

# EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Magdalena Rathe

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)

# **Eficiencia del gasto público en salud**

**Producto 3: Informe Final**

**Magdalena Rathe**

**Presentado a:**

**Banco Interamericano de Desarrollo (BID)**

**Santo Domingo, RD**

**Julio 2020**

# EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

## CONTENIDO

- I. INTRODUCCIÓN
- II. EFICIENCIA ASIGNATIVA DEL GASTO EN SALUD
  - 2.1 Marco Conceptual
    - 2.1.1 Desempeño de los sistemas de salud
  - 2.2 Metodología
    - 2.2.1 Enfoque metodológico
    - 2.2.2 Selección de indicadores
    - 2.2.3 Construcción de índices
    - 2.2.4 Elaboración de las FPP
    - 2.2.5 Limitaciones
  - 2.3 Resultados
    - 2.3.1 Índice de desempeño
      - a) *Resultados de salud*
      - b) *Protección financiera*
      - c) *Índice de desempeño*
    - 2.3.2 Índice de gasto total en salud
    - 2.3.3 Índice de gasto público en salud
    - 2.3.4 Fronteras de posibilidades de producción (FPP)
  - 2.4 Discusión
- III. EFICIENCIA OPERATIVA DEL GASTO PUBLICO EN SALUD: ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA
  - 3.1 Gasto en salud en América Latina y el Caribe
  - 3.2 Análisis comparativo del gasto en atención primaria
  - 3.3 Eficiencia del gasto público en el primer nivel de atención en la República Dominicana
    - 3.3.1 Financiamiento al sistema de salud
    - 3.3.2 Gasto en atención primaria en República Dominicana
    - 3.3.3 Modelo de atención y brechas en el primer nivel
    - 3.3.4 Producción de servicios en el primer nivel de atención
    - 3.3.5 Iniciativas recientes para desarrollar el primer nivel de atención
    - 3.3.6 Retos para medir la eficiencia en el primer nivel de atención
- IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
  - 4.1 Conclusiones
  - 4.2 Recomendaciones

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## I. INTRODUCCIÓN

En el 2015, las Naciones Unidas firmaron la llamada Agenda 2030 que propone los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales buscan construir un futuro sostenible y resiliente, para la población actual del planeta y las generaciones futuras. Esto implica buscar la armonía entre el crecimiento económico de los países, lograr la redistribución para que llegue a todos y tener en cuenta que el planeta que habitamos es finito (Naciones Unidas, 2015). Uno de los ODS, el número 3, se refiere a la salud – y se propone garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. La meta 3.8 de este objetivo tiene la finalidad de “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. (ONU, 2015).

Desde hace muchos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estado abogando por el logro de la cobertura universal, la cual 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. (OMS, 2010)

La organización de los sistemas de salud tiene una influencia importante en las posibilidades de lograr estas metas. Se necesitan sistemas sólidos, eficientes, con capacidad de respuesta, en buen funcionamiento, que satisfagan las necesidades de salud prioritarias de una población. Esto también significa que el financiamiento a la salud garantice una protección financiera adecuada, a fin de que las personas no tengan que asumir gastos excesivos para poder utilizar las tecnologías que requieran para el diagnóstico de sus problemas, los medicamentos, intervenciones y tratamientos para sus problemas de salud, para lo cual los sistemas de salud deben tener el personal suficiente, capaz y con motivación. (OMS, 2010)

“La introducción de reformas que apunten hacia el logro de la cobertura universal en salud se ha justificado no sólo 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 a la generación de capital humano y a que las personas puedan acceder a oportunidades económicas y aportar al bienestar de sus familias y sus comunidades”. (Rathe y Suero, 2017).

Así, algunos autores 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 (Evans, 2012; OMS, 2010).

Desde la publicación del Informe Mundial de la Salud del 2000, la 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 con el logro de tres metas esenciales, a saber: el mejoramiento de la salud de la población; la equidad y la protección financiera; y la capacidad de respuesta ante problemas no directamente vinculados a la salud. 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 (OMS, 2000, 2007, 2010). Dicho marco de evaluación del desempeño se utiliza como base en la presente investigación, con el propósito de medir la eficiencia de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, vinculando el gasto sanitario con el desempeño.

Un informe reciente de la OMS sobre los avances hacia el logro de la cobertura universal (OMS, 2019) enfatiza el hecho de que es vital la inversión en PHC para alcanzar los ODS y que los países deben comprometerse a asignar, al menos, un 1% adicional de su gasto público al primer nivel de atención, ya sea mediante un esfuerzo adicional o mediante una reasignación de fondos desde otras partidas de gasto.

Señala que el progreso hacia la salud universal sólo será posible si el primer nivel de atención se convierte en el foco central del sistema de salud, logrando que sea efectivo, accesible y equitativo. Esto significa que se priorice la promoción y la prevención, que se asegure el acceso de todos a las intervenciones más esenciales y se limite al máximo el gasto de bolsillo en medicamentos. La mejor manera de lograrlo es acercando el primer nivel de atención a la gente. Por eso es necesario asegurarse de que existe la infraestructura y los recursos humanos que se necesitan.

Con tal espíritu, el objetivo de este trabajo es elaborar un análisis de la eficiencia del gasto público en salud en República Dominicana, dentro del contexto de la región latinoamericana y del Caribe. Partiendo de este análisis, se profundiza en el gasto en atención primaria en el país, a fin de hacer recomendaciones de política que permitan optimizar el gasto en un escenario de limitaciones presupuestales, y en consonancia al Pacto de APS 30-30-30 por la Salud Universal. En esta iniciativa, la Organización Panamericana de Salud (OPS) propone a los países para que se comprometan a destinar al menos el 6% del PIB en gasto público en salud y, dentro de este, el 30% destinarlo al primer nivel de atención para 2030 en línea a los ODS, además de eliminar en un 30% las barreras de acceso y para el 2030 se hace necesario transformar los sistemas de salud, con base en la Atención Primaria de Salud, con una participación social real e inclusiva, particularmente de los grupos en condiciones de vulnerabilidad.

El trabajo se enfoca en la medición de la eficiencia asignativa y operativa del gasto en salud, tal como se indica a continuación. En primer lugar, partiendo del marco conceptual de evaluación del desempeño de los sistemas de salud que propone la OMS, se elaboran índices de desempeño de los sistemas de salud de ALC. Con estos índices se construyen fronteras de posibilidades de producción (FPP) que permitan observar de manera gráfica la eficiencia de cada país, relacionando los recursos

(totales y públicos) con el desempeño. Esto se describe detalladamente en el capítulo II de este documento.

El capítulo III se refiere a la eficiencia operativa y se enfoca más específicamente en el caso dominicano y en el gasto en atención primaria<sup>1</sup> – entendida fundamentalmente como el gasto en el primer nivel de atención. A manera de contexto, se sitúa el gasto en salud de la República Dominicana dentro de la región de América Latina y El Caribe, con énfasis en el gasto en atención primaria, según las definiciones y cifras que publica la OMS. A continuación, se intenta profundizar sobre el caso dominicano, con datos más granulares sobre el gasto y la eficiencia en este nivel de atención, en la medida en que lo permite la información disponible.

Finalmente, en el capítulo IV se exponen un conjunto de conclusiones sobre los resultados del trabajo y recomendaciones sobre cómo mejorar la eficiencia en el gasto público en atención primaria en la República Dominicana.

Este trabajo fue realizado por Magdalena Rathe, como consultora del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Se agradece el apoyo técnico de Marc Gibert, investigador asociado de la Fundación Plenitud. Asimismo, los valiosos comentarios de Hernán Rodríguez, de la OPS en la República Dominicana y de Carolina González Acero y Eliana Manón Sánchez, de la oficina de país del BID.

---

<sup>1</sup> Existen diferentes definiciones de atención primaria y con frecuencia, se confunde la definición sistémica, que implica una estrategia integral de atención e intersectorialidad en todo el sistema de salud, con las intervenciones propias del primer nivel de atención y de la salud colectiva o comunitaria. En este trabajo nos referimos a esta última, por lo cual hemos preferido dejar las siglas en inglés PHC (primary health care) a fin de no confundir con la sigla APS que, en general, se refiere a la estrategia sistémica.

## II. EFICIENCIA ASIGNATIVA DEL GASTO EN SALUD

Siguiendo los estudios de Afonso, Schuknecht y Tanzi (2005) y Machado (2006), en este capítulo se presenta la elaboración de unos índices de desempeño, gasto total y gasto público en salud, a partir de unos indicadores seleccionados para tal fin. Estos índices han permitido derivar dos Fronteras de Posibilidades de Producción para los países considerados de la región de ALC, siguiendo la técnica de análisis de frontera no paramétrica Free Disposable Hull (FDH). La primera frontera relaciona el gasto total en salud con el desempeño del sistema, mientras que la segunda vincula el gasto público en salud con el mismo desempeño.

Cabe señalar que una FPP es *“una representación gráfica de las cantidades máximas de producción que puede obtener una economía en un periodo determinado haciendo uso de todos los recursos que tiene disponibles”* (Cabello, 2020).

Para trasladar esta explicación al caso que nos ocupa, la disponibilidad de recursos se ha entendido, para la primera FPP, como el volumen de gasto **total** en salud, y, para la segunda, como el volumen de gasto **público** en salud. El producto obtenido con estos recursos se ha considerado el desempeño del sistema. Esta aplicación permite identificar los mínimos niveles de gasto necesarios para alcanzar cada nivel de desempeño y, alternativamente, los máximos niveles de desempeño posibles para cada nivel de gasto. El primer aspecto constituye la eficiencia- insumos, y el segundo la eficiencia- productos.

Desde un punto de vista conceptual, y aplicado al presente documento, la eficiencia relativa a insumos es aquel porcentaje del gasto total y público destinado a salud que, en relación con el país eficiente (que se encuentra sobre la FPP), el país en cuestión desperdicia y podría ser reducido. La eficiencia relativa a productos es el nivel de desempeño que, con los recursos que destina el país en cuestión, podría ser potencialmente generado para igualar al país eficiente (Mora-Cortés, 2014).

Este capítulo se estructura de la siguiente manera: explicación del marco conceptual sobre el desempeño de los sistemas de salud, imprescindible para comprender la estructura que se ha otorgado al Índice de Desempeño. A continuación, se ofrece una explicación del enfoque metodológico y la ruta operativa puestos en práctica para la elaboración del capítulo, compuesta a partir de tres pasos secuenciales. La última sección presenta los resultados del análisis de la eficiencia asignativa, que incluyen las dos Fronteras de Posibilidades de Producción, los índices eficiencia-insumos y eficiencia-productos para todos los países incluidos en la muestra y un análisis más detallado para el caso dominicano.

### 2.1 Marco Conceptual

#### 2.1.1 Desempeño de los sistemas de salud

Tal como habíamos señalado previamente, existe una relación importante entre la forma en que se invierten los recursos en el sistema de salud y sus resultados. Aunque existe correlación entre países de mayor grado de desarrollo y elevado PIB per cápita y sus resultados de salud, no es

una condición suficiente. También existe una nutrida experiencia de países que, con muy bajas inversiones, son capaces de obtener excelentes resultados (Balanova, et al, 2011).

“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.” (Rathe y Suero, 2017). La eficiencia en la asignación de los recursos públicos tiene mucho que ver con esos resultados.

La medición del desempeño tiene por objeto supervisar, evaluar y comunicar el grado en que los diversos aspectos del sistema de salud cumplen con sus objetivos fundamentales. Como hemos señalado previamente, la OMS tiene un marco de evaluación del desempeño, según el cual los sistemas de salud pueden medirse de acuerdo con su capacidad de:

- Mejorar la salud de la población
- Brindar protección financiera
- Responder efectivamente a las expectativas de las personas (capacidad de respuesta)

La mejoría en los *resultados de salud* se mide generalmente con base a la reducción de la mortalidad y morbilidad por determinadas causas y edades. Como se explicará más adelante, para este caso se ha decidido utilizar como mejor indicador agregado del estado de salud de una población la tasa de Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVAD) por 100,000 habitantes, estandarizados por edad para permitir la comparabilidad entre sociedades con pirámides demográficas distintas.

La *protección financiera* reconoce que recuperar la salud cuando ésta se ha perdido tiene un costo importante, el cual puede ser muy oneroso para las familias, representando a veces proporciones importantes de su presupuesto. Un sistema de salud debe diseñar mecanismos de financiamiento solidarios que permitan redistribuir el costo de la enfermedad entre los que necesitan servicios y los que no. El financiamiento puede contribuir a una mejora de la salud si se distribuye en forma más equitativa, ya que así se reduce el riesgo de que las personas no reciban la atención que necesitan porque es demasiado costosa, o de pagar los gastos de atención médica las lleve a la pobreza y las exponga a más problemas de salud (González Pons, 2011).

Para el presente estudio – y dada la disponibilidad de información comparativa de otros indicadores para años similares en todos los países de la región -- se ha decidido que la mejor manera de medir la protección financiera de una sociedad era el porcentaje del gasto corriente en salud proveniente de los gastos de bolsillo de los hogares.

La *capacidad de respuesta a las expectativas de la población* con respecto a asuntos que no están ligados a la salud, refleja la importancia de respetar la dignidad de la gente, su autonomía y el carácter confidencial de la información. La capacidad de respuesta significa reducir el daño a la dignidad y la autonomía personales, el temor y la vergüenza que la enfermedad a menudo trae aparejados (OMS, 2000). Sin embargo, en este caso no existen datos sobre indicadores indicativos que nos permitan medir esta capacidad de respuesta.

Por ello, aunque la evaluación del desempeño de un sistema de salud tiene que ver con la medición de los tres objetivos presentados, la disponibilidad de datos ha llevado al presente estudio a ponderarlo sólo a partir de los dos primeros.

## 2.2 Metodología

### 2.2.1 Enfoque metodológico

Los estudios que tienen como objetivo final la medición de la eficiencia, pueden clasificarse en análisis de **frontera** y de **no frontera**, en función de si los mismos contemplan la construcción explícita de una frontera de eficiencia. Los primeros se fundamentan en la teoría microeconómica estándar y basan su enfoque metodológico en la construcción de una función de producción que represente la relación entre insumos y productos obtenidos gracias a éstos por unas unidades de decisión, mientras que los segundos se centran en la obtención de indicadores sobre determinadas variables relevantes como los costes o la productividad (Geri et al, 2017).

Para este trabajo, se ha elegido un análisis de frontera ya que, tal y como comenta Puig-Junoy (2000), los mismos proporcionan una medida global determinada de forma objetiva y numérica, que permite una ordenación de las organizaciones que los otros enfoques no permiten.

Al mismo tiempo, los análisis de frontera pueden ser **paramétricos** o **no paramétricos**. Los primeros asumen a priori una relación funcional determinada entre las variables analizadas (productos e insumos), mientras que los segundos no lo hacen (Geri et al, 2017).

Hay tres grandes técnicas para la elaboración de fronteras paramétricas: la frontera estocástica, el enfoque *distribution free* y el enfoque *thick frontier*, aunque para el sector salud la más ampliamente utilizada es la primera (Puig-Junoy, 2000). A modo de ejemplo, Melgen-Bello y García-Prieto (2017) usaron este método para estimar la eficiencia del gasto en salud de 25 países de la Región de América Latina y el Caribe utilizando datos de los años 1995, 2000, 2005 y 2010.

Sin embargo, el presente estudio se ha realizado con base a un análisis de frontera no paramétrico, por ser menos restrictivo en sus supuestos funcionales y ser una técnica determinista, que adopta como supuesto que todas las desviaciones entre las observaciones y la frontera de posibilidades de producción se deben a comportamientos ineficientes, sin valorar fluctuaciones aleatorias.

La técnica más utilizada en estos casos es el Análisis Envolvente de Casos (DEA, por sus siglas en inglés). El método DEA permite evaluar el desempeño de un conjunto de entidades, denominadas Unidades de Toma de Decisiones (DMU, por sus siglas en inglés), que transforman insumos en productos. Para el caso que nos ocupa, las DMU son los respectivos sistemas de salud, que pretenden maximizar su desempeño (tomando como salidas la carga de enfermedad y la protección financiera frente a la enfermedad de su población) a partir de un determinado volumen de gasto total y público en salud (entradas).

El método fue desarrollado por Charnes, Cooper y Rhodes (1978) a partir de un trabajo previo de Farrell (1957). Su propósito es la construcción de una frontera de puntos de referencia, de tal manera que todos los puntos se encuentren en la misma frontera (eficientes) o debajo de ella (ineficientes).

Son varios los estudios que han utilizado esta técnica para la medición de la eficiencia del gasto en salud. Hsu (2014) evaluó el rendimiento del gasto público en salud en 46 países de Europa y Asia Central usando como productos la esperanza de vida al nacer, la tasa de mortalidad infantil y el porcentaje de población inmunizada contra el sarampión.

Geri et al (2017) analizaron la eficiencia del gasto total en salud per cápita de una muestra de 190 países, tomando como productos también la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil.

En los estudios de la OCDE, además de los volúmenes de gasto y gracias a una mayor disponibilidad de datos, se ha podido analizar también la eficiencia de otros insumos, como los recursos humanos y físicos de los sistemas de salud y variables socioeconómicas no directamente relacionadas con el sistema de salud. Por ejemplo, Alfonso y St. Aubin (2004) tomaron como insumos el número de personal médico, de enfermería y el de camas hospitalarias. Retzlaff, Cyril y Rose (2004) consideraron como entradas el número esperado de años de escolarización, el coeficiente de Gini y la proporción de adultos que consumen tabaco, mientras que Hernández de Cos y Moral-Benito (2014) usaron variables que reflejaran la calidad del medio ambiente, estilos de vida saludables y el nivel educativo de la población además del gasto en salud per cápita.

Otra de las técnicas no paramétricas muy empleada, y en la que se basa este estudio, es el Análisis de Libre Disposición (FDH, por sus siglas en inglés). De hecho, algunos autores consideran que la técnica FDH es una variante del DEA (Rodríguez Lozano, 2009).

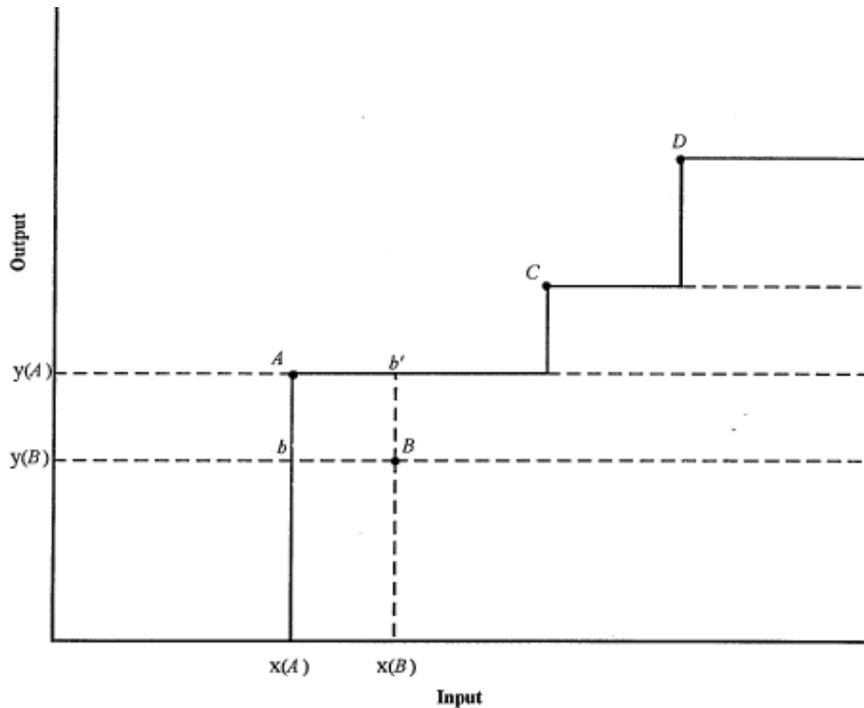
En cualquier caso, la característica diferencial del FDH respecto al DEA es la no exigencia de convexidad de la frontera de posibilidades de producción, de manera que las unidades que resulten eficientes con el método DEA también lo serán aplicando el FDH, pero no al revés.

La única asunción que hace el modelo FDH es la libre disposición de insumos y productos, de manera que, sin alterar la tecnología disponible, es posible disminuir el nivel de insumos manteniendo el nivel de producto o aumentar el nivel de producto sin modificar el nivel de insumos. Esta asunción garantiza la existencia de una FPP continua para cualquier muestra de observaciones, convirtiendo a la técnica FDH en una herramienta intuitiva que puede ser usada para identificar las mejores prácticas a nivel de gasto público. (Gupta, Honjo y Verhoeven, 1997).

