenitud, Santo Domingo, República Dominicana, 2012.

Gráfico 7.8. Carga financiera del gasto en salud de los hogares dominicanos, por quintiles de ingreso, 2007



Con estos datos se elabora el gráfico adjunto, donde se puede observar cómo para el primer quintil la carga financiera, tomando como indicador el gasto en salud sobre el gasto total menos el gasto alimentos, ascendía a 11% mientras que, para el quintil más rico, esta era 5%. La carga financiera promedio, a nivel global, era de 8%. Si consideramos el gasto en salud sobre el total de los gastos de los hogares, la carga financiera ronda 7%, sin haber diferencias considerables entre los quintiles de ingreso.¹⁴⁷

Gasto catastrófico y empobrecedor en salud

Otros indicadores que se han usado mucho en la literatura internacional para medir la protección financiera, son la

¹⁴⁷ Rathe, M. y Lora, Dayana, (2012), opus cit.

prevalencia de hogares con gasto catastrófico y/o empobrecedor, con relación al total de hogares de un país. Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud es todo aquel que está destinando una proporción importante de sus recursos o de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.¹⁴⁸ Mediante distintas definiciones de cuáles son esos límites y utilizando también formas diferentes de medir la pobreza y la capacidad de pago, se construyen indicadores que pueden ser comparables entre diferentes países y que pueden ayudar a la toma de decisiones sobre cómo y a quiénes proteger financieramente para cubrir las necesidades de salud de la población. Lamentablemente, estos indicadores no se producen tampoco de manera regular ni forman parte de la base de datos estandarizada de la OMS, por lo que se hace necesario generarlos mediante estudios especiales.

En el caso de la República Dominicana, se realizó este ejercicio para el año 2004, utilizando la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCOVI) como parte de un estudio de comparación internacional cuyos resultados se describen más adelante.¹⁴⁹ Como se sabe, el año 2004 fue atípico en términos de la situación económica

¹⁴⁸ Por lo general, la literatura indica una proporción equivalente a más 20%, 30 o 40% de la capacidad de pago, la cual se define como el excedente de recursos efectivos del hogar, que se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o una línea de pobreza, y el gasto en salud financiado por impuestos. En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares. Consultado en Secretaría de Salud Pública de México, 2002. “Gastos Catastróficos por Motivos de Salud”. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/proteccion.pdf>

¹⁴⁹ Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., et al. Gastos catastróficos en salud de los hogares: Un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe. *Salud Pública Mex* 2011; 53 suppl 2:S85-S95.

del país, pues debido a la crisis económica, se afectó la distribución del ingreso y prevalencia de la pobreza. Por lo tanto, Natalia Rojas repitió la estimación en el año 2010, usando la ENIGH 2007, en un trabajo realizado para el Observatorio del Sistema de Salud de la República Dominicana (OSRD).¹⁵⁰ Dicho análisis sigue la metodología empleada por Knaul et al.,¹⁵¹ y de la Organización Mundial de la Salud (2005), que recomienda los mismos indicadores.¹⁵²

Los resultados pretenden arrojar luz acerca de en qué medida los hogares dominicanos son vulnerables a la ocurrencia de gastos en salud que excedan su capacidad de pago y que los coloquen en riesgo de empobrecer. Se determinó que un 8% de los hogares dominicanos fueron afectados en el 2007 por un gasto catastrófico en salud superior al 30% de sus ingresos, usando como línea de pobreza el consumo de alimentos del hogar. Esto implica una reducción de la prevalencia de gasto catastrófico con relación al 2004, que había ascendido al 10% de los hogares.¹⁵³

El estudio refleja heterogeneidades en los hogares de acuerdo a sus distintas características: tipo de hogar

¹⁵⁰ Rojas, Natalia, *Estimación del gasto catastrófico y empobrecedor en base a la ENIGH 2007*. Informe final de consultoría realizado para el Observatorio de la Salud de la República Dominicana, Fundación Plenitud / BID, Santo Domingo, Rep. Dominicana, 2011.

¹⁵¹ Knaul, F.M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H. & Méndez, O., et al. *Gastos catastróficos en salud de los hogares: Un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe*. 2011. Salud Pública Mex 2011;53 suppl 2:S85-S95.

¹⁵² Ke Xu. 2005. *Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology*. World Health Organization (WHO), Geneva, Switzerland.

¹⁵³ Haciendo la salvedad de que se trata de dos encuestas diferentes, no necesariamente comparables.

(urbano-rural), tamaño del hogar y si el hogar cuenta con seguro de salud. En tal sentido, los hogares rurales tienen mayor riesgo de verse afectados por gasto que resulta catastrófico, así como aquellas personas que no estén aseguradas estarán expuestas a sufrir un mayor gasto catastrófico con relación a los asegurados. Los hogares compuestos solo por ancianos (sin incluir adultos ni niños) y aquellos de los quintiles más bajos también son más vulnerables, en tanto que se observa que el porcentaje va disminuyendo a medida que los quintiles van aumentando, lo que se asocia al hecho de que los hogares más pobres cuentan con menos capacidad de pago para cubrir los gastos de salud sin resultar en penurias financieras. A medida que aumenta el número de miembros en el hogar se reduce el porcentaje de hogares afectados por el gasto catastrófico, lo cual parece indicar que la capacidad de pago del hogar en conjunto es mayor que la de miembros individuales. Finalmente, se encontró que los hogares no asegurados están expuestos a sufrir un mayor gasto catastrófico en comparación con los asegurados.

No es posible evaluar cuál es la situación en el momento actual, porque se requiere una encuesta que mida con relativa precisión el ingreso y el consumo del hogar —y esta no se ha realizado últimamente—. Por lo tanto, no es posible saber cuál es la situación en la actualidad ni cómo ha impactado la reforma de salud en este tipo de indicador.

Hogares beneficiarios de subsidios sociales

En el año 2011 —y dentro del marco del Observatorio del Sistema de Salud (OSRD)— se realizó un estudio siguiendo los mismos lineamientos metodológicos descritos,

esta vez para analizar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud de los hogares dominicanos beneficiarios del sistema de subsidios sociales.¹⁵⁴ Este trabajo se propone medir la prevalencia de gasto catastrófico en salud en hogares pobres de la República Dominicana inscritos en el SIUBEN, distinguiendo las diferencias entre los hogares beneficiarios del programa Comer es Primero –una iniciativa de subsidios sociales y transferencias condicionadas– con los de un grupo control de características similares, pero no beneficiario de este último. La estratificación de los hogares según una serie de características demográficas y socioeconómicas, permite llegar a conclusiones que sirvan para mejorar la focalización de los subsidios sociales o, al menos, mejorar la producción y el análisis de los datos en evaluaciones futuras.¹⁵⁵

Al utilizar la línea de pobreza basada en la canasta alimenticia y el mismo umbral del 30% para calcular el gasto catastrófico, se estima una prevalencia de gasto catastrófico en 7.8% de los hogares beneficiarios de subsidios sociales frente al 10.4% de los hogares no beneficiarios,

¹⁵⁴ Rathe, Magdalena y Rojas, Natalia, *Protección financiera en salud en la República Dominicana: Análisis del gasto catastrófico y empobrecedor en salud de los hogares dominicanos beneficiarios del sistema de subsidios sociales*, Banco Central – BID, Santo Domingo, 2012.

¹⁵⁵ Para ello se analizó la Encuesta de Evaluación de la Protección Social de 2010 (EEPS), con una muestra de hogares pobres seleccionados de 9,079 y efectivamente el número de entrevistados es de 6,791. Los hogares beneficiarios del programa “Comer es Primero”, de la Presidencia de la República, son 1,450, los cuales se comparan con un grupo control de características similares, compuesto por 1,346 hogares no beneficiarios del mismo. Esta encuesta provee información útil para conocer el nivel y la estructura de los ingresos de los hogares pobres inscritos en el SIUBEN y conocer algunos detalles específicos acerca de las condiciones de vida de la población. En cuanto al área de salud, la encuesta incluye tres preguntas para estimar el gasto de bolsillo: si el hogar gastó en medicinas para primeros auxilios; si realizó pago de consulta médica, análisis general y radiografías; y si gastó en servicios de hospitalización.

lo que implica que dicho programa ofrece protección a sus beneficiarios. Al analizar estos datos por zona de residencia, se observa que los hogares beneficiarios urbanos poseen una prevalencia ligeramente superior de gasto catastrófico con respecto a los hogares rurales, contrario a lo que sucede entre los no beneficiarios. En cuanto a la composición del hogar, los que poseen adultos mayores son los que experimentan una mayor proporción de gasto catastrófico, sean estos beneficiarios o no beneficiarios. Este es un hallazgo comprensible, dado que esta población está más propensa a enfermarse o a sufrir de enfermedades crónicas. En lo que respecta al tamaño del hogar, se observa que los hogares con pocos integrantes tienen una prevalencia mayor de gasto catastrófico y esta relación se reduce a medida que aumenta el tamaño del hogar, verificándose tanto en los hogares beneficiarios como en los no beneficiarios. Una posible explicación es que los hogares pequeños sean más pobres, pero ello requeriría de investigación adicional, por ejemplo, para determinar si hay una mayor proporción de mujeres jefas de hogar u hogares compuestos por un solo miembro, o las características laborales de estos, lo cual podría dar más luz respecto a esta situación.

Con relación a la disponibilidad de aseguramiento, el estudio encontró resultados contradictorios. Los hogares que manifestaron que al menos uno de sus miembros tenía un seguro privado¹⁵⁶ se encontraban más protegidos que los afiliados al SENASA –principal aseguradora

¹⁵⁶ Cabe aclarar que este resultado puede revelar alguna inconsistencia en la forma en que se hicieron las preguntas. En el año 2010 casi todos los llamados “seguros privados” eran ya financiados con recursos públicos. Por lo tanto, es probable que los hogares con mayor protección tuvieran al menos un empleado formal, asegurado por su empresa en una ARS privada dentro del régimen contributivo.

pública que administra el régimen subsidiado del seguro familiar de salud—. Estos resultados se dan tanto en el grupo de beneficiarios de subsidios sociales como para el grupo control y podría estar llamando la atención sobre la protección efectiva que está teniendo el régimen subsidiado. El análisis econométrico realizado tuvo resultados similares a los obtenidos con las estadísticas descriptivas.

La principal conclusión que se extrae del análisis de los datos es que los hogares beneficiarios del programa “Comer es Primero” están, efectivamente, en una situación relativamente mejor que los hogares no beneficiarios que se utilizaron como control para evaluarlo. Esta situación se da en la mayor parte de los indicadores medidos, así como utilizando las diferentes metodologías para definir tanto la línea de pobreza como el umbral de gasto catastrófico.

En resumen, el trabajo concluye que los hogares más afectados por un gasto catastrófico en salud son, generalmente, hogares pobres inscritos en el SIUBEN, pero que no reciben los beneficios de “Comer es Primero”. Se trata de hogares rurales, de tamaño pequeño y donde hay al menos un adulto mayor. A medida que aumenta el ingreso del hogar (medido por su gasto de consumo total), se reduce la prevalencia de gasto catastrófico y, del mismo modo, es posible que el subsidio del programa “Comer es Primero”, mejore la situación de pobreza del hogar y lo haga menos vulnerable.

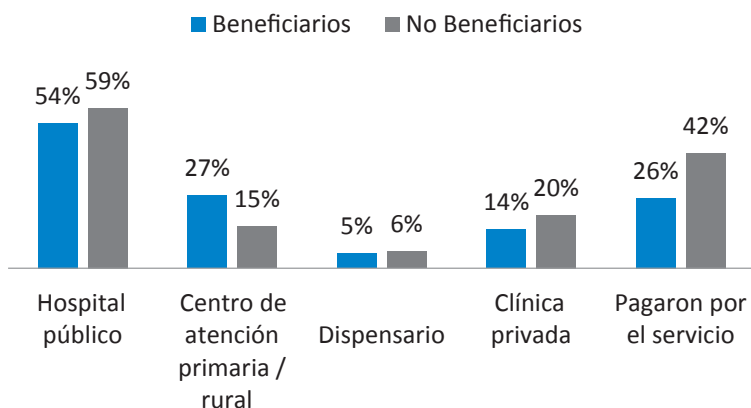
Un aspecto a resaltar de este análisis es que, a pesar de la situación relativamente mejor en que se encuentran los hogares beneficiarios, existe una elevada prevalencia de gasto catastrófico en ambos grupos. El hecho es que los hogares pobres dominicanos sí tienen gastos de

bolsillo en salud, a pesar de los subsidios y a pesar de estar afiliados a SENASA, y estos constituyen una carga financiera importante, que reduce su nivel de vida y agrava su situación de pobreza. A estos gastos directos siempre se agregan otros gastos indirectos que tienen un gran impacto en el nivel de pobreza de los hogares y que generalmente no se contabilizan para estos fines, como los gastos de transporte, alimentación, pérdida de ingresos y otros.

Respecto a la afiliación a SENASA los resultados del estudio apuntan hacia la necesidad de un análisis más detenido. En una alta proporción de los hogares estudiados al menos uno de sus miembros tenía dicha afiliación y, sin embargo, se observa una mayor prevalencia de gasto catastrófico, sobre todo, en los hogares no beneficiarios. El propósito de un seguro de salud (y con mayor razón un seguro público subsidiado, como es el caso que nos ocupa) es proteger a los hogares frente a las eventualidades financieras de la enfermedad, razón por la cual constituye un elemento clave en un sistema de protección social. La única explicación plausible del resultado obtenido es que la disponibilidad del seguro fomente el consumo de bienes y servicios de salud no cubiertos por el mismo como, por ejemplo, la compra de medicamentos.¹⁵⁷ Otros posibles gastos de bolsillo no cubiertos pudieran ser la utilización de servicios de consulta o la realización de pruebas de diagnóstico en las clínicas privadas, ya sea porque no están disponibles en la red pública o para evitar las colas.

¹⁵⁷ En el estudio realizado para doce países de ALC, esta situación se encontró también en varios países (Ver Knaut et al.).

Gráfico 7.9. Utilización de servicios por proveedor (niños menores 5 años enfermos)



En función de la misma encuesta, las autoras presentan un gráfico de utilización de servicios para niños menores de 5 años que estuvieron enfermos en los días previos a la encuesta. Se observa que una proporción importante de hogares pobres consultaron en clínicas privadas (14% entre los hogares beneficiarios y 20% entre los no beneficiarios), cuando llevaron a la atención a niños menores de 5 años que estuvieron enfermos en los días previos a la encuesta.¹⁵⁸

La última columna muestra el porcentaje de población que pagó por la consulta (no es posible saber si además tuvieron que pagar por exámenes o por medicamentos), observándose que 26% de los hogares beneficiarios pagaron, mientras que en el caso de los hogares del grupo

¹⁵⁸ Estas cifras de utilización no son para todos los usuarios, sino solo para aquellos hogares con niños entre 0 y 5 años, que estuvieron enfermos en los días previos a la encuesta.

control, 42% pagaron de su bolsillo. Una vez más, este indicador muestra un grado de protección mayor entre los hogares beneficiarios.

“En tal sentido, una recomendación fundamental de esta investigación es profundizar más en el impacto de SENASA en la situación de los hogares dominicanos (pobres y no pobres), lo cual requiere de estudios con una muestra de mayor tamaño y con preguntas mejor estructuradas sobre utilización de servicios, pago por los mismos y cobertura de aseguramiento. Asimismo, complementar estos estudios con otros de carácter cualitativo para comprender mejor la dinámica de los hogares pobres, a la vez que investigaciones específicas por el lado de la oferta, relativas, por ejemplo, a la provisión de servicios, los cobros en el punto de recepción de los mismos, el suministro o no de medicamentos y otros. La afiliación a SENASA es clave para lograr la protección financiera de la población pobre, por lo que se requiere identificar con claridad los factores que obstaculizan su desempeño y corregirlos, a fin de lograr que la protección financiera del sistema sea efectiva”.¹⁵⁹

Gasto catastrófico y empobrecedor en el contexto de ALC

En materia de la comparación interregional sobre la vulnerabilidad de los hogares ante el gasto catastrófico y empobrecedor, un estudio mencionado previamente, que fue publicado en 2011, estima la prevalencia de gastos catastróficos de manera uniforme para 12 países de América Latina y el Caribe, usando como base el análisis de

¹⁵⁹ Rathe, M. y Rojas, N. (2011). Opus cit.

las encuestas de hogares. Los autores evaluaron el grado en que los hogares de América Latina sufren gastos catastróficos en salud, con un enfoque en el riesgo relativo de ciertos subgrupos de la población seleccionados, de cada uno de los países. Se utilizaron varios criterios para medir la prevalencia del gasto catastrófico, relacionando el gasto de bolsillo en salud con la capacidad de pago.

Dicho artículo fue el resultado del trabajo de la Red de Protección Financiera en Salud del Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe, publicado como libro de la Universidad de Harvard¹⁶⁰ y el análisis comparativo publicado en la Revista Salud Pública de México¹⁶¹, bajo el nombre *Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries*. Esta investigación se apoya en trabajos previos realizados por Xu et Al (2003), quien desarrolla la construcción de una línea endógena de pobreza y de Wagstaff & Van Doorslaer (1999, 2003).¹⁶²⁻¹⁶³ El caso de la República Dominicana¹⁶⁴ para esta Red, fue

¹⁶⁰ Felicia Marie Knaul, Rebeca Wong, Héctor Arreola-Ornelas (editors), *Financial Protection in Health in ALC, Vol I*, Harvard University Press, 2012. (Based on the work of the Research in Health Financing - Latin America and the Caribbean Network (RHF-LANET).

¹⁶¹ Knaul, F.M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., et al. 2011. *Gastos catastróficos en salud de los hogares: Un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe*. Salud Pública Mex 2011;53 suppl 2:S85-S95.

¹⁶² Wagstaff & Van Doorslaer. (2003). *Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with implications to Vietnam 1993-98*. Health Econ; 12: 921-34.

¹⁶³ Wagstaff & Van Doorslaer. (1999). *Equity in the finance of health care: some further international comparisons*. Health Econ; 18(3): 263-290.

¹⁶⁴ Rathe, Magdalena & Santana, María Isabel, *Catastrophic Health Expenditures in the Dominican Republic: Analysis of Determinants and Linkages to Impoverishment*. Fundación Plenitud / Fundación Mexicana de la Salud / Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe, México / República Dominicana, 2009.

realizado por Magdalena Rathe y María Isabel Santana, en base a la ENCOVI del año 2004.¹⁶⁵

Tal como habíamos indicado previamente al hablar de la carga financiera del gasto en salud, existen varias formas de medir la capacidad de pago. En este trabajo presentamos los resultados comparativos para dos de ellas, que son: (a) con relación a una línea de pobreza internacional; y (b) con relación a la propia canasta alimentaria de cada país. Para la comparación entre subgrupos poblacionales a lo interno de los países, estos se definieron de acuerdo a variables demográficas, económicas y sociales, por ejemplo, el lugar de residencia, la composición del hogar (existencia de niños y/o adultos mayores), el nivel de ingreso, etc.¹⁶⁶

El análisis de los resultados de los estudios muestra que la prevalencia de los gastos catastróficos de los hogares es muy heterogénea entre países. Los valores absolutos de prevalencia varían ampliamente, desde menos del 1% de los hogares en Costa Rica y el 2% en Brasil, hasta 10% a 21% de los hogares en Nicaragua, Guatemala, República Dominicana, Argentina, y Chile. Si bien existe una marcada diferencia entre países, por lo general, se observa que la residencia rural, el bajo nivel de ingresos, la presencia de adultos mayores, y la carencia de aseguramiento en salud de los hogares se asocian a una mayor propensión a sufrir gastos catastróficos en salud.

¹⁶⁵ Rathe, Magdalena & Santana, María Isabel. 2009. *Catastrophic Health Expenditures in the Dominican Republic: Analysis of Determinants and Linkages to Impoverishment*. Fundación Plenitud / OS-ALC, República Dominicana.

¹⁶⁶ Cabe resaltar que, como es usual con los estudios de comparaciones entre países, el mayor desafío para este estudio es la diferencia en las fuentes de datos de cada uno de los países (diferentes bases de datos de encuestas relacionadas pero distintas), lo que supone limitaciones en términos de la comparabilidad de los resultados de cada país.