Esto es, una DMU será relativamente ineficiente si existe otra DMU capaz de obtener el mismo nivel de producto (en nuestro caso, nivel de desempeño del sistema de salud medido por la reducción de la carga de enfermedad y el aumento de la protección financiera) usando menos insumo (en el caso que nos ocupa, gasto total o público en salud). A la inversa, una DMU será relativamente eficiente si ninguna otra es capaz de obtener lo mismo usando menos nivel de insumos (Cansino, 2001).

La figura siguiente representa un ejemplo gráfico de FPP usando el método FDH.

Figura 1: Frontera de Posibilidades de Producción Free Disposable Hull



Fuente: Gupta, Honjo y Verhoeven (1997)

En la figura, las DMU eficientes son A, C y D. La DMU B necesita una mayor cantidad de insumos para obtener una menor cantidad de producto que la unidad A; por tanto, es ineficiente. En términos gráficos, y tal y como se verá más adelante, se puede afirmar que una DMU es eficiente siempre y cuando no se pueda observar otra DMU arriba y a la izquierda de ésta en el gráfico.

En este sentido, esta técnica se podría decir que vio la luz con el aporte de Gupta, Honjo y Verhoeven (1997). Este estudio, que fue pionero en la aplicación de los análisis de frontera de eficiencia al sector salud, cuantificó la eficiencia del gasto público en salud y educación per cápita de 38 países africanos durante el periodo 1984-95, usando como productos la esperanza de vida al nacer, la tasa de mortalidad infantil y el porcentaje de población inmunizada contra el sarampión.

Otro de los estudios relevantes en el uso de esta técnica es el de Machado (2006), que realizó un análisis de la eficiencia del gasto público en los países centroamericanos y República Dominicana. Como en el presente trabajo, Machado elaboró índices de desempeño del sector público y los relacionó con los niveles de gasto público total, social, en educación y en salud para derivar índices de eficiencia agregada del gasto público.

Cabe señalar que esta técnica no sólo ha sido usada en el sector salud. Por ejemplo, Magallanes (2016) lo usó para analizar la eficiencia relativa del gasto de inversión pública financiado con recursos de la renta minera en cinco principales regiones mineras del Perú para el periodo 2004-2015.

## 2.2.2 Selección de indicadores

El primer paso para la realización del estudio ha sido la selección de los indicadores que se tomarán en cuenta para la construcción de los índices. A modo de recordatorio, se presentan los tres índices calculados:

- Índice de Desempeño: compuesto, a su vez, por dos componentes diferenciados: resultados de salud y protección financiera.
- Índice de Gasto Total en Salud
- Índice de Gasto Público en Salud

A nivel metodológico, el escollo más importante en este punto ha sido la disponibilidad de información, para los 31 países incluidos en el estudio, de un mismo corte temporal. Como ya se ha introducido, una FPP es una herramienta que permite medir la eficiencia asignativa relacionada con un determinado nivel de gasto en un momento dado del tiempo. Esto, y aún a riesgo de caer en una simplificación excesiva, constituye una fotografía estática de la realidad y, por ende, no puede ser construida cotejando datos que difieran en el momento de su recolección. Esto es, no tiene sentido comparar el desempeño de un sistema de salud en el año 2017 con, por ejemplo, el gasto público del año 2010.

Así, y con el objeto de conservar la coherencia metodológica del trabajo, se han debido descartar indicadores que, aunque son de gran interés desde un punto de vista conceptual, no reunían los requisitos básicos para ser incluidos a nivel de su disponibilidad.

La tabla siguiente compila los indicadores seleccionados para la construcción de los respectivos índices y, a continuación, se ofrece una breve explicación acerca de la racionalidad para su selección.

*Tabla 1: Indicadores Seleccionados para la Construcción de los Índices*

Índice	Indicadores
Desempeño del Sistema	<u>Resultados de Salud</u> : Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por 100,000 habitantes, estandarizados por edad
	<u>Protección Financiera</u> : Gasto de Bolsillo como porcentaje del Gasto Corriente en Salud
Gasto Total en Salud	Gasto Corriente en Salud como porcentaje del Producto Interno Bruto
	Gasto Corriente en Salud per cápita en PPA
Gasto Público en Salud	Gasto Corriente en Salud Público como porcentaje del Producto Interno Bruto
	Gasto Corriente en Salud Público per cápita en PPA

Fuente: Elaboración propia

Tal y como se especificó previamente, para la medición de los resultados de salud se tomó en cuenta la tasa de AVAD por 100,000 habitantes estandarizados por edad. Los AVAD son un recurso muy útil para dimensionar el estado de salud de una población determinada, ya que evalúan la carga de enfermedad relacionada tanto con enfermedades mortales como no

mortales, tomando así en consideración el peso de la mortalidad y la morbilidad en una sola medida.

En este caso, toda vez que el fin del ejercicio es la comparación entre sociedades con una estructura demográfica distinta, no se ha elegido la tasa bruta sino la estandarizada por edad. De lo contrario, se estaría penalizando a las sociedades más envejecidas, pues son las que más padecen el peso de la discapacidad no mortal. Mediante esta estandarización por grupos de edad, realizada automáticamente por la herramienta utilizada para la extracción de información, se descuenta el efecto de las distintas pirámides de edad entre países.

Para medir el estado de salud de una población, la alternativa a los AVAD suelen ser las tasas de mortalidad brutas, agrupadas por causa o grupo etario. En este caso, se han elegido los AVAD por dos razones. En primer lugar, por considerar que ofrece una imagen más precisa del volumen agregado de la pérdida de salud de una sociedad. En segundo lugar, para evitar que un mismo evento penalizara más de un indicador (por ejemplo, la muerte de un neonato se contabiliza en la tasa de mortalidad neonatal, infantil y en menores de 5 años).

Cabe señalar que los AVAD se calculan mediante la suma de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP, que representan la mortalidad prematura) y los Años de Vida sin Discapacidad Perdidos (AVD, que muestra el peso de la discapacidad no mortal)<sup>2</sup>.

$$\text{AVAD} = \text{AVPP} + \text{AVD}$$

Para dimensionar el nivel de protección financiera frente a la enfermedad que posee una sociedad se han tomado en cuenta exclusivamente los gastos de bolsillo de los hogares como porcentaje del gasto corriente en salud, toda vez que son el mecanismo de financiamiento de servicios de salud más regresivo ya que indican ausencia total de protección financiera.

Idealmente, este indicador se hubiera complementado con la medida del gasto catastrófico en salud (cuando supera el 10% del gasto total del hogar) y el gasto empobrecedor (aquel que empuja a las personas por debajo de la línea de pobreza). Esto hubiera otorgado una fotografía más fiel del nivel de protección financiera, ya que no sólo se reflejaría la magnitud absoluta del gasto de los hogares, sino su peso relativo e impactos. Sin embargo, la falta de disponibilidad de datos, y la elevada variabilidad de los disponibles, han llevado a la decisión de descartar estos dos indicadores.

Por último, para la construcción de los indicadores de gasto público y gasto total en salud se han seleccionado el porcentaje de gasto corriente en salud respecto el Producto Interno Bruto y la cantidad absoluta de gasto corriente en salud en Paridad del Poder Adquisitivo (medida en US\$ constantes de 2017). La principal razón para su elección ha sido disponer de unas unidades de medida que facilitaran el análisis comparativo entre los distintos países.

---

<sup>2</sup> El Estudio Global de Carga de Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) es realizado por el Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) de la Universidad de Washington. Incluye 249 causas de pérdida de salud agrupadas en tres grandes grupos: enfermedades transmisibles, no transmisibles y causas externas. Más información disponible bajo demanda o en <http://www.healthdata.org/>

### 2.2.3 Construcción de índices

Una vez seleccionados los indicadores, se procedió a la construcción de los índices de desempeño, gasto total y gasto público en salud. Para ello, se realizó un análisis de fuentes de información cuantitativa, siguiendo los pasos a continuación:

- Selección de las bases de datos de referencia
- Preparación para el análisis: búsqueda, extracción y limpieza de datos
- Comprobación y verificación de posibles incoherencias
- Integración y síntesis de los datos
- Análisis (construcción de los índices)

Para garantizar la coherencia interna y, especialmente, la replicabilidad metodológica del ejercicio se priorizó la obtención de datos cuantitativos a partir de estadísticas compiladas por organismos internacionales. Las principales fuentes de información fueron:

- World Bank Development Indicators (Banco Mundial)
- Observatorio de Salud Global (OMS)
- Global Health Expenditures Database (OMS)
- Global Burden Disease (IHME)

Cabe señalar que, para todos los casos, se ha incorporado el dato disponible más reciente, que era información correspondiente a 2017.

En este punto es importante señalar que no se ha podido seguir la misma metodología para la construcción de los tres índices, ya que el Índice de Desempeño presenta la particularidad de que se construye a partir de indicadores de carga de enfermedad y gasto de bolsillo, donde valores altos indican precisamente un desempeño bajo. Así pues, para los dos indicadores del Índice de Desempeño, al país con mejor desempeño (valor más bajo) se le ha asignado un 1 como valor índice. Al resto de países, se les ha asignado una puntuación a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{Valor Índice País}_x = \text{Valor Indicador País con mejor desempeño} / \text{Valor Indicador País}_x$$

Con posterioridad, el valor del Índice de Desempeño se calculó mediante suma lineal del componente de resultados de salud y el de protección financiera.

$$\text{Índice Desempeño} = \text{Resultados Salud} + \text{Protección Financiera}$$

Sin embargo, para indexar los indicadores de los índices de gasto total y gasto público en salud se siguió una fórmula diferente, de tal manera que valores altos en los indicadores se correspondieran también con valores altos en el índice. Se presenta a continuación:

$$\text{Valor Índice País}_x = \text{Valor Indicador País}_x / \text{Promedio Valores de la Muestra}$$

Al igual que el caso anterior, el valor del índice resulta de la suma de los valores de los dos indicadores incluidos.

**Índice Gasto Total en Salud= Gasto total como % del PIB + Gasto total per Cápita en Paridad del Poder Adquisitivo (PPA)**

**Índice Gasto Público en Salud= Gasto público como % del PIB + Gasto público per Cápita en Paridad del Poder Adquisitivo (PPA)**

Para la elaboración del estudio se tomaron en cuenta todos los países que la OMS incluye en la Región de América Latina y Caribe, excepto San Cristóbal y Nieves y Venezuela.

En el primer caso, la falta de disponibilidad de datos ha impedido calcular el Índice de Desempeño de su sistema de salud. En el segundo caso, las cifras de gasto obtenidas son muy bajas (\$141 per cápita para el gasto corriente en salud total y \$22 per cápita para el gasto público), y despiertan dudas acerca de su confiabilidad. Esto es importante para fines de construir las FPP, toda vez que, como ya se ha explicado, el país con menor gasto está siempre por definición sobre la FPP y los índices eficiencia-resultados y eficiencia-insumos se calculan comparando a cada país con dicha FPP. En consecuencia, se ha decidido eliminar al país del estudio para no distorsionar la obtención de valores en dichos índices. La lista definitiva de países se presenta en la siguiente tabla.

*Tabla 2: Países Incluidos en el Estudio*

N	País	Sigla
1	Antigua y Barbuda	AyB
2	Argentina	ARG
3	Bahamas	BAH
4	Barbados	BAR
5	Belice	BEL
6	Bolivia	BOL
7	Brasil	BRA
8	Chile	CHI
9	Colombia	COL
10	Costa Rica	CRI
11	Cuba	CUB
12	Dominica	DOM
13	Ecuador	ECU
14	El Salvador	SAL
15	Granada	GRA
16	Guatemala	GUA
17	Guyana	GUY
18	Haití	HAI
19	Honduras	HON
20	Jamaica	JAM
21	México	MEX
22	Nicaragua	NIC
23	Panamá	PAN
24	Paraguay	PAR
25	Perú	PER
26	República Dominicana	RD
27	Santa Lucía	SLU

N	País	Sigla
28	San Vicente y las Granadinas	SVG
29	Surinam	SUR
30	Trinidad y Tobago	TyT
31	Uruguay	URU

Fuente: Elaboración propia

#### 2.2.4 Elaboración de las FPP

Como se explicó previamente, se elaboraron dos fronteras de posibilidades de producción:

- Frontera Desempeño-Gasto Total en Salud
- Frontera Desempeño- Gasto Público en Salud

El primer paso para construir estas FPP es graficar los pares ordenados de Índice de Desempeño (ID)-Índice de Gasto (total o público, según aplique) de cada país en un plano que tenga al Índice de Desempeño en el eje de ordenadas (vertical) y al Índice de gasto en el eje de abscisas (horizontal).

A continuación, se debe identificar al país con el máximo ID de la muestra (país A), el cual automáticamente estará sobre la FPP. Todos los países que tengan un nivel de gasto superior a éste estarán por debajo de la frontera.

Luego se identifica al país con el máximo ID que tenga un menor gasto que A (país B). Todos los países que tengan un nivel de gasto superior a B e inferior a A, también estarán por debajo de la FPP. A continuación, se identifica al país con el máximo ID con menor gasto que B, y así sucesivamente.

Se continúa con este proceso hasta llegar al país con menor nivel de gasto (país G), que por definición también estará sobre la frontera, pues no existirá ninguno que logre un mayor desempeño con un menor nivel de gasto. Finalmente, la FPP unirá todas estas observaciones.

Esta metodología permite calcular el índice de eficiencia-insumos, y el índice de eficiencia-resultados. El primero se relaciona con la distancia horizontal entre la observación del país y la FPP y la segunda con la distancia vertical.

#### 2.2.5 Limitaciones

La técnica Free Disposable Hull se ha elegido por considerar que es la que mejor responde a los objetivos del trabajo, pues es menos restrictiva en sus supuestos funcionales que las alternativas planteadas, pero presenta una serie de limitaciones que merece la pena señalar. En primer lugar, la técnica asume que las desviaciones entre las observaciones y las fronteras de posibilidades de producción se deben a comportamientos ineficientes de las unidades de toma de decisiones. Esto es, supone la libre disposición de insumos y productos (gasto en salud y desempeño del sistema, respectivamente), de manera que es posible disminuir el nivel de insumos (gasto) manteniendo el nivel de producto (desempeño) o aumentar el nivel de producto (desempeño) sin modificar el nivel de insumos (gasto). Lo anterior, aunque permite obtener un escenario propicio para el análisis, difícilmente se corresponde con la realidad, ya que muchas veces las

decisiones de asignación de recursos vienen determinadas por elementos que no son fácilmente modificables.

En esta misma línea, se podría criticar el hecho de que la relación entre insumos y productos en la realidad no es tan lineal como la técnica asume en un plano teórico. En efecto, y tomando como ejemplo el trabajo actual, para medir los resultados de salud de una población se usa un indicador de carga de enfermedad, los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por 100,000 habitantes estandarizados por edad. Sin embargo, la carga de enfermedad de una población se puede ver afectada por muchos factores, de abordaje multidimensional y multisectorial, tal y como reflejan los determinantes sociales de salud, y ser poco elástica frente a mejoras en la eficiencia del gasto destinado al sector salud.

Otro de los supuestos de la técnica que parece poco realista es asumir que el nivel de tecnología disponible en los sistemas de salud de todos los países es el mismo. Dicho nivel está, en última instancia, relacionado con el nivel de renta e ingreso de los países y, aunque el estudio no presenta estas magnitudes, es evidente que entre los 31 países de la Región de América Latina y el Caribe incluidos en el estudio existen disparidades en este sentido.

La influencia de la tecnología disponible en los niveles de eficiencia agregada de un sistema de salud no se puede obviar. Sólo por señalar algunos ejemplos, una nueva técnica quirúrgica puede reducir el tiempo en el quirófano y, en consecuencia, aumentar el número de cirugías diarias, el acceso a determinados medicamentos puede alargar los años y la calidad de vida en pacientes crónicos o las plataformas de comunicación e integración de datos favorecen el avance hacia modelos de atención no presenciales.

En este sentido, la técnica compara los niveles de eficiencia en el gasto entre países sin valorar los distintos grados de penetración tecnológica en los sistemas de salud, lo que sin duda puede generar un sesgo que perjudique a los países con menos recursos, pues un bajo desempeño de su sistema de salud se relaciona siempre con ineficiencia en el gasto cuando se puede deber a menor capacidad de inversión en medicamentos y tecnologías sanitarias.

Aunque se señalan explícitamente en otras partes del documento, cabe nombrar dos aspectos más: la sensibilidad a la heterogeneidad entre las distintas DMU y el hecho que las conclusiones están influenciadas por las unidades incluidas en la muestra. Por un lado, toda vez que la técnica se basa en la comparación entre observaciones eficientes e ineficientes, unos valores *outliers* pueden distorsionar los resultados. Un ejemplo muy claro de esta situación se ha encontrado con los valores de gasto público y gasto total en salud de Venezuela. Los mismos eran sorprendentemente bajos y llamaban la atención sobre su veracidad, al mismo tiempo que disminuían significativamente los valores en los índices de eficiencia-insumos y eficiencia-productos de muchos países. Finalmente, se optó por eliminar al país del estudio para corregir dichas desviaciones.

Por otro lado, FDH sólo es capaz de señalar aquellas unidades con el comportamiento más eficiente de entre las unidades incluidas en la muestra. Esto es, para los países que se encuentran sobre las FPP no significa que la asignación de su gasto en salud sea lo más eficiente posible y que ya se encuentren en una situación ideal donde no haya espacio para las mejoras, sino que ningún otro país de la muestra es capaz de lograr mejor desempeño con el mismo nivel de gasto o el mismo desempeño con menos gasto. Esto origina que la inclusión de nuevos países en la muestra pueda llevar a conclusiones distintas.

Por último, también se podría poner el foco en los indicadores seleccionados y las fórmulas para la construcción de los índices. Estos elementos se han definido de tal manera que permitieran diseñar un ejercicio simple en sus cálculos y replicable metodológicamente, sin comprometer su robustez técnica. Sin embargo, siempre se podrá alegar que se pueden incluir otros indicadores en los índices y que existen otras fórmulas para su cálculo. En este sentido, un trabajo reciente sobre el desempeño de los sistemas de salud en la región, utilizando otros indicadores para calcular los índices, concluyó con resultados muy similares. (Rathe y Gibert, 2020).

## 2.3 Resultados

### 2.3.1 Índice de desempeño

#### a) Resultados de salud

Como ya se ha comentado en las secciones anteriores, para la medición del componente Resultados de Salud se tomó en cuenta el indicador “Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVAD) por 100,000 habitantes” estandarizados por edad.

La tabla siguiente presenta el valor de este indicador para el año 2017, tanto la cantidad bruta como indexada. A modo de recordatorio, cabe señalar que al país con mejor desempeño (menor cantidad de AVAD) se le ha asignado un 1 en el índice. En este caso, el país es Costa Rica. Al resto de países, se les asigna una puntuación resultado de dividir el número de AVAD de Costa Rica entre el número de AVAD del país en cuestión.

Tabla 3: AVAD por 100,000 Habitantes. Año 2017

País	Sigla	Valor Indicador	Valor Índice
Costa Rica	CRI	20,790.95	1.00
Cuba	CUB	21,017.60	0.99
Colombia	COL	21,427.33	0.97
Perú	PER	21,463.49	0.97
Chile	CHI	21,615.71	0.96
Panamá	PAN	22,661.63	0.92
Nicaragua	NIC	22,753.53	0.91
Barbados	BAR	23,743.58	0.88
Uruguay	URU	23,941.71	0.87
Antigua y Barbuda	AyB	24,391.82	0.85
Argentina	ARG	24,632.59	0.84
Ecuador	ECU	25,477.07	0.82
Paraguay	PAR	25,958.14	0.80
México	MEX	26,181.89	0.79
Santa Lucía	SLU	26,558.26	0.78
Granada	GRA	27,442.15	0.76
Brasil	BRA	27,894.03	0.75
Jamaica	JAM	28,122.29	0.74
Honduras	HON	28,522.40	0.73
Trinidad y Tobago	TyT	28,909.56	0.72
Bahamas	BAH	29,002.59	0.72

País	Sigla	Valor Indicador	Valor Índice
El Salvador	SAL	29,122.39	0.71
Belice	BEL	29,790.64	0.70
Bolivia	BOL	30,715.56	0.68
República Dominicana	RD	30,965.80	0.67
San Vicente y Granadinas	SVG	31,003.71	0.67
Dominica	DOM	32,138.15	0.65
Guatemala	GUA	32,309.45	0.64
Surinam	SUR	32,970.38	0.63
Guyana	GUY	37,282.71	0.56
Haití	HAI	49,023.73	0.42
<b>Promedio Regional</b>		<b>27,662.70</b>	

Fuente: IHME (2020)

### **b) Protección financiera**

Para ponderar el grado de protección financiera frente la enfermedad del que goza una población se usó el “Porcentaje de Gasto de Bolsillo de los Hogares respecto al Gasto Corriente en Salud”.

La tabla siguiente presenta los valores brutos e indexados. Igual que en el caso anterior, al país con mejor desempeño (menor porcentaje de gasto de bolsillo) se le ha asignado un 1 en el índice. En este caso, el país es Cuba. Al resto de países, se les asigna una puntuación resultado de dividir el porcentaje de gasto de bolsillo de Cuba entre el porcentaje de gasto de bolsillo del país en cuestión.

*Tabla 4: Gasto de Bolsillo como % del GCS. Año 2017*

País	Sigla	Valor Indicador (%)	Valor Índice
Cuba	CUB	10.48	1.00
Argentina	ARG	15.02	0.70
Colombia	COL	16.31	0.64
Jamaica	JAM	17.23	0.61
Uruguay	URU	17.55	0.60
Costa Rica	CRI	21.26	0.49
Belice	BEL	24.15	0.43
Bolivia	BOL	25.08	0.42
Surinam	SUR	26.38	0.40
Brasil	BRA	27.46	0.38
Perú	PER	28.19	0.37
El Salvador	SAL	29.20	0.36
Dominica	DOM	30.95	0.34
Bahamas	BAH	30.98	0.34
San Vicente y Granadinas	SVG	31.19	0.34
Guyana	GUY	32.47	0.32
Nicaragua	NIC	32.60	0.32
Panamá	PAN	33.27	0.32
Chile	CHI	33.53	0.31
Antigua y Barbuda	AyB	34.98	0.30
Ecuador	ECU	39.40	0.27
Trinidad y Tobago	TyT	39.78	0.26
Haití	HAI	40.23	0.26

País	Sigla	Valor Indicador (%)	Valor Índice
México	MEX	41.28	0.25
Paraguay	PAR	44.18	0.24
República Dominicana	RD	44.74	0.23
Santa Lucía	SLU	44.75	0.23
Barbados	BAR	46.30	0.23
Honduras	HON	48.70	0.22
Granada	GRA	52.41	0.20
Guatemala	GUA	54.13	0.19
<b>Promedio Regional</b>		<b>34.09%</b>	

Fuente: GHED (2020)

### c) Índice de desempeño

Tal y como se explica en el acápite metodológico, el resultado en el **Índice de Desempeño** se obtiene de la suma de los índices de resultados de salud y protección financiera. Cabe recordar que valores altos indican un mejor desempeño. En este caso, tal y como se muestra en la siguiente tabla, el país con mejor desempeño es Cuba y el que presenta peor rendimiento es Haití.

Tabla 5: Índice de Desempeño

País	Resultados de Salud		Protección Financiera		Valor Índice
	AVAD x 100,000	Valor Índice	Gasto de Bolsillo como % del GCS	Valor Índice	
Cuba	21.018	0,99	10,48	1,00	1,99
Colombia	21.427	0,97	16,31	0,64	1,61
Argentina	24.633	0,84	15,02	0,70	1,54
Costa Rica	20.791	1,00	21,26	0,49	1,49
Uruguay	23.942	0,87	17,55	0,60	1,47
Jamaica	28.122	0,74	17,23	0,61	1,35
Perú	21.463	0,97	28,19	0,37	1,34
Chile	21.616	0,96	33,53	0,31	1,27
Nicaragua	22.754	0,91	32,60	0,32	1,24
Panamá	22.662	0,92	33,27	0,32	1,23
Antigua y Barbuda	24.392	0,85	34,98	0,30	1,15
Belice	29.791	0,70	24,15	0,43	1,13
Brasil	27.894	0,75	27,46	0,38	1,13
Barbados	23.744	0,88	46,30	0,23	1,10
Bolivia	30.716	0,68	25,08	0,42	1,09
Ecuador	25.477	0,82	39,40	0,27	1,08
El Salvador	29.122	0,71	29,20	0,36	1,07
Bahamas	29.003	0,72	30,98	0,34	1,06
México	26.182	0,79	41,28	0,25	1,05
Paraguay	25.958	0,80	44,18	0,24	1,04
Surinam	32.970	0,63	26,38	0,40	1,03
Santa Lucía	26.558	0,78	44,75	0,23	1,02
San Vicente y las Granadinas	31.004	0,67	31,19	0,34	1,01
Dominica	32.138	0,65	30,95	0,34	0,99
Trinidad y Tobago	28.910	0,72	39,78	0,26	0,98
Granada	27.442	0,76	52,41	0,20	0,96
Honduras	28.522	0,73	48,70	0,22	0,94
República Dominicana	30.966	0,67	44,74	0,23	0,91

País	Resultados de Salud		Protección Financiera		Valor Índice
	AVAD x 100,000	Valor Índice	Gasto de Bolsillo como % del GCS	Valor Índice	
Guyana	37.283	0,56	32,47	0,32	0,88
Guatemala	32.309	0,64	54,13	0,19	0,84
Haití	49.024	0,42	40,23	0,26	0,68

Fuente: Elaboración propia

### 2.3.2 Índice de gasto total en salud

Para calcular este índice se ha tenido en cuenta el Gasto Corriente total en Salud de los países desde una doble vertiente: como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) y la cantidad per cápita en PPA (dólares constantes 2017). A la hora de calcular los valores de los índices de gasto cabe recordar que, al contrario de lo que sucedía para el Índice de Desempeño, valores altos en los indicadores se deben corresponder con valores altos en el índice.

En este caso, para obtener el valor del índice de un país se ha dividido el valor del gasto corriente en salud total como porcentaje del PIB del país en cuestión entre el promedio regional (6.86%).

La tabla siguiente presenta los valores brutos e indexados.

*Tabla 6: GCS como % del PIB. Año 2017*

País	Sigla	Valor Indicador (%)	Valor Índice
Cuba	CUB	11,71	1,71
Brasil	BRA	9,47	1,38
Uruguay	URU	9,30	1,36
Argentina	ARG	9,12	1,33
Chile	CHI	8,98	1,31
Nicaragua	NIC	8,65	1,26
Ecuador	ECU	8,26	1,20
Haití	HAI	8,04	1,17
Honduras	HON	7,86	1,15
Costa Rica	CRI	7,33	1,07
Panamá	PAN	7,32	1,07
El Salvador	SAL	7,23	1,05
Colombia	COL	7,23	1,05
Trinidad y Tobago	TyT	6,98	1,02
Barbados	BAR	6,78	0,99
Paraguay	PAR	6,65	0,97
Bolivia	BOL	6,44	0,94
Surinam	SUR	6,23	0,91
República Dominicana	RD	6,14	0,89
Jamaica	JAM	5,99	0,87
Dominica	DOM	5,88	0,86
Guatemala	GUA	5,81	0,85
Bahamas	BAH	5,76	0,84
Belice	BEL	5,64	0,82
México	MEX	5,52	0,80
Perú	PER	5,00	0,73
Guyana	GUY	4,95	0,72
Granada	GRA	4,76	0,69

País	Sigla	Valor Indicador (%)	Valor Índice
Santa Lucía	SLU	4,55	0,66
Antigua y Barbuda	AyB	4,53	0,66
San Vicente y las Granadinas	SVG	4,49	0,65
<b>Promedio Regional</b>		<b>6.86%</b>	

Fuente: GHED (2020)

Igual que en el caso anterior, para obtener el valor del índice de un país se ha dividido el volumen de gasto corriente en salud total per cápita en PPA del país en cuestión entre el promedio regional (\$1,056.29).

La tabla siguiente presenta los valores brutos e indexados.

*Tabla 7: GCS per cápita en PPA. Año 2017*

País	Sigla	Valor Indicador	Valor Índice
Cuba	CUB	2.486	2,35
Chile	CHI	2.229	2,11
Trinidad y Tobago	TyT	2.206	2,09
Uruguay	URU	2.102	1,99
Argentina	ARG	1.917	1,81
Panamá	PAN	1.795	1,70
Bahamas	BAH	1.756	1,66
Brasil	BRA	1.472	1,39
Barbados	BAR	1.343	1,27
Costa Rica	CRI	1.262	1,19
Antigua y Barbuda	AyB	1.071	1,01
Colombia	COL	1.039	0,98
México	MEX	1.036	0,98
República Dominicana	RD	986	0,93
Ecuador	ECU	959	0,91
Surinam	SUR	946	0,90
Paraguay	PAR	867	0,82
Granada	GRA	721	0,68
Perú	PER	681	0,64
Santa Lucía	SLU	662	0,63
Dominica	DOM	657	0,62
El Salvador	SAL	583	0,55
Jamaica	JAM	543	0,51
San Vicente y Granadinas	SVG	528	0,50
Nicaragua	NIC	506	0,48
Bolivia	BOL	492	0,47
Belice	BEL	481	0,46
Guatemala	GUA	475	0,45
Guyana	GUY	405	0,38
Honduras	HON	395	0,37
Haití	HAI	146	0,14
<b>Promedio Regional</b>		<b>1,056.29</b>	

Fuente: GHED (2020)

El **Índice de Gasto Total en Salud** se obtiene mediante la suma de los índices anteriores. En este caso, el país con un gasto corriente en salud total más alto es Cuba y el más bajo es Guyana. Se muestra en la siguiente tabla.

*Tabla 8: Índice de Gasto Total en Salud*

País	GCS total como % PIB		GCS total PPA		Valor Índice
	Valor Indicador	Valor Índice	Valor Indicador	Valor Índice	
Cuba	11,71	1,71	2.486	2,35	4,06
Chile	8,98	1,31	2.229	2,11	3,42
Uruguay	9,30	1,36	2.102	1,99	3,35
Argentina	9,12	1,33	1.917	1,81	3,15
Trinidad y Tobago	6,98	1,02	2.206	2,09	3,11
Brasil	9,47	1,38	1.472	1,39	2,77
Panamá	7,32	1,07	1.795	1,70	2,77
Bahamas	5,76	0,84	1.756	1,66	2,50
Costa Rica	7,33	1,07	1.262	1,19	2,26
Barbados	6,78	0,99	1.343	1,27	2,26
Ecuador	8,26	1,20	959	0,91	2,11
Colombia	7,23	1,05	1.039	0,98	2,04
República Dominicana	6,14	0,89	986	0,93	1,83
Surinam	6,23	0,91	946	0,90	1,80
Paraguay	6,65	0,97	867	0,82	1,79
México	5,52	0,80	1.036	0,98	1,78
Nicaragua	8,65	1,26	506	0,48	1,74
Antigua y Barbuda	4,53	0,66	1.071	1,01	1,67
El Salvador	7,23	1,05	583	0,55	1,61
Honduras	7,86	1,15	395	0,37	1,52
Dominica	5,88	0,86	657	0,62	1,48
Bolivia	6,44	0,94	492	0,47	1,41
Jamaica	5,99	0,87	543	0,51	1,39
Granada	4,76	0,69	721	0,68	1,38
Perú	5,00	0,73	681	0,64	1,37
Haití	8,04	1,17	146	0,14	1,31
Guatemala	5,81	0,85	475	0,45	1,30
Santa Lucía	4,55	0,66	662	0,63	1,29
Belice	5,64	0,82	481	0,46	1,28
San Vicente y las Granadinas	4,49	0,65	528	0,50	1,15
Guyana	4,95	0,72	405	0,38	1,10

Fuente: Elaboración propia

### 2.3.3 Índice de gasto público en salud

De manera análoga al caso anterior, el Índice de Gasto Público se ha calculado tomando en cuenta el Gasto Corriente en Salud Pública como porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) y la cantidad per cápita en PPA (dólares constantes 2017).

De igual manera que para el Índice de Gasto Total, en este caso valores altos en los indicadores se deben corresponder con valores altos en el índice. Para obtener el valor del índice de un país se ha dividido el valor del gasto corriente en salud pública como porcentaje del PIB del país en cuestión entre el promedio regional (3,97%).

La tabla siguiente presenta los valores brutos e indexados.

*Tabla 9: GCS Público como % del PIB. Año 2017*

País	Sigla	Valor Indicador (%)	Valor Índice
Cuba	CUB	10,48	2,64
Argentina	ARG	6,65	1,68
Uruguay	URU	6,17	1,55
Nicaragua	NIC	5,51	1,39
Costa Rica	CRI	5,49	1,38
Chile	CHI	5,38	1,35
Colombia	COL	5,31	1,34
El Salvador	SAL	4,59	1,16
Bolivia	BOL	4,51	1,14
Ecuador	ECU	4,42	1,11
Panamá	PAN	4,42	1,11
Surinam	SUR	4,15	1,04
Jamaica	JAM	3,97	1,00
Brasil	BRA	3,97	1,00
Belice	BEL	3,91	0,98
Dominica	DOM	3,90	0,98
Trinidad y Tobago	TyT	3,71	0,93
Honduras	HON	3,49	0,88
Perú	PER	3,19	0,80
Guyana	GUY	3,11	0,78
Barbados	BAR	3,11	0,78
Paraguay	PAR	3,03	0,76
San Vicente y las Granadinas	SVG	2,93	0,74
México	MEX	2,84	0,72
República Dominicana	RD	2,82	0,71
Bahamas	BAH	2,53	0,64
Santa Lucía	SLU	2,23	0,56
Antigua y Barbuda	AyB	2,13	0,54
Granada	GRA	2,08	0,52
Guatemala	GUA	2,02	0,51
Haití	HAI	1,07	0,27
<b>Promedio Regional</b>		<b>3.97 %</b>	

Fuente: GHED (2020)

Igual que en el caso anterior, para obtener el valor del índice de un país se ha dividido el volumen de gasto corriente en salud público per cápita en PPA del país en cuestión entre el promedio regional (\$630.60).

La tabla siguiente presenta los valores brutos e indexados.

*Tabla 10: GCS Público per cápita en PPA. Año 2017*

País	Sigla	Valor Indicador	Valor Índice
Cuba	CUB	2.223	3,53
Argentina	ARG	1.398	2,22
Uruguay	URU	1.396	2,21
Chile	CHI	1.334	2,12
Trinidad y Tobago	TyT	1.171	1,86
Panamá	PAN	1.083	1,72
Costa Rica	CRI	946	1,50
Bahamas	BAH	770	1,22
Colombia	COL	764	1,21
Surinam	SUR	630	1,00
Brasil	BRA	617	0,98
Barbados	BAR	616	0,98
México	MEX	533	0,85
Ecuador	ECU	513	0,81
Antigua y Barbuda	AyB	504	0,80
República Dominicana	RD	453	0,72
Dominica	DOM	436	0,69
Perú	PER	435	0,69
Paraguay	PAR	395	0,63
El Salvador	SAL	370	0,59
Jamaica	JAM	360	0,57
San Vicente y Granadinas	SVG	345	0,55
Bolivia	BOL	344	0,55
Belice	BEL	333	0,53
Santa Lucía	SLU	325	0,52
Nicaragua	NIC	323	0,51
Granada	GRA	315	0,50
Guyana	GUY	255	0,40
Honduras	HON	175	0,28
Guatemala	GUA	165	0,26
Haití	HAI	19	0,03
Promedio Regional		<b>630,60</b>	

Fuente: GHED (2020)

El **Índice de Gasto Público en Salud** se obtiene mediante la suma de los índices anteriores. En este caso, el país con un gasto corriente en salud público más alto es Cuba y el más bajo es Haití. Se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 11: Índice de Gasto Público en Salud

País	GCS público como % PIB		GCS público PPA		Valor Índice
	Valor Indicador	Valor Índice	Valor Indicador	Valor Índice	
Cuba	10,48	2,64	2.223	3,53	6,16
Argentina	6,65	1,68	1.398	2,22	3,89
Uruguay	6,17	1,55	1.396	2,21	3,77
Chile	5,38	1,35	1.334	2,12	3,47
Costa Rica	5,49	1,38	946	1,50	2,88
Panamá	4,42	1,11	1.083	1,72	2,83
Trinidad y Tobago	3,71	0,93	1.171	1,86	2,79
Colombia	5,31	1,34	764	1,21	2,55
Surinam	4,15	1,04	630	1,00	2,04
Brasil	3,97	1,00	617	0,98	1,98
Ecuador	4,42	1,11	513	0,81	1,93
Nicaragua	5,51	1,39	323	0,51	1,90
Bahamas	2,53	0,64	770	1,22	1,86
Barbados	3,11	0,78	616	0,98	1,76
El Salvador	4,59	1,16	370	0,59	1,74
Bolivia	4,51	1,14	344	0,55	1,68
Dominica	3,90	0,98	436	0,69	1,67
Jamaica	3,97	1,00	360	0,57	1,57
México	2,84	0,72	533	0,85	1,56
Belice	3,91	0,98	333	0,53	1,51
Perú	3,19	0,80	435	0,69	1,49
República Dominicana	2,82	0,71	453	0,72	1,43
Paraguay	3,03	0,76	395	0,63	1,39
Antigua y Barbuda	2,13	0,54	504	0,80	1,34
San Vicente y las Granadinas	2,93	0,74	345	0,55	1,28
Guyana	3,11	0,78	255	0,40	1,19
Honduras	3,49	0,88	175	0,28	1,16
Santa Lucía	2,23	0,56	325	0,52	1,08
Granada	2,08	0,52	315	0,50	1,02
Guatemala	2,02	0,51	165	0,26	0,77
Haití	1,07	0,27	19	0,03	0,30

Fuente: Elaboración propia

### 2.3.4 Fronteras de posibilidades de producción (FPP)

Las Figuras 2 y 3 presentan las Fronteras de Posibilidades de Producción que permiten medir la eficiencia del gasto total y el gasto público en salud a partir del nivel de desempeño de los respectivos sistemas de salud, dimensionado a través de la carga de enfermedad y la protección financiera de la población.

Como ya se ha comentado, las mismas se han elaborado siguiendo el método no paramétrico de Free Disposable Hull. Este método permite dibujar una frontera de eficiencia, continua y no necesariamente convexa, de modo que las observaciones que se encuentren encima de la frontera son relativamente eficientes, mientras que las que se encuentran por debajo son relativamente ineficientes.

En términos gráficos, una observación será eficiente si no es posible encontrar ninguna otra que se encuentre por encima y a la izquierda de ésta en la representación. En términos conceptuales, estar encima de la frontera de eficiencia puede significar dos cosas:

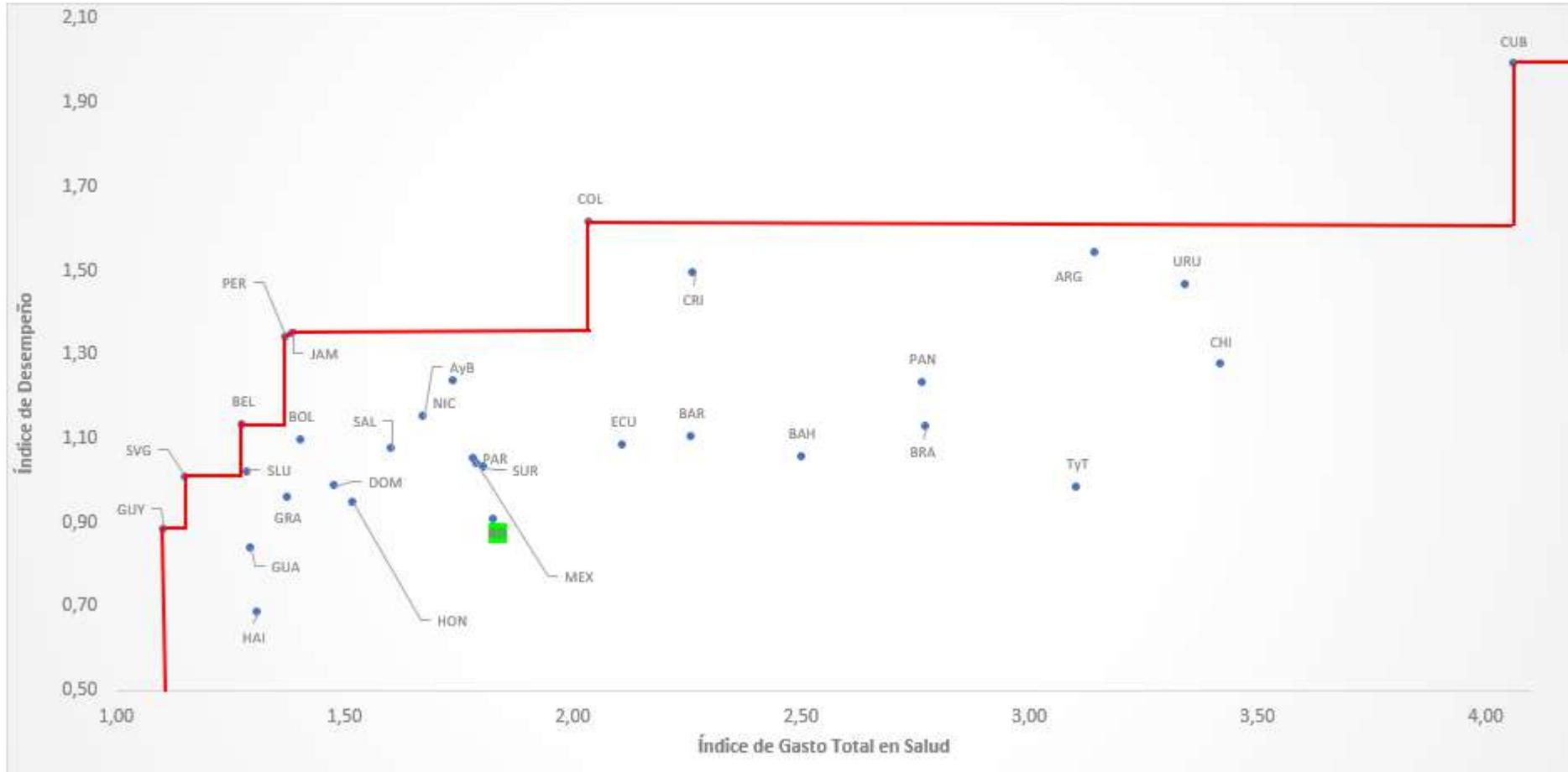
- ningún otro país logra un mejor desempeño del sistema de salud con el mismo nivel de gasto, o
- ningún otro país alcanza el mismo nivel de desempeño con un gasto menor.