Los estimados de República Dominicana¹⁶⁷ la ubicaban en el año 2004 en la posición número 4 entre países de la región con mayor gasto catastrófico en salud, con 9.8% de hogares que se afectan con gasto mayor o igual al 30% de su capacidad de pago basada en la canasta alimentaria. El país con la mayor proporción de hogares afectados es Chile (15.4%), seguido de Guatemala (11.2%) y Nicaragua (10.3%); en contraste, las menores proporciones son las de Costa Rica (0.4%), Brasil (2.2%) y México (2.4%). Países como Ecuador, Argentina, Perú, Bolivia y Colombia se ubican en un nivel intermedio con 2.9% de hogares afectados.

En cuanto a los resultados del análisis sobre los niveles relativos de gasto catastrófico entre los subgrupos estudiados, el estudio evidencia patrones que son importantes a tomar en cuenta en el marco del diseño de políticas dirigidas a mejorar la equidad del financiamiento de la salud en estos países. En primer lugar¹⁶⁸, se observa que, para todos los países, ciertos grupos de la población están más expuestos a los gastos catastróficos y que dichos segmentos de la población pueden ser identificados y focalizados. Muestran un alto riesgo sistemático los hogares rurales y los hogares con personas de edad avanzada (con o sin hijos). Los autores indican que, si bien este patrón puede reflejar las costosas necesidades de salud de los adultos mayores, la presencia de miembros de edad

¹⁶⁷ El estudio de Knaul y otros (2011) presenta los resultados de la estimación realizada por Magdalena Rathe y María Isabel Santana (2009), basada en la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) de República Dominicana (2004).

¹⁶⁸ Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., *et al.* *Gastos catastróficos en salud de los hogares: Un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe.* Salud Pública Mex 2011; 53 suppl 2: S85-S95

avanzada en el hogar puede reflejar un mecanismo de supervivencia de los hogares pobres, que suelen recurrir a la convivencia con los miembros mayores de la familia para satisfacer las necesidades de consumo de estos últimos.

Asimismo, encontraron que las diferencias entre el gasto catastrófico de los hogares asegurados y no asegurados no son tan grandes como podría esperarse, lo que puede indicar que los hogares con seguro están asumiendo con dinero de su bolsillo los costos de aquellos gastos no cubiertos (medicamentos, etc.), o con el fin de evitar largas esperas para acceder a los servicios de salud. Por otra parte, los hogares no asegurados podrían estar optando por no incurrir, en los gastos en salud que le representa recibir la atención y así evitarse la catástrofe financiera, a pesar de que luego pueden estar expuestos a una mayor catástrofe como resultado de la falta de atención oportuna. Se observaron grandes variaciones entre países en términos de la cobertura de los seguros, encontrándose que en algunos países el seguro cubre casi la totalidad del gasto en salud, y en otros la cobertura va de la mano con grandes gastos de bolsillo.

Protección financiera y cobertura universal

Los resultados del estudio comentado antes y las reflexiones que se desprenden de la comparación de asegurados y no asegurados, en términos de su prevalencia de gasto catastrófico y empobrecedor, es relevante en el diseño de las políticas públicas. En efecto, la misma evidencia muestra brechas que las políticas que pretenden avanzar hacia la cobertura universal deben atender, al indicar que la tenencia de un seguro de salud no necesariamente garantiza protección efectiva de los hogares frente



a gastos en salud que demandan un pago directamente del bolsillo. A estas mismas conclusiones llegaba el estudio realizado entre beneficiarios de subsidios sociales en la República Dominicana, que habíamos comentado previamente.

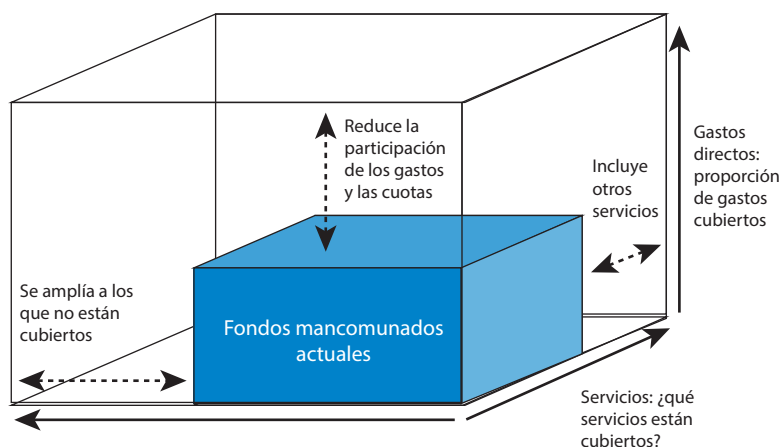
También hemos visto que la forma de financiamiento al sistema de salud y, aparentemente, su organización institucional, tampoco son la clave para lograr la protección financiera de la población. El monto de los recursos sí es importante, pero hasta un punto, dado que puede haber problemas de ineficiencia en el uso de los mismos –muchos de los cuales pueden derivarse de la propia organización del sistema–. Pero, lo que pareciera no tener dudas, es el rol del financiamiento obligatorio y la mancomunación de los recursos, al lado del subsidio a la población sin capacidad de pago. A esta conclusión llega la OMS cuando desarrolla su famoso cubo de la protección financiera hacia la cobertura universal.¹⁶⁹

El cubo escenifica las tres dimensiones a tener en cuenta en un sistema de protección dirigido a lograr la cobertura universal: por un lado, la amplitud, es decir, la cantidad de personas que es factible cubrir; luego, la profundidad, o sea, la cantidad y tipo de servicios que están cubiertos; y, finalmente, la altura, es decir, la proporción del costo que está cubierto por el fondo de recursos mancomunados, que es el cubo del centro. Cuanto más grande es este cubo central de recursos mancomunados, mayor será la protección (más servicios, menos pagos directos y copagos) y mayor el número de personas protegidas.

¹⁶⁹ OMS, *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, Informe sobre la salud del mundo 2010, Ginebra, Suiza, 2010.

Gráfico 7.10. El cubo de la protección financiera

Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal



Fuente: http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/index.html

El eje de la protección financiera: el plan básico de salud

La reforma dominicana de salud ha tenido bastante éxito en ampliar la afiliación a la población, alcanzando casi el 70% de la población dominicana con un sistema de fondos mancomunados. Todavía falta cubrir a la población más difícil: trabajadores informales, la mayor parte de ingresos bajos y medios, que probablemente van a necesitar de subsidio gubernamental. También, hará falta probablemente unificar esos fondos, para distribuir mejor el riesgo y ejercitar la solidaridad entre jóvenes y viejos, ricos y pobres, sanos y enfermos.

El sistema de salud está fundamentado en una clara aspiración de protección universal, con un mismo conjunto de prestaciones para todos, independientemente de cómo sea financiada la participación en el mismo y la utilización de los servicios. Esto no ha podido ser logrado aún, pero las bases están sentadas. El eje de la protección financiera en el camino a la cobertura universal lo constituye el plan básico de salud, o PBS.

El monto de los recursos mancomunados no ha sido suficiente para reducir la participación de los gastos de bolsillo, no solo por la falta de regulaciones y coberturas efectivas en el tema de los medicamentos, sino porque subsisten elevados copagos y topes de cobertura. Todavía es muy temprano para evaluar el impacto del aumento en la cobertura de medicamentos realizado en 2015. En términos del sistema, es probable que sea elevado; sin embargo, para las personas con enfermedades crónicas y de alto costo, posiblemente no sea significativo. En el sistema actual, “los copagos y cuotas moderadoras son muy elevados y no se ajustan por capacidad financiera de la población”.¹⁷⁰

El otro aspecto clave de la protección financiera es cuáles servicios están cubiertos. Como señalamos previamente en el capítulo sobre la arquitectura de la reforma de salud, el actual PDSS, en lugar de coberturas explícitas de enfermedades, tiene cobertura de intervenciones. Esto da lugar a que no necesariamente se están atendiendo los problemas de salud prioritarios, a la vez que permite muchas distorsiones que resultan en exclusiones y barreras de acceso a los servicios. Además, promueve el gasto directo para pagar aquellas intervenciones no cubiertas

¹⁷⁰ Cañon, O., Rathe, M., Giedion, U. opus cit., 2014.

—que a veces son inevitables porque son parte integral de un tratamiento—.

Adicionalmente, existen deficiencias en la forma en que se calcula el costo del paquete. Aunque se trata de una metodología estándar —multiplicar la frecuencia de uso de cada servicio por una tarifa de referencia y luego extenderlo a toda la población—, el problema es cuál es la frecuencia de uso y cuál es la tarifa de referencia. En la República Dominicana no se ha dado seguimiento consistente, basado en evidencias sólidas, a estas dos variables básicas. Se utilizan promedios gruesos, sin estudios ni estadísticas consistentes de costos, precios, tarifas por tipo de proveedor y forma de pago.¹⁷¹ En la historia de formulación del paquete de servicios, solo en el primer momento (2002-2005) se aplicaron metodologías de priorización adecuadas según los estándares internacionales, pero con muchas deficiencias en torno a la información básica —uno de los obstáculos más importantes que existen en la República Dominicana para sustentar las decisiones de política—. La falta de esta información básica se sustituye por suponer como buenas y válidas las estimaciones previas, por adoptar experiencias de otros países o por concertación entre actores, generalmente grupos de poder.¹⁷²

En la actualidad, se está procurando cambiar este enfoque, tal como habíamos indicado previamente, con la introducción de una nueva visión del PBS que incluirá garantías explícitas de cobertura para problemas de salud prioritarios. Esto va a requerir mucha y mejor información básica y seguimiento constante, además

¹⁷¹ Cañon, O., Rathe, M., Giedion, U. opus cit., 2014.

¹⁷² Cañon, O., Rathe, M., Giedion, U. opus cit., 2014.

de un esfuerzo para utilizar los métodos modernos de selección de tecnologías, estudios de costo-efectividad articulados a guías de práctica clínica, protocolos de atención y cuadro básico de medicamentos.

En esta nueva visión del PBS –y todo lo que se articula a su alrededor– descansa la esperanza de una verdadera protección financiera para la población dominicana en su camino hacia la cobertura universal.

ATENCIÓN
PRIMARIA

TH



Capítulo 8

LECCIONES APRENDIDAS DE SISTEMAS DE SALUD EXITOSOS



En este capítulo presentamos un resumen de los estudios de caso de los países latinoamericanos con mejores resultados de salud, a saber, Cuba, Chile, Costa Rica y Uruguay. Los detalles de los mismos se muestran en los estudios de caso que se publican por separado. También presentamos un resumen de la experiencia de los países en el libro *Good Health at Low Cost*, a saber, Tailandia, Bangladesh, Tamil Nadu, Etiopía, Costa Rica y Kirguistán.

Se trata de países muy diversos, con sistemas de salud que se organizan de manera diferente, en contextos distintos y que, sin embargo, obtienen todos buenos resultados. Nos preguntamos qué tienen en común y qué podría aprender de ellos la República Dominicana en sus esfuerzos por profundizar su reforma de salud con miras a lograr la cobertura universal.

El caso de Cuba

Por sus resultados, el sistema de salud cubano es el que ha logrado mejorar en mayor medida la situación de salud de la población, de una manera sostenida y comparable con las naciones desarrolladas del mundo. Cuenta hoy en día con una red completa de servicios integrados, basada principalmente en la atención primaria y en el

modelo de la medicina y enfermería familiar. Esta red tiene como enfoque operativo primordial la promoción de la salud, así como la prevención, la cura y recuperación de la enfermedad en todos los niveles de atención. Pone un énfasis especial en el desarrollo académico del personal de salud, en la implementación de programas de salud integrales, la protección social en salud de la ciudadanía, el uso de alta tecnología, el manejo de información científica y técnica y la producción nacional de equipos y productos terapéuticos y de diagnóstico.

Justamente por sus buenos resultados de salud durante un largo período, ahora el sistema de salud cubano se enfrenta a los retos que le impone el contexto demográfico de envejecimiento poblacional creciente que vive el país. La expectativa de vida se ha elevado de manera sostenida y, en la actualidad, aproximadamente el 18% de la población tiene más de 60 años lo que representa un gran desafío para garantizar la sostenibilidad, cobertura y calidad de atención médica a este grupo etario.¹⁷³ En el XII Seminario Internacional Longevidad Activa y Satisfactoria, el

Recuadro 1. Factores clave que contribuyen a lograr una buena salud en Cuba

- Compromiso político e histórico con la salud como derecho y meta social
- Sistema de salud gratuito y accesible orientado a la cobertura universal y protección financiera en salud
- Modelo de atención basado en la atención primaria (el médico y la enfermera de familia y la policlínica comunitaria) de amplia cobertura en todo el territorio
- Enfoque prioritario en la formación de recursos humanos calificados y la habilitación de infraestructura sanitaria
- Fuerte rol de rectoría, planificación, gestión y ejecución por parte del ministerio de salud
- Vínculos intersectoriales para la salud, incluyendo los logros sostenidos en materia de cobertura equitativa de servicios sociales básicos y de desarrollo humano de la población cubana.

¹⁷³ Scambray. (2014). *Salud Pública cubana precisa sus principales retos*. Disponible en: <http://www.escambray.cu/2014/salud-publica-cubana-precisa-sus-principales-retos/>

doctor Fernández Seco enfatizó que los nuevos escenarios demandan de acciones multidisciplinarias y de tiempo de dedicación de los equipos de salud a las personas mayores. Asimismo, puntualizó que se elevan los costos de atención, debido a la acumulación de enfermedades en un mismo sujeto y a la heterogénea presentación de estas en los ancianos, el incremento de las enfermedades crónicas y la discapacidad.¹⁷⁴ De hecho, las enfermedades crónicas no transmisibles representan las principales causas de muertes en Cuba y, por ende, su prevención uno de los mayores retos, pues no solo se asocian a la estructura demográfica de la nación, sino también a factores de riesgo persistentes en el estilo de vida de la población.

La primera lección que podríamos aprender en la República Dominicana de un sistema de salud como el de Cuba, se relaciona con la voluntad política del Estado cubano para dar prioridad a la salud, considerándola como derecho inalienable de su población. Esto no solo es evidente en las políticas públicas puestas en marcha por el Estado para asegurar que factores dentro y fuera del sistema de salud se conjuguen para garantizar la salud de las personas, sino también en el significativo esfuerzo financiero que garantiza desde el Estado la protección financiera en salud de sus ciudadanos.

La segunda lección promueve precisamente la eficiencia y la calidad en el uso de los recursos financieros destinados al sector salud. La clave es el gran énfasis del sistema de salud cubano en la atención primaria para potenciar la promoción de la salud y la prevención de la

¹⁷⁴ Acosta, Lisandra. (2014). *Mayores retos para el sistema de salud pública*. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2014-04-29/mayores-retos-para-el-sistema-de-salud-publica>

enfermedad, con lo cual se evita en muchos casos tener que gastar en la curación y rehabilitación, que resultan mucho más costosas. Trabajar en mantener a las personas sanas a través de su enfoque comunitario en promoción y prevención sanitaria básica, le permite al estado cubano ahorrar dinero, en lugar de esperar a que se enfermen, como típicamente resulta en República Dominicana.

La tercera lección desde Cuba sobre la que podemos aprender consiste en la importancia del rol de los determinantes sociales de la salud. Fuera del sistema de salud, pero en coordinación con el mismo, el Estado cubano invierte en implementar intervenciones intersectoriales claves para garantizar el acceso a servicios básicos que promueven la buena salud como la educación de calidad, los servicios de agua y saneamiento mejorado, la energía eléctrica, la recogida de basura para la higiene del entorno público y el control de vectores, la seguridad ciudadana, la alimentación básica, el empleo mínimo, entre otros. Esta visión más amplia de la salud pretende fortalecer capacidades humanas y las condiciones de las personas en el entorno donde habitan, de manera que potencien su salud.

Finalmente, constituye otra lección clave para los dominicanos la prioridad que asigna el sistema de salud cubano no solo a la cobertura de los servicios de salud, sino también a su calidad. Como hemos visto, en el caso dominicano, de nada basta contar con altas coberturas de atención prenatal y del parto por personal especializado, si no se vela porque la atención prestada sea de calidad. En tal sentido, el Estado cubano aplica altos estándares de calidad en la atención sanitaria, mediante la organización de una red integrada de servicios a nivel territorial y entre niveles de atención enfocada en la promoción de la

salud y la prevención de la enfermedad, la disposición de personal sanitario suficiente y altamente capacitado, el acceso a técnicas y conocimientos científicos actualizados y la integración progresiva de avances tecnológicos en el equipamiento, habilitación y suplemento de provisiones al sistema de salud.

En conclusión, los logros en materia de salud del vecino pueblo antillano sugieren que hay mejoras pendientes que están al alcance del pueblo dominicano y que pueden afectar sustancialmente su situación de salud, siempre y cuando este logre crear la conciencia y fortalecer las voluntades necesarias, para que la salud se considere efectivamente como un elemento prioritario para el desarrollo del país.

El caso de Chile

En las últimas décadas Chile ha continuado una tendencia al desarrollo económico y social sostenido, teniendo grandes avances en el estado de salud de la población y en el sistema sanitario. Básicamente, el mejoramiento de las condiciones de vida, la protección social y la existencia de políticas y planes de salud han favorecido la reducción de enfermedades infectocontagiosas, de la tasa de mortalidad infantil, neonatal y de menores de 5 años. De igual forma, se ha observado una prolongación de la esperanza de vida.

Justamente por estos logros que ha tenido Chile en materia de salud, presenta hoy grandes retos, como resultado del envejecimiento paulatino de la población y la presencia de ancianos enfermos con mayor sobrevida, lo que ha aumentado la prevalencia de las enfermedades

crónicas.¹⁷⁵ Esto amerita que Chile siga dando prioridad a la inversión de recursos en esfuerzos de vigilancia y de prevención innovadores para abordar los factores de riesgo asociados a las ENCT,¹⁷⁶ siempre evaluando la factibilidad y efectividad de las intervenciones.

Además, pese a que el sistema sanitario tiene políticas de salud bien estructuradas, cobertura y protección social de alto nivel, existen imperfecciones en la cantidad y distribución de los recursos, el financiamiento, el aseguramiento, en tanto que la calidad de la atención sobre todo del sector público debe ser fortalecida.¹⁷⁷ Por ejemplo, en materia de financiamiento, excepto en el sistema municipal y para algunos de los 29 servicios regionales de salud, predominan aún los presupuestos históricos, los cuales por lo general no consideran

Recuadro 2. Factores clave que contribuyen a lograr una buena salud en Chile

- Alto nivel de desarrollo humano incluyendo alto nivel de ingresos promedio
- Amplio acceso a servicios sociales básicos
- Existencia de medidas de protección social para los grupos más vulnerables
- Definida decisión política para la reforma estructural del sector salud durante largo tiempo
- Cambio de enfoque hacia uno de derechos por encima del enfoque basado en riesgos individuales
- Amplia cobertura del nivel primario de atención y descentralización de los servicios
- Abordaje priorizado de los problemas de salud: garantía de cobertura de un paquete de servicios de salud clave para los problemas de salud considerados prioritarios
- Larga tradición de políticas sanitarias prioritarias a favor de la salud de la madre y el niño.

¹⁷⁵ Health in the Americas, Edición 2012, Country Profiles: Chile, de la Organización Panamericana de la Salud.

¹⁷⁶ En Chile ya existe una Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles como parte del MINSAL y además se ha lanzado un innovador programa preventivo llamado “Elige Vivir Sano”, cuyo objetivo es contribuir a la instalación de prácticas de vida saludable en toda la población, con el fin de disminuir los factores y conductas de riesgo asociados a las ENCT. Disponible en: <http://eligevivirsano.gob.cl/>

¹⁷⁷ Health in the Americas, Edición 2012, Country Profiles: Chile, de la Organización Panamericana de la Salud.

las características particulares de cada servicio regional, y supone limitaciones para el accionar descentralizado en la prestación de la atención en salud.

En adición, se destaca que el gasto de bolsillo en Chile sigue siendo muy alto. Chile se ubica junto a México y Corea, entre los países de la OCDE con mayor gasto del bolsillo.¹⁷⁸ Asimismo, a pesar de que el Plan AUGE estableció un techo de copago por beneficiario por año por prestación o grupo de prestaciones, Chile aún se encuentra entre los países de la región donde la población enfrenta el mayor gasto catastrófico en salud, lo que advierte que es aún una tarea pendiente para el sistema chileno el lograr aliviar a la población con una protección financiera en salud de mayor cobertura.

En adición a lo dicho, pese a que Chile tiene una posición aventajada en materia de recursos económicos que otros países de la región no poseen y que ha avanzado con su reforma de salud en términos de protección financiera en salud, persisten en él elementos relativos a la inequidad de la riqueza que se refleja en el sistema sanitario, a pesar de que han disminuido en la última década. Las personas de menores ingresos reportan peores condiciones de salud y mayores limitaciones físicas que las de mayores ingresos, así como también un menor acceso a servicios especializados,¹⁷⁹ lo que indica que la inequidad, uno de los principales motivadores de la reforma en sí, es aún un elemento que merece atención por parte de los hacedores de política de salud en el sistema chileno.

¹⁷⁸ Ministerio de Salud de Chile. (2013). Panorama de Salud 2013: Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros.

¹⁷⁹ Vásquez, F., Paraje, G., Estay, M., 2013. "Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000–2009". *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013; 33(2).

Desde la perspectiva de este trabajo, las principales lecciones se desprenden de la experiencia chilena en el diseño y la implementación de su última reforma del sector salud. El primer elemento sobre el cual nos abocamos a reflexionar es el hecho de que, al igual que Uruguay, Chile demostró que es posible llevar a cabo reformas estructurales que amplíen los derechos sociales de las personas en un tiempo relativamente corto, mucho menos de una década. Para el caso dominicano resulta relevante reflexionar sobre este logro por parte de Chile en la implementación de una reforma en apenas unos años, como resultado de una definida decisión política.

La segunda lección provista por la experiencia chilena es la importancia de la equidad como objetivo principal de la reforma de sector salud. En Chile, como en otros países de la región, la reforma de salud denotó un significativo cambio de enfoque con relación al financiamiento de los sistemas de salud, a la organización de los recursos al interior del sistema y al rol de los diversos actores en dichos procesos, enfoque que incorporó el concepto de derecho a la salud en reemplazo del enfoque basado en riesgos individuales dominante en la década de los noventa.¹⁸⁰ Pese a distintos esfuerzos en el aumento de la cobertura, en República Dominicana la equidad es aún uno de los grandes temas pendientes para la reforma del sector, puesto que, en la práctica, aún prevalece el enfoque en riesgos financieros por encima de la garantía de cobertura de riesgos de salud, dentro de una perspectiva de derechos.

Como tercera lección para el sistema de salud dominicano, conviene reflexionar sobre el abordaje priorizado de

¹⁸⁰ Health in the Americas, Edición 2012, “Sistemas de Salud y Protección Social en Salud.” Organización Panamericana de la Salud.

los problemas de salud que adoptó la reforma de salud en Chile. Para el Estado chileno quedó claro que el tránsito hacia la cobertura universal no podía lograrse de golpe, y en reconocimiento de la realidad institucional y financiera del país, más bien, se optó por un proceso escalonado. En 2005 se inició con la intención de garantizar cobertura de un paquete mínimo de servicios clave para una serie de 25 problemas de salud considerados prioritarios para la población del país.¹⁸¹ La lista de estos primeros problemas de salud y prestaciones para los que se garantizaría cobertura se definió en base a su frecuencia, gravedad, costo y daño a la calidad de vida; se consideraron, por ejemplo, problemas de salud que causan mayor cantidad de muertes y años de vida perdidos en el país, como enfermedades cardiovasculares y respiratorias, diabetes, cáncer en menores de 15 años y algunos cánceres en adultos, VIH/SIDA y algunos trastornos mentales.

Conforme se inició la implementación de la reforma, el Estado fue añadiendo a esta lista original de 25 problemas cubiertos con prestaciones clave específicas, otras enfermedades prioritarias. En 2006 se alcanzó cobertura en 40 enfermedades, en 2007 se llegó a 56, en 2010 se alcanzaban ya 69, y más recientemente en 2014, ya son 80 los problemas de salud con prestaciones cubiertas, lo

¹⁸¹ Cerededa, Luz y L., Hoffmeister, 2008, explican en su paper “La reforma de salud en Chile: cambios institucionales, logros y dificultades en su implementación” publicado en Princeton University, que “para cada patología garantizada por el AUGE se estableció una garantía GES, más conocida operativamente como “canasta de prestaciones” de salud, la cual detalla explícitamente los productos y servicios a los que accede cada cotizante beneficiario de cada garantía GES. La canasta detalla la cantidad de consultas médicas generales y de especialidades, el número y tipo de atenciones de enfermería y otros profesionales de la salud, la cantidad y tipo de exámenes de laboratorio y radiológicos, insumos, fármacos, prótesis, etc. para cada garantía GES.” Disponible en: <https://www.princeton.edu/cmd/working-papers/idlac08/wp0805e.pdf>

que implicó la necesidad de ir realizando distintos ajustes conforme se ampliaban las demandas de recursos y gestión en la red asistencial.¹⁸² Dicho abordaje priorizado y gradual ha permitido así que el mismo proceso de reforma fuese pautando su propio ritmo, según se iban integrando a la misma nuevos desafíos propios de su misma implementación.¹⁸³

Esta intervención priorizada se convirtió en la política insignia de la reforma de salud en Chile y se conoció formalmente como Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), establecido por ley (Ley 19-966). El AUGE o GES), establece cuatro garantías básicas para el conjunto de los 80 problemas de salud, al margen de la capacidad de pago o tenencia de aseguramiento del usuario del

¹⁸² Bastías, Gabriel y G. Valdivia, 2007. “Reforma de salud en Chile; el plan auge o régimen de garantías explícitas en salud (ges). Su origen y evolución”. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf>

¹⁸³ Por ejemplo, como resultado del avance de la reforma se reconoció que el aumento de la demanda de servicios de atención evidenció el problema de la carencia de recursos humanos en los servicios del sector público, especialmente en ciertas especialidades y en ciertas regiones. Esto se tradujo por ejemplo en un aumento de las listas de espera para la atención de ciertas patologías que no se encuentran incorporadas al AUGE. En respuesta, el plan ha tenido que incorporar mejoras sustanciales en la gestión de la salud, incluyendo la de otorgar una mayor autonomía y flexibilidad en la administración de los establecimientos hospitalarios y de las redes regionales para que estos puedan centrar su quehacer en la articulación de la prestación de los servicios. Asimismo, se han realizado mayores asignaciones de recursos, e inversiones en infraestructura y equipamiento en beneficio de la atención tanto de los problemas garantizados, como de los no garantizados. Por otro lado, se ha incorporado como parte de la implementación un modelo de gestión clínica basado en evidencia, con guías de práctica clínica y protocolos de atención y con criterios de priorización explícitos. Como resultado, la implementación del AUGE fue acompañada por un incremento significativo del gasto total en salud en Chile. Becerril et al. (2011). Sistema de Salud de Chile. *Revista de Salud Pública de México*.

SNSS: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Cabe resaltar entre estas garantías las mejoras de los tiempos de espera con la definición de límites máximos, el establecimiento de un techo de copagos por persona por año y el mandato de que sean solo prestadores acreditados por la Superintendencia de Salud los que estén autorizados para servir las prestaciones explícitas del AUGE. Así, de manera gradual y mediante la integración de mejoras continuas en su ampliación, el AUGE ha permitido brindar atención a más de 9.5 millones de casos, avanzando con ello en la protección financiera de la población en los problemas de salud que más los afectan.

Como cuarta lección y ya al margen de la coyuntura de la reforma de salud, se presenta un aspecto de índole más estructural. Y es que no podemos dejar de señalar la relevancia de los determinantes sociales de la salud en el caso chileno. Al analizar la evolución de los indicadores de índole socioeconómico de Chile, entre ellos el bajo nivel de pobreza monetaria, el alto nivel de desarrollo, y las elevadas coberturas de servicios básicos de educación primaria, agua potable, saneamiento mejorado, y asistencia social, es aceptable suponer que Chile nos lleva una ventaja en cuanto a condiciones fundamentales para la buena salud. En República Dominicana esta visión más amplia de la salud —que se enfoca en fortalecer las capacidades y condiciones de vida de las personas en el entorno donde habitan de manera que se potencie su salud—, aun no se asume del todo, lo que resulta evidente fuera de los dos grandes polos urbanos. Y es en tal sentido que resulta imprescindible, si se quiere ir allanando el camino hacia logros en materia de salud equiparables a los de Chile, que el Estado dominicano se aboque a ampliar la cobertura y calidad de los servicios básicos y así como las oportunidades de desarrollo a las que

accede la población, de forma más equitativa en el territorio nacional.

El caso de Costa Rica

Los favorables resultados que ha mostrado a través de los años el sistema de salud costarricense son un claro testimonio del compromiso que han compartido los diferentes gobiernos en asumir la responsabilidad del desarrollo humano y social de su pueblo. Este modelo de predominio público ha demostrado representar una posibilidad real de la solidaridad y la efectividad en la protección de la población. La base de su éxito radica en una (1) férrea voluntad estatal para asumir el rol de garante de la salud, independientemente de la corriente de gobierno, (2) el establecimiento de políticas y estrategias de salud sólidas y eficientes orientadas a atender a la población, en especial a la más vulnerable, y a los problemas más apremiantes, (3) un manejo eficiente de los recursos disponibles, (4) a la capacidad de ajustar los programas de salud al contexto socioeconómico vivido a través de los años, y (5) el monitoreo y la evaluación de las actividades del sistema, para la generación de datos que lleven a mejoras.

El sistema ha vivido un proceso constante de cambios en las últimas décadas, impulsados por la implementación de las políticas necesarias para provocar mejoras. Dentro de las acciones más importantes que han facilitado estos logros podemos citar: (1) la unificación de la gestión de servicios de salud del sistema público bajo una institución, la CCSS, concentrando la prestación de servicios de salud del país en una sola institución descentralizada, (2) La participación dominante del gobierno en el gasto general en salud, (3) la preponderancia del enfoque de

prevención y promoción de la salud sobre el de curación de enfermedades, (4) la participación de los sectores encargados de impactar en los determinantes de la salud en las decisiones sobre la salud colectiva.

Tabla 6. Factores políticos y sociales que han contribuido a lograr una buena salud en Costa Rica

Factor	Ejemplos de acciones empleadas
<p>Voluntad política por parte del Estado para asumir el rol de garante de la salud independientemente de la corriente de gobierno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promulgación del primer código sanitario. • Impulso de múltiples reformas del área de la salud, dentro de un Plan Nacional de Desarrollo. • Organización de la salud pública en tres niveles interrelacionados: sector salud, Sistema Nacional de Salud, Sistema de Producción Social de la Salud. • Involucramiento sectores no médicos en el sector (educación, acueducto, etc).
<p>Desarrollo de políticas de salud coherentes y enmarcadas dentro de un plan de desarrollo nacional, orientadas a atender los problemas sociales y de salud más apremiantes de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura universal. • Instauración de la atención primaria en salud como eslabón primario del cuidado de la salud. • La unificación de la gestión de servicios de salud del sistema público bajo la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS). • Establecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud. • Readecuación del modelo de atención dirigido a cinco programas (atención integral del niño, del adolescente, de la mujer, del adulto, y del adulto mayor) y tres niveles de atención. • Saneamiento financiero del Sistema Nacional de Salud. • Desarrollo y modernización de las estructuras, sistemas de trabajo, y procedimientos de gestión institucional del MS y la CCSS.

Factor	Ejemplos de acciones empleadas
Disponibilidad de recursos y su manejo eficiente.	<ul style="list-style-type: none"> • La participación dominante del gobierno en el gasto general en salud y en la provisión de los servicios • Aumento de cobertura de los servicios de la CCSS. • Capacidad de ajustar los programas de salud al contexto socioeconómico vivido a través de los años. • Firma de compromisos de gestión entre la CCSS y los centros de salud.
Disponibilidad de equipos interdisciplinarios que identificaron los problemas primarios y trazaron estrategias para solucionarlos con los recursos disponibles.	<ul style="list-style-type: none"> • Preponderancia del enfoque de prevención y promoción de la salud sobre el de curación de enfermedades. • Participación de los sectores encargados de impactar en los determinantes de la salud, en las decisiones sobre la salud colectiva. • Estrategias diseñadas en base a datos obtenidos de la investigación de los problemas, y el monitoreo y evaluación de programas.
Orientación de dichas estrategias hacia las poblaciones más vulnerables y los problemas más apremiantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Instalación de programas de atención primaria orientados a la prevención y promoción de la salud en comunidades rurales y urbanas marginales, orientados a brindar atención en salud, educación en salud, suministro de agua potable, instalación de letrinas, vacunación, alimentación complementaria y enriquecimiento de alimentos. • Desarrollo y ampliación de los programas de nutrición dirigidos a la población preescolar y escolar.

Los retos a futuro van orientados a adaptar el sistema de salud a los problemas sociales que se tienen en la actualidad, así como a corregir y fortalecer aspectos que atentan

contra el buen funcionamiento del sistema. Varios autores proponen soluciones que se resumen en la reformulación de algunos aspectos, y la modernización de otros. Entre las enmiendas propuestas figuran la reconstitución de un pacto social a favor de la seguridad social, el replanteamiento de los modelos de gestión y de atención en salud, y el reforzamiento del rol del Estado como ente regulador del sector.¹⁸⁴

Aunque la organización del sistema de salud costarricense es muy diferente al dominicano, son muchas las lecciones que es posible aprender de este país. La primera y más importante es la determinación del Estado costarricense a considerar la salud como un derecho fundamental y a darle prioridad a lo largo del tiempo. Su convicción en la importancia de alcanzar la cobertura universal en salud es inequívoca, constituyendo esta una de las premisas del desarrollo. El énfasis en la atención primaria es otra de las enseñanzas clave que nos deja Costa Rica como legado, así como la vinculación de los resultados de salud a otros factores intersectoriales que son esenciales para avanzar en el desarrollo humano, como los relativos a la educación, el agua y el saneamiento.

El caso de Uruguay

Uruguay es un país pequeño, cuya dinámica económica y social lo posiciona entre los más aventajados de la región ALC. Esto, a su vez, favorece los relativamente buenos resultados en salud que ha podido sostener en las últimas décadas. Sin embargo, se identifican en el caso uruguayo aspectos que suponen grandes desafíos para el

¹⁸⁴ Sáenz, Miranda, and López, “Retos En Salud - Costa Rica 2013.”

sistema de salud y que requerirán de respuestas por parte del Estado y la población del país.

También en el caso uruguayo, como en todos los países exitosos, el principal reto es el notorio envejecimiento poblacional y la inminente profundización de una realidad epidemiológica en la que predomina la alta prevalencia de enfermedades no transmisibles, entre las causas de morbimortalidad. Esto le exigirá avanzar hacia la consolidación del modelo de atención centrado en la promoción y la prevención de la salud que propicie cambios de comportamiento en cuanto a factores de riesgo.

Asimismo, el Uruguay ha asumido en años recientes el desafío de implementar una amplia reforma de salud hacia un sistema integral y más justo en términos de protección social. Al respecto, los primeros pasos son esperanzadores, pues el país se ha propuesto avanzar hacia la cobertura universal. Sin embargo, el sistema tiene como tarea pendiente hacer más eficiente el gasto en salud de manera que se puedan maximizar resultados con menores recursos.

La primera lección que podemos aprender del caso uruguayo se relaciona con la voluntad política del Estado para dar prioridad a la salud y la protección social de la población uruguaya. Esta voluntad se observa de manera reciente en el determinado esfuerzo invertido en impulsar una compleja y multifactorial reforma estructural del sector, con miras a avanzar hacia la cobertura universal, la equidad financiera y la función redistributiva de la política pública de salud. El avance hacia la concepción e implementación de esta reforma incluye cambios profundos en el modelo de gestión, atención y financiamiento de salud, lo cual no solo supuso un encomiable

esfuerzo técnico de varios años, sino además una notoria determinación en términos políticos. Para el caso dominicano resulta relevante reflexionar sobre los logros de Uruguay en el impulso de una reforma en apenas unos años, como resultado de una definida decisión política.

Como segunda lección se propone una reforma que está estrechamente relacionada a la voluntad política de priorizar la salud, referida en lo anterior. Se trata de la alta proporción de gasto público destinada a salud, lo que evidencia el gran empuje económico que desde el Estado se asigna a este sector. La voluntad política del Estado uruguayo se traduce en términos financieros en un presupuesto público que destina a la salud una elevada proporción del gasto, cerca del 25% en 2012. En comparación, la República Dominicana gasta 14% de su presupuesto en este sector, cayendo por debajo del promedio regional de 15%, cifra que representa un mínimo, según el compromiso internacional de la Declaración de Abuja. Otra reflexión para el caso dominicano es que no solo se trata de que necesitamos gastar más para mejorar nuestros resultados en salud, sino también ver si lo que ya se gasta se invierte adecuadamente.

Un aspecto a resaltar del caso uruguayo es su esfuerzo por alcanzar la cobertura universal y aumentar la protección financiera en salud. Para ello se fundamenta en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que constituye una red donde interactúan los proveedores de servicios públicos y privados, regulados por el Estado como ente rector de ambos sectores, el cual requiere que todos los prestadores, independientemente del sector al que pertenezca, provea a la población una canasta de servicios integrales, el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), con lo cual se progresa hacia la cobertura

universal de servicios básicos de salud. Por otro lado, se han tomado medidas para incrementar la equidad y la sostenibilidad financiera del sistema, aumentando la participación de recursos no contributivos en la financiación del Fondo Nacional de la Salud (FONASA), desvinculando la cobertura basada en la situación laboral y previsional de los beneficiarios, y eliminando total o parcialmente los copagos, que operaban como barreras de acceso a la cobertura.¹⁸⁵

La tercera lección que provee el caso uruguayo de la cual pudiese generar aprendizajes el Estado dominicano es la articulación de las reformas de salud con otras reformas sociales y económicas. En tal sentido, la reforma del sector salud llevada a cabo en la década pasada no se concibió como una intervención aislada de política pública, más bien formaba parte de una estrategia nacional de profundización de la protección social en salud, como un componente sustantivo del Plan de Equidad del Estado uruguayo. El Plan de Equidad, iniciativa aprobada por el gobierno en 2007, sintetiza un conjunto de medidas y reformas estructurales que buscan construir, tal como describe el mismo Plan “un Uruguay socialmente protegido”.¹⁸⁶ Para ello, define un grupo de reformas e instrumentos de política en el área tributaria, educativa, administrativa, laboral y de protección social, seguridad alimentaria y salud, con miras al logro del objetivo de la protección social de la ciudadanía y comprometiendo a gran parte del Estado en este esfuerzo.

¹⁸⁵ OPS – OMS, 2012. Health in the Americas, 2012 edition. Country Profiles: Uruguay.

¹⁸⁶ Presidencia de la República y Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, 2007. Plan de Equidad. Disponible en: http://www.mides.gub.uy/inovaportal/file/913/1/plan_equidad_def.pdf

Como cuarta lección, es preciso destacar la importancia del rol de los determinantes sociales de la salud. Al analizar la evolución de indicadores sociales de Uruguay, sobre todo los referidos al acceso a servicios básicos como la educación primaria, el agua potable y el saneamiento mejorado, así como los bajos niveles de pobreza monetaria y el alto nivel de desarrollo humano, es aceptable suponer que el Estado Uruguayo entendió desde hace décadas su relevancia para las condiciones de vida de las personas y para el desarrollo del país. La inversión pública en estos factores ha generado altas coberturas y servicios básicos de calidad, clave, que indiscutiblemente se asocian a los resultados positivos que de manera sostenida ha exhibido Uruguay en sus indicadores de logros en salud durante las últimas décadas.