Se presentan a continuación los países que se encuentran encima de las fronteras de eficiencia en ambos casos:

- Curva Desempeño - Gasto Total:
  - ✓ Cuba
  - ✓ Colombia
  - ✓ Jamaica
  - ✓ Perú
  - ✓ Belice
  - ✓ San Vicente y Granadinas
  - ✓ Guyana
- Curva Desempeño – Gasto Público:
  - ✓ Cuba
  - ✓ Colombia
  - ✓ Jamaica
  - ✓ Perú
  - ✓ Antigua y Barbuda
  - ✓ Santa Lucía
  - ✓ Granada
  - ✓ Guatemala
  - ✓ Haití

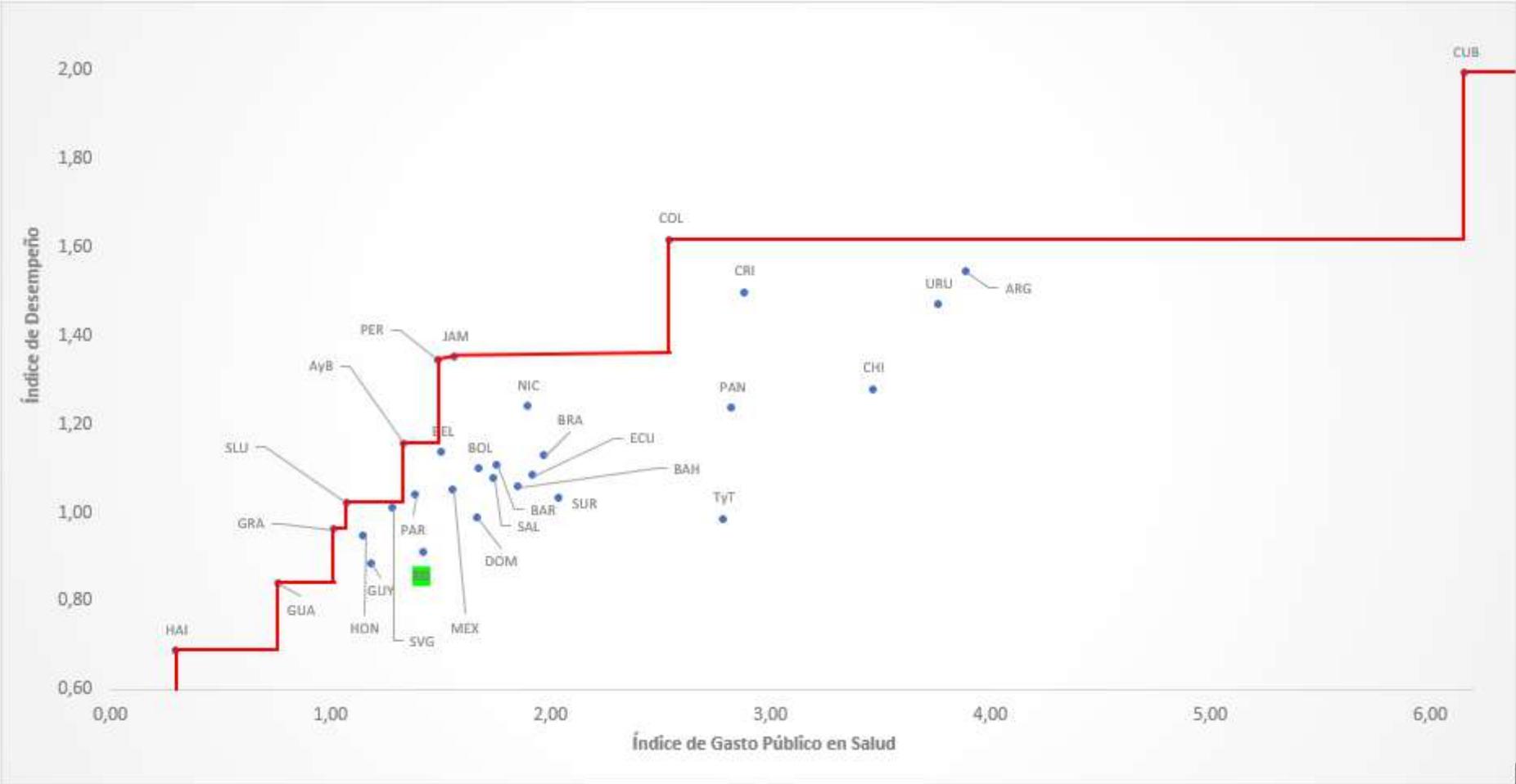
La similitud de resultados en ambas fronteras se debe, fundamentalmente, a la importancia que tiene el gasto público en el gasto corriente total en la mayoría de los países.

Figura 2.2: FPP Desempeño-Gasto Total en Salud



Fuente: Elaboración propia

Figura 3:3: FPP Desempeño-Gasto Público en Salud



Fuente: Elaboración propia

A la hora de interpretar los resultados, cabe tener en cuenta un aspecto importante, y es que la frontera se basa en la comparación de las observaciones gasto-desempeño de los países considerados y, por ende, depende de la muestra de países seleccionados. Así, no significa que los países que se encuentran sobre la FPP sean necesariamente muy eficientes y no tengan nada que mejorar en cuanto a la forma en que llevan a cabo sus inversiones en salud, sino que, en comparación a los otros países de la muestra, son más eficientes en la relación gasto / resultados. En esta línea, sería plausible suponer que algunos países que se encuentran sobre la frontera de eficiencia dejaran de estarlo si incluyéramos en la muestra, por ejemplo, a los países de la OCDE.

Del mismo modo, y como se ha explicado en la sección metodológica, el país con mejor desempeño (Cuba en ambos casos) y el de menor gasto (Guyana en materia de gasto total y Haití para el gasto público) están siempre por definición sobre la curva, sin entrar a analizar la eficiencia de sus niveles de gasto.

Si se toma como ejemplo algún otro país que se encuentre en la frontera de eficiencia, se podrá entender un poco mejor las implicaciones de lo comentado. Tomando el caso colombiano en la Figura 2, se puede afirmar que ningún país obtiene mejor desempeño de su sistema destinando un nivel de gasto igual o inferior al sector salud. En efecto, como se puede observar en las tablas 5 y 8, Colombia obtiene una puntuación de 1.61 en el Índice de Desempeño y de 2.04 en el Índice de Gasto Total en Salud. Si se desgranar las cifras un poco más, se puede afirmar que en la Región no hay ningún país capaz de obtener una pérdida de “sólo” 21,427 AVAD con un gasto de bolsillo de “sólo” el 16.3% del gasto corriente en salud sin invertir, como mínimo, el 7.2% del PIB y US\$ 1,039 per cápita anuales a salud.

En el caso opuesto, se encuentran aquellos países que están por debajo de la frontera de eficiencia, lo que significa que padecen algún grado de ineficiencia en sus niveles de gasto. Esto es, no están obteniendo los resultados suficientes dados sus niveles de gasto (eficiencia-productos) o están gastando demasiado dados los resultados que obtienen (eficiencia-insumos).

Por ejemplo, en la Figura 3, uno de los países más alejados de la frontera es Trinidad y Tobago. Volviendo a las tablas 5 y 11, se observa que el país obtuvo un puntaje de 0.98 en el índice de Desempeño y de 2.79 en el índice de Gasto Público en Salud.

La representación gráfica indica que, para su nivel de gasto público, debería obtener resultados parecidos a los de Colombia. En efecto, el gasto público en salud de Trinidad y Tobago en 2017 ascendió a US\$ 1,171 per cápita frente a los US\$ 764 per cápita en Colombia. Sin embargo, a pesar de esta mayor inversión pública, el país sufrió la pérdida de cerca de 29 mil AVAD, mientras que Colombia no llegó a los 21,500, y el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente ascendió casi al 40%, frente al 16.3% colombiano.

Lo anterior sugiere que en Trinidad y Tobago un mayor gasto público en salud no se está traduciendo en un mayor desempeño del sistema. De hecho, para obtener el nivel de desempeño trinitense, es suficiente con gastar aproximadamente lo que gasta Granada (US\$315 per cápita).

A partir de lo anterior, se pueden calcular los índices de eficiencia-insumos y de eficiencia-resultados del gasto total y del gasto público en salud.

El primero se calcula como el cociente entre el índice de gasto del país que está sobre la FPP que destina menos recursos y obtiene mejor desempeño que el país en cuestión, y el índice de gasto de este último, representando la distancia horizontal con la FPP. Como ya se ha comentado en la introducción, refiere al porcentaje de gasto que, en relación con el país eficiente que se encuentra sobre la FPP, el país en cuestión desperdicia y podría ser reducido.

El segundo se calcula como el cociente entre el índice de desempeño del país en cuestión y el del país que obtiene mejor desempeño gastando menos y que se encuentra sobre la frontera, representando la distancia vertical con la FPP. Como también ha sido introducido, este índice muestra el nivel de desempeño que, dado el nivel de gasto del país en cuestión, podría ser potencialmente alcanzado sin aumentar el volumen de recursos.

Por definición, los países que se encuentran sobre la FPP se comparan con ellos mismos, obteniendo siempre un valor de 1 en los índices eficiencia-insumos y eficiencia-resultados (máxima eficiencia). Para determinar con qué país se deben comparar aquellos que se encuentran por debajo de la FPP, se plantean las siguientes preguntas:

- Índice eficiencia - insumos (distancia horizontal con la FPP): ¿cuál de los países que se encuentra sobre la FPP, con menor nivel de gasto que el país que estamos midiendo, es el que tiene un nivel de desempeño inmediatamente superior?
- Índice eficiencia - resultados (distancia vertical con la FPP): ¿cuál de los países que se encuentra sobre la FPP, con mayor nivel de desempeño que el país que estamos midiendo, es el que tiene un nivel de gasto inmediatamente inferior?

La tabla siguiente muestra el índice eficiencia- insumos y eficiencia-resultados para el gasto total en salud.

*Tabla 12: Eficiencia-Insumos y Eficiencia- Productos del Gasto Total*

País	Eficiencia- Insumos		Eficiencia- Productos	
	País sobre la FPP con el que se compara	Valor Índice	País sobre la FPP con el que se compara	Valor Índice
Antigua y Barbuda	Perú	0,82	Jamaica	0,85
Argentina	Colombia	0,65	Colombia	0,96
Bahamas	Belice	0,51	Colombia	0,65
Barbados	Belice	0,57	Colombia	0,68
Belice	Belice	1,00	Belice	1,00
Bolivia	Belice	0,91	Jamaica	0,81
Brasil	Belice	0,46	Colombia	0,70
Chile	Perú	0,40	Colombia	0,79
Colombia	Colombia	1,00	Colombia	1,00
Costa Rica	Colombia	0,90	Colombia	0,93
Cuba	Cuba	1,00	Cuba	1,00
Dominica	San Vicente y Granadinas	0,78	Jamaica	0,73
Ecuador	Belice	0,61	Colombia	0,67
El Salvador	Belice	0,80	Jamaica	0,80
Granada	San Vicente y Granadinas	0,84	Perú	0,71
Guatemala	Guyana	0,85	Belice	0,74
Guyana	Guyana	1,00	Guyana	1,00
Haití	Guyana	0,84	Belice	0,60
Honduras	San Vicente y Granadinas	0,76	Jamaica	0,70

País	Eficiencia- Insumos		Eficiencia- Productos	
	País sobre la FPP con el que se compara	Valor Índice	País sobre la FPP con el que se compara	Valor Índice
Jamaica	Jamaica	1,00	Jamaica	1,00
México	Belice	0,72	Jamaica	0,78
Nicaragua	Perú	0,79	Jamaica	0,92
Panamá	Perú	0,50	Colombia	0,76
Paraguay	Belice	0,71	Jamaica	0,77
Perú	Perú	1,00	Perú	1,00
República Dominicana	San Vicente y Granadinas	0,63	Jamaica	0,67
Santa Lucía	Belice	0,99	Belice	0,90
San Vicente y Granadinas	San Vicente y Granadinas	1,00	San Vicente y Granadinas	1,00
Surinam	Belice	0,71	Jamaica	0,76
Trinidad y Tobago	San Vicente y Granadinas	0,37	Colombia	0,61
Uruguay	Colombia	0,61	Colombia	0,91

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla, República Dominicana obtiene un valor de 0.63 en el índice de eficiencia-insumos. Esto implica que un 63% del gasto total en salud del país se asigna de manera eficiente, resultando en un 37% que se distribuye de manera ineficiente. Ocupa así el lugar número 23 de los 31 países analizados.

Lo anterior se debe a que el país sobre la FPP con menor gasto que República Dominicana y una puntuación en el Índice de Desempeño inmediatamente superior es San Vicente y Granadinas, lo que hace que la distancia horizontal con la frontera de eficiencia se deba medir respecto a ese país. República Dominicana obtiene un desempeño de su sistema de salud inferior a San Vicente destinando US\$ 986 per cápita a salud (6.14% del PIB) frente a los US\$528 per cápita sanvicentinos (4.49% del PIB).

Por otro lado, el índice eficiencia-productos arroja un valor de 0.67. Este valor sugiere que el país está obteniendo el 67% del desempeño que podría obtener dado su nivel de gasto, pudiendo aumentar un 33% su nivel de desempeño sin tener que invertir ni un dólar adicional, sólo con mejoras de eficiencia en la asignación de recursos. República Dominicana ocupa así el lugar número 27 sobre 31 en el ranquin.

En este caso, la comparativa se realiza con Jamaica, pues es el país sobre la FPP que presenta mayor nivel de desempeño y una puntuación en el Índice de Gasto Total inmediatamente inferior, haciendo que la distancia vertical respecto la FPP se deba medir con este país. República Dominicana tiene un nivel de gasto superior al jamaicano, pero aun así sufre una pérdida de casi 31 mil AVAD por 100,000 habitantes y un gasto de bolsillo del 45% del gasto corriente en salud, frente a los aproximadamente 28 mil AVAD de pérdida y un 17.2% de gasto de bolsillo que sufre la población jamaicana.

La tabla siguiente muestra el índice eficiencia- insumos y eficiencia-resultados para el gasto público en salud.

Tabla 13: Eficiencia-Insumos y Eficiencia- Productos del Gasto Público

País	Eficiencia- Insumos		Eficiencia- Productos	
	País sobre la FPP con el que se compara	Valor Índice	País sobre la FPP con el que se compara	Valor Índice
Antigua y Barbuda	Antigua y Barbuda	1,00	Antigua y Barbuda	1,00
Argentina	Colombia	0,65	Colombia	0,96
Bahamas	Antigua y Barbuda	0,72	Jamaica	0,78
Barbados	Antigua y Barbuda	0,76	Jamaica	0,82
Belice	Antigua y Barbuda	0,88	Perú	0,84
Bolivia	Antigua y Barbuda	0,79	Jamaica	0,81
Brasil	Antigua y Barbuda	0,68	Jamaica	0,84
Chile	Perú	0,43	Colombia	0,79
Colombia	Colombia	1,00	Colombia	1,00
Costa Rica	Colombia	0,88	Colombia	0,93
Cuba	Cuba	1,00	Cuba	1,00
Dominica	Santa Lucía	0,64	Jamaica	0,73
Ecuador	Antigua y Barbuda	0,69	Jamaica	0,80
El Salvador	San Vicente y Granadinas	0,74	Jamaica	0,80
Granada	Granada	1,00	Granada	1,00
Guatemala	Guatemala	1,00	Guatemala	1,00
Guyana	Granada	0,86	Santa Lucía	0,87
Haití	Haití	1,00	Haití	1,00
Honduras	Granada	0,88	Santa Lucía	0,93
Jamaica	Jamaica	1,00	Jamaica	1,00
México	Antigua y Barbuda	0,86	Perú	0,78
Nicaragua	Perú	0,79	Jamaica	0,92
Panamá	Perú	0,53	Colombia	0,76
Paraguay	Antigua y Barbuda	0,96	Antigua y Barbuda	0,90
Perú	Perú	1,00	Perú	1,00
República Dominicana	Granada	0,71	Antigua y Barbuda	0,79
Santa Lucía	Santa Lucía	1,00	Santa Lucía	1,00
San Vicente y Granadinas	Santa Lucía	0,84	Santa Lucía	0,99
Surinam	Antigua y Barbuda	0,65	Jamaica	0,76
Trinidad y Tobago	Santa Lucía	0,39	Colombia	0,61
Uruguay	Colombia	0,68	Colombia	0,91

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior se puede observar que República Dominicana obtiene un valor de 0.71 en el índice de eficiencia-insumos con relación a su gasto público en salud. Esto implica que un 71% del gasto público en salud del país se asigna de manera eficiente, resultando en un 29% que se distribuye de manera ineficiente. Igual que para el caso del gasto total, ocupa el lugar número 23 de los 31 países analizados.

En este caso, la distancia horizontal respecto la FPP se ha medido mediante la comparativa con Granada, que es el país que se encuentra en la frontera con menor gasto que República Dominicana y una puntuación en el Índice de Desempeño inmediatamente superior. El país obtiene un desempeño de su sistema de salud inferior a Granada destinando US\$453 per cápita de gasto público en salud (2.82% del PIB) frente a los US\$ 315 per cápita granadinos (2.08% del PIB).

Por el lado de la eficiencia - producto, se obtiene un valor de 0.79, lo que sugiere que el país está logrando el 79% del desempeño que podría lograr dado su nivel de gasto público o, lo que es lo mismo, que podría aumentar un 21% su desempeño sin que las arcas públicas tuvieran que destinar ninguna cantidad adicional. El país ocupa el lugar 25 sobre 31 países de la muestra.

El país sobre la FPP que presenta mayor desempeño y una puntuación en el Índice de Gasto Total inmediatamente inferior es Antigua y Barbuda, y por ello es el país seleccionado para medir la distancia vertical con la FPP. En este caso, a pesar de que el país tiene un nivel de gasto público superior al antiguano, sufre la pérdida de 6,500 AVAD más al año (30,965 vs 24,392) y debe sufragar vía gastos de bolsillo un 10% más de su gasto corriente en salud (45% vs 35%).

## 2.4 Discusión

El presente capítulo procura realizar un análisis comparativo de la eficiencia del gasto total y gasto público destinado a salud entre 31 países de la región de América Latina y el Caribe.

Este análisis se ha sustentado en la elaboración de dos Fronteras de Posibilidades de Producción, que medían, por un lado, la relación entre el gasto total en salud y el desempeño del sistema y, por otro, la relación entre dicho desempeño y el gasto público en salud. Para elaborar estas fronteras se ha siguieron las técnicas de análisis de frontera no paramétrica Free Disposable Hull, que permite dibujar fronteras, continuas y no necesariamente convexas, donde las observaciones eficientes se encuentran encima de las curvas y las ineficientes se encuentran por debajo.

Esta representación apunta a la identificación de los mínimos niveles de gasto necesarios para alcanzar cada nivel de desempeño y, alternativamente, los máximos niveles de desempeño posibles para cada nivel de gasto.

Del mismo modo, intenta determinar la magnitud de la ineficiencia, entendida como la distancia, vertical y horizontal, entre una observación determinada y dicha frontera de posibilidades de producción. La distancia horizontal es la eficiencia relativa a insumos y se puede conceptualizar como el porcentaje de gasto total o público destinado a salud que el país en cuestión desperdicia y podría ser reducido sin que se viera afectado el nivel de desempeño. La distancia vertical representa la eficiencia relativa a productos y se entiende como el nivel de desempeño que se podría alcanzar, dado un nivel de gasto, sin dedicar ni una unidad de recurso más, sólo vía mejoras de eficiencia.

El estudio presenta estas dos fronteras de posibilidades de producción y también los índices eficiencia-insumos y eficiencia-productos para los 31 países de la muestra. Para el caso concreto de República Dominicana, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- En referencia al gasto total en salud, el país ha obtenido un valor de 0.63 en el índice de eficiencia-insumos y de 0.67 en el índice de eficiencia-productos. Estas cifras indican que la República Dominicana podría lograr el mismo desempeño de su sistema de salud (o incluso mejor) destinando aproximadamente el 63% de los recursos totales que destina en la actualidad y que, en condiciones de máxima eficiencia y gastando lo mismo que ahora, debería obtener un 33% más en su nivel de desempeño sin necesidad de destinar a salud recursos adicionales.