Por último y no menos importante, la última lección que queremos destacar en este estudio de Uruguay de cara al sistema de salud en R. D., es el activo rol que tiene la sociedad civil uruguaya en la definición de la agenda política y el monitoreo del cumplimiento con los acuerdos y metas sanitarias.¹⁸⁷ La salud es un tema no solo del Estado sino de todos, lo que se evidencia por el dinámico activismo de una serie de organizaciones de la sociedad civil, las cuales gozan de un alto reconocimiento estatal y prestigio social en el Uruguay. De hecho, uno de los aspectos más interesantes en la implementación del actual proceso de reforma del sistema de salud es precisamente el papel asignado a la participación de los actores clave, especialmente los usuarios, en la gestión de los servicios de salud. Asimismo, el proceso de reforma involucró amplios períodos y un proceso de consulta y debate

¹⁸⁷ Revista de Salud Pública de México, Vol. 53, suplemento 2 de 2011. “Sistema de Salud de Uruguay”.

público que garantizan una alta aceptación de las medidas de política que esta conllevaba.¹⁸⁸

Para concluir, deseamos hacer hincapié en esta última lección en particular, que involucra la participación ciudadana en la agenda de reforma de salud y de la protección social, pues constituye desde el punto de vista de este estudio, tanto un tema pendiente como una gran oportunidad para el caso dominicano. Del Uruguay hemos aprendido que es posible llevar a cabo reformas estructurales que amplíen los derechos sociales de las personas en un tiempo relativamente corto. Por alguna razón, la ciudadanía dominicana parece no tener prisa, pese a verse afectada a diario por la desprotección en materia de salud, mientras los intentos de movilización por la demanda concreta de un derecho tan fundamental como el de la salud son incipientes en nuestro país. Sin embargo, como sociedad nos queda aún la oportunidad de asumir ese reto. El reto de lograr, al menos en lo mínimo, “una República Dominicana socialmente protegida”.

Buena salud a bajo costo

En otras regiones del mundo, varios países han mostrado un excelente desempeño de sus sistemas de salud, sin necesidad de invertir cuantiosos recursos. Estos países han llegado a tener resultados similares a los de países desarrollados, lo que llamó la atención de varios investigadores. En esta sección comentamos el trabajo denominado *Buena Salud a Bajo Costo, 25 Años Después*,¹⁸⁹

¹⁸⁸ OPS – OMS, 2012. Health in the Americas, 2012 edition. Country Profiles: Uruguay.

¹⁸⁹ Balanova, Dina, Mc Kee, Martin and Mills, *Ann, Good health at low*

cuya edición estuvo a cargo de Balabanova y otros autores, quienes abordan la compleja tarea de explicar por qué algunos países¹⁹⁰ han logrado mejorar la salud de sus poblaciones, aun con relativamente bajo nivel de desarrollo económico y con limitaciones de recursos. El enfoque principal se sitúa en el rol de los sistemas de salud como punto de partida para entender las complejas interrelaciones entre los diferentes determinantes de la salud en los países, identificando, en particular, factores clave para el desempeño de los sistemas, como la organización y el financiamiento, la prestación de los servicios, los procesos de política, la regulación y la gobernanza institucional, en adición a aspectos más amplios propios del contexto socioeconómico y político de cada país que también impactan la salud de su gente.

Este trabajo constituye la secuela de otro libro con el mismo nombre, publicado en el año 1985, el cual tuvo un efecto extraordinario en el pensamiento de la época, revelando la importancia de los sistemas de salud y la contribución de los determinantes socioeconómicos de la misma, que para entonces no tenían un gran reconocimiento todavía. “El informe desvirtúa el mito de que el crecimiento económico es suficiente para producir el desarrollo y, con este, mejorar la salud de la población. Por primera vez, aporta un conjunto de evidencia empírica que apoya argumentos que hasta el momento eran solo teóricos para demostrar cómo muchos países de ingresos bajos habían alcanzado grandes mejorías de salud, que a veces se podrían comparar con las de países desarrollados, incluso a pesar de no

cost, 25 years on, what makes a successful health system? London School of Hygiene and Tropical Medicine, England, 2011.

¹⁹⁰ Los países (y o Estados) estudiados son China, Costa Rica, el Estado de Kerala (India), Sri Lanka, Bangladesh, Ethiopia, Kyrgyzstan, Thailand y el Estado de Tamil Nadu (India).

mostrar altas tasas de crecimiento económico o, en otros casos, como el de Sri Lanka, haber experimentado conflictos internos.”¹⁹¹

Una conclusión fundamental de dicha primera investigación fue que todos los países exitosos en materia de salud, habían tenido inversiones por encima del promedio en el sistema de salud, en términos financieros y de recursos humanos, particularmente, en la atención primaria. Estos países habían centrado su atención en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo cual era comprobable mediante sus patrones de gasto en salud. Asimismo, “estas políticas habían sido apuntaladas por un compromiso con la equidad tanto dentro del sistema de salud como más allá”. Esto se reflejaba en asegurar que los grupos más vulnerables de la sociedad tuvieran acceso a servicios de calidad y de que las prestaciones que proveía el sistema de salud estuvieran confeccionadas de acuerdo con las necesidades de estos. En esencia, el estudio concluía con la necesidad de una buena rectoría del Estado y del sistema de salud, orientada hacia el desarrollo del país, invirtiendo especialmente en la educación de las mujeres.¹⁹²

Los países incluidos en aquella primera investigación eran Costa Rica, China, Cuba, Sri Lanka y el estado de Kerala, en la India. En la segunda versión del libro,

Recuadro 4: Factores que contribuyen a la buena salud, de GHLC 1985

- Compromiso político e histórico a la salud como una meta social.
- Fuertes valores de la sociedad con relación a la equidad, la participación política y comunitaria en la salud.
- Inversiones de alto nivel en atención primaria y otros servicios comunitarios.
- Generalización de la educación, particularmente de las mujeres.
- Vínculos intersectoriales con la salud.

FUENTE: Balanova et al., 2011

¹⁹¹ Balanova et al., opus cit., 2011.

¹⁹² Balanova et al., opus cit., 2011.

realizada 25 años después, se incluyen nuevos países, a saber, Bangladesh, Etiopía, Kyrgystan, Tailandia y el Estado de la India, Tamil Nadu. También se revisa la evolución de los primeros cuatro correspondientes al libro anterior, con la excepción de Cuba. Este nuevo libro viene sustentado por los cambios en el mundo ocurridos en los últimos años, que incluyeron retos inmensos a los sistemas de salud, como la epidemia del VIH SIDA y la escalada en las enfermedades crónicas que requieren de tratamientos complejos y de largo plazo, todo lo cual requiere de equipos profesionales de calidad y de una organización de los servicios funcional, eficiente y efectiva. Esto lleva al reconocimiento indefectible de que la inversión en los sistemas de salud es fundamental, si se quiere que los recursos –tanto nacionales como de la cooperación externa– sean invertidos de manera efectiva. El foco del nuevo libro es, en consecuencia, “el rol de los sistemas de salud como punto de entrada para comprender las interrelaciones entre los distintos determinantes de la salud”,¹⁹³ procurando identificar los factores que contribuyeron al éxito de los países seleccionados.

En este nuevo esfuerzo, los autores procuraron confirmar si el compromiso del gobierno en el sistema de salud, seguía siendo crítico para estos logros, dado que en las últimas décadas en casi todo el mundo se había ampliado sustancialmente la participación del sector privado en el sistema de salud. Como usualmente los grupos sociales más pobres son un segmento poblacional menos atractivo para este, la pregunta sería si estos países habían logrado o no mantener la oferta y calidad de los servicios para toda su población. Otro aspecto en el cual se enfocaron fue si la atención primaria –tanto en el sector

¹⁹³ Balanova et al., opus cit., 2011.

público como el privado— seguía siendo un componente crucial de lograr la buena salud. Ambos temas se analizaron desde una perspectiva sistémica, procurando determinar si la organización y el financiamiento al sistema de salud tenían relación con dichos logros.

Los autores identifican siete grandes temas que se asocian al logro de una buena salud a bajo costo en los países estudiados, a saber: buena gobernanza, instituciones y burocracias efectivas, suficientes recursos humanos competentes, financiamiento sostenido, protección financiera, la atención primaria como elemento básico del sistema y de la eficiencia en la asignación de los recursos y la construcción de la resiliencia dentro del sistema de salud. A continuación, se resumen las políticas implementadas en estos países exitosos.

Buena gobernanza

El primero de ellos es el papel de la rectoría del sistema y de la buena gobernanza: es esencial contar con un liderazgo efectivo en base a una clara visión política. Esta se traduce típicamente en un plan completo con una visión de largo plazo, metas claras y asignación de recursos. Si esto no se realiza, se adoptan reformas fragmentarias. Kirguistán realizó este plan luego de su independencia de la URSS, proponiéndose acciones realizables y metas realistas, dentro de un enfoque sectorial amplio (sector-wide approach). Otros países, como Etiopía, se concentraron en la coordinación de donantes para lograr una visión compartida que les permitiera llevar a cabo su programa de extensión, el cual pretendía alcanzar las comunidades más pobres y remotas con servicios esenciales de salud y combatir las enfermedades infecciosas.

Este es un programa ambicioso que requirió liderazgo, movilización de recursos y coordinar los fondos de los donantes hacia un mismo fin, fundamentados en el cumplimiento de los objetivos del milenio, logrando un aumento sustancial en los fondos recibidos, gracias a la visión, el liderazgo y el compromiso. Los logros acaecidos en Tamil Nadu en la salud materna y neonatal han sido atribuidos a una mezcla de fuerte compromiso político y a un cambio en el paradigma de las políticas de salud, orientado a producir resultados con servicios efectivos y equitativos. El país se propuso estos logros específicos y estableció un plan para ampliar la cobertura de atención prenatal, obstétrica, de emergencias y partos institucionales, asegurando que tuviera la más alta calidad. Esto se unió a mejorar la educación de las mujeres, elevar la edad del matrimonio, la educación sexual, la planificación familiar y buena nutrición, todo lo cual permitió a este estado lograr resultados mucho más elevados que el resto de la India y el sudeste asiático.

Mejorar la salud es considerada una prioridad en todos los países estudiados. Un factor clave en que esto se expresa es en la continuidad, a lo largo del tiempo, de las inversiones públicas en salud. Los países aprovecharon el momento oportuno para introducir las políticas deseadas, a la vez que establecer las etapas de la reforma con antelación. De esta forma, se trazaron planes de largo plazo, los cuales pudieron sobrevivir cambios gubernamentales e incluso, revoluciones e inestabilidad política.

Tailandia, por ejemplo, se propuso en la década de 1990 alcanzar la cobertura universal, afiliando a la población a diferentes esquemas de protección financiera que luego se unieron para formar uno solo, que protegería a toda la población. Esto se acompañaba de la expansión de redes

de proveedores y servicios a nivel distrital que permitía el acceso a facilidades modernas y de calidad a todos los habitantes, no solo los que residían en grandes ciudades. La continuidad fue clave en este proceso, así como la coordinación de los actores a través de la Asamblea Nacional de la Salud y la actuación de la familia real tailandesa. Otro factor clave en este país y en los otros fue la planeación cuidadosa de los pasos que debía atravesar la reforma, con una visión de alcanzar el éxito por etapas, pero efectivamente dando dichos pasos.

Todos los países dan importancia a responder a las necesidades de la población y esforzarse por operar a nivel distrital, con el claro objetivo de llegar a las comunidades rurales, aisladas y marginales. Esto se vio más claramente en Tailandia, Bangladesh y Etiopía, que enfrentan mayores retos debido al gran tamaño y diversidad de sus grupos poblacionales. Otro factor de gran importancia en todos los países fue el de enfrentar la corrupción a todos los niveles mediante el aumento de la transparencia; en particular los esfuerzos mayores se dieron en el tema de la gestión de medicamentos y un caso muy relevante es, otra vez, el de Tailandia.

Instituciones y burocracias efectivas

Las burocracias que funcionan y tienen estabilidad en el tiempo son fundamentales para traducir las estrategias y planes en mejores resultados de salud. Es importante construir y retener una memoria institucional para la continuidad de las reformas. Esto pudo verse claramente en Tailandia, donde hubo crisis políticas a lo largo de las décadas, pero los planes quinquenales continuaron a pesar de los cambios de gobierno. Kirguistán tuvo dos

revoluciones desde su independencia, pero la reforma de largo plazo del sistema de salud, no se vio afectada.

El gobierno debe tener una fuerte capacidad regulatoria y de gestión. Kirguistán pasó rápidamente las leyes necesarias para acelerar la reforma que instauraba un seguro de salud obligatorio, a diferencia de varios países vecinos que aún no cuentan con un marco legal efectivo. Asimismo, es fundamental que las burocracias tengan suficiente autonomía, poder y discreción para implementar cambios, a la vez que flexibilidad, para aprender lecciones de la experiencia. Esto es particularmente válido para los hospitales y las redes integradas de servicios. El caso de Tamil Nadu es un buen ejemplo, pues sin el personal competente, las capacidades de inteligencia sanitaria y la autonomía de gestión a nivel de los distritos con el poder para gestionar los recursos y servicios, no hubiera sido posible auditar las muertes maternas, agregar y analizar la información de los niveles públicos y privados. Reportar las muertes se hizo obligatorio y su análisis incluyó a los trabajadores de salud y las familias afectadas, para identificar las causas y traducir este conocimiento en mejor entrenamiento a los encargados de proveer los servicios. Es evidente que la creación de capacidades al nivel local es un aspecto importante de estos procesos.

La importancia de la inteligencia sanitaria es clara en estos países, donde se ha dado un papel muy importante al monitoreo y la evaluación con vínculos claros con la gestión y la toma de decisiones políticas. Tailandia, por ejemplo, creó un Programa de Políticas Internacionales, de carácter autónomo, vinculado al Ministerio de Salud Pública, que tiene a su cargo el monitoreo y la evaluación independiente de todos los programas y que

responde a la visión de las políticas de largo plazo, vinculando a los investigadores y a los formuladores de políticas mediante encuestas periódicas encaminadas al logro de la cobertura universal.

En muchos países, se verificó en los últimos tiempos un crecimiento importante del sector privado en la provisión de los servicios, pero en diferentes grados. Algunos países, como Costa Rica, descansan en la provisión pública y en otros, como Kerala, en India, los proveedores privados predominan, incluso para la atención de los más pobres. En otros casos, como en Tamil Nadu, Bangladesh y Tailandia, tiende a difuminarse la frontera entre ambos, con una buena coordinación y regulación estatal. En varios de estos países, particularmente en India, existe junto a la medicina alopática la tradicional, como el Ayurveda, que se provee también dentro del sistema público de salud, sobre todo en las unidades de atención primaria.

En todos los países exitosos se ha presentado un importante involucramiento de las comunidades. Por ejemplo, Kirguistán estableció comités de salud en los pueblos, integrados por voluntarios. En Bangladesh, las organizaciones comunitarias jugaron un rol fundamental a nivel local en mejorar el acceso al cuidado de la niñez y de la madre, así como en general, en la provisión de servicios básicos. En Tailandia existen, desde 1988, las asambleas sanitarias como un foro donde construir consensos, con el apoyo permanente de los gobiernos. El éxito de la asociación de los gobiernos con las ONG también se resalta en los países estudiados. No obstante, la experiencia no ha sido buena en Kirguistán, debido a la debilidad de la sociedad civil.

Otro aspecto en algunos de estos países que todavía no se ha estudiado suficientemente, es el desarrollo del turismo de salud, particularmente importante en Tailandia y en Tamil Nadu (en la ciudad de Chennai). Allí existen centros de muy alta calidad y tecnología de punta que sirven al turismo global y regional. Aunque al inicio algunos actores manifestaban preocupación sobre un desbalance entre estos proveedores y los demás, actualmente ven estos centros como atractores de calidad, que puede también irradiarse al resto del sistema de salud.

Suficientes trabajadores de la salud competentes

Algunos países tuvieron que diseñar políticas específicas para generar recursos humanos suficientes, capaces y bien entrenados, sobre todo, para llenar las posiciones necesarias en el nivel primario. Los ejemplos van desde los médicos descalzos de China hasta los doctores que trabajan en áreas remotas en Costa Rica. En Tailandia la formación continua de los recursos humanos es vista como crucial para mejorar la calidad y la cobertura. En Kirguistán se creó un nuevo instituto para ampliar la red de la medicina familiar. Bangladesh hizo una inversión enorme en materia de emergencia obstétrica. El Programa de Extensión de Salud de Etiopía es el plan más ambicioso del África subsahariana en cuanto a provisión de atención primaria. Todos los países hicieron ingentes esfuerzos por capacitar su personal, ampliar los servicios de enfermería y entrenar promotores y personal auxiliar de salud, sobre todo, para alcanzar las zonas rurales.

Sin embargo, quedan retos pendientes. Varios de los países experimentan fugas de cerebros. Tailandia implementó una serie de estrategias de retención que,

comparada con la situación en la vecina Filipinas, ha hecho más difícil la migración de los graduados. En Kirguistán, al contrario, muchos doctores se han mudado a Rusia o Kazajistán, donde les ofrecían salarios más elevados. Otros países tienen problemas para cubrir las áreas rurales, como Etiopía y Tailandia. En Tamil Nadu se ha trabajado en apoyar un sistema de atención primaria en áreas rurales, fundamentada en la enfermera rural.

Financiamiento sostenible y protección financiera

Desde 1995, todos los países aumentaron su gasto público en salud, aunque en grado diverso. El mayor aumento se dio en Tailandia y el menor en Etiopía. El más exitoso en este sentido, con una visión clara de alcanzar la cobertura universal es Tailandia, que ha tenido un gran éxito en la reducción de los gastos de bolsillo. También Costa Rica y Kirguistán se mueven satisfactoriamente en ese sentido, el primero de ellos gastando una quinta parte del presupuesto público en salud, con la finalidad de extender los servicios básicos a toda la población.

Todos los países implementaron medidas para incrementar la protección financiera, fundamentada en asegurar un conjunto de prestaciones explícitas dentro de un paquete de beneficios, aunque con concepciones y resultados diversos. En China se crearon esquemas de seguros a nivel rural y urbano, para proteger la población de riesgos catastróficos. En Costa Rica, el camino fue la expansión del seguro social, que es hoy prácticamente universal, pero con peligros de volver atrás, al permitirse a los de altos ingresos salir del esquema y optar por seguros privados, con lo cual se reducen los fondos mancomunados y las posibilidades de distribuir

adecuadamente el riesgo, protegiendo así a toda la población. En Etiopía se crearon esquemas de seguro social para trabajadores formales y un sistema de seguro comunitario. Tailandia y Kirguistán poseen ya cobertura universal, pero en los otros países existen grupos poblacionales sin protección. En ambos países estos esquemas se financian con una mezcla de fondos provenientes de fuentes diversas, como impuestos a las nóminas, impuestos generales, impuestos específicos para salud, subsidios de primas y gastos de bolsillo.

Todos dan importancia tanto a la profundidad de la cobertura (el paquete de beneficios) como a su amplitud. En algunos casos la decisión de incluir coberturas dentro del paquete tiene que ver con la necesidad de reducir gastos catastróficos, en otros con la importancia de atender problemas sanitarios nacionales. Tailandia incluyó desde muy temprano la terapia antirretroviral, lo cual también estaba unido a su capacidad de producción de medicamentos genéricos de bajo costo. En Kirguistán, como en todos los antiguos países de la antigua Unión Soviética, existía la costumbre de dar pagos informales a los proveedores al momento del contacto. Para evitarlo, se establecieron copagos formales, los cuales servían también para fortalecer la autonomía de gestión de los proveedores públicos, aunque no se ha evaluado su impacto en la protección financiera de los hogares. Salvo los casos de Tailandia y Costa Rica, que poseen políticas muy claras de alcanzar la cobertura universal, los otros países tienen todavía gastos de bolsillo relativamente elevados.

Esfuerzos por orientar los servicios a la atención primaria

Esta política ha sido generalizada en todos los países. Ya el primer estudio de Good Health at Low Cost mostraba esto y en el segundo pudo observarse que la misma se profundizaba y también era la piedra angular de los nuevos casos estudiados. El mensaje es claro: una atención primaria efectiva con un sistema adecuado de referencia a los niveles superiores es clave para lograr buenos resultados de salud.

Las experiencias evaluadas en este nuevo grupo de países apoyan este mensaje. En Bangladesh, el proceso empezó en los años 70 con la planificación familiar como un programa vertical, que se transversalizó en la década de 1990 a nivel nacional, como un programa de salud reproductiva, el cual incluye la prevención como parte integral de la atención primaria. En Tailandia, la inmunización fue una característica de envergadura de los consecutivos planes quinquenales. El acceso a los servicios primarios es de fundamental importancia en todos los países, que buscan medios de lograrlo aún en las zonas menos accesibles. Para esto se involucra a trabajadores comunitarios que realizan visitas domiciliarias, sobre todo, en áreas rurales.

El tema de la provisión de medicamentos es otro aspecto clave. Todos los países establecieron programas para mejorar este suministro. En Tailandia, los sistemas computarizados en los depósitos farmacéuticos fortalecieron la cadena de abastecimiento y mejoraron la gestión de medicamentos. Se terminó con el monopolio de ciertos productos y los precios bajaron. Bangladesh es pionero en innovaciones de bajo costo para tratar enfermedades comunes. La entrega de SRO a través de trabajadores comunitarios removi6 a la diarrea como causa principal



de muerte infantil. Tamil Nadu se asoció al sector privado para programas específicos con significativos logros. Kirguistán implementó un nuevo sistema de pago a proveedores, de modo pionero en Asia central.

Construir resiliencia en el sistema de salud

Recuadro 5. Características de un sistema de salud exitoso

- Tiene visión y estrategia de largo plazo;
- Invierte adecuadamente y de manera sostenible en el tiempo;
- Da prioridad a la atención primaria;
- Invierte en infraestructuras adecuadas, equipos y abastecimiento, articulando los elementos con eficiencia;
- Se sustenta en recursos humanos calificados que se preparan de manera continua;
- Busca abordar la inequidad;
- Construye consenso social;
- Permite flexibilidad y autonomía en la toma de decisiones;
- Es resiliente y aprende de las experiencias previas;
- Logra sinergias entre sectores y actores, demostrando apertura al diálogo y colaboración entre el sector público y el privado, con la efectiva rectoría del gobierno.

FUENTE: Adaptado de Balanova, et al. 2011.

La necesidad de estar preparados para eventos extremos inesperados de tipo climático, económico o político, fue reconocida por todos los países. Algunos de ellos, como Bangladesh, Tailandia y Etiopía experimentaron desastres naturales en gran escala y todos ellos han establecido sistemas para prepararse para tales eventos. Bangladesh invirtió en planes de contingencia para desastres, lo cual le permitió responder con éxito a muchas inundaciones estacionales y sequías. Tailandia implementó un sistema de alarma temprana de tsunami. Etiopía mejoró su sistema para responder a las sequías, aunque persisten limitaciones, enfrentándose eventos climáticos extremos que resultan en hambrunas frecuentes. Cuando esto sucede en un país, inevitablemente afecta a sus vecinos, incrementando, por ejemplo, las migraciones, con todos los problemas que las mismas conllevan.

Conclusión

La experiencia de los países incluidos en el libro *Good Health at Low Cost* así como la de los estudios de caso de los países de América Latina incluidos en este estudio, parece mostrar que los sistemas de salud de cada uno de los países estudiados son únicos en sí y han seguido rutas distintas y adecuadas a sus circunstancias particulares en su búsqueda de la cobertura universal.

Para alcanzar la cobertura universal a la vez que dar respuesta a los retos que impone la problemática de salud, es necesario establecer sistemas con infraestructuras adecuadas, aprovisionamiento de equipos y medicamentos confiables, personal calificado y equipos multiprofesionales que cuenten con mecanismos de aprendizaje permanente, unidos a procesos de gestión que aseguren que todo esto funcione de manera eficiente y viable en materia de costos.

Todos los países estudiados registraron inversiones en salud por encima del promedio particularmente en prevención y atención primaria, constituyendo esta el punto focal del sistema sanitario y una plataforma para abordar otros asuntos sociales como la participación y el empoderamiento. Esta política estuvo apuntalada por un compromiso con el logro de la equidad dentro y fuera del sistema sanitario, lo que se evidenció en los esfuerzos desplegados por cada uno de los países para abordar inequidades de diferentes tipos (de género, de ingreso, exclusión social, y disparidades urbano-rurales). Entre estas intervenciones se ubican, por ejemplo, programas para garantizar la provisión de servicios a los segmentos más vulnerables de la población y para mejorar su participación política.

De esta manera, puede concluirse que un elemento común de los países exitosos fue su visión de la salud como un derecho fundamental de las personas, al menos en lo referente a los servicios básicos, lo cual se reflejó en la creación de estructuras institucionales que contribuyeron al ejercicio de este derecho, por un lado, y en las prioridades establecidas para gasto estatal por otro. Asimismo, esta visión se tradujo en la incorporación de mecanismos de buena gobernabilidad en las instituciones del sistema de salud y del Estado, asumiéndola como un compromiso político con el desarrollo.

Nos preguntamos en qué medida, el Estado y la sociedad dominicana comparten esa visión. Y en qué medida, la nueva reforma de salud que necesitamos hacer, apunta en esa dirección.

Capítulo 9

HACIA UNA NUEVA VISIÓN DE FUTURO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD



Desde hace varios años, existe un movimiento internacional con mucha fuerza, encaminado a promover la cobertura universal en salud en todos los países. Pero, ¿qué es la cobertura universal? ¿Cómo podemos definirla? La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la misma consiste en “asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos”.¹⁹⁴ Aunque expresada de manera simple, esta definición incluye muchos temas claves: el concepto de universalidad y equidad, la existencia de un mismo paquete de prestaciones para todos, de calidad de los servicios para que sea factible que resuelva los problemas de salud que la población necesita, que sea asequible para todos, es decir, con adecuada protección financiera.

Alcanzar esta meta es particularmente difícil en el nuevo milenio, pues en la República Dominicana, igual que en muchos países, está en camino la transición epidemiológica, donde el peso de las enfermedades no transmisibles y los accidentes se hacen cada vez mayores, imponiendo grandes retos al sistema de salud. Tal como muy bien señalan Knaul, Frenk et al.,¹⁹⁵ los sistemas de salud que

¹⁹⁴ Disponible en: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/

¹⁹⁵ Knaul, F., Bhadelia, A., Atun, R. and Frenk, J., *Achieving effective universal health coverage and diagonal approaches to care for chronic illnesses*, *Health Affairs* 34, No. 9, 2015.

existen en la mayoría de los países, fueron diseñados para manejar casos agudos, que se resolvían rápidamente con la curación o con la muerte. La cronicidad, por su parte, impone demandas importantes en cada una de las funciones del sistema de salud en el camino hacia la cobertura universal, a las cuales deben integrarse todas las etapas del continuum de la enfermedad crónica para que sea efectiva.¹⁹⁶ Este es un tema clave porque impone grandes retos al sistema y enfrentarlos se hace ineludible a medida que un país avanza y va superando los problemas más sencillos, como los materno-infantiles y las infecciones.

A fin de que sea posible alcanzar la cobertura universal con equidad y protección financiera, uno de los aspectos de mayor importancia donde la atención tiene que enfocarse es en el financiamiento del sistema de salud. Por eso la OMS dedicó uno de sus informes mundiales –el correspondiente al año 2010–¹⁹⁷ a este tema crucial. Una de las conclusiones indica que se necesitan más recursos para la salud, a fin de que sea posible brindar los servicios de calidad que la población necesita. Es necesario que estos fondos sean aportados mediante mecanismos obligatorios, pues de lo contrario recaerían sobre los que requieren los servicios, atentando contra sus finanzas y de manera poco equitativa. Para que los fondos rindan, se requiere que los riesgos se distribuyan de la forma más amplia posible. Asimismo, se necesita que los mismos sean administrados de manera efectiva y que los recursos no se malgasten de forma innecesaria. “Más dinero para

¹⁹⁶ Knaul, F. et al., opus cit., 2015.

¹⁹⁷ Organización Mundial de la Salud, *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, Informe sobre la salud del mundo, Suiza, 2010.

la salud y más salud por el dinero”, según palabras del propio informe.

Todo lo anterior es factible de ser logrado por el sistema de salud de la República Dominicana, siempre que exista la voluntad política de adoptar las medidas necesarias.

Tal como vimos en el capítulo anterior, los países exitosos en sus avances hacia la cobertura universal lo hacen siguiendo modelos muy distintos de organización y financiamiento, adoptando prioridades y políticas acordes con su contexto y su cultura.

Se ha mencionado la existencia de dos modelos claves de organización de los sistemas de salud, a saber, el modelo Beveridge, que propugnaba por sistemas nacionales de salud financiados básicamente por impuestos generales y el modelo Bismark, basado en seguros sociales. Aunque los sistemas de salud pueden agruparse de acuerdo a esta distinción y cada uno de ellos tiene retos diferentes, la utilidad analítica de la misma para fines de alcanzar la cobertura universal, ha sido superada según el juicio de algunos autores, siendo ahora más relevante pensar en términos de funciones que de modelos, es decir, atender a cómo se implementan la función recaudatoria, de administración del riesgo, compra estratégica y beneficios incluidos, con la finalidad última de que la población reciba los servicios que necesita.¹⁹⁸

¹⁹⁸ Kutzin, Joseph, Health financing for Universal Coverage: what’s working, and what issues between health and finance, Presentation in Financing health care systems: macroeconomic and fiscal implications of financing universal health coverage, Pan-American Health Organization (PAHO), 8-9 November 2012, Washington, DC.

De esta manera, cada país se organiza según sus propios valores y contexto, tal como lo indica el informe de la OMS sobre la financiación de los sistemas de salud: “el camino de la cobertura universal debe ser individual y propio de cada país”. No obstante, hay ciertas condiciones mínimas indispensables que ya han sido ampliamente comprobadas, que hemos señalado previamente y que vale la pena reiterar aquí.

No es posible alcanzar la cobertura con equidad mediante un sistema financiado con pagos directos (o de bolsillo) o con seguros voluntarios. Tampoco es posible lograrlo con sistemas fragmentados en compartimientos estancos sin solidaridad ni distribución del riesgo ni subsidios cruzados. La revisión internacional realizada por numerosos autores¹⁹⁹⁻²⁰⁰ sobre las distintas formas de organización de un sistema de salud y sus posibilidades de alcanzar la cobertura universal, indican que se requiere de:

- Estar basados en el financiamiento público obligatorio, es decir, no importa tanto ya cómo se recaudan los fondos, lo fundamental es que el grueso del financiamiento del sistema de salud sea compulsivo (mediante impuestos generales o específicos o mediante cotizaciones a seguros sociales o nacionales basadas en salarios o en ingresos, o mediante cualquier otro tipo de contribución obligatoria).

¹⁹⁹ Kutzin, J. opus cit., 2012.

²⁰⁰ Ursula Giedion, Eduardo Andrés Alfonso and Yadira Díaz, *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*, World Bank, Universal Health Coverage Studies Series (UNICO) UNICO Studies Series No. 25, Washington, DC, 2013.

- Incluir un subsidio público para quienes no pueden aportar, a fin de que todos puedan tener acceso al mismo conjunto de servicios.
- Eliminar la fragmentación, es decir, mantener a toda la población dentro del mismo sistema, con las mismas prestaciones y la misma calidad, con una adecuada distribución del riesgo, sin crear “esquemas separados para pobres”.

En la República Dominicana están sentadas las bases para que estas condiciones mínimas puedan asegurarse, asignando los fondos necesarios y evitando que las presiones políticas y los intereses privados y de grupos de poder desvíen el sistema de su camino hacia la cobertura universal.

Sustentado en lo anterior, se ofrecen las siguientes reflexiones y recomendaciones. Un resumen según las funciones del sistema de salud, se esquematizan en los cuadros al margen.

Profundizar la reforma existente

La legislación vigente, con todas sus limitaciones, puede permitir al país encaminarse hacia la cobertura universal. Después de las leyes marco del año 2001, varias otras disposiciones han venido a completar el funcionamiento del sistema, incluyendo la ley 1/12 sobre la Estrategia Nacional de Desarrollo y la ley 123 de 2015, que vino a culminar con el proceso de separación de funciones. Aunque el marco legal pudiera ser perfectible en muchos aspectos, no es indispensable modificar las leyes para lograr las metas. Más bien podría ser peligrosa una

vuelta atrás, sin tener todavía la fortaleza institucional necesaria. En el país lo que se requiere es voluntad política, expresada en la asignación de los fondos y en la decisión de hacer que las leyes y normativas sean cumplidas. Esto último pudiera expresarse como la fortaleza de las instituciones, la cual, en definitiva, resulta de la misma voluntad política.

La reforma de salud ha sido sumamente exitosa en afiliar a 70% de la población dominicana y darle derecho a una cobertura explícita de servicios de salud, la misma para todos. Es cierto que, en la práctica, dicha cobertura no es la misma para todos en términos de costo, de calidad, de acceso y de capacidad resolutive. Es cierto que 30% todavía no tiene afiliación y es más difícil de alcanzar. Es cierto que los fondos que asigna el Estado son claramente insuficientes. Es cierto que el contenido del paquete de prestaciones no necesariamente cubre las necesidades de salud de la población dominicana, en términos de prioridades y de integralidad de los servicios. Es cierto que existen copagos demasiado altos, algunos incluso ilegales, límites de cobertura y otras barreras financieras. Es cierto que todavía hay gastos de bolsillo relativamente elevados.

Todos estos problemas pueden ser resueltos con la adecuada gestión, si existen la visión estratégica, los recursos y la decisión de solucionarlos. En los próximos párrafos se incluyen algunas ideas en esa dirección.

Aumentar el financiamiento obligatorio

Hemos visto que este es un elemento clave para el logro de la cobertura universal: el aumento de los recursos

RESUMEN DE RECOMENDACIONES SOBRE LA FUNCIÓN DE FINANCIAMIENTO: RECAUDO

- Aumentar el financiamiento obligatorio del sistema de salud, ya sea en base a impuestos generales o a contribuciones especializadas, como son las de la seguridad social.
- Trazar la meta de unificar los fondos provenientes de todas las fuentes para permitir subsidios cruzados, aunque la administración permanezca separada.
- Realizar los estudios necesarios para evitar la dispersión de recursos que se colectan separados y se asignan mediante esquemas distintos, pero cuyo destino es la salud, como los de accidentes de tránsito, accidentes de trabajo, accidentes personales dentro de los seguros de vehículos, las pólizas de seguros privados que se realizan sin pagar la cobertura obligatoria, posibles duplicidades en los planes complementarios, fondos para cubrir medicamentos de alto costo, recursos que se asignan a organizaciones no gubernamentales y hospitales autogestionados sin obligatoriedad de entregar servicios a los más pobres, y otros.
- Revisar las escalas salariales que reportan las empresas a la TSS y, en coordinación con la DGII, vigilar mejor para evitar la evasión y la elusión. Asimismo, contribuir al proceso de formalización de las empresas.
- Publicación de los datos relativos a los contribuyentes en términos de salarios y pagos a la TSS, para que se constituyan en un mecanismo de presión para que las empresas nacionales regularicen su situación, de manera tal que fuera posible ampliar la cobertura del régimen contributivo.
- Aumentar los aportes provenientes de fondos generales para cubrir adecuadamente la población de bajos ingresos, no solo a los pobres inscritos en el SIUBEN, sino también al sector informal de bajos ingresos.
- Estudiar mecanismos para que la afiliación al sistema sea obligatoria para todo el mundo, independientemente de su capacidad de pago. Esto haría que contribuyan las personas que trabajan de forma independiente y perciben ingresos relativamente elevados muchos de los cuales adquieren pólizas de seguros privados sin contribuir al sistema público.

aportados por el Estado, financiados mediante mecanismos compulsivos (impuestos generales o contribuciones específicas, como la seguridad social). En la República Dominicana, tal como hemos visto en las páginas precedentes, el gasto en salud es bajo en comparación con la mayoría de los países de Latinoamérica, así como de los países que presentan éxito en sus logros de salud. Pero, sobre todo, los aportes públicos son muy bajos, inferiores al 3% del PIB (sumando los que se financian con impuestos generales y los que provienen de cotizaciones de la seguridad social). La OMS ha sugerido el doble como parámetro indicativo de dónde debería oscilar el financiamiento público. También ha habido acuerdos internacionales, como el de Abuja, donde se consagra un mínimo del 15% del presupuesto nacional destinado a salud, como muestra de

compromiso gubernamental. Se ha podido ver que los países exitosos han tenido un compromiso público sostenido durante mucho tiempo.

Es fundamental dar seguimiento al gasto en salud, sobre todo mediante el enfoque de los esquemas de financiamiento, tal como se realiza al adoptar la metodología de las cuentas de salud. Esto permite distinguir entre los diferentes tipos de esquemas, pudiendo verse con claridad los fondos que se financian mediante regímenes obligatorios y voluntarios. Como hemos dicho, solo los primeros pueden lograr encaminarnos hacia la cobertura universal con equidad y sin cargas financieras excesivas para los hogares.

¿Cuántos fondos adicionales se necesitan para brindar cobertura de calidad a la población dominicana? Esto es algo que no ha sido estudiado con detenimiento. Para poderlo estimar se requiere determinar el costo de un PBS integral que ofrezca real protección de salud y financiera a la población.

También se requiere definir el modelo de atención con el cual se van a entregar dichos servicios. Y se requiere dar seguimiento permanente a los costos, los gastos y la calidad de los mismos, así como a la racionalidad en el uso de los recursos. Como no se han hecho tales estudios, no se puede hablar de manera simplista en que es necesario aumentar los recursos públicos en tal o cual proporción del PIB.

Aun así, sabemos que se necesitan más recursos para la salud. Pero, ¿de dónde van a salir estos? La economía dominicana, a pesar de sus altas tasas de crecimiento, posee ciertos constreñimientos de tipo estructural que

impiden el crecimiento de la presión tributaria. Por décadas se han venido realizando reformas fiscales y aumentando las tasas impositivas, con logros temporales, para retornar una y otra vez a tasas inferiores al 15% del PIB. Esta situación no ha sido suficientemente estudiada y no se comprende a cabalidad sus causas, por lo que tampoco se han tomado las medidas adecuadas para subsanarla. No obstante, esto es una prioridad de las autoridades nacionales, tanto para mejorar las inversiones necesarias que requiere el sistema de salud como para el resto de los programas públicos.

Las principales vías para aumentar el financiamiento obligatorio en la República Dominicana deberían ser: aumento del subsidio público vía la demanda a la población de bajos ingresos, aumento de las recaudaciones del seguro familiar de salud, ya sea aumentando las cotizaciones, la base imponible y/o mejorando la eficiencia en las recaudaciones.

El principio de solidaridad se basa en tomar de quien puede pagar para atender a quienes tienen las necesidades de salud, a saber, de los que tienen más ingresos para los que tienen menos, de los sanos a los enfermos, de los jóvenes a los viejos. Los cambios que se introdujeron a la propuesta de reforma para hacerla viable políticamente en su momento, se tradujeron en reducir la solidaridad del sistema de salud. En efecto, en la propuesta original de reforma, la tasa de cotización era más elevada que la finalmente incluida en la ley. Asimismo, el límite máximo se elevaba a 20 salarios mínimos, lo cual permitía gravar a las personas de salarios más elevados. Otro aspecto que incluía dicha propuesta y que también fue desestimado, era que la base imponible no era el salario, sino los ingresos. Si bien los fondos provenientes de

fuentes de ingreso diferentes de los salarios son más difíciles de recaudar (como es el caso del impuesto sobre la renta), al menos esta necesidad pone en el camino de mejorar las recaudaciones de quienes perciben ingresos más altos. Volver a estas propuestas pudiera requerir cambios en la legislación, por lo que, quizás, sería preferible inicialmente buscar otras medidas con efectos similares, para no desgastarnos en un proceso de discusiones que se traduzca en posponer las decisiones fundamentales para mejorar el sistema de salud.