- Respecto el gasto público en salud, República Dominicana logra un valor de 0.71 en el índice de eficiencia-insumos y de 0.79 en el índice de eficiencia-productos. Como en la conclusión anterior, se puede inferir que el país podría lograr el mismo nivel de desempeño (o superior) con un nivel de gasto público en salud un 29% inferior y que, en condiciones de máxima eficiencia y el mismo volumen de gasto público que en la actualidad, debería obtener un incremento del 21% en su nivel de desempeño.
- Se observa que República Dominicana obtiene mejores valores en los índices que miden la eficiencia del gasto público que en los que miden la eficiencia del gasto total, lo cual es resultado, fundamentalmente, de que la proporción de gasto de bolsillo es en este país muy elevada con respecto al gasto total y en relación con otros países de la región. Debe agregarse que la literatura internacional sugiere que los países que financian su sistema de salud con esquemas obligatorios (gubernamentales y seguro social) suelen tener mejor desempeño.
- Es importante insistir que este abordaje metodológico no permite llegar a conclusiones absolutas sobre la eficiencia o ineficiencia de ningún país en particular, sino solamente establecer una posición relativa en términos de gasto y desempeño.
- Finalmente es necesario reiterar las limitaciones de este abordaje metodológico, pues los resultados cuantitativos se basan en la definición de ciertos indicadores que constituyen una indicación, pero no una constatación en sí de eficiencia o ineficiencia. Estos indicadores se construyen para aproximarse lo mejor posible a una definición del desempeño, sin tomar en cuenta la complejidad del sistema de salud.

### **III. EFICIENCIA OPERATIVA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD: ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA**

En el año 2019, en la Ciudad de México, se realizó una importante reunión auspiciada por la OPS, con el propósito de dar lanzamiento al informe de una comisión de alto nivel que proponía los pasos a seguir para alcanzar la salud universal en el siglo XXI, justo al cumplirse los 40 años de la Declaración de Alma Ata, que había propuesto la atención primaria en salud como la base para lograr salud para todos. En dicha reunión se retomó la estrategia de atención primaria como la base para alcanzar los ODS.

La estrategia de salud universal recomienda la transformación de los sistemas de salud, mediante cuatro líneas fundamentales de trabajo:

- Lograr el acceso equitativo a servicios de salud integrales e integrados, de calidad, centrados en las personas, las familias y las comunidades. Esto implica la creación de redes integradas de atención a nivel territorial, con el primer nivel como puerta de entrada con adecuada capacidad resolutive.
- Fortalecer la función de rectoría y gobernanza de los sistemas de salud, fomentando la participación social.
- Aumentar el financiamiento a la salud, sobre todo del gasto público, hasta alcanzar al menos un 6% del PIB, avanzando hacia la eliminación del pago directo en el punto de servicios.
- Fortalecer la coordinación intersectorial para promover políticas que contribuyan al bienestar, la salud y el desarrollo humano, sustentadas en los determinantes sociales de la salud.

En esa reunión se firmó el Pacto 30-30-30 con la finalidad de orientar los esfuerzos para alcanzar la salud universal para el año 2030, en consonancia con la Agenda 2030 que postula los ODS. Se trata de un compromiso internacional sustentado en el derecho a la salud, proponiéndose eliminar al menos un 30% de las barreras de acceso, aumentar el gasto público al menos al 6% del PIB, estando dirigidos al menos el 30% de estos recursos en el primer nivel de atención. En este trabajo procuramos estimar cómo está la República Dominicana en el marco de esa estrategia y cómo compara con otros países de la región, particularmente con aquellos que obtienen un mejor desempeño de su sistema de salud – según fue medido en la sección previa de esta investigación.

El capítulo se inicia con un análisis comparativo del gasto en salud en ALC según las métricas que propone la OMS, relativas a su proporción respecto al PIB, gasto per-cápita y por esquema de financiamiento. Se procura enfocar estos indicadores para los países con mejor y peor desempeño de sus sistemas de salud, según fue identificado en el capítulo anterior de este mismo trabajo.

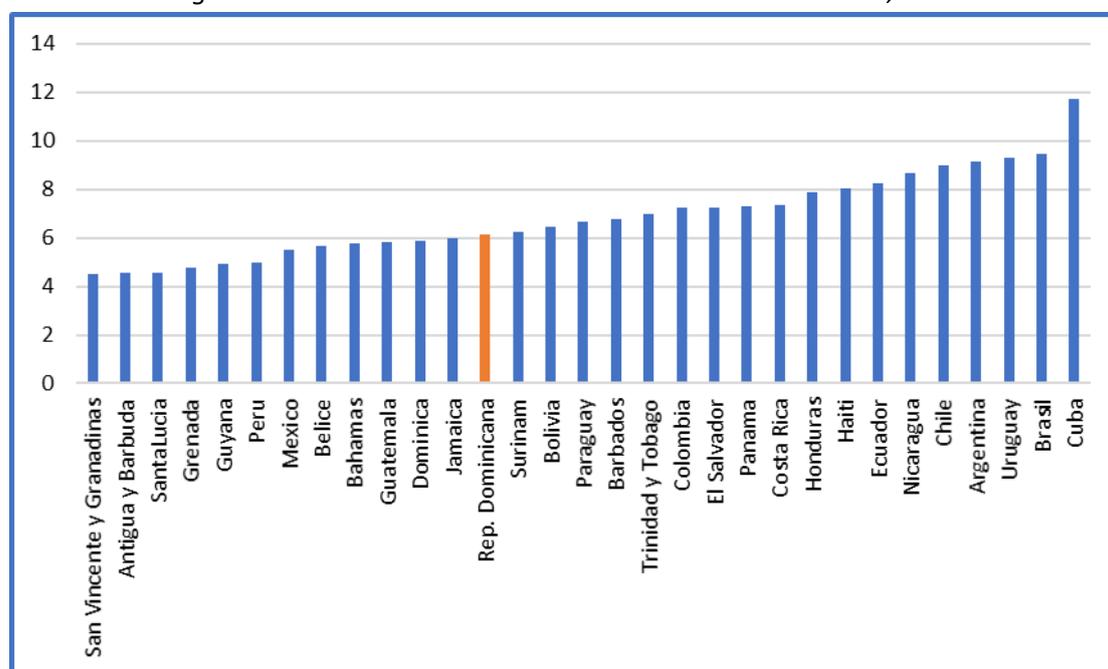
A continuación, se realiza un análisis comparativo del gasto en PHC – según la definición de ésta que propone la OMS. La comparación internacional, en este caso, no pudo hacerse para la misma muestra de países, es decir, los de mejor y peor desempeño, debido a que los datos sólo están publicados para un conjunto específico de países de la región. De cualquier modo, algunos de los señalados están disponibles.

La sección que sigue se centra en la eficiencia del gasto en el primer nivel de atención en la República Dominicana, basada en la información disponible. Finalmente, se ofrecen sugerencias sobre cómo mejorar la eficiencia del gasto público en salud, con énfasis en el primer nivel de atención.

### 3.1 Gasto en salud en América Latina y el Caribe

La mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe destinan entre un 6% y un 8% del PIB a la salud de su población, entre los cuales se encuentra la República Dominicana, con un 6% (este mismo porcentaje destinan México, Belice, Surinam, Bolivia, Guatemala, Dominica y Bahamas). Seis países destinan más del 8% (Nicaragua, Chile, Argentina, Uruguay, Brasil y Cuba) y otros seis destinan menos de esta cifra, que son San Vicente y Granadinas, Antigua y Barbuda, Santa Lucía, Granada, Guyana y Perú.

Figura 4: Gasto corriente en salud con relación al PIB en ALC, 2017

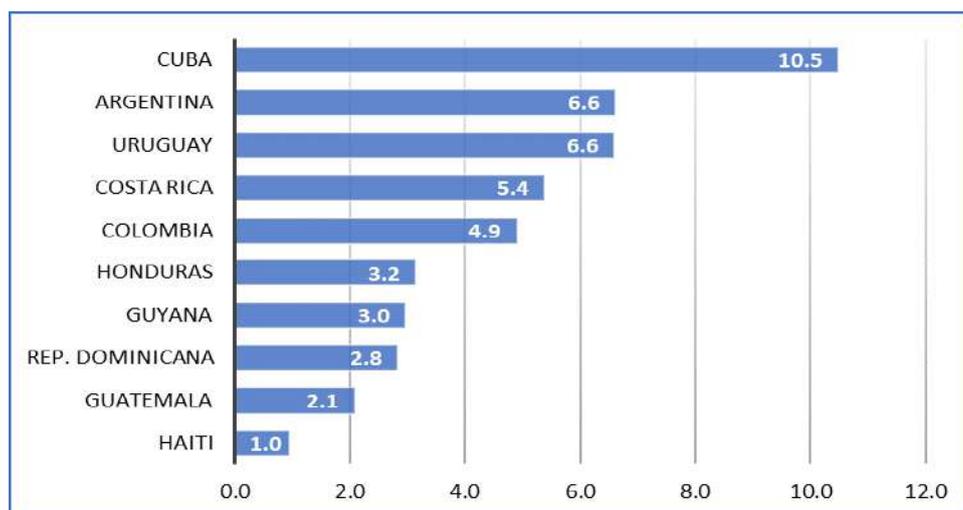


FUENTE: GHED

En la región de las Américas también se encuentran Canadá y Estados Unidos, el primero de los cuales asigna un 11% de su PIB a salud y el segundo, un 17%. Esta última proporción es la más alta del mundo, lo que se ha venido a señalar que no necesariamente una mayor inversión garantiza los mejores resultados, pues Estados Unidos posee un desempeño inferior a muchos países de la OCDE. Esto se relaciona con problemas de eficiencia, posibles gastos excesivos y menor protección financiera de su población. (OMS, 2010; Kutzin, 2012).

En la región de Latinoamérica y el Caribe, el gasto público en salud suele ser bastante reducido, estando la mayoría de los países lejos de la propuesta de la OPS que, como hemos dicho, consiste en proponer que al menos un 6% del PIB sea destinado a financiar el gasto público en salud.

Figura 5: Gasto del gobierno general en salud con relación al PIB, 2017 para los países con mejor y peor desempeño de sus sistemas de salud



FUENTE: Elaboración propia en base a GHED.

En la sección anterior habíamos estimado el desempeño de los sistemas de salud de la región latinoamericana y del Caribe, en base a indicadores de resultados de salud y protección financiera. Cuba, Colombia, Argentina, Costa Rica y Uruguay fueron los que lograron un mejor desempeño entre los 31 países estudiados. Por su parte, Haití, Guatemala, Guyana, República Dominicana y Honduras – en ese orden – fueron los que obtuvieron los peores resultados.

Vemos que sólo Uruguay, Argentina y Cuba cumplen con la meta de tener un gasto corriente público dedicado a salud igual o superior al 6% de su PIB y que Costa Rica se encuentra cerca. En las Américas, también Estados Unidos<sup>3</sup> y Canadá superan ese límite, con 9% y 8%, respectivamente. Pero los países con peor desempeño se encuentran muy lejos de la meta, requiriendo muchos esfuerzos para lograr alcanzarla.

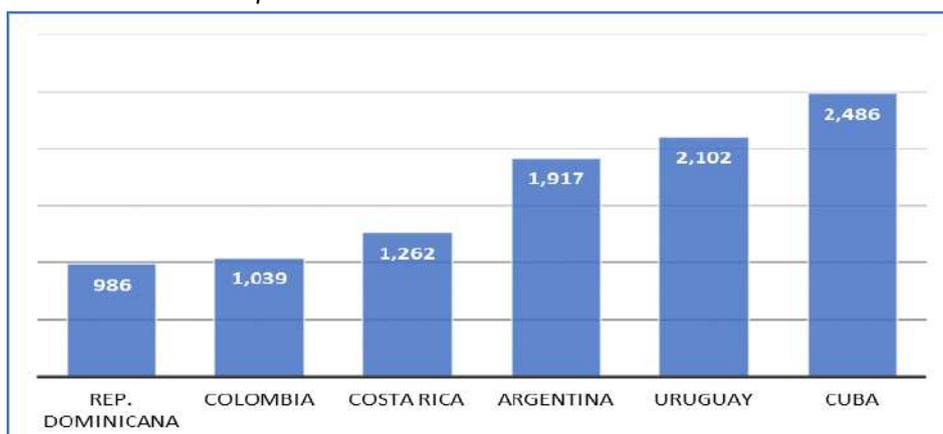
Esto, en cierta medida, guarda también relación con el gasto corriente en salud per cápita (público y privado), que tiende a ser más elevado en los países con mejor desempeño, tal como se observa en la gráfica que sigue.

El promedio para la región en el año 2017 es de US\$ 1,056 – cifra muy similar a la de Colombia, pero muy por debajo de Argentina, Uruguay y Cuba. Unos veinte países se encuentran por debajo de ese límite, incluyendo República Dominicana.

Por supuesto, también dista mucho de los promedios de Canadá (US\$ 4,929) y Estados Unidos (US\$ 10,246), valores relacionados con su nivel de ingreso, muy superior a los países de la Latinoamérica y el Caribe.

<sup>3</sup> La posición de Estados Unidos responde a un problema de clasificación que todavía está en discusión pues a partir del Affordable Care Act se discute si los seguros obligatorios forman parte o no del gasto público en salud.

Figura 6: Gasto corriente en salud per cápita (en US\$ PPA) en los países con mejor desempeño del sistema de salud en ALC más República Dominicana



FUENTE: Elaboración propia en base a GHED.

Como indicamos previamente, ese gasto per-cápita incluye los fondos privados, particularmente el gasto de los hogares, que generalmente tiende a ser más alto en los países con sistemas de salud fragmentados y con una importancia relativamente menor de los esquemas de financiamiento obligatorios, ya sea financiados con recursos provenientes de los impuestos o con cotizaciones al seguro social. Los esquemas públicos son aquellos que se financian con contribuciones obligatorias (impuestos generales o contribuciones al seguro social). Los privados son los que descansan en aportes voluntarios a seguros privados o los pagos que realizan los hogares directamente de su bolsillo.

El cuadro que sigue muestra la composición del gasto corriente en salud por esquemas de financiamiento en los países con mejor y peor desempeño de sus sistemas.

Tabla 14: Composición porcentual del gasto corriente en salud por esquemas de financiamiento, para los países con mejor y peor desempeño en ALC (2017)

Mejor desempeño						
Países		Esquemas Gubernamentales	Seguro Obligatorio	Esquemas públicos	Esquemas Voluntarios	Total
1	Cuba	89	0	89	11	100
2	Colombia	6	68	74	26	100
3	Argentina	30	43	73	27	100
4	Costa Rica	3	72	75	25	100
5	Uruguay	17	50	66	34	100
Peor desempeño						
Países		Esquemas Gubernamentales	Seguro Obligatorio	Esquemas públicos	Esquemas Voluntarios	Total
1	Haiti	12	2	13	87	100
2	Guatemala	18	17	35	65	100
3	Guyana	61	2	63	37	100
4	Rep. Dominicana	21	25	46	54	100
5	Honduras	33	12	44	56	100

FUENTE: Elaboración propia en base a GHED

Se observa que todos los países con mejor desempeño poseen muy elevados porcentajes de esquemas financiados con fondos obligatorios, superiores al 73% en Argentina, Colombia, Costa Rica y Cuba. La diferente organización de sus sistemas de salud puede apreciarse en la composición de los esquemas públicos, desde Cuba, que depende totalmente de ingresos fiscales hasta Costa Rica y Colombia con una fuerte base de aseguramiento. Se observa una importante diferencia entre Argentina y Uruguay, dado que, aunque ambos tienen un importante gasto en seguro social, Argentina posee un gasto mayor en programas financiados exclusivamente con fuentes fiscales.

Entre los países con peor desempeño se observa una alta participación de los esquemas voluntarios, superior al 50%, lo cual está muy influido por la elevada proporción del gasto de bolsillo. El caso extremo es Haití, con el 87%. Hay que señalar que este país es un caso especial, pues dado su nivel de pobreza posee una participación importante de recursos externos para financiar su salud.

### **3.2 Análisis comparativo del gasto en atención primaria**

Como hemos señalado, la suscripción de todos los países de la Agenda 2030 y el establecimiento de los ODS, ha implicado el reconocimiento de la dependencia de los seres humanos de los sistemas naturales de los cuales forma parte, lo cual es esencial para alcanzar el desarrollo sostenible. Los ODS dedican el Objetivo 3 de manera específica a la salud, proponiendo: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

Una de las metas del Objetivo 3 sobre salud, la Meta 3.8, señala lo siguiente:

“Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

En base a esto se construye la estrategia de salud universal de la OPS, la cual reafirma el compromiso de los países con los valores y principios enunciados en la Declaración de Alma—Ata y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). En efecto, la salud universal está construida sobre los valores del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad, los que constituyen la expresión de Alma-Ata en el siglo XXI. Para lograrlo se establece el Pacto 30-30-30, del que ya hicimos mención.

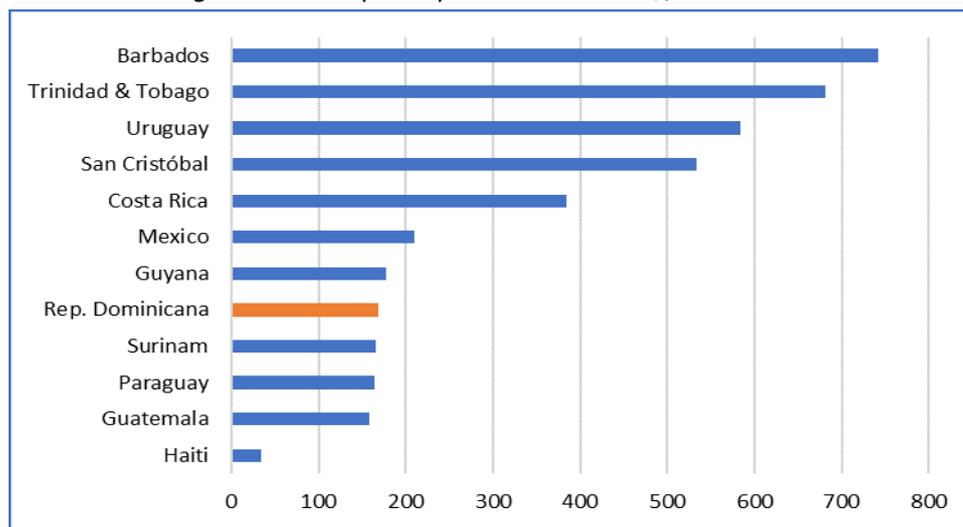
Lograr estas metas es importante y, para ello, se necesita tener bien claro cómo medir sus avances. Entre los indicadores que se requiere medir se encuentra el gasto en atención primaria (gasto en PHC, por sus siglas en inglés). Sin embargo, existen muchas diferencias entre los expertos en cómo medirlo. Desde hace dos años, la OMS comenzó a publicar estadísticas sobre PHC para un conjunto de países para los cuales se disponía de cuentas de salud con distribución por funciones. Los resultados comparativos que aquí mostramos corresponden a dicha publicación.

La definición de la OMS incluye ciertas categorías de la prestación de servicios individuales curativos, los servicios preventivos más el 80% del gasto en medicamentos, así como el 80% del gasto en administración. La OECD posee una definición diferente de PHC y también publica estadísticas para algunos de sus países miembros, también basadas en las cuentas de salud. Esta última presenta una primera medida que denominan “servicios básicos” que posiblemente sea más representativa y

confiable para fines de comparación internacional. Asimismo, consideran PHC la entrega de tales servicios a través de proveedores ambulatorios. (Rathe et al, 2020).

En esta sección utilizamos las cifras de OMS porque son las únicas disponibles para la región de ALC, a pesar de las limitaciones de su definición. Tal como hemos señalado, sólo están disponibles para un conjunto pequeño de países de la región, por lo que no es posible hacer el tipo de análisis de la sección anterior sobre los países con mayor o menor desempeño. No obstante, en la muestra hay representación de ambos tipos de países.