El que nuestro sistema de cotizaciones se base en los salarios es un problema en términos de su capacidad recaudatoria. Por un lado, está el tema reiterado de la informalidad de la economía dominicana, que según estimaciones asciende a alrededor de la mitad de la población trabajadora. Una gran parte de los trabajadores informales poseen bajos ingresos, por lo que la forma más sencilla de garantizarles cobertura de salud sería dándoles acceso a un carnet del régimen subsidiado y diseñar, quizás para más adelante, algún sistema de copagos variables dependiendo del nivel de ingresos. Aquellos que tienen medianos y altos ingresos –como los profesionales independientes– deberían ser formalizados, en un esfuerzo conjunto con la DGII, mejorando la función fiscalizadora y la información sobre los contribuyentes.

Todas las personas deberían estar inscritas en la seguridad social, independientemente del régimen al que pertenezcan. Todo el mundo debería estar obligado a tener un seguro de salud y pagar las cotizaciones que le correspondan. Por ejemplo, no debería estar permitido tener un seguro privado, sin aportar primero por el básico u obligatorio. Las cuentas de salud muestran que los dominicanos pagan montos sustanciales de fondos por seguros

complementarios u otros seguros privados, pero no existe información sobre cuántas de estas personas también pagan las cotizaciones obligatorias. Esta transparencia –además de mejorar la información para el fisco– permitiría al usuario saber qué está comprando al adquirir un seguro privado, si realmente está pagando por un mayor confort y una mejor cobertura de medicamentos o de intervenciones fuera del plan obligatorio.

Se han pensado alternativas de agrupar a ciertos grupos del sector informal para favorecer su afiliación al régimen contributivo-subsidiado, que no se ha implementado, sobre todo, por la complejidad de la administración. Como hemos indicado antes, la experiencia internacional muestra que no es posible alcanzar la cobertura universal con seguros voluntarios. Cualquier esfuerzo en este sentido posiblemente sería más exitoso por una de dos vías: incrementar la formalización de la economía, por un lado y por el otro, asegurar obligatoriamente a esta población con ciertas modificaciones en la gestión del régimen subsidiado.

Otra forma factible de aumentar el financiamiento para la salud se relaciona con la unificación de fondos dispersos administrados de forma separada, cuyo fin último es la salud. Por ejemplo, el seguro de accidentes laborales, el de accidentes de tránsito, el de vehículos de motor que tiene una porción destinada a accidentes personales, los seguros privados que se venden de manera independiente, sin tomar en consideración el plan obligatorio, las posibles duplicidades en los planes complementarios, el financiamiento a las organizaciones no gubernamentales sin rendición de cuentas, los subsidios a hospitales autogestionados sin fines de lucro no vinculados con servicios a la población

pobre; los programas públicos para medicamentos de alto costo en instituciones específicas, como el MSP y PROMESE, fuera del seguro familiar de salud. Todo esto requiere de una cuantificación inicial y de un sistema adecuado de monitoreo del gasto y financiamiento a la salud, además de la realización de los estudios de viabilidad correspondientes.

También podrían tomarse en consideración otras vías existentes para incrementar las recaudaciones, que podrían especializarse en salud. Los expertos internacionales han pensado en lo que llaman “formas innovadoras de financiamiento”, refiriéndose a impuestos específicos, tales como los que se pueden cargar a los productos dañinos para la salud (alcohol, tabaco, refrescos, comida chatarra).

La República Dominicana es un país de ingresos medios altos, por lo que no puede esperar ayuda al desarrollo. En todo caso, debería aprovechar las escasas donaciones y los préstamos concesionarios de organismos internacionales para mejorar la eficiencia en las recaudaciones fiscales, en la entrega de los servicios públicos, en la transparencia financiera y la rendición de cuentas a todos los niveles.

Reducir el gasto de bolsillo

Las medidas encaminadas a aumentar el financiamiento público tienen como contrapartida la reducción del gasto de bolsillo de los hogares para financiar sus necesidades de salud, que constituye la forma más inequitativa de hacerlo. La reforma dominicana pareciera estar teniendo éxito en este sentido según algunas de las fuentes estadísticas, pero se requieren aún estudios adicionales y,

aun así, hay todavía un largo trecho por recorrer. Como hemos visto, la OMS recomienda que el gasto de bolsillo no sea más del 15-20% del gasto corriente en salud²⁰¹ y varios de los países comentados en este trabajo presentan cifras inferiores al 10%.

En el caso dominicano se ha visto que existen copagos legales relativamente altos, más pagos ilegales. Existen también topes de cobertura para ciertos eventos de salud catalogados como catastróficos desde el punto de vista financiero. Dichos topes, aunque constituyen una protección, puede ser muy relativa para algunos. Un porcentaje importante de la población no está todavía asegurada, lo cual es probablemente la causa principal de la prevalencia de pagos directos. Por lo tanto, universalizar la cobertura de aseguramiento es uno de los mecanismos fundamentales para reducir el gasto de bolsillo y mejorar la equidad financiera de un sistema de salud. Esta es una de las recomendaciones claves del informe de la OMS sobre el financiamiento de los sistemas de salud.

Otras barreras de acceso también afectan a los hogares: la negación de coberturas, la inexistencia de proveedores en una zona determinada, la baja capacidad resolutive de los proveedores públicos, ya sea porque están cerrados, no están los médicos dando consultas o no tienen los insumos. Los gastos de transporte pueden constituir una barrera de acceso importante para las personas más pobres. Si a esto se agrega los tiempos de espera y las veces que se tiene que regresar con análisis y para segundas consultas, la atención en salud puede ser una carga

²⁰¹ Organización Mundial de la Salud, *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, Informe sobre la salud del mundo, Suiza, 2010.

financiera importante para muchas familias que puede desincentivar, incluso, la utilización de los servicios. Esto tiene que ser tomado en cuenta al diseñar el modelo de atención y la organización del sistema. Por eso no basta con tener la afiliación. Hemos visto que la población pobre asegurada al régimen subsidiado no está suficientemente protegida de gastos catastróficos en salud.

En la mayoría de los países, incluida la República Dominicana, el grueso del gasto de bolsillo se registra en la compra de medicamentos. Dada la oferta extraordinaria de opciones que existen en este terreno, siempre habrá compras directas de medicamentos no recetados –no incluidos en la lista de prioridades–. Pero existe un terreno inmenso de políticas públicas posibles para racionalizar la indicación, el uso y la cobertura de medicamentos, siempre pensando en lograr la mayor protección posible para la población.

Reducir la fragmentación

El mecanismo principal que recomienda la OMS para aumentar el financiamiento público, reducir el gasto de bolsillo y proteger financieramente a la población en el camino hacia la cobertura universal, es la ampliación de los fondos prepagados agrupados en el menor número posible de fondos para distribuir mejor el riesgo.²⁰² Cuando hay muchos esquemas de financiamiento, cada uno con su población, sus reglas de participación, sus beneficios y formas de financiamiento separadas, no es posible distribuir ampliamente el riesgo ni proteger adecuadamente a la población.

²⁰² OMS, opus cit., 2010.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES SOBRE LA FUNCIÓN DE FINANCIAMIENTO: MANCOMUNACIÓN

- Avanzar en el proceso de mancomunación hacia la constitución de un fondo único con diferentes fuentes de financiamiento, eliminando la segmentación y permitiendo que el riesgo se distribuya adecuadamente —es decir, trascender los esquemas de financiamiento basados en la nómina, hacia la protección financiera integral para el que la necesita, independientemente de quién aporte los recursos.
- Dar seguimiento al gasto de bolsillo y a los indicadores de equidad y protección financiera, asegurando el aumento de la cobertura poblacional concomitantemente con la garantía de los servicios necesarios (amplitud, altura y profundidad de la protección financiera).
- En lo que concierne al aseguramiento, es fundamental mejorar la distribución del riesgo y asegurar que se proteja a la población del riesgo de enfermarse, atendiendo el tema de los elevados copagos, negación ilegal de coberturas, doble afiliación y superposición de planes complementarios.

El ejemplo de Tailandia —uno de los países con mayores avances hacia la cobertura universal— es esclarecedor. Ha implementado un esquema de financiamiento único, que incluye 47 millones de personas, asegurando que se ejerza la solidaridad entre todos ellos. De esta forma, el gobierno de este país puede ofrecer cobertura a toda su población con niveles relativamente bajos de inversión pública en salud (3%). Este fondo mancomunado tiene dos virtudes esenciales que permiten la distribución del riesgo: el tamaño y la diversidad poblacional.²⁰³

Según estimaciones realizadas para Francia, 5% de la población es responsable de más de la mitad del gasto en salud. Un reducido número de personas, visto globalmente, pero que tienen problemas de salud extremadamente costosos. Si se sube la población al 20%, el gasto en salud en que incurren estos asciende al 78% del total.²⁰⁴ Esto nos habla de la importancia del tamaño y diversidad de los fondos mancomunados para que sea factible distribuir el

²⁰³ Kutzin, J. opus cit., 2012.

²⁰⁴ Kutzin, J. opus cit., 2012.

riesgo entre todos y dar la cobertura necesaria a aquellos que la necesitan. Por eso es que la solidaridad entre enfermos y sanos es tan necesaria, lo que sucede al aumentar el tamaño de los fondos mancomunados.

En un fondo como el de Tailandia, se unen los recursos que provienen de las contribuciones obligatorias con los subsidios que otorga el Estado a quienes no pueden contribuir. El paquete de prestaciones es el mismo para todos, definido centralmente su contenido, su costo y el modelo de atención. Un sistema con estas características puede alcanzar la cobertura universal, pues posee fundamentos firmes. Muchos elementos de ese sistema existen en el marco legal de la República Dominicana; pero ¿podemos hacerlo funcionar?

Cuando se concibió la reforma de salud, hace veinte años, se pensó que los recursos debían mancomunarse en un solo fondo, sin separar la población subsidiada de la que tenía capacidad contributiva. El financiamiento de ambas provendría de fuentes distintas, pero el PBS sería el mismo y el riesgo se distribuiría entre todos. En la realidad, el financiamiento del seguro familiar de salud ha sido fragmentado en un esquema contributivo y uno subsidiado, sin vasos comunicantes entre ellos. La existencia de numerosas ARS dificulta la administración del riesgo, pues reduce su tamaño y ellas tienen que ejercerlo al interior de su propia entidad, con mecanismos disuasivos de uso de servicios, ya que teóricamente no tienen permitido negar lo que está incluido dentro del PBS. Otros mecanismos para defender su rentabilidad son la promoción de sus servicios para buscar afiliar a poblaciones sanas y la venta de planes complementarios.

No obstante, el sistema dominicano tiene fortalezas que pueden permitir mejorar la distribución del riesgo, aumentar la cobertura de servicios y mejorar la protección en salud y financiera de la población, a saber: las contribuciones se vinculan con los ingresos y no con el costo del paquete; todos los recursos se depositan en la TSS, tanto los de origen contributivo como los no contributivos (aunque lo hacen en cuentas separadas, es algo sobre lo que es factible influir); el costo y el contenido del paquete se determinan centralmente, así como el monto de los pagos per cápita.

Garantizar coberturas explícitas

Un aspecto central para asegurar que la población tenga la protección que necesita para atender sus necesidades de salud, es el paquete de servicios, el PBS. Como vimos en la sección correspondiente, la construcción interna del PDSS que todavía está vigente en el país impide asegurar dicha protección porque está basado en un listado de intervenciones que no pueden ser vinculadas a los diagnósticos. De tal modo, no existe seguimiento de estos últimos y de las coberturas ofrecidas para atenderlos, ni tampoco sobre los resultados del tratamiento. Como es evidente, tampoco existen estudios sobre costos ni gastos de los tratamientos, ni sobre los recursos disponibles, ni sobre las mejores y más costo efectivas tecnologías modernas o las formas más adecuadas de brindar los servicios.

En la actualidad están en proceso los estudios para realizar un cambio radical de concepción sobre el proceso de construcción del PBS, basado en las necesidades de salud de la población e incluyendo garantías explícitas de

cobertura a todo lo largo de la llamada “historia natural de la enfermedad”. Esto permitirá cubrir de manera efectiva con los problemas de salud prioritarios y, sobre todo, dar seguimiento a la cobertura, la calidad y los costos de atenderlos. Es decir, podrá comenzar a implementarse en el país una verdadera gestión de compra estratégica de servicios de salud.

La información que irá generando el sistema permitirá realizar cambios informados en la organización del servicio y en el modelo de atención, permitiendo racionalizar las decisiones en el uso de los recursos, en los gastos y las inversiones.

Alrededor de ese PBS – que contiene las atenciones que progresivamente irá garantizando el sistema de salud, deberán girar las demás decisiones

RESUMEN DE RECOMENDACIONES SOBRE LA FUNCIÓN DE FINANCIAMIENTO: COMPRA ESTRATÉGICA

- El tema de la compra estratégica de servicios es fundamental para lograr la protección financiera en salud hacia la cobertura universal. El contenido y costo del PBS es un tema clave y debiera ser el centro de la reforma tanto del financiamiento como de la provisión.
- La definición del contenido del PBS deberá estar supeditada a las prioridades nacionales de salud, la carga de enfermedad y, en definitiva, las necesidades de la población.
- La importancia de priorizar las intervenciones (identificar los problemas prioritarios de salud y la forma más adecuada de atenderlos –estudios de carga de enfermedad, costo-efectividad, normas y guías clínicas)
- El PBS deberá garantizar la entrega de un conjunto explícito de servicios para atender de manera integral, problemas de salud prioritarios, haciéndolo de una manera integral que tome en cuenta la historia natural de la enfermedad. Esto significa un cambio radical en la forma en que se ha implementado hasta la fecha el seguro familiar de salud.
- Para que esto sea posible, se requiere que la construcción y cálculo de los costos del PBS se sustenten en la evidencia técnica y científica, incluyendo estudios de costo-efectividad, estudios comparativos de costos, monitoreo de precios y tarifas, así como en una adecuada evaluación de las tecnologías, para lo cual se recomienda la creación de un departamento especializado en la SISALRIL, que sea el germen de una futura agencia de priorización en salud.
- El sistema deberá garantizar un mismo PBS para toda la población, independientemente de la fuente de financiamiento, tal como está consignado en la legislación. Y este PBS será el instrumento principal hacia la cobertura universal.
- Alrededor de este PBS es que se organiza el modelo de atención y los mecanismos de pago a los proveedores, procurando lograr economías sistémicas mediante la especialización y la racionalización en el uso de los recursos.
- Dar seguimiento permanente a la entrega de servicios y los flujos financieros para garantizar el equilibrio y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES SOBRE LA FUNCIÓN DE PROVISIÓN

- Concebir la función de provisión con una perspectiva sistémica, es decir, superar la división de redes públicas y privadas. Articular la provisión alrededor del PBS, independientemente de quién preste los servicios, especializando los proveedores y los medios de pago según sus capacidades.
- Establecer el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud, invirtiendo en la infraestructura necesaria y articulando los proveedores existentes en redes integradas, con sistemas adecuados de información y de referencia, racionalización de la atención y reducción de los costos de atención.
- Reestructurar y descentralizar los hospitales públicos y las regiones de salud, mejorando la infraestructura y los recursos físicos, humanos y tecnológicos, promoviendo la autogestión con rendición de cuentas y promoviendo el pago a los proveedores de acuerdo al desempeño.
- Integrar la provisión mediante la articulación de redes de servicios de diferentes niveles de atención, con información eficiente y de calidad sobre la historia clínica de los pacientes a todo lo largo del sistema, que promueva la salud de la gente.
- Priorizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, usando mecanismos de pago que incentiven la prevención y la cobertura efectiva de tratamiento para los problemas crónicos.
- Dar seguimiento continuo a la calidad de los proveedores, estableciendo indicadores acordes con el nivel de atención y la especialidad de los mismos.

relativas a la organización de los servicios, las decisiones sobre en qué invertir, las tecnologías más adecuadas, los proveedores con más capacidad de entregarlas, los costos, los precios, la racionalidad de que el país disponga de ciertos equipos y de que prepare recursos humanos en ciertas áreas. El país debe fortalecerse para llevar adelante este proceso, que es continuo, de largo plazo, porque la ciencia y la tecnología se desarrollan de manera permanente, por lo que cada día surgen nuevos productos, nuevas técnicas, nuevos procedimientos, nuevos insumos, a la vez que otros van quedando obsoletos. También los costos se modifican con el tiempo y requieren monitoreo permanente.

Sugerimos crear un departamento para dar seguimiento a todo esto y que se establezca en la Superintendencia de Salud, el cual sería la base para una eventual agencia de análisis y/o evaluación de tecnologías, que es la tenden-

cia que existe a nivel internacional. Se recomienda fortalecerlo con un elevado nivel técnico y multidisciplinario, asociado a las universidades y a otros centros similares en el mundo, capaz de asesorar sobre posibles cambios en los protocolos, sobre costo efectividad de tratamientos, manteniéndose al día de los estudios científicos y evaluaciones realizadas ya en otros países con mayores recursos y posibilidades.²⁰⁵

Por ejemplo, los Estados Unidos asignaron hace unos años \$1.1 billones de dólares para establecer el Consejo Federal para la Investigación Comparativa sobre Efectividad, el cual tiene la misión de comparar la efectividad de miles de tratamientos médicos.²⁰⁶ Obviamente, esto tiene impacto en el contenido de los paquetes de salud y en los protocolos que sustentan las intervenciones incluidas. Si ya estos esfuerzos se están realizando en otros países, para el caso dominicano sería fundamental que se diera seguimiento a los mismos.

Aumentar la eficiencia

Un estudio realizado por Pricewaterhouse Cooper²⁰⁷ estimó que en los Estados Unidos –el país que más gasta en salud en el mundo– la mitad de los dos billones de

²⁰⁵ Algunas de estas entidades son: el Centro Danés de Evaluación de Tecnologías de Salud, la Agencia Canadiense de Drogas y Tecnologías de Salud, el Instituto Británico para la Salud y Excelencia Clínicas (NICE), el Instituto Alemán de Calidad y Eficiencia en Salud. En Latinoamérica también se han creado entidades similares.

²⁰⁶ OECD, Informe Ministerial, Foro sobre la calidad de los servicios de salud, París (2010).

²⁰⁷ *The price of excess: identifying waste in health care spending*. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009. Citado por OMS, opus cit., 2010.

dólares que se destinan a esos fines son perdidos o malgastados por ineficiencias en la gestión.

Entre las prácticas ineficientes citaban contratos mal ejecutados, uso irracional de medicamentos, fragmentación en el financiamiento o en la administración, mala administración de los recursos humanos, errores, corrupción. Imagínese lo que será en países donde las instituciones son más débiles y existe menos transparencia en las cuentas públicas y privadas.

En la República Dominicana no existen estudios que permitan medir el costo de la ineficiencia. Hemos visto que esta es alta, porque no se conjugan los indicadores de cobertura de servicios con los pobres resultados. Hemos visto también que el país tiene gastos elevados en servicios especializados y casi inexistentes en servicios básicos, primarios y de promoción y prevención.

No existe una producción sistemática de datos sobre la oferta de servicios, los recursos físicos y humanos, las intervenciones, la organización de la provisión en sentido general. Es muy difícil la toma de decisiones acertadas sin contar con las evidencias que las sustenten. No obstante, hay ciertos temas claves que resaltan, se han reconocido desde hace décadas y no se acaban de implementar.

Hemos visto en las páginas precedentes que todos los sistemas exitosos de salud han otorgado prioridad a este durante mucho tiempo, con una visión de largo plazo y asignación importante de recursos financieros, poniendo un énfasis principal en la existencia de una red de servicios primarios con importante capacidad resolutive. Se dice que esta podría resolver 80% de los problemas

de salud de la población y, si nos atenemos a las cifras mostradas previamente sobre el estudio de Francia, con 20% del gasto. Es difícil entender por qué no se ha implementado en el país, incluso habiéndose propugnado por décadas y consagrado en la legislación vigente.