*Figura 7: Gasto per-cápita en PHC en US\$, 2016*



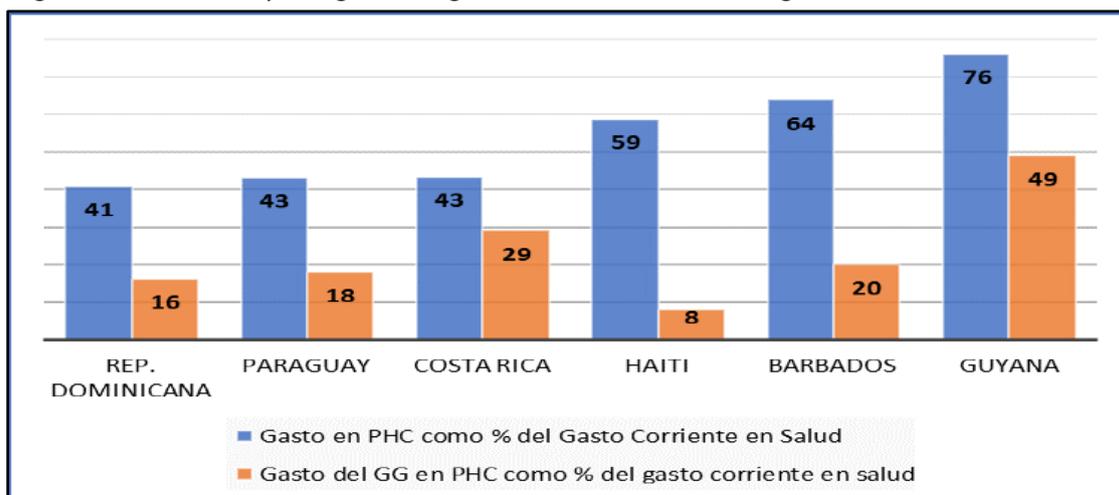
FUENTE: GHED

A pesar de la definición indicada, que tiende a sobrestimar el gasto en PHC, la República Dominicana se encuentra entre los países que destinan menos fondos a estas tareas. En el cuadro puede observarse que Costa Rica y Uruguay – que son de los que están arriba en términos de desempeño, asignan fondos muy superiores.

El gráfico que sigue, por su parte, muestra el gasto en PHC total y del gobierno, como porcentajes del Gasto Corriente en Salud, también para el año 2016.

Se observa, sobre todo en el gasto total en PHC, unas proporciones elevadas en algunos de los países más pobres. Esto es un indicador de los retos de las mediciones adecuadas y de la comparabilidad internacional. Es posible que países como Haití y Guyana usen los fondos disponibles principalmente para financiar servicios básicos de salud y que no tengan mayor exceso a los más costosos servicios especializados. Pero esto no significa que la atención primaria tenga mayor fortaleza en esos países, aunque la proporción de recursos destinados a ella sea superior.

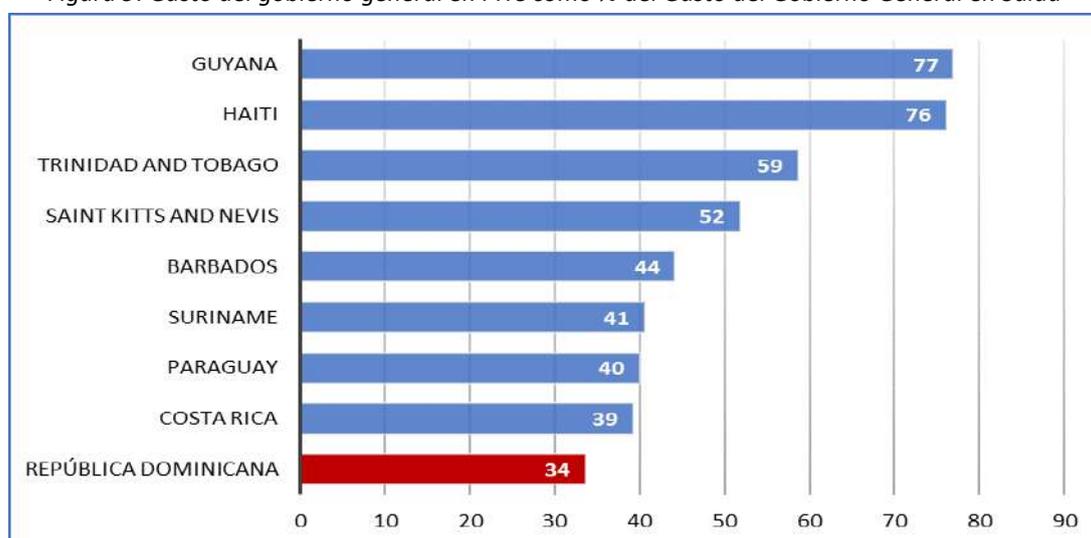
Figura 8: Gasto total y del gobierno general en PHC como % del gasto corriente en salud



FUENTE: GHED

Se observa que la proporción destinada por el gobierno general es muy inferior a la del gasto total en PHC. Esto es el resultado de que también hay gasto privado – sobre todo de bolsillo – financiando el primer nivel de atención y los gastos preventivos. Asimismo, en el caso de Haití, un 40% de los recursos que financian PHC provienen de fuentes externas. Este porcentaje es el 5% en Guyana y el 3% en Surinam. Los demás países o no tienen este tipo de financiamiento, o las fuentes externas representan una proporción irrelevante (un 1% o menos). Otro indicador interesante es el que se observa en el gráfico siguiente, es el Gasto del gobierno general en PHC como % del Gasto del gobierno general en salud.

Figura 9: Gasto del gobierno general en PHC como % del Gasto del Gobierno General en Salud

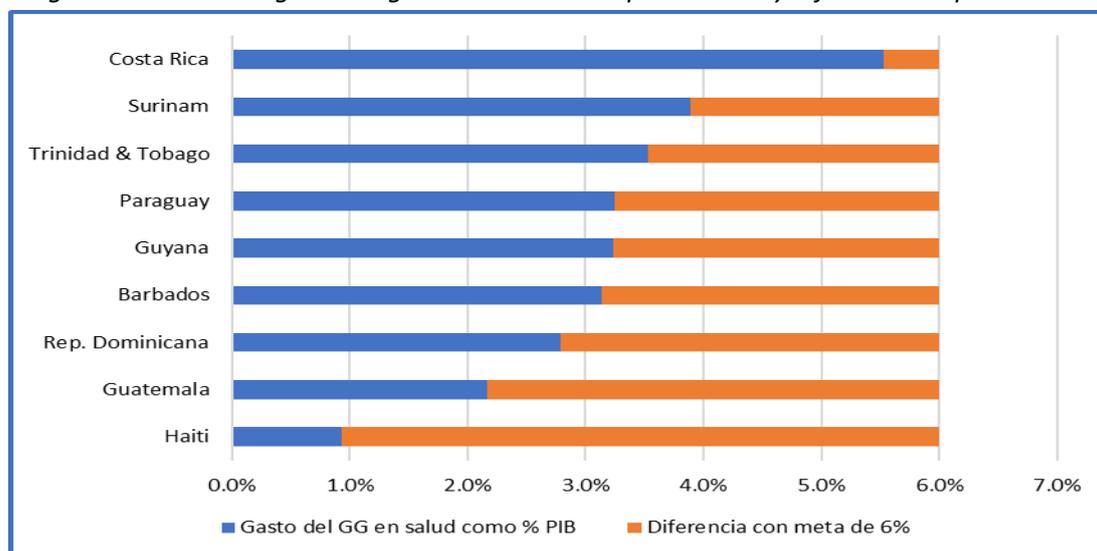


FUENTE: GHED

Este es el indicador que podría servir para monitorear si un país está avanzando hacia el logro del Pacto 30-30-30, es decir, si el gasto del gobierno en PHC con relación al gasto público en salud, alcanza el 30% -- bajo el supuesto de que, a su vez, este último fuera de, al menos, el 6% del PIB.

Vemos en el cuadro anterior que todos los países sobrepasan la meta del 30% del gasto público en salud. Sin embargo, en la mayoría de ellos, el gasto público en salud dista mucho de alcanzar el 6% del PIB, tal como se muestra a continuación.

*Figura 10: Gasto del gobierno general en salud respecto al PIB y diferencia respecto al 6%*



FUENTE: Elaboración propia en base a GHED

Sólo Costa Rica está muy cerca de la meta del Pacto 30-30-30. República Dominicana es uno de los países que se encuentran más distantes, junto con Guatemala y Haití. Una vez más, juntos los países con el peor desempeño de la región en sus sistemas de salud.

En efecto, la República Dominicana destina un 2.8% del PIB a financiar la salud con recursos públicos (impuestos más seguridad social, incluyendo el régimen contributivo) lo que implica que necesita un esfuerzo adicional de 3.2% del PIB para alcanzar la meta a la cual se ha comprometido en el marco de la OPS y de la Agenda 20-30.

Si utilizamos la definición de gasto en PHC de la OCDE, que, como se recordará, se refiere al gasto en Servicios Básicos de Salud entregados por proveedores ambulatorios, en el caso dominicano sería un 7.8% del gasto corriente en salud, tanto público como privado. La información disponible no permite estimar el gasto público en PHC entregado por proveedores ambulatorios, pero dada la estructura productiva del sector salud dominicano, es probablemente un monto muy bajo.<sup>4</sup> (Rathe et al, 2020).

<sup>4</sup> Para ello se requeriría que las cuentas de salud presenten las matrices de proveedores por funciones para cada esquema de financiamiento. Aunque esto es una recomendación metodológica, pocos países publican esta información.

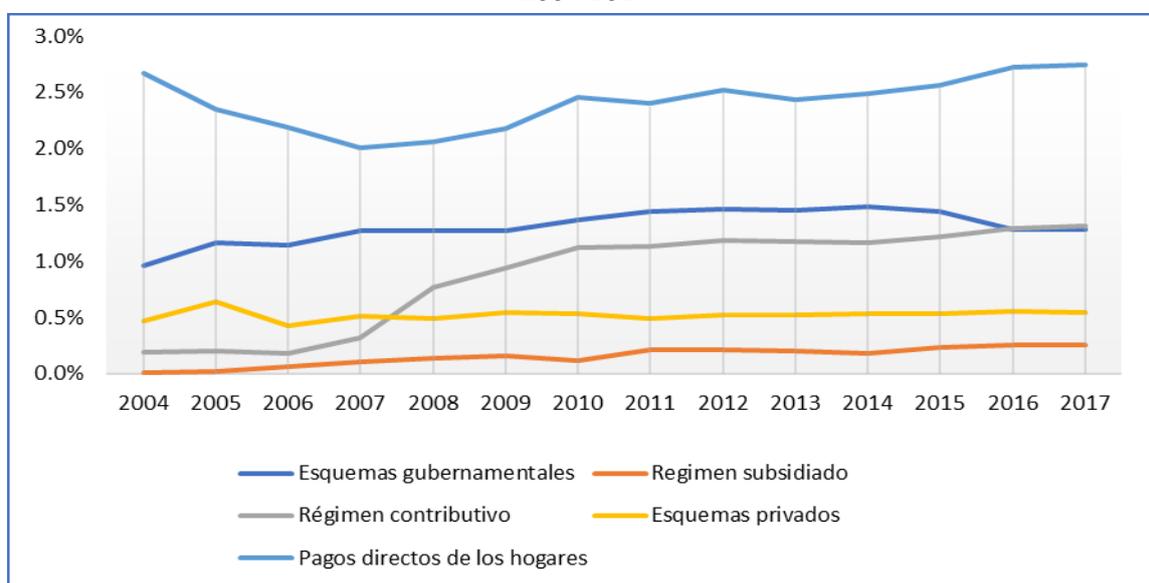
### 3.3 Eficiencia del gasto público en el primer nivel de atención en la República Dominicana

#### 3.3.1 Financiamiento al sistema de salud

Según las cifras de cuentas nacionales de salud del año 2017 (último año publicado), el país destina un 6% del PIB a la salud, que implicaba US\$986 PPA por persona en el 2017. El promedio regional para ese año fue de US\$1,040 PPA por persona, ubicándose la mediana ligeramente por debajo. Hay 14 países que poseen un gasto per-cápita superior a la República Dominicana, incluyendo todos los que presentan el mejor desempeño. Los que tienen el gasto per cápita más elevado son, en ese orden: Cuba, Chile, Trinidad & Tobago, Uruguay, Argentina, Panamá y Bahamas. Pero todos ellos tienen alrededor de la mitad del correspondiente a Canadá y la cuarta parte del de Estados Unidos.

Es preciso señalar que en la mayoría de los países de ALC, una elevada proporción del gasto en salud es desembolsado por los hogares, a través del llamado gasto de bolsillo. Según la literatura internacional, los sistemas de salud que descansan sobre el financiamiento público tienden a tener mejor desempeño. (OMS, 2010; Kutzin, 2012). En el análisis comparativo de la región de América Latina y el Caribe que presentamos en la primera parte de este estudio, se llega a conclusiones similares.

Figura 11: Evolución gasto en salud por esquema de financiamiento como porcentaje del PIB, 2004-2017



FUENTE: MSP, Consolidado de cuentas nacionales de salud 2004-2017.

El gasto público en salud está conformado por los esquemas gubernamentales (que incluyen el financiamiento a la red pública vía la oferta más los gastos del Ministerio de Salud Pública (MSP) en su función de rectoría y salud colectiva, así como los que corresponden a gestión y administración del sistema), más el régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud (financiado por impuestos) y el régimen contributivo (financiado por contribuciones de los empleados y los empleadores). Sumadas estas partidas, pasaron de representar el 1.2% en el 2004 hasta el 2.8% del PIB en el 2017. Puede

decirse que esta proporción se ha duplicado – pero sigue estando muy lejos del compromiso asumido por el país de que alcance un 6% del PIB.

Pero, además, el aumento del gasto público se debe al financiamiento del régimen contributivo de la seguridad social, que era casi inexistente en 2004, aumenta de manera importante entre 2007 y 2010 (al entrar en funcionamiento el régimen contributivo) y pasa a representar el 1.3% del PIB en el 2017.

Los fondos correspondientes a los esquemas gubernamentales se componen por la parte destinada a financiar la red pública vía presupuestos históricos, que ascendieron alrededor del 1.1% del PIB en el 2017 y la diferencia, o sea un 0.2% se destinó a la gestión del sistema de salud. Como se observa en la gráfica, la inversión en los esquemas gubernamentales se ha mantenido estancada desde el 2004.

Los fondos correspondientes a financiar el régimen subsidiado apenas ascienden al 0.3% del PIB, a pesar de que el SENASA ha logrado afiliar a 3.8 millones de personas, que constituyen la casi totalidad de la población pobre del país.

Además de la insuficiencia del financiamiento público, el gráfico muestra que más de la mitad del gasto en salud en la República Dominicana está constituido por los gastos privados, principalmente el gasto de bolsillo de los hogares. Este último es la fuente principal de financiamiento, habiéndose mantenido alrededor de un 2.7% del PIB desde el 2007 hasta el 2017, como si en el país no hubiera habido una reforma estructural profunda, uno de cuyos objetivos era, justamente, reducir el gasto de bolsillo.

En efecto, la reforma dominicana del año 2001 procuró aumentar el financiamiento público, creando el Seguro Familiar de Salud (SFS), con sus tres regímenes de financiamiento: contributivo, para los asalariados, subsidiado para la población pobre e indigente desempleada y contributivo subsidiado para los trabajadores independientes (el cual nunca se puso a funcionar). El régimen contributivo se financia con cotizaciones de un 10% sobre el salario (hasta un máximo de 10 salarios mínimos), el cual es pagado en un 70% por el empleador y un 30% por el empleado. El régimen subsidiado es financiado enteramente con recursos fiscales, que el gobierno transfiere a la Tesorería de la Seguridad Social para pagar por las personas identificadas como pobres, según el Sistema Único de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales (SIUBEN).

La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) recauda el dinero de las empresas y del gobierno y lo transfiere a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y al SENASA, quienes contratan a los proveedores de servicios. El CNSS define el paquete de prestaciones y el monto de la cápita para cada persona dentro de los dos regímenes que están operando y realiza las transferencias mensualmente. En el año 2020, la cápita del régimen contributivo asciende a RD\$ 1,168 por persona y la del subsidiado a RD\$ 222.

El bajo nivel de la cápita del régimen subsidiado era, en su origen, una política transitoria y se explicaba porque el grueso del financiamiento de la red pública seguiría realizándose por muchos años a través del presupuesto nacional, vía la oferta – es decir, vía el presupuesto de la antigua Secretaría de Salud Pública (SESPAS) al principio y luego, del Servicio Nacional de Salud para pagar los sueldos del personal, los equipos, medicamentos, insumos y como otros gastos de funcionamiento de la red.

La reforma suponía que, paulatinamente, el financiamiento se iría trasladando hacia la demanda. Es decir, que las necesidades de salud de la población del régimen subsidiado serían pagadas en su mayor parte por el SENASA, a través de la cobertura de un paquete de prestaciones que, supuestamente, sería igual para todo el mundo, independientemente del régimen de financiamiento al que perteneciera.

Sin embargo, hasta ahora, la función del SENASA como entidad aseguradora ha sido bastante limitada, porque no se ha podido lograr la separación de funciones a fin de que el grueso del financiamiento fuera vía la demanda. La mayor parte de los fondos que financian los proveedores públicos sigue siendo vía la oferta, a través de presupuestos históricos. En efecto, la red del SNS se financia en un 87% por la vía de los presupuestos históricos, lo cual no tiene en cuenta la población a la que sirve ni el verdadero costo de los servicios. (SNS, 2019).

En resumen, la reforma de salud logró objetivos importantes en términos de afiliación de la población – sólo el 6% estaba afiliada al antiguo IDSS y actualmente la afiliación al Seguro Familiar de Salud alcanza el 78% -- pero se ha quedado corta en la organización de la prestación de los servicios y de la verdadera protección financiera de la población.

El gasto público no ha aumentado como se requiere y el gasto de bolsillo sigue siendo muy elevado. En ambos regímenes sigue habiendo problemas de integralidad de la atención y no se ha logrado implementar el primer nivel como puerta de entrada.

### **3.3.2 Gasto en atención primaria en la República Dominicana**

En general, hemos visto que el gasto en salud en la República Dominicana es bajo en comparación con otros países de la región y, particularmente, es bajo el gasto público – sobre todo cuando lo comparamos con los países de mayor desempeño. También el gasto en PHC resulta inferior en las comparaciones internacionales y al país le falta una gran inversión para alcanzar las metas propuestas en los pactos internacionales.

Los países con mejor desempeño en la región de Latinoamérica y el Caribe tienen, también, una mayor fortaleza en su primer nivel de atención. (Rathe y Gibert, 2020).

Hemos visto en la sección del análisis comparativo del gasto en atención primaria que, entre nueve países de la región para los cuales existen datos publicados, la República Dominicana ocupa el último lugar en términos de la proporción del gasto del gobierno en PHC con relación al gasto del gobierno en salud, ascendente a un 34% del mismo. Debe recordarse que la definición de gasto en PHC publicada por la OMS incluye gasto en medicamentos y en gobernanza del sistema de salud.

Aunque estas cifras no son comparables porque su medición difiere, según datos del Servicio Nacional de Salud, en el año 2018 esta entidad gastó el 18% al primer nivel de atención, de un total de RD\$ 44 millones que financiaron su red de provisión de servicios. Un 78% fue destinado al nivel

complementario (especializado) y un 4% a la administración de la red, que comprende la administración central y la gestión de los Servicios Regionales de Salud. (SNS, 2019).

En términos de estructura del gasto del nivel primario, el SNS indica que el 84% del mismo corresponde a remuneraciones, un 8% a medicamentos, un 2% para reactivos y productos sanitarios y el resto, otros gastos.

La provisión de servicios en la República Dominicana sigue teniendo el hospital como centro, siendo una importante característica de la estructura productiva en el sector salud dominicano, la prioridad al nivel especializado. El cuadro siguiente muestra esta estructura para cada uno de los esquemas de financiamiento a la salud, según las Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana para el año 2017 (último publicado). Se observa que el 30% de los fondos se destinan a los pacientes hospitalizados, un 20% a la atención curativa ambulatoria y de rehabilitación, un 14% a medios de diagnóstico, un 26% a medicamentos y otros bienes, un 7% a la gestión del sistema.

Sólo un 2.6% se destina a la atención preventiva (RD\$ 5,664 millones en el año 2017, de un total de RD\$ 221,717 millones dedicados al gasto corriente en salud). Otros países, como Costa Rica, por ejemplo, destinaron a estos fines, un 14% de su gasto en salud en el 2016. (MS-CR, 2018).

*Tabla 15: Estructura productiva de los esquemas de financiamiento a la salud, 2017*

Esquemas de financiamiento	Atención a pacientes hospitalizados	Atención ambulatoria (curativa y rehabilitación)	Servicios de diagnóstico	Medicamentos y otros bienes	Atención preventiva	Gobernanza y gestión del financiamiento	Otros
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	33.8%	36.7%	7.2%	3.7%	6.0%	10.6%	2.0%
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios	46.1%	15.2%	16.4%	7.4%	1.1%	13.7%	0.0%
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	30.4%	14.3%	19.8%	15.3%	0.6%	19.1%	0.5%
HF.2.2 Esquemas de ISFLSH	33.1%	32.4%	3.7%	0.5%	22.5%	1.2%	6.7%
HF.3 Pagos directos de los hogares	19.7%	15.3%	14.2%	49.2%	1.7%	0.0%	0.0%
<b>TOTAL</b>	<b>30.3%</b>	<b>19.8%</b>	<b>13.7%</b>	<b>25.9%</b>	<b>2.6%</b>	<b>7.2%</b>	<b>0.5%</b>

FUENTE: Elaboración propia en base a MSP, Compendio de CNS 2004-2017.