La única explicación es que, hasta el momento, ha faltado suficiente voluntad política, expresada en la toma de decisiones fundamentales y la asignación de los recursos y el liderazgo para implementarlas. Reestructurar profundamente el sistema de salud requiere tomar decisiones claves de gestión: qué servicios se van a entregar, dónde y con qué horario y, sobre todo, con qué personal. Esas decisiones no se han querido tomar, porque el sector público de salud, como el de educación ha sido durante décadas, una cantera de puestos para otorgar favores políticos. Esto ha resultado en legiones de trabajadores mal remunerados, desmotivados, que muchas veces no cumplen con sus contratos de trabajo, que pasan por el sistema público al iniciar su carrera profesional y que se alejan de él en cuanto pueden, o que permanecen allí por falta de otras oportunidades o para completar sus ingresos con una mínima dedicación. Y los gobiernos, uno tras otro, han pospuesto enfrentar el problema, a pesar de su falta de gobernabilidad.

Cuando se creó la Comisión Nacional de Salud que dio origen al libro *Salud, visión de futuro*, el sector había atravesado un período interminable de huelgas, muchos de cuyos reclamos siguen vigentes hoy en día. Las recomendaciones para poner punto final a estas crisis periódicas, para lograr la satisfacción del personal de salud y de las personas que reciben los servicios, estaban ya esbozadas en dicho documento. Fueron luego incorporadas en otras políticas públicas, como las leyes de salud

FUNCIÓN DE GENERACIÓN DE RECURSOS

- Asegurar que el sistema de salud cuenta con las inversiones adecuadas en materia de infraestructura, equipos médicos y recursos tecnológicos, adecuados a los diferentes niveles de atención, especialidad de los centros médicos y distribución espacial.
- Dar seguimiento continuo al desarrollo de nuevas tecnologías médicas, incluyendo medicamentos, equipos y nuevas intervenciones, en términos de calidad, precios, capacidad resolutoria, costo-efectividad.
- Asegurar la formación de los recursos humanos en salud de calidad, de acuerdo con las necesidades del país, poniendo énfasis en la profesionalización de la enfermería.
- Distribuir racionalmente los recursos humanos según las necesidades de la población, tanto en términos de su especialidad como de su localización geográfica, creando un sistema de incentivos que los atraiga a las zonas menos atractivas.
- Formar el recurso humano considerando la capacidad de respuesta a temas que no son de salud, lo que se ha llamado “calidez” – respeto a la privacidad, dignidad de los pacientes, información sobre su condición, apoyo humano.
- Fortalecer la capacidad y permanencia del recurso humano que trabaja en el primer nivel de atención, aumentando la formación, evitando rotaciones y falta de continuidad.

y seguridad social, la Estrategia Nacional de Desarrollo y el Plan Plurianual de Inversiones. Se insistía entonces en separar la función financiera de la provisión de servicios. Esto se encuentra vigente desde el inicio de la implementación del Seguro Familiar de Salud, sobre todo con el régimen contributivo y parcialmente con el subsidiado. Pero, principalmente con los proveedores privados porque los públicos no acaban de reestructurarse. Se hablaba también de separar la rectoría de la provisión de servicios. Esto se encuentra vigente desde el

2015 con la ley que crea el Servicio Nacional de Salud.

Ahora toca implementar totalmente la separación del financiamiento de la provisión en el sistema de provisión pública. Es decir, establecer la autogestión a los hospitales públicos, empezando con los de tercer nivel, a fin de que puedan tomar decisiones sobre la contratación del personal de acuerdo a las necesidades del paquete de prestaciones que deben entregar,

así como lo concerniente a los salarios, la dedicación, pero funcionando en red con los sistemas regionales de salud, con reglas claras de operación y con transparencia y rendición de cuentas.

En lugar de contratos negociados centralmente por mecanismos políticos, estos se efectuarían en base a las necesidades del servicio y los salarios se establecerían de acuerdo con las capacidades personales de los interesados en trabajar en ellos. Estos hospitales dejarían de recibir una remuneración histórica, siendo financiados mediante los contratos que realizan con el SENASA y otras ARS. Hay suficientes modelos de autogestión en el país que funcionan adecuadamente y que podrían servir de ejemplo y práctica para los nuevos centros que incurrieren por este camino. No obstante, es preciso también revisar también los incentivos que algunos de estos hospitales privados sin fines de lucro han recibido, a fin de que los mismos estén vinculados a la entrega de servicios a la población más pobre y que estos recursos sirvan para financiar el régimen subsidiado.

Una profunda y verdadera reestructuración del sistema público de provisión de servicios contribuiría a reducir el dispendio de los magros recursos que se movilizan en el sistema de salud. Aunque esto no ha sido estudiado en la República Dominicana, puede ayudar a conocer lo que sucede en el mundo.

A continuación, se listan las diez principales causas de falta de eficiencia, identificadas por la OMS después de una revisión de la mayor parte de los sistemas de salud en el mundo.²⁰⁸ Dichas causas son de carácter

²⁰⁸ OMS, opus cit., 2010.

microeconómico, pero en conjunto afectan el desempeño global del sistema. Conocer lo que acontece a nivel global puede arrojar luces sobre las áreas prioritarias en que se debe trabajar en el caso dominicano.

- Subutilización de los medicamentos genéricos y precios más elevados de lo necesario
- Uso de medicamentos de baja calidad y falsificados
- Uso inadecuado e ineficaz de medicamentos
- Uso excesivo de pruebas y procedimientos, así como compras excesivas de equipos sin adecuada planificación
- Personal inadecuado para el servicio o muy caro, falta de motivación del personal
- Admisiones hospitalarias innecesarias y duración de la estancia inadecuada
- Tamaño inadecuado de las instalaciones hospitalarias y baja utilización de la infraestructura
- Baja calidad y errores médicos
- Derroche, corrupción y fraude
- Combinación ineficiente de los servicios / nivel inadecuado de estrategias

Muchas de estas fuentes de ineficiencia son de tipo microeconómico, las cuales, agregadas para la totalidad del sistema, ocasionan desperdicios o gastos excesivos al nivel macro. En el caso dominicano, entre muchos ejemplos de ineficiencia, no podemos de dejar de mencionar el tema de los precios de los medicamentos. Varios estudios han mostrado que los precios del mercado farmacéutico dominicano son muy superiores a otros países similares y, en general, al mercado internacional.²⁰⁹ Se han visto

²⁰⁹ Rathe, M., Pérez Minaya, R., Franco, L., Guzmán, D., *Medicamentos y propiedad intelectual: Evaluación del Impacto de los Nuevos Estándares*

disparidades inmensas entre los precios de los productos innovadores respecto a los genéricos y también entre los de las farmacias privadas y las de PROMESE/CAL. Los hospitales públicos, en vez de adquirir sus medicamentos en esta institución que realiza compras centralizadas, lo hacen en gran parte en las farmacias privadas, lo que implica mayores costos e ineficiencia.

El país necesita prestar atención a estos problemas resolviendo además los obstáculos estructurales de tipo sistémico que impiden el camino a la eficiencia y la calidad.

Mejorar la calidad

En el año 1999, un estudio realizado en Estados Unidos por el Instituto de Medicina²¹⁰ llamó a la atención, por primera vez, la terrible noticia de que los errores médicos mataban más personas que los accidentes de tránsito. De ahí en adelante, este indicador ha continuado midiéndose de manera sistemática, hasta el extremo de que un estudio reciente realizado por investigadores de John Hopkins llegan a la conclusión de que los mismos constituyen la tercera causa de muerte en los Estados Unidos.²¹¹ Investigaciones de otros países muestran también cifras alarmantes. Por ejemplo, un estudio nórdico indica

de Derechos de Propiedad Intelectual en el Precio de los Medicamentos en la República Dominicana, Fundación Plenitud / ICTSD / OPS / PNUD / SESPAS, Santo Domingo, República Dominicana, 2009.

²¹⁰ Institute of Medicine (IOM), *To err is human*, citado por el Informe Ministerial de la OECD, Foro sobre la calidad de los servicios de salud, París (2010).

²¹¹ Martin A Makary and Michael Daniel, *Medical error –the third leading cause of death in the US*, BMJ 2016; 353 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i2139> (Published 03 May 2016) Cite this as: BMJ 2016;353:i2139

que el 70% de las complicaciones y eventos adversos en pacientes hospitalizados (la mitad de las cuales los llevaron a la discapacidad) podían haberse prevenido. Otro, en Inglaterra, indica que el 40% de las admisiones por emergencia se podían evitar, si el sistema de atención primaria funcionara adecuadamente.²¹²

Esto ocurre en países reconocidos mundialmente por la calidad de sus servicios de salud y donde a la misma se le da seguimiento de cerca. En la República Dominicana no se da seguimiento a la calidad ni a la seguridad del paciente, como prácticamente a ninguno de los indicadores para medir el desempeño del sistema de salud.

La medición de la calidad debería constituir un componente esencial de la medición del desempeño de los sistemas de salud. Se ha señalado que esta podría mejorar la coordinación de la atención, de la prevención, del enfoque de atención centrado en el paciente, de las evaluaciones de tecnología y de los pagos a los proveedores según el desempeño.²¹³

Este mismo informe de la OCDE señala como factores que aumentan la necesidad de dar seguimiento a la calidad, el envejecimiento de la población, lo cual hace cada vez más compleja la mezcla de diagnósticos en los pacientes, con múltiples comorbilidades y discapacidades. El aumento del conocimiento médico, las nuevas posibilidades tecnológicas y la fragmentación en los sistemas de provisión de servicios hacen aún más necesario evaluar y dar seguimiento a la calidad de los procesos de atención y, al mismo tiempo, lo hace más complicado.²¹⁴

²¹² OECD, opus cit. (2010).

²¹³ OECD, opus cit. (2010).

²¹⁴ OECD, opus cit. (2010).

En la República Dominicana estos retos ya han comenzado a impactar el sistema de salud, a pesar de que todavía tienen un peso importante en la carga de enfermedad los llamados problemas de salud de la pobreza. Inclusive siguen pesando problemas que deberían estar resueltos, como la mortalidad materna y neonatal, vinculada claramente a problemas de calidad en el sistema de provisión público.

El informe de la OECD recomienda adoptar indicadores uniformes y aceptados internacionalmente para medir la calidad de los servicios de salud, haciendo hincapié en las siguientes áreas:

- *Atención primaria*, considerada como el componente vital para un sistema de salud efectivo. Si este sistema es bueno, va a evitar que muchas personas con enfermedades crónicas sean hospitalizadas. En consecuencia, medir y dar seguimiento a las hospitalizaciones evitadas en ciertas enfermedades tales como asma, enfisema/bronquitis, fallos cardíacos y diabetes, las cuales típicamente son manejados en el nivel primario, pero pueden complicarse.
- *Atención de agudos*: El grueso del gasto en salud de un país se destina a atender estos pacientes con problemas agudos, muchas veces complicaciones de una enfermedad crónica que no fue manejada adecuadamente en el nivel primario. Existen indicadores relacionados con algunas de las enfermedades más frecuentes, que permiten medir y comparar la calidad entre centros que ofrecen servicios similares y entre países. Por ejemplo, en el caso de la enfermedad cardíaca, un indicador usual

es la tasa de supervivencia en 30 días de pacientes con infarto del miocardio. La comparación de esta en el tiempo ha permitido a algunos países mejorar los procesos y reducirla, mediante intervenciones para mejorar la calidad.

- *Otras enfermedades:* En el caso del cáncer, que es una de las enfermedades que causa más impacto en la vida de las personas y en los costos de los sistemas de salud, también se han desarrollado indicadores que hablan de la calidad de los servicios. Entre ellos se encuentran la supervivencia al cabo de ciertos períodos de tiempo, por ejemplo, la supervivencia a cinco años en el cáncer de mama.

Una vez implementados estos sistemas permanentes de monitoreo de la calidad, los mismos pueden ser la base de pagos por resultados a los proveedores, los cuales son incentivos que compensan a aquellos que poseen la mejor calidad.

Obviamente, se requiere una profesionalización y capacitación permanente de los recursos humanos en el sistema de salud, la cual, en muchos países, constituye una actividad permanente. Los conocimientos médicos cambian a velocidades vertiginosas y no puede pensarse que basta con los títulos adquiridos por los médicos y otros profesionales al terminar sus carreras y estudios de postgrado. Muchos países exigen educación continua y recertificaciones cada cierto período, en algunos casos, cada cuatro años.

Del mismo modo, los hospitales atraviesan procesos de acreditación de manera continua, para garantizar que poseen la infraestructura, los recursos técnicos, el

personal y los procesos necesarios para entregar servicios de salud de calidad. Entre estos sistemas se encuentra el de US Joint Commission, pero existen otros de países como Canadá, Australia, Francia, Reino Unido, España. Todas estas son tareas pendientes en la República Dominicana.

El país está actualmente en proceso de convertirse en un destino elegible para el turismo de salud, lo que le va a exigir a los principales hospitales nacionales adoptar las normas más exigentes. Esto puede constituir una oportunidad para permear el resto del sistema de salud con prácticas de la más alta calidad. Implementar un sistema de seguimiento a la misma constituye una buena práctica que debería fomentar este sector.

Fortalecer la rectoría

Corresponde a la función de rectoría la visión estratégica de largo plazo y la orientación del camino hacia la cobertura universal. Le corresponde trazar las normas y velar por que se cumplan. La única forma de realizar esta función adecuadamente es con información de calidad, algo de lo cual adolece el sistema de salud de la República Dominicana a todos los niveles.

El tema de la calidad es una buena base en este sentido. Se ha señalado que la rectoría guiada por la calidad es el principio impulsor del sistema de salud. Se requiere información sobre los costos de la atención, sobre la salud de la población, sobre el gasto y financiamiento, sobre la eficiencia y la cobertura efectiva, sobre la calidad de los servicios. Se necesita construir y poblar un sistema de indicadores que permita saber la calidad de la atención

primaria, de la atención de agudos, de enfermedades específicas que pesan en la carga de enfermedad del país.

Pero también, se requiere dar seguimiento a los recursos existentes, para que sea factible que funcionen con calidad. Entre ellos se encuentra la infraestructura física, humana y el equipamiento adecuado de los servicios de salud. Se da el caso frecuente de que muchos pacientes que llegan a las puertas de las emergencias con un problema agudo no pueden ser pasados a cuidados intensivos, porque los centros de salud (públicos y privados) carecen de la infraestructura y del personal para atenderlos, iniciándose así un proceso de “rebote” que muchas veces culmina con el fallecimiento del paciente en el camino. Por otro lado, las emergencias –con sus elevados costos– viven abarrotadas, porque no existe un sistema primario que funcione o, como actualmente es tendencia en muchos países, unidades de urgencias ubicadas más cerca de la población. Es decir que estamos lejos todavía de poder implementar cabalmente los indicadores recomendados internacionalmente.

De cualquier modo, el programa de la OECD recomienda el fortalecimiento de ciertas fuentes de información claves que pueden permitir dar seguimiento a la calidad, a saber: las estadísticas vitales (nacimientos y mortalidad); los registros por enfermedad, por ejemplo, los de cáncer y otros; las bases de datos administrativas (por ejemplo, bases de datos de los hospitales vinculadas con el sistema de pagos, bases de datos de medicamentos vinculadas con los mecanismos de prescripción); records electrónicos de pacientes; y, encuestas de hogares y de pacientes, enfocadas en su experiencia en los servicios.²¹⁵

²¹⁵ OECD, opus cit. (2010).

El Ministerio de Salud Pública tiene ahora la oportunidad de enfocarse en producir la información de calidad que necesita el sistema de salud para cumplir con sus metas. Recomendamos que adopte una estrategia de presupuesto base cero para definir cuáles son las capacidades que necesita para cumplir con la misión que el país le ha encomendado.

Resiliencia y visión ecosistémica

El sistema de salud, al igual que cualquier otro sistema complejo, es un conjunto de partes interrelacionadas que deben funcionar juntas para ser eficaz.²¹⁶ Los cambios en un área tienen repercusiones en otros lugares, y las mejoras en una de sus partes no pueden ser alcanzadas sin las contribuciones de las demás. La interacción entre los bloques constitutivos del sistema²¹⁷ es esencial para lograr mejores resultados de salud.

La mejoría en los resultados de salud en cualquier sociedad no depende solamente del sistema de salud. Hemos visto que hay un conjunto de determinantes sociales que inciden de manera notable y que pueden resultar en mejorías dramáticas de la esperanza de vida si se invierte en ellos adecuadamente. El primero y más claro es la educación, particularmente de la mujer. No solo porque mejora el cuidado de su bebé, sino porque ella misma posterga su entrada en la fase reproductiva y luego se

²¹⁶ WHO (2007) Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

²¹⁷ La OMS define a los bloques o componentes que constituyen el sistema de salud: Prestación de servicios; Fuerza de trabajo; Información; Productos médicos, vacunas y tecnologías; Financiación; Liderazgo y gobernabilidad.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES SOBRE LA FUNCIÓN DE RECTORÍA

- Fortalecer la gobernanza del sistema, la planificación estratégica de largo plazo, establecer los sistemas adecuados de monitoreo y evaluación con perspectiva de todo el sistema de salud, trascendiendo la visión limitada de lo público y lo privado.
- Desarrollo de la inteligencia sanitaria, produciendo datos y evidencias sólidas destinadas a la planificación adecuada, la visión de largo plazo, la toma de decisiones. Entre estos son fundamentales la vigilancia epidemiológica, el análisis de la situación de salud, la información sobre los recursos y los costos, el monitoreo del gasto y financiamiento, particularmente las cuentas de salud según los estándares internacionales, incluyendo la distribución del gasto por beneficiario, la producción de los servicios, la eficiencia, las tarifas y los precios nacionales e internacionales de los insumos, la calidad de los servicios, seguimiento a la recaudación, afiliación y pagos, costos y gastos por enfermedad, entre otros.
- Fortalecer la regulación y la supervisión de los diferentes actores, a través de normas y otros instrumentos legales y, sobre todo, ejercer la autoridad de hacer cumplirlas.
- Planificación y presupuesto base cero: ¿cuántos fondos necesita el MSP para cumplir a cabalidad con la función de rectoría?
- Ejercitar la transparencia y la rendición de cuentas a todos los niveles, uno de ellos sería la publicación de los datos sobre eficiencia, calidad y precios de los proveedores tanto públicos como privados, para fomentar la responsabilidad y auto-regulación.

asegura de recibir los servicios necesarios durante el embarazo y la lactancia. En ese terreno, existe en curso el programa más ambicioso jamás abordado por gobierno alguno, para dar un salto en los resultados educativos de la población, enfocado justamente en la formación de una nueva generación de dominicanos y dominicanas, con una educación de calidad empezando por los niveles iniciales. Es esencial que su continuidad quede asegurada de algún modo, a fin de que esta tarea de largo plazo sea prioritaria para todos los gobiernos.

Asimismo, las interrelaciones que existen entre los sistemas sociales y naturales y que han sido descuidadas es lo concerniente al agua potable y

alcantarillado. El país podría dar un salto en la reducción de las enfermedades contagiosas vinculadas con el agua y los vectores y, con ello, en la prolongación de la esperanza de vida, si resolviera estos problemas

acuciantes. No se justifica que en un país que ha crecido de forma sostenida durante tanto tiempo, persistan esas deficiencias tan elementales, como la de disponer de medios para la disposición de excretas y de agua potable de calidad dentro de las casas. Esta es un área que debería tener atención prioritaria.

Los resultados de la falta de atención a estos problemas, han llevado a que en el país haya riesgos ambientales elevados, con la contaminación de ríos, cañadas y costas. Esto se agrava actualmente por la elevada vulnerabilidad que tiene la isla Hispaniola frente al cambio climático y la variabilidad y sus efectos sobre la salud.²¹⁸ La República Dominicana es uno de los países del mundo más vulnerables al cambio climático de acuerdo al *Global Climate Risk Index 2016*²¹⁹ (Índice de Largo Plazo Riesgo Climático-CRI), ya que se encuentra en el onceavo lugar y Haití, entre los tres países más afectados del mundo, colocando la isla como de las más vulnerables a nivel global. Esto no se refiere solamente a los eventos climáticos extremos y sus consecuencias, en términos de desastres, sino también al aumento de las epidemias y otras situaciones no controladas.

La resiliencia del sistema de salud –su capacidad para responder adecuadamente a situaciones imprevistas y a choques externos– depende, en gran medida, de la

²¹⁸ Rathe, Laura (2015). *Estado del arte de la adaptación al cambio climático en la República Dominicana*. Tercera Comunicación Nacional al Cambio Climático. Consejo Nacional para el Cambio Climático y Mecanismo de Desarrollo Limpio/Ministerio de Medioambiente y Recursos Naturales/PNUD/FMAM, R.D.