Sólo las asociaciones sin fines de lucro asignan un importante porcentaje a la atención preventiva, pero éstas representan una proporción ínfima del gasto corriente en salud, menos del 1%. El Seguro Familiar de Salud apenas invierte un 1.1% en atención preventiva, teniendo un porcentaje muy importante del financiamiento total a la salud en el país, ascendente al 25%. Los seguros privados, con un 8% del gasto en salud, aportan menos del 1% a la prevención. Los hogares, por su parte, constituyen el principal esquema de financiamiento a la salud, con un 45% del gasto corriente, asignando un 1.7% a la atención preventiva. Puede observarse que el grueso del gasto de los hogares, de hecho, la mitad, se destina a la compra de medicamentos.

Los esquemas gubernamentales destinan un 6% de su gasto a la atención preventiva – y es en esta partida donde se incluye la acción del Ministerio de Salud Pública, responsable principal de llevar a cabo los programas de educación para la salud, vacunación, control de niños sanos, vigilancia epidemiológica, preparación para emergencias, etc. El MSP es quien está a cargo del liderazgo en la implementación de las funciones esenciales de salud pública, tan importantes ahora, en momentos

en que el país vive una epidemia de grandes proporciones. En el siguiente cuadro puede verse este desglose.

*Tabla 16: Gasto en atención preventiva como proporción del gasto corriente en salud, 2017*

Funciones de salud	HF.1.1 Esquemas gubernamentales	HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	HF.2.2 Esquemas de ISFLSH	HF.3 Pagos directos de los hogares	Total HC
<b>Gasto corriente en salud (millones RD\$)</b>	<b>46,407.3</b>	<b>56,367.7</b>	<b>17,705.1</b>	<b>2,044.8</b>	<b>99,192.3</b>	<b>221,717.1</b>
<b>Gasto corriente en atención preventiva (Millones RD\$)</b>	<b>2,773.9</b>	<b>626.2</b>	<b>111.2</b>	<b>460.4</b>	<b>1,692.2</b>	<b>5,663.9</b>
<b>HC.6 Atención preventiva</b>	<b>6.0%</b>	<b>1.1%</b>	<b>0.6%</b>	<b>23%</b>	<b>1.7%</b>	<b>2.6%</b>
HC.6.1 Programas de información, educación y consulta	2.1%	0.0%	0.0%	9%	0.0%	0.5%
HC.6.2 Programas de inmunización	1.8%	0.1%	0.5%	0%	0.5%	0.7%
HC.6.3 Programas de detección temprana de la enfermedad	0.2%	0.1%	0.0%	4%	1.2%	0.6%
HC.6.4 Programas de monitoreo de condiciones sanas	0.0%	0.1%	0.0%	0%	0.0%	0.0%
HC.6.5 Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad	1.9%	0.0%	0.0%	2%	0.0%	0.4%
HC.6.6 Programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia	0.1%	0.0%	0.0%	0%	0.0%	0.0%
HC.6.n.e.c. Otra atención preventiva n.e.p.	0.1%	0.8%	0.1%	7%	0.0%	0.3%

FUENTE: MSP, Compendio de CNS 2004-2017

El cuadro anterior muestra que los esquemas gubernamentales apenas invierten un 2% del gasto corriente en salud para la vigilancia epidemiológica y los programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia, como la que en este año 2020 le ha tocado vivir al mundo entero como consecuencia de la pandemia del COVID-19.

Tal como habíamos señalado, la reforma de salud propone un cambio en las fuentes de financiamiento, desde los presupuestos históricos hacia el financiamiento vía la demanda. Esto es más prioritario en el primer nivel de atención, dado que el modelo de atención propuesto supone la adscripción territorial de la población. Entonces, el financiamiento per-cápita tiene mucho sentido. Sin embargo, prácticamente no se ha avanzado para lograrlo. El 86% de los recursos que financian el primer nivel de atención proviene de presupuestos históricos. Esto es más evidente aún en la Región Metropolitana, donde sobrepasa el 90%, tal como puede verse a continuación.

*Tabla 17: Fuentes de financiamiento del primer nivel de atención, por región 2018*

Tipo de ingreso	RO	R1	R2	R3	R4	R5	R5	R7	R8	TOTAL
<b>Presupuesto histórico</b>	<b>2,915</b>	<b>445</b>	<b>812</b>	<b>515</b>	<b>378</b>	<b>622</b>	<b>395</b>	<b>347</b>	<b>542</b>	<b>6,971</b>
Asignación SNS	2,698	409	756	492	365	579	375	328	506	6,507
Aporte ministerial	197	27	40	11	6	31	10	10	24	356
Compra centralizada	21	9	15	12	8	11	10	8	13	107
<b>Venta de servicios</b>	<b>202</b>	<b>137</b>	<b>185</b>	<b>113</b>	<b>77</b>	<b>151</b>	<b>94</b>	<b>58</b>	<b>107</b>	<b>1,123</b>
Financiamiento por resultados	2	40	60	22	18	59				200
Venta bienes y servicios	200	95	121	91	58	89	94	57	107	911
Otros ingresos	-	2	4		1	3		1	1	11
<b>TOTAL</b>	<b>3,117</b>	<b>581</b>	<b>997</b>	<b>627</b>	<b>455</b>	<b>773</b>	<b>489</b>	<b>404</b>	<b>650</b>	<b>8,093</b>

FUENTE: SNS, Gasto y financiamiento, 2018.

### 3.3.3 Modelo de atención y brechas en el primer nivel

Toda la legislación dominicana relativa al sistema de salud establece que el mismo debe organizarse tomando como base la estrategia de atención primaria en salud, estableciendo el primer nivel de atención como puerta de entrada. Así figura en la Ley 87-01 que crea el sistema de seguridad social, en la ley de salud 42-01, en la Estrategia Nacional de Desarrollo, Ley 1-12.

Asimismo, existe una resolución del Ministerio de Salud que define el modelo de atención, organizado en redes integradas de servicios de salud con el primer nivel como puerta de entrada, dando prioridad a la prevención y promoción de la salud, que coloca a las personas y sus familias en el centro del sistema y que promueve el acceso, la equidad, la integralidad y la continuidad de la atención. (MSP, 2017). La implementación de este modelo de atención confronta grandes retos por la existencia de esquemas de financiamiento diferentes para la población asegurada en los regímenes subsidiado y contributivo, cada uno con estructuras de provisión muy distintos.

En base a los lineamientos de OPS para dar forma a este modelo, se propone la adscripción territorial de la población a Unidades de Atención Primaria (UNAP) ubicadas en los Centros de Primer Nivel (CPN). Las UNAP deberían atender unas 2,500 personas cada una, con un equipo formado por médicos, enfermeras y promotores de salud. Los CPN están vinculados en red a los Centros de Diagnóstico y los establecimientos del nivel complementario – hospitales de segundo nivel y centros especializados de un nivel superior. La articulación de los proveedores públicos corresponde al Servicio Nacional de Salud (SNS), según la Ley 123-15, que lo crea. El cuadro que sigue muestra la infraestructura disponible al 2019 para implementar el modelo de atención.

*Tabla 18: Infraestructura del primer nivel de atención por SRS, 2019*

<b>Servicio Regional de Salud</b>	<b>Hospitales</b>	<b>Centros Diagnóstico Especializado</b>	<b>Centros de Primer Nivel</b>	<b>Población</b>
Región 0 - Metropolitana	36	1	376	4,025,014
Región 1 - Valdesia	16		156	875,463
Región 2 - Norcentral	32		191	1,600,820
Región 3 - Nordeste	22		171	641,259
Región 4 - Enriquillo	15		114	381,158
Región 5 - Este	18		179	1,086,576
Región 6 - El Valle	13		132	508,807
Región 7 - Cibao Occidental	17		143	413,673
Región 8 - Cibao Central	17		166	733,379
<b>TOTAL</b>	<b>186</b>	<b>1</b>	<b>1628</b>	<b>10,266,149</b>

FUENTE: Servicio Nacional de Salud (SNS), Compendio Estadístico 2019.

Según un informe del Servicio Nacional de Salud sobre las brechas en términos de infraestructura para implementar el primer nivel de atención como puerta de entrada en la red pública, se ha estimado que dichas brechas alcanzan en promedio el 56% entre los CPN faltantes y los que se necesitan, siendo más elevadas en la Región Metropolitana, donde alcanzan el 68%

Hay una iniciativa importante para el cierre de estas brechas y es la que corresponde al Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS). Con fondos de un proyecto financiado por el BID, se encuentra apoyando la renovación de la infraestructura y equipamiento del primer nivel de atención. Hasta el momento, el GCPS ha entregado 66 nuevos CPN en varias regiones del país, los cuales se integran a la red pública, correspondiendo al SNS designar el personal necesario.

También es elevada la deficiencia de UNAP, ya que en cada CPN deberían existir entre 1-4 de estos equipos de trabajo interdisciplinarios. Según el informe citado del SNS, en el país existen 2023 UNAP en total, lo que significa que en muy pocos CPN hay más de una UNAP.

Si se calcula con relación a la población que deberían servir, se concluye que faltan cerca de 4,000 UNAP a nivel nacional. Por supuesto, dado que las UNAP son equipos de trabajo, lograr alcanzar esta cantidad implicará un mayor número de recursos humanos dedicados a prestar atenciones en el primer nivel. La disponibilidad de recursos humanos en la red pública se muestra en el cuadro a continuación:

*Tabla 19: Disponibilidad de recursos humanos en la red pública, 2019*

Categorías de cargos	Administración central y regional	Niveles de atención		Total
		Complementario	Primario	
Enfermeras auxiliares	261	8,190	2,318	<b>10,769</b>
Enfermeras profesionales	116	3,562	454	<b>4,132</b>
Médicos	372	10,848	4,097	<b>15,317</b>
Otro personal de apoyo diagnóstico	1	33	4	<b>38</b>
Otro personal sanitario	81	305	89	<b>475</b>
Personal de bancos de sangre	-	32	-	<b>32</b>
Personal de imágenes	7	602	98	<b>706</b>
Personal de laboratorio	98	1,918	523	<b>2,540</b>
Personal de nutrición	3	96	22	<b>121</b>
Personal de odontología	145	1,291	959	<b>2,395</b>
Personal farmacéutico	71	956	237	<b>1,264</b>
Personal gerencial	1,984	14,037	4,269	<b>20,290</b>
Promotores de salud	129	125	2,489	<b>2,744</b>
Psicólogos	35	357	146	<b>538</b>
<b>Total</b>	<b>3,305</b>	<b>42,352</b>	<b>15,705</b>	<b>61,362</b>

FUENTE: Servicio Nacional de Salud, Compendio Estadístico 2019.

Según el estudio de brechas realizado por el SNS, la entidad ha estimado que las brechas de recursos humanos para implementar el modelo de atención, llegando a la conclusión de que se requieren 1,650 médicos de familia adicionales más 830 médicos auxiliares; 1,092 enfermeras y 226 auxiliares de enfermería; a lo cual esto se añaden unos 2,100 promotores de salud. (SNS, 2019).

Además de la cantidad de recursos humanos que se necesita, es preciso resaltar la importancia de su calidad. Se requieren esfuerzos de formación de recursos humanos para el primer nivel de atención, incluyendo medicina familiar, técnicos y personal de enfermería, capacitación en protocolos y guías clínicas. Se requieren estudios para evaluar las necesidades de formación del personal así como de las acciones y financiamiento necesarios para llevarla a cabo.

Otro punto de mucha importancia a ser resaltado, son las brechas en los sistemas de información. Cada entidad del sistema tiene su propio sistema, por ejemplo, el SENASA tiene un sistema para enfermedades crónicas con varios indicadores, hay un sistema para gestión clínica que se está introduciendo en las UNAP, los hospitales tienen un sistema llamado SIGO, está en proceso de introducción el expediente integrado que propone el MSP, etc. También existe un sistema específicamente diseñado para monitorear los pacientes con VIH denominado FAPPS, que se encuentra instalado en todos los Servicios de Atención Integral. Toda la información de un paciente que ingresa a un SAI está en esa herramienta y, aunque tiene sus deficiencias, los SAI y las ASFL que trabajan el tema suben la información de VIH al sistema. Es preciso aclarar que ninguno de estos sistemas se comunica entre sí, sin existir información integrada de los pacientes, ni en las UNAP ni tampoco en los hospitales. También en el sector privado hay sistemas independientes. Es fundamental que el MSP tome la decisión de cuál sistema se va a utilizar y luego que el SNS lo tenga que implementar. (CONAVIHSIDA, 2019).

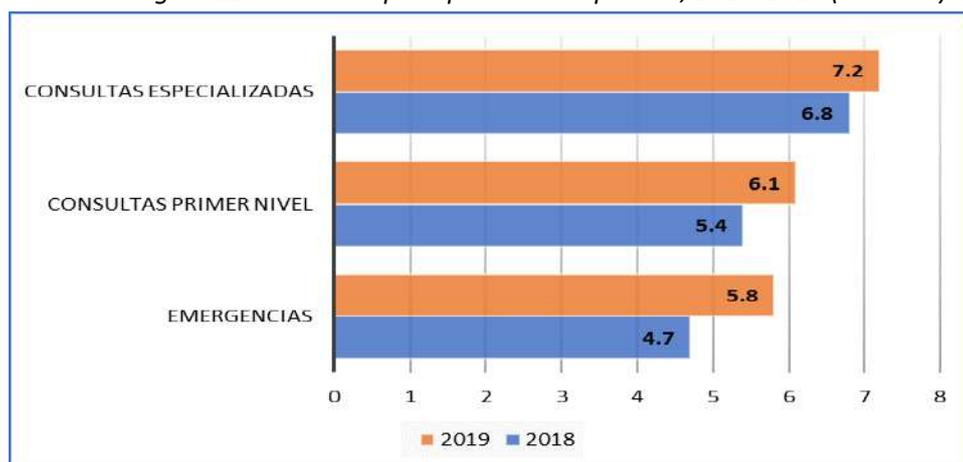
El desarrollo del expediente digital único es fundamental para lograr la implementación de la atención primaria en salud. Los países con mejor desempeño de sus sistemas de salud tienen a casi la totalidad de su población integrada en una base de datos con sus historias clínicas a las que es posible dar seguimiento en tiempo real desde una aplicación móvil, como es en Costa Rica y Uruguay, por ejemplo. (Rathe y Gibert, 2020).

### **3.3.4 Producción de servicios en el primer nivel de atención**

A nivel internacional, se ha estimado que el primer nivel de atención debería resolver entre el 70-80% de los problemas de salud de una población. Por lo menos, un porcentaje similar deberían ser las consultas de primer nivel – aunque luego una parte pase al nivel especializado. Por ejemplo, se ha estimado que en Costa Rica un 72% de las consultas que se realizan corresponden al primer nivel de atención. Dentro de estas, se estima que el 80% se pudieron resolver en ese nivel y sólo un 20% necesitó pasar al nivel especializado. (Rathe y Gibert, 2020).

El gráfico que sigue muestra que la producción de servicios del primer nivel ha mejorado entre 2018 y 2019, pero en este último año representa el 32% de las consultas. El 68% restante se divide entre la atención especializada del nivel complementario y las emergencias.

Figura 12: Consultas por tipo en la red pública, 2018-2019 (millones)



FUENTE: SNS, Censo Estadístico 2019

Por su parte, el cuadro que sigue muestra la producción de servicios por región del país, así como un primer esbozo de la productividad de los médicos en el primer nivel de atención. Se observa una menor productividad en la zona metropolitana, con un promedio de 5 consultas por médico y por día, lo mismo que en la zona Este del país.

Tabla 20: Producción y productividad en el primer nivel de atención por región, 2019

Servicio Regional de Salud	Población	Consultas	Médicos*	Consultas / médico / año	Consultas / médico / día**
Región 0 - Metropolitana	4,025,014	1,858,981	1,697	1,096	5
Región 1 - Valdesia	875,463	463,440	286	1,621	7
Región 2 - Norcentral	1,600,820	859,125	461	1,863	8
Región 3 - Nordeste	641,259	410,097	335	1,224	6
Región 4 - Enriquillo	381,158	389,592	161	2,414	11
Región 5 - Este	1,086,576	562,428	485	1,161	5
Región 6 - El Valle	508,807	443,977	212	2,092	10
Región 7 - Cibao Occidental	413,673	459,809	197	2,330	11
Región 8 - Cibao Central	733,379	665,326	263	2,527	11
<b>TOTAL</b>	<b>10,266,149</b>	<b>6,112,775</b>	<b>4,097</b>	<b>1,492</b>	<b>7</b>

\* Estimación del SNS según la nómina  
 \*\*Supone 220 días laborables

FUENTE: Elaboración propia en base a SNS, Censo Estadístico 2019.

Salvo en la región Metropolitana, en el resto del país todas las consultas del primer nivel de atención son realizadas por médicos generales. En Santo Domingo, un 64% de las consultas de primer nivel corresponden a médicos generales, pero hay también un 11% de pediatría, un 7% de ginecología, un 4% de odontología y proporciones menores de otras especialidades, particularmente cardiología, salud mental, dermatología y otras.

El país no recopila ni analiza indicadores que midan la eficiencia ni la calidad en el sistema de salud, menos aún en el primer nivel de atención, el cual, como se ha visto, es bastante precario.

### **3.3.5 Iniciativas recientes para desarrollar el primer nivel de atención**

A mayo de 2020, existían 7.8 millones de personas afiliadas al Seguro Familiar de Salud, representando el 78% de la población dominicana. En el régimen contributivo hay 4 millones de personas y en el régimen subsidiado, 3.8 millones. Todas las personas del régimen subsidiado están afiliadas al SENASA, lo mismo que una parte importante de los empleados públicos dentro del régimen contributivo. Los afiliados a este último lo están en 12 ARS privadas, 4 autogestionadas y dos públicas, el SENASA y Salud Segura.

De acuerdo con la Ley 87-01, la provisión de servicios debe organizarse siguiendo los lineamientos del modelo de atención, es decir, mediante redes articuladas de proveedores que garanticen integralidad de la atención y con el primer nivel como puerta de entrada. La ley señala que son las ARS quienes deben organizar su red de esta manera, pero, a la vez, prohíbe la integración vertical. Esto significa que las ARS deben contratar proveedores de primer nivel. Esto ha sido origen de conflictos en el sector por diferencias entre grupos de interés que actúan dentro del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), habiendo hecho imposible su implementación hasta la fecha.

La principal iniciativa para desarrollar el primer nivel de atención fue elaborada en el año 2018 por la SISALRIL, a solicitud del CNSS. Esta propuesta incluye esa implementación, así como la cobertura garantizada para ciertos problemas crónicos de salud muy prevalentes en la población dominicana: la hipertensión arterial y la diabetes. La propuesta incluye una modificación del catálogo de prestaciones para establecer reglas operativas claras entre las ARS y las PSS, a fin de facilitar la prestación de servicios preventivos secundarios y terciarios, basados en una estrategia de atención primaria. Asimismo, para incluir dentro del mismo el componente “atención primaria, promoción y prevención”, organizado en coberturas del primer nivel, coberturas de prevención secundaria y terciaria mediante atención garantizada integral y continua.

Asimismo, un grupo transitorio destinado a proteger las coberturas existentes mientras migran al nuevo sistema de coberturas garantizadas. Se justifica la selección de las patologías señaladas para comenzar, pues tienen un peso grande en la carga de enfermedad de la población dominicana y son el camino hacia patologías más complejas de alto costo que también representan importante peso en la mortalidad. El estudio de SISALRIL calcula el costo de implementar el nuevo sistema, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

En el régimen subsidiado debería ser más fácil implementar el modelo de atención, incluyendo el primer nivel como puerta de entrada con adscripción territorial. El gobierno tiene bajo su control la inversión en infraestructura y equipamiento, la contratación del personal, la afiliación de la población al SENASA. Inclusive podría contratar proveedores privados de primer nivel, como ASFL y otros privados que estuvieran interesados en participar, en aquellos lugares donde no hubiera la capacidad instalada pública para dar los servicios. Pero ha faltado la voluntad de llevarlo a cabo.

Otra iniciativa interesante para apoyar el desarrollo del primer nivel de atención dentro del régimen subsidiado ha sido la iniciada por el SENASA, denominada Círculos Comunitarios de la Salud (CCS), que procuran reunir personas con enfermedades crónicas, así como sus familias, para mejorar el conocimiento sobre sus condiciones de salud, disminuir factores de riesgo y adoptar estilos de vida

que promuevan la salud. En estos círculos también se apoya a los pacientes en la navegación dentro del sistema de salud, facilitando los procesos de referencia y contrarreferencia entre los niveles primario y especializados. Las patologías incluidas en esta estrategia son: hipertensión arterial, diabetes, nefropatías, enfermedades cardiovasculares, cáncer y cuidado pre-natal. También se intenta detectar personas sanas con factores de riesgo, para que participen de los Círculos.