²¹⁹ Kreft, Sönke, David Eckstein, Lukas Dorsch & Livia Fischer (2015). *Global Climate Risk Index 2016. Who Suffers Most from Extreme Weather Events? Weather-Related Loss Events in 2014 and 1995 to 2014*. Germanwatch, Munich Re. BMZ. Berlin.

fortaleza de su sistema de atención primaria y salud comunitaria.

Y, sobre todo, no podemos olvidar que las enfermedades crónicas constituyen el reto principal del sistema de salud en el presente milenio, y que las mismas requieren de un fortalecimiento integral de todo el sistema.

Ha llegado el momento de repensar una nueva visión de futuro del sistema dominicano de salud. Ojalá sea posible que abramos nuestras mentes, nos despojemos de ideas preconcebidas, dogmatismos, ideologías o intereses para reflexionar juntos y lograr una visión compartida del sistema de salud y del país al que aspiramos todos.

ATENCIÓN
PRIMARIA

TH



Referencias bibliográficas

Acosta, L. (2014). *Mayores retos para el sistema de salud pública*. Recuperado de <http://www.granma.cu/cuba/2014-04-29/mayores-retos-para-el-sistema-de-salud-publica>

Adams, J., Bakalar, R., Boroch, M., Knecht, K., Mounib, E. L., Stuart, N. (2015). *La Asistencia Sanitaria*. Recuperado de <http://www-05.ibm.com/services/es/bcs/pdf/la-asistencia-sanitaria-en-2015.pdf>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015, 25 de septiembre). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

Balanova, D., Mc KeeMcKee, M. & Mills, A. (2011). *Ann, Good health at low cost, 25 years on, what makes a successful health system? London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.*

Banco Mundial. (1994). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*, Washington, DC: Banco Mundial.

Banco Mundial. (En línea). “Programa de Educación para el Desarrollo Capítulo 8”. Recuperado de <http://www.worldbank.org/depweb/beyond/beyondsp/chapter8.html> y <http://www.worldbank.org/depweb/spanish/modules/economic/gnp/>

Bastias, G. & Valdivia, G. (2007). *Reforma de salud en Chile; el plan auge o régimen de garantías explícitas en salud (ges). Su origen y evolución*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Becerril, V., et al. (2011). *Sistema de Salud de Chile*. Recuperado de Salud Pública de México. vol. 53, suplemento 2 de 2011 S132-S143. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342011000800009&script=sci_arttext&tlng=en

Bitrán, R. & McInnes, K. (1993). *The demand for health care in Latin America. Lessons from the Dominican Republic and el Salvador*. Banco Mundial. Washington, DC, The World Bank Institute.

Bitrán, R. & Giedion, U. (2010). *¿Qué es un PBS y qué papel juega en la efectividad de un sistema de salud?*, Santiago de Chile: Inter-American Development Bank. Banco Mundial.

Cañon, O., Rathe, M., Giedion, U. (2014). *Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana*. Santo Domingo: Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Castellanos, L. et al. (2009). *El nuevo modelo del sistema de salud: inicios, rutas y dificultades*. Santo Domingo: Foro de Políticas Sociales y Bienestar, PUCMM/ Fundación Friedrich Ebert.

Cerededa, L. & Hoffmeister, L. (2008). *La reforma de salud en Chile: cambios institucionales, logros y dificultades en su implementación*. Recuperado de <https://www.princeton.edu/cmd/working-papers/idlac08/wp0805e.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014). *Panorama Social de América Latina*. Documento Informativo. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37626/S1420729_es.pdf?sequence=6

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2011). *El Perfil epidemiológico de América Latina: desafíos, límites y acciones*. Documento de proyecto CEPAL-UNFPA. Santiago de Chile: CEPAL.

Comisión Nacional de Salud. (1996). *Salud, visión de futuro: Elementos para un acuerdo nacional*, Santo Domingo: Comisión Nacional de Salud.

Evans, D. et al. (2012). *Universal Health Coverage is a Development Issue*. Recuperado de www.thelancet.com

Figueras, J, Musgrove, P, Carrin, G, Durán, A. (2002). Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? *Gac Sanit* 16(1): 5-17.

Foster, J., Burgos, R., Tejada, C., Cáceres, R., Altamonte, A. T., Perez, L., J., et al. (2016). A community-based participatory research approach to explore community perceptions of the quality of maternal-newborn health services in the Dominican Republic. *Midwifery*; 26(5): 504-11.

Frenk, J. & De Ferranti, D. *Universal Health Coverage: Good Health, Good Economics*. Vol 380. September 8, 2012. Recuperado de www.thelancet.com

Frenk, J., Lozano, R., González Block, M. A. et al. (1994). *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*, México: Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).

Giedion, U., Alfonso, E. A. & Díaz, Y. *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*, World Bank, Universal Health Coverage Studies Series (UNICO) UNICO Studies Series No. 25. Washington, DC. 2013.

Global Network for Health and Equity. Recuperado de <http://gnhe.funsalud.org.mx>

González Pons, S. (2011). *Medición del desempeño del sistema de salud*, Informe final de consultoría del Santo Domingo. Santo Domingo: Observatorio de la Salud, Fundación Plenitud/BID/OSALC.

Health in the Americas. (2012). *Sistemas de salud y protección social en salud*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=59%3Ahealth-systems-and-social-protection-in-health&catid=24%3A-chapters&Itemid=164&lang=es

Health in the Americas. *Country Profiles: Chile*, de la Organización Panamericana de la Salud. 2012.

Infante, A., de la Mata, I. Isabel de la., López -Acuña, D. (2000). *Reforma de los sistemas de salud en América*

Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.13-20.

Institute of Medicine (IOM). (2010). *To err is human*. Informe Ministerial de la OECD. Paris: OECD.

Ke Xu. (2005). *Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology*. Geneva: World Health Organization

Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H. & Méndez, O. et al. (2011). Gastos catastróficos en salud de los hogares: Un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe. *Salud Publica Mex* 53 suppl 2: S85-S95.

Knaul, F., Bhadelia, A., Atun, R. & Frenk, J. (2015). Achieving effective universal health coverage and diagonal approaches to care for chronic illnesses. *Health Affairs* 34, No. (9, vol. 34no. 9), 1514-1522.22.

Knaul, F. M. Wong, R., Arreola-Ornelas. H. (2012). *Financial Protection in Health in ALC, Vol I*, Massachusetts: Harvard University Press.

Kreft, S., Eckstein, D., Dorsch, L. & Fischer, L. (2015). *Global Climate Risk Index 2016. Who Suffers Most from Extreme Weather Events? Weather-Related Loss Events in 2014 and 1995 to 2014*. Berlin: Germanwatch, Munich Re.

Kutzin, J. (2012). *Health financing for Universal Coverage: what's working, and what issues between health and finance*. Washington, DC.: Pan-American Health Organization (PAHO).

Lewis, M., La Forgia, G. The World Bank and the Urban Institute, Reach Project:1992.

<http://documents.worldbank.org/curated/en/708841468771724909/pdf/multi0page.pdf>

Lizardo, J., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) e Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) (2013). *Costo de embarazo y la maternidad en la adolescencia en la República Dominicana*. Santo Domingo: Los autores.

Makary, M. A. & Daniel, M. (2016). *Medical error—the third leading cause of death in the US*, BMJ 2016; 353. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i2139>.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2013). *Tercer estudio regional comparativo y explicativo*. Santiago de Chile: Unesco.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2010). *Foro sobre la calidad de los servicios de salud*. París: OECD.

Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978). *Atención primaria de salud* (Informe de la conferencia mundial de Alma Ata). Ginebra: OMS y Unicef.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Marco de Evaluación del Desempeño 2000*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Estadísticas sanitarias mundiales 2005*. Recuperado de <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2005). *Estadísticas sanitarias mundiales 2005*. Recuperado de <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2010). *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. (Informe sobre la salud del mundo). Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2012). Health in the Americas. *Country Profiles: Uruguay*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9010%3A2013-cancer-americas-country-profiles-2013&Itemid=40084&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud*. [Resolución del Consejo Directivo, en la 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS de las Américas]. Washington, DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos de Salud 2015*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470%3A2010-data-statistics&catid=1900%3Adata-statistics-home&Itemid=2003&lang=es

Organización Mundial de la Salud (2016) *Sección sobre planificación familiar en su página web*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización Mundial de la Salud (2016). Pérez-Then, E. (2011). *Evaluación de la calidad de la atención obstétrica en establecimientos de segundo y tercer nivel en las regiones 0 y II de la República Dominicana*. Santo Domingo: Fundación PLENITUD / Banco Interamericano de Desarrollo y Observatorio de la Salud de la República Dominicana.

Pérez-Then, E. (Ed.) (2008). *Calidad de la atención de la embarazada y del niño menor de un año en Centros de Primer Nivel de Atención de la Regiones III, IV, V VI de la República Dominicana*. CENISMI. Serie de Reuniones Técnicas IV.

Presidencia de la República y Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. (2007). *Plan de Equidad*. Recuperado de http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/913/1/plan_equidad_def.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014). *Informe de Desarrollo Humano, PNUD 2014: Sosten el progreso, reducir vulnerabilidades y reconstruir resiliencia*, Nueva York. Santo Domingo: PNUD, USA.

Quezada, E. (2012). *Cantidad, uso y gestión de las camas hospitalarias: tendencias en el mundo y situación en Mendoza*. Recuperado de <http://www.isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/12/Gestion-camas-hospitalarias-ISG.pdf>

Rathe, M. & Lora, D. (2005). *Nicaragua: Salud y Equidad*, Informe de consultoría para Managua: MSH / USAID.

Rathe, M. & Santana, M. I. (2009). *Catastrophic Health Expenditures in the Dominican Republic: Analysis of Determinants and Linkages to Impoverishment*. Santo Domingo: Fundación PLENITUD / Fundación Mexicana de la Salud / Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe, México / República Dominicana.

Rathe, M. (2010). *Protección financiera en salud en la República Dominicana*. Santo Domingo-México: Fundación Plenitud / Observatorio Regional de la Salud de América Latina y el Caribe.

Rathe, M. (2010). *Dominican Republic: Can universal coverage be achieved?* World Health Report. [Background Paper, No 10]. Geneva: WHO.

Rathe, M. & Moliné, A. (2010). *Mapa del sistema de salud de la República Dominicana*, Santo Domingo-México: Fundación PLENITUD / Observatorio Regional de la Salud de América Latina y el Caribe.

Rathe, M., Knaul, F. (2011). *Financing for AIDS and cancer in the context of the health reform of the Dominican Republic*, HIV/AIDS Survivorship in Low and Middle Income Countries: Opportunity and Challenge for Health Systems, Harvard Global Equity Initiative / Fundación PLENITUD.

Rathe, M. & Lora, D. (2012). *Estimación de la carga financiera del gasto en salud en la República Dominicana*. Santo Domingo: Fundación PLENITUD / Observatorio del Sistema de Salud (OSRD).

Rathe, M. & Lora, D. (2012). *Evolución del gasto de hogares 1996-2010*. MSP. Santo Domingo: Fundación PLENITUD / Observatorio del Sistema Ministerio de Salud. Pública de República Dominicana.

Rathe, M., Pérez Minaya, R., Franco, L., Guzmán, D. (2009). *Medicamentos y propiedad intelectual: Evaluación del Impacto de los Nuevos Estándares de Derechos de Propiedad Intelectual en el Precio de los Medicamentos en la República Dominicana*. Santo Domingo: Fundación Plenitud / ICTSD/OPS / PNUD / SESPAS.

Rathe, M. & Rojas, N. (2012). *Protección financiera en salud en la República Dominicana: Análisis del gasto catastrófico y empobrecedor en salud de los hogares dominicanos beneficiarios del sistema de subsidios sociales*, Santo Domingo: Banco Central – BID.

Rathe, M. & Hernández, P. (2015). *Gasto y financiamiento a la salud en la República Dominicana*. Santo Domingo: PLENITUD/INTEC/ADARS.

Rathe, L. (2015). *Estado del arte de la adaptación al cambio climático en la República Dominicana*. Tercera Comunicación Nacional al Cambio Climático. Consejo Nacional para el Cambio Climático y Mecanismo de Desarrollo Limpio/Ministerio de Medioambiente y Recursos Naturales/PNUD/FMAM.

Reach Project, The Urban Institute, (1990). *Economic cost of hospital services in the Dominican Republic*. Washington, DC: Banco Mundial.

República de Chile. (2013). *Panorama de Salud 2013: Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile.

República Dominicana. (2011). *Informe del Diagnóstico de Situación Rápida sobre la Gestión de Recursos Humanos en Salud*, Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública/Capacity Plus /USAID.

República Dominicana. (2013). *Indicadores Básicos de Salud 2013*. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública de República Dominicana, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www.bvs.org.do/bvs/htdocs//local/File/indicadores--basicos-de-salud-2013.pdf>

República de Uruguay. (2010). Sistema de salud de Uruguay. *Revista de Salud Pública de México*, vol. 53 (suplemento 2).

Rodin, J. y De & Ferranti, D. de. *Universal Health Coverage: The Third Global Health Transition*. Vol 380. September 8, 2012. Recuperado de www.thelancet.com

Rojas, N. (2011). *Estimación del gasto catastrófico y empobrecedor en base a la ENIGH 2007*. (Informe final de consultoría realizado para el Observatorio de la Salud de la República Dominicana). Santo Domingo: Fundación PLENITUDPlenitud / BID.

Sáenz, M., Miranda, G. y López, M. *Retos En Salud. Costa Rica. 2013*. Recuperado en <http://agendanacionalcrc.com/wp-content/uploads/2013/02/Propuesta-de-Salud-P%C3%BAblica-AGENDA-NACIONAL.pdf>

Santana, Isidoro y Rathe, Magdalena, *Impacto distributivo de la gestión fiscal*, Banco Interamericano de Desarrollo y Fundación Siglo 21. Santo Domingo, RD, 1992.

Savigny, D. de. & Adams, T. (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud*. Ginebra: Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud.

Scambray, J. (2014). *Salud Pública cubana precisa sus principales retos*. Recuperado de <http://www.escambray.cu/2014/salud-publica-cubana-precisa-sus-principales-retos/>

Sistema de Naciones Unidas. (2010). *Informe Regional Inter-agencial de los ODM 2010: Logrando los ODM con equidad en Latinoamérica y El Caribe: avances y retos*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

The price of excess: identifying waste in health care spending. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009. OMS. 2010.

The World Bank. (2016). World Development Indicators. Recuperado en: <http://data.worldbank.org/products/wdi>

Travis T., Egger, D., P. et al. (2002). *Towards better stewardship: concepts and critical issues.* Recuperado de <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>

Tristao, I., Rathe, M. & Giedion, U. (2013). *Nota de políticas del sector salud.* Santo Domingo: Banco Interamericano de Desarrollo.

Vásquez, F., Paraje, G., Estay, M. (2013). Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000–2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 98-106.

Wagstaff & Van Doorslaer. (1999). Equity in the finance of health care: some further international *comparisons.* *Health Econ*; 18(3): 263-290.

WagstaffWagstaf, A. & Van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with implications to Vietnam 1993-98. *Health Econ*; 12:921-34.

World Health Organization. (2007). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

Xe Ku, E., Kawabata, Z., Klavus, M. (2003). *Households catastrophic health expenditure: a multicountry analysis.* *The Lancet.* Vol, 362, 111-117.

Salud: Visión de Futuro - Elementos para un acuerdo nacional

El libro *Salud: visión de futuro – Elementos para un acuerdo nacional*, fue el primer “*White Paper*” para la reforma del sistema dominicano de salud, publicado en el año 1996 por la Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud, después de un amplio proceso de consulta con diversos actores nacionales y aprobado por esta en junio de 1996 para que constituyera el documento base para la formulación de un Plan Nacional de Reforma Sectorial.

El documento fue preparado por Fernando Rojas Mejía, Magdalena Rathe (quien estuvo a cargo de la edición), Carlos Amorós Báez, Pura Guzmán, Fátima Guerrero, Arismendi Díaz Santana y Mildred Minaya. Como apoyo técnico y administrativo: Wesley Karl Trevenzoli, Amarilis Sánchez, Liced Santana y Mariel Martínez.

Los miembros de la Comisión Nacional de Salud en ese momento eran: Víctor García Santos (Presidente), Orestes Guerrero Andrickson, Clarence Charles Dunlop, Juan

Luis Seliman, Juan Aristides Taveras Guzmán, Manuel Bello, Altagracia Guzmán Marcelino, Jhonny Jones, Julio Maríñez, Rafael Rodríguez Reyes, Miguel Angel Estepan, Luis Betances, Francisco Canó González, Regina Silverio, Nuris Dinzey, Edylberto Cabral, Agripino Núñez Collado, Roberto Bergés Febles, Mary Pérez de Marranzini, Rosa Emilia Tavares, Jorge Hazoury Bahles, Mariano Negrón, Nassim Alemany, Luis Quinn, Ana Francisca Selman, Bautista Rojas Gómez, José Manuel Paliz, Vinicio Calventi, Nelson Astacio, Hugo Mendoza, Bernardo Defilló.

Ofrecieron comentarios escritos a una primera versión: Mary Pérez de Marranzini, de la Asociación Dominicana de Rehabilitación; Cecilio Adorna, del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); América Bastidas, consultora independiente; Nurys Dinzey, Asociación de Profesionales del Laboratorio Clínico; Luis Taveras, del IDSS; Isidoro Santana, de la Fundación Siglo XXI y Regina Silverio, de la Asociación de Enfermeras Graduadas. Otras personas que leyeron el borrador e hicieron comentarios fueron: Bernardo Defilló, Hugo Mendoza, Sergio Bencosme, Tirsis Quezada, Eduardo García Michel, Miguel Ceara-Hatton y Rafael Núñez Grassals. La perspectiva internacional sobre reformas en el mundo la ofrecieron Karen Cavanaugh, del Banco Mundial, Gerard La Forgia y Sergio Varas, del Banco Interamericano de Desarrollo; Rafael Bengoa y Emilio Guerra, consultores internacionales.

El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), aportó las conclusiones de los debates presentados en el Primer Foro Nacional de Organizaciones No Gubernamentales, auspiciado por el proyecto Ciudad Alternativa, Oficina Técnica Provincial de Salcedo, Asociación para el

Desarrollo de San José de Ocoa y el Centro de Investigación y Promoción Social (CIPROS). Por su parte, el Centro de Apoyo Aquelarre, presentó la perspectiva de las mujeres ante la reforma sanitaria.

En el libro se incluyeron los lineamientos de reforma descritos en el documento *Fundamentos de una propuesta integral*, elaborado por un grupo de profesionales coordinado por la SESPAS, a saber: Josefina Coen, Sonia Candelario, José Melchor Herrera, Francisco Gómez Parra, Víctor Alvarez, Sergio Michell, Osiris Madera, José Tomás Lora, Franklin Gómez, Juana Santana, Nuris Pineda, Raquel Fernández Zucco, Jaqueline Medina, Norma Castro, Ivonne Soto, Maritza Arbaje, Xiomara Alonzo, Angel Castillo, Sara Sterling, Mignolis Guzmán, Rohena Bretón, Olga Rodríguez. Dentro del equipo técnico del IDSS se encontraban: Rosa María Suárez, Cristina E. Díaz, Víctor Lantigua, Chanel Rosa Chupany, Giselle Feliz, Efraín Sánchez Soriano. De ONAPLAN: Raysa Facundo, José Selig, Nicolasa Ramírez, Violeta González. La consultoría y asesoría estuvo a cargo de: Octavio Quintana, Antonio Mena y Carlos Valerín, de OPS-OMS, así como Milagros Maldonado.

Esta edición de
Salud, visión de futuro: 20 años después,
de las autoras Magdalena Rathe y Pamela Suero,
se terminó de imprimir en enero del 2017, con una
tirada de 500 ejemplares, en los talleres gráficos de
Editora Búho, S.R.L.,
Santo Domingo, República Dominicana.