La justificación para la realización de esta estrategia, así como la selección de las patologías incluidas se sustenta en datos de la OMS, que indican que las mismas son la causa del 60% de las muertes a nivel mundial y desencadenan el 75% del gasto en salud (SENASA, 2019).

La forma de operación de dichos Círculos se basa en el modelo de atención vigente en el país, la cobertura definida en el Plan De Servicios de Salud y los protocolos de atención, siendo las UNAP responsables de su cumplimiento, con la supervisión del SENASA. Estas tienen a su cargo la provisión de los servicios que corresponden al primer nivel y la tarea de apoyar la navegación a los niveles especializados.

Según el informe de sistematización de la experiencia de los Círculos Comunitarios de Salud, al 31 de diciembre había 1,333 establecimientos de primer nivel brindando los servicios propuestos. Se habían incorporado 443,309 afiliados, identificándose 224,638 personas con hipertensión arterial, 64,217 con diabetes mellitus y 40,283 con ambas condiciones. Adicionalmente, se incorporaron 156,864 personas sanas con factores de riesgo (SENASA, 2019).

Otra interesante iniciativa es la de integración de los servicios de VIH al primer nivel de atención, la cual cuenta con financiamiento externo de parte del Fondo Mundial y del Gobierno de los Estados Unidos a través de PEPFAR. Cuando iniciaron estos programas en el país, los Servicios de Atención Integral (SAI) para atender a pacientes afectados por el VIH, se establecieron en hospitales de segundo y tercer nivel, porque el primer nivel de atención no tenía la necesaria capacidad resolutive para prestarlos. En la actualidad, la mayoría de los pacientes VIH positivos no requieren de intervenciones complejas, sino que necesitan entrega de medicamentos y seguimiento de su estado de salud, lo que puede realizarse en el primer nivel de atención.

No obstante, el primer nivel de atención necesita ser fortalecido para poder cumplir con estas tareas. Por lo tanto, una estrategia de las organizaciones que proveen el financiamiento es apoyar al gobierno dominicano para fortalecer algunos Centros de Primer Nivel e integrar los servicios de VIH a su cartera normal de prestaciones. Esto requiere la especialización de parte del personal y la mejora en la infraestructura y equipamiento, a fin de que puedan realizar algunas pruebas y mantener en buen estado los insumos y medicamentos.

La coordinación de estas iniciativas y el uso de los recursos nacionales y externos dirigidos con una misma orientación hacia el fortalecimiento del primer nivel de atención, constituye una oportunidad de realizar sinergias.

### 3.3.6 Retos para medir la eficiencia en el primer nivel de atención

En el año 2015, como resultado de la firma de la Agenda 20-30 de las Naciones Unidas para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), fue creada la Iniciativa para el Desempeño de la Atención Primaria en Salud (Primary Health Care Performance Initiative – PHCPI, por sus siglas en inglés, constituida por la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Bill & Melinda Gates, el Banco Mundial, UNICEF, Ariadne Labs (de Harvard) y Results for Development.

El propósito de esta iniciativa es definir la forma de medición de la atención primaria, con la finalidad de darle seguimiento a fin de mejorar su desempeño. Por lo tanto, se ocupan de identificar los mejores indicadores y las fuentes para darles seguimientos, asegurando que los mismos estén disponibles para la toma de decisiones.

En sus propias palabras “PHCPI es una sociedad dedicada a transformar el estado global de la atención primaria en salud; aspiramos a crear un mundo donde un primer nivel fuerte sea una realidad y no una excepción, para cada persona, familia y comunidad”.<sup>5</sup>

En base a que la atención primaria constituye la clave del desarrollo sostenible, esta iniciativa propone fortalecerla, lo cual comienza con una medición adecuada. En este sentido, trabajan para definir los mejores indicadores posibles y sobre los lineamientos para levantarlos de manera adecuada y que sean comparables internacionalmente.

En este sentido, la iniciativa ha desarrollado un marco conceptual para medir la fortaleza de la atención primaria, el cual consta de las siguientes divisiones y subdivisiones:

- Sistema: (a) Gobernanza y liderazgo; (b) financiamiento; (c) Capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la población
- Insumos: (a) Medicamentos y otros suministros médicos; (b) Infraestructura; (c) Sistemas de información; (d) Recursos Humanos; (Recursos económicos (a nivel de los establecimientos de salud).
- Prestación de servicios: (a) Acceso; (b) Disponibilidad efectiva de servicios; (c) Atención centrada en la persona; (d) Organización y dirección.
- Productos (output): Utilización de servicios (promoción de la salud; prevención de la enfermedad; servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; enfermedades transmisibles; enfermedades crónicas; salud mental y cuidados paliativos)
- Resultados (outcome): (a) Estado de salud (mortalidad y morbilidad); (b) Capacidad de respuesta; (c) Equidad; (d) Eficiencia; (e) Resiliencia

Para cada una de las dimensiones anteriores proponen una serie de indicadores y han procurado levantarlos para algunos países, aunque este proceso parece avanzar con lentitud y pocos países cuentan con información completa en la plataforma señalada. En una investigación reciente realizada por el Observatorio de Seguridad Social (OSES), intentamos seguir estos lineamientos para medir dicha fortaleza para los países con mejor desempeño de su sistema de salud. (Rathe y Gibert, 2020).

---

<sup>5</sup> <https://improvingphc.org/about-phcpi>

El cuadro siguiente resume dichos resultados:

*Tabla 21: Ranking de fortaleza de la PHC para los países con mejor desempeño de su sistema de salud en ALC (alrededor de 2016)*

Ranking Fortaleza PHC	Países	Sistema	Insumos	Prestación Servicios	Producto	Resultados	Indice de Fortaleza
1	Cuba	8	10	6	12	13	49
2	Uruguay	14	9	14	21	18	76
3	Argentina	15	13	12	26	24	90
4	Costa Rica	14	28	10	26	14	92
5	Chile	19	26	12	28	11	96
6	El Salvador	21	26	9	34	27	117
7	Colombia	25	27	15	34	33	134
8	RD	28	25	16	35	40	144

FUENTE: Rathe y Gibert, 2020.

Como se observa en el cuadro anterior, los mismos países que poseen el mejor desempeño de sus sistemas de salud en sentido general – independientemente de cómo se mida este desempeño – son también los que poseen una mayor fortaleza en su primer nivel de atención.

La República Dominicana, por su parte, dentro de los ocho países estudiados es el último en todas las dimensiones de fortaleza de PHC – salvo en la correspondiente a insumos. Los indicadores que se utilizan para medir esta dimensión se refieren a la disponibilidad de camas hospitalarias, médicos, enfermeras y comadronas; la metodología sugiere también la disponibilidad de centros de salud de primer nivel, pero este dato no está disponible para la mayoría de los países. Este hecho, que el país haya obtenido una puntuación superior a Costa Rica, Chile, El Salvador y Colombia, nos dice que es posible mejorar la eficiencia y los resultados con los recursos disponibles, si se mejora la calidad del gasto. Otra área donde obtiene puntajes relativamente elevados (aunque inferiores al grupo de los de mejor desempeño) es el área de producto, donde se comparan indicadores relativos al acceso y la utilización de servicios. Esto habla también de la posibilidad de mejorar mucho la fortaleza de PHC mejorando la gestión y la calidad.

Parece interesante tomar como base a nivel nacional la producción de los indicadores de este marco conceptual para medir mejor la fortaleza de la PHC en la República Dominicana, con la finalidad de que sea factible la comparabilidad internacional, procurando levantar sistemáticamente los indicadores para los cuales actualmente no existen los datos.

Uno de los problemas para dar seguimiento al desempeño del sistema de salud – y a la eficiencia y calidad con que se proveen los servicios a todos los niveles y, en el caso que nos ocupa, en el primer nivel de atención, es la falta de información básica. El MSP ha sido tradicionalmente débil en la producción de estadísticas y de evidencias para la toma de decisiones. Tiene una División de Cuentas de Salud, pero se ha debilitado en los últimos años, no ha publicado nada después del 2017, nunca produjo la totalidad de las tablas recomendadas ni realizó el análisis cruzado con otros indicadores

que permitieran medir eficiencia, equidad, productividad. Tampoco permiten, como están, estudiar de manera efectiva el gasto en el primer nivel de atención ni en las intervenciones propias de la salud pública, como son las de atención preventiva.

No hay tampoco información adecuada sobre la infraestructura de salud, los recursos disponibles en cada centro, la productividad (consultas por día por personal de salud, tiempos de espera, usos de emergencias, satisfacción de usuarios, cobros, gastos de pasajes de los usuarios). Existe una propuesta elaborada por el Servicio Nacional de Salud denominada *Metodología para ranking de indicadores vinculados a la prestación de servicios en la red de establecimientos del Servicio Nacional de Salud*, (SNS, 2019), la cual contiene una estructura de indicadores para medir el desempeño de los hospitales. Debería ampliarse para incluir de manera explícita el primer nivel de atención y, sobre todo, ser implementada.

Otra carencia importante es la falta de información sobre la capacidad de los centros de salud de la red privada. Es fundamental superar la división entre lo público y lo privado, pues el país necesita tener información sobre la capacidad del sistema de salud en su conjunto. La mitad de la población dominicana está afiliada al régimen contributivo del SFS y se atiende en centros de salud del sector privado. La función de rectoría no puede funcionar adecuadamente sin información fehaciente de todo el sistema de salud.

Otros indicadores importantes que se necesitan para dar seguimiento al primer nivel de atención son los que se refieren a la cobertura efectiva de ciertos servicios. Por ejemplo, no sólo cuántos pacientes poseen hipertensión ni cuántas consultas se dan por este motivo, sino cuántos de los afectados la tienen debidamente controlada y monitoreada.

En todo este proceso, el desarrollo e implementación del récord electrónico único es fundamental, porque es lo que permitirá dar seguimiento a cada persona según su ciclo de vida y de manera integral, desde el primer nivel de atención hasta los niveles más especializados.

## IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1 Conclusiones

Desde hace varias décadas, los estudios sobre el sistema de salud de la República Dominicana concluyen con que su desempeño es bajo, cuando se compara con otros países de la región latinoamericana y del Caribe, inclusive con algunos de ingreso per cápita muy inferiores.

Un estudio realizado por INTEC y publicado este mismo año, ubica al país en el lugar 21 dentro de un conjunto de 22 países en cuanto a su desempeño en términos de resultados de salud y protección financiera de su población. (Rathe y Gibert, 2020).

La presente investigación aborda el desempeño de una manera diferente que la anterior. En lugar de utilizar los tradicionales indicadores de mortalidad infantil y neonatal, materna, por enfermedades no transmisibles, ha preferido resumir todos los indicadores de resultados en una medida común: los AVAD. También ha simplificado la medición de la protección financiera utilizando un solo indicador: el gasto de bolsillo de los hogares con respecto al gasto corriente en salud. Los resultados han sido similares. La muestra de países estudiados fue mayor, en este caso se incluyeron todos los países de América Latina y el Caribe (a excepción de San Cristóbal y Nieves y de Venezuela, que no contaban con información suficiente). La República Dominicana alcanza el lugar número 28 de 31 países estudiados, siendo su desempeño mejor solamente que el de Guyana, Guatemala y Haití.

Adicionalmente, en el presente estudio elaboramos dos Fronteras de Posibilidades de Producción para medir la eficiencia comparativa de los sistemas de salud, estableciendo los niveles mínimos de gasto necesarios para alcanzar cierto nivel de desempeño, por un lado y, por el otro, los niveles máximos de desempeño a cada nivel de gasto. De esta manera, determinamos la magnitud de la ineficiencia relativa a insumos y a productos. La primera se define como el porcentaje del gasto total y público que se desperdicia y podría ser reducido sin afectar el desempeño y la segunda, como el nivel de desempeño que se podría alcanzar sin aumentar el gasto, sólo a través de mejoras en la eficiencia.

La conclusión principal de este ejercicio, en lo que concierne al gasto total, es que la República Dominicana podría lograr el mismo de desempeño de su sistema de salud destinando aproximadamente el 63% de los recursos totales que destina en la actualidad y que, en condiciones de máxima eficiencia y gastando lo mismo que ahora, podría obtener un desempeño un 33% mayor, sin necesidad de invertir fondos adicionales. Esto es considerando el gasto corriente total, incluyendo financiamiento público como privado. Asimismo, si se considerara sólo el gasto público, sería factible mejorar un 21% el desempeño del sistema de salud con el nivel actual de gasto público, o, a la inversa, lograr el mismo desempeño con un gasto un 29% inferior – en comparación con otros países de la región.

Es preciso reiterar que este tipo de análisis sólo puede realizarse mediante la comparación con otros países y que no habla de la eficiencia en cada país. Supone que una relación lineal de disposición de insumos y productos, así como un mismo grado de desarrollo tecnológico, lo que no se compecede

con la realidad. Asimismo, los resultados dependen mucho de la muestra de países utilizados y de la calidad y comparabilidad de los indicadores, por lo que las conclusiones son de carácter limitado.

En la sección sobre análisis comparativo sobre el gasto en salud en la región de América Latina y el Caribe, intentamos aproximarnos al cumplimiento del Pacto 30-30-30 suscrito por todos los países de la región, en el marco de los ODS. Sólo Uruguay, Argentina y Cuba destinan el 6% o más de su PIB al gasto público en salud. Colombia y Costa Rica se encuentran cerca. Los países con el gasto público en salud más elevado son, justamente, los que tienen un mejor desempeño en su sistema de salud y, también, resultan con mayor eficiencia en el ejercicio antes indicado. Por el contrario, los países con peor desempeño se encuentran muy lejos de la meta, requiriendo muchos esfuerzos para lograr alcanzarla.

Otra importante conclusión que se obtiene del análisis de esta sección es que todos los países con mejor desempeño poseen muy elevados porcentajes de esquemas financiados con fondos obligatorios, superiores al 73% en Argentina, Colombia, Costa Rica y Cuba, más Uruguay un poco por debajo, con un 66%. Esto es así independientemente de que la organización de sus sistemas de salud sea muy distinta, desde Cuba, que depende totalmente de ingresos fiscales hasta Costa Rica y Colombia con una fuerte base de aseguramiento. Se observa una importante diferencia entre Argentina y Uruguay, dado que, aunque ambos tienen un importante gasto en seguro social, Argentina posee un gasto mayor en programas financiados exclusivamente con fuentes fiscales.

En el extremo contrario, se concluye que los países con peor desempeño – entre los cuales se encuentra la República Dominicana -- poseen una alta participación de los esquemas voluntarios, superior al 50% y llegando al extremo en Haití, con el 87%. Dentro de los esquemas voluntarios, existe una elevada participación del gasto de bolsillo de los hogares.

En la sección de análisis comparativo del gasto en atención primaria, se resalta el problema de la falta de acuerdo a nivel internacional sobre la forma en que se va a medir este indicador, comentando sobre las debilidades de la adoptada preliminarmente por la OMS, base a la cual se dispone de estadísticas comparativas. Independientemente de las debilidades de los indicadores, se observa que el gasto per-cápita en PHC es más elevado en los países con mejor desempeño.

Se intenta estimar si los países para los que hay datos están avanzando hacia el logro del Pacto 30-30-30, es decir si el gasto del gobierno en PHC con relación al gasto público en salud, alcanza el 30%, bajo el supuesto de que el gasto público en salud, por su parte, fuera de al menos, el 6% del PIB. Este es el indicador que podría servir para monitorear si un país está avanzando hacia el logro del Pacto 30-30-30. (Es decir, si el gasto del gobierno en PHC con relación al gasto público en salud, alcanza el 30% -- bajo el supuesto de que, a su vez, este último fuera de, al menos, el 6% del PIB). Sólo Costa Rica está muy cerca de la meta y República Dominicana se encuentra entre los más distantes, ya que destina un 2.8% del PIB a financiar la salud con recursos públicos (impuestos más seguridad social).

Esto significa que necesitaría un esfuerzo adicional de 3.2% del PIB para alcanzar la meta a la cual se ha comprometido en el marco de la OPS.

Finalmente, destinamos la última sección del trabajo a estudiar más detenidamente las características del gasto en salud en la República Dominicana y, particularmente el gasto en atención preventiva y primer nivel de atención. Algunas de las principales conclusiones son las siguientes:

- La reforma de salud del año 2001 pretendía aumentar el financiamiento público a través de la universalización del aseguramiento y financiamiento a la demanda, a la vez que reducir el gasto de bolsillo. Esto no se ha logrado, a pesar de la masiva afiliación al Seguro Familiar de Salud.
- El aumento fundamental del financiamiento vía la seguridad social se produce entre el 2007 y el 2010, cuando comienza el régimen contributivo y, en parte, resulta de contabilizar como públicos los fondos que antes financiaban los seguros privados y pasan a constituir cotizaciones obligatorias. Después del 2010, la proporción sube levemente.
- Los fondos de los esquemas gubernamentales, que financian la red pública vía la oferta más los que financian la gobernanza del sistema, se mantienen estancados en alrededor de un 1.3% del PIB.
- Los recursos vía la demanda para financiar el régimen subsidiado también están estancados, representando un 0.3% del PIB.
- Los pagos de bolsillo de los hogares siguen siendo la principal fuente de financiamiento del gasto en salud y se mantienen cerca de la mitad de este, desde el 2004 al 2017.
- En términos del destino de los fondos, la prioridad en términos de gasto en salud se dirige a financiar la atención especializada. De hecho, la mitad del gasto en salud se destina a la atención curativa, el 14% a los medios de diagnóstico y el 26% a los medicamentos y otros bienes. Sólo un 2.6% se dirige a financiar la atención preventiva.
- Si se observa con más detenimiento el gasto en atención preventiva que lleva a cabo el MSP, apenas se invierte un 2% del gasto corriente en salud para la vigilancia epidemiológica y los programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia, como la que en este año 2020 le ha tocado vivir al país como consecuencia de la pandemia del COVID-19.
- En cuanto al financiamiento público del primer nivel de atención, este representa alrededor del 20% del gasto del SNS en la red pública. El 86% del mismo se canaliza vía los presupuestos históricos, confirmándose, una vez más, que no ha sido factible lograr que los afiliados al régimen subsidiado sean financiados mediante el aseguramiento.
- El país ha adoptado un modelo de atención basado en redes integradas de servicios de salud con el primer nivel como puerta de entrada, pero no ha podido ponerlo en funcionamiento ni siquiera en el régimen subsidiado, donde cuenta con la infraestructura, el personal y los mecanismos de financiamiento. Existen importantes brechas tanto financieras como en

infraestructura y recursos humanos. Pero, además, no se han dado los pasos necesarios para que la población afiliada pueda recibir efectivamente lo que dice la normativa, dentro del paquete de prestaciones del régimen subsidiado. Esto tiene que ver con la reducida cápita del SENASA, pero también con que falta de decisión de modificar los mecanismos de pago.

- La SISALRIL realizó hace casi dos años una propuesta de implementar el primer nivel como puerta de entrada y la inclusión de coberturas garantizadas para ciertos problemas de salud con gran peso en la carga de enfermedad dominicana, pero ni siquiera fue conocida en el CNSS. El SENASA ha procurado fomentar la atención a estos problemas crónicos con los Círculos Comunitarios de Salud, pero sin disponer de los recursos necesarios y la posibilidad de establecer los incentivos adecuados para implementarla de manera efectiva.
- En resumen, el país arrastra importantes déficits en materia de resultados de salud y protección financiera, como resultado de una falta de prioridad pública al financiamiento y organización del sistema de salud, particularmente, en lo concerniente al gasto público. Se necesita un cambio de prioridades, la asignación de más recursos, la producción de información básica para la toma de decisiones y la voluntad de mejorar la gestión para que el gasto público sea más eficiente y de mejor calidad.

## 4.2 Recomendaciones

En esta sección se proponen algunas ideas para mejorar la eficiencia del gasto en salud en la República Dominicana, particularmente en el primer nivel de atención. Asimismo, se ofrecen recomendaciones de cómo medir dicha eficiencia, a la vez que lineamientos de política para la toma de decisiones en lo que concierne a la asignación de fondos para el sistema de salud.

- Una recomendación evidente es la de tomar la decisión de que el primer nivel de atención sea la puerta de entrada del sistema de salud y que el mismo esté debidamente integrado a las redes de provisión de servicios especializados, para garantizar la integralidad de la atención. Esto es lo que figura en todo el marco legal y en las políticas públicas. Ahora se requiere la voluntad política de ponerlo en práctica, con estrategias diferentes en los regímenes subsidiado y contributivo. En el primero el gobierno tiene todas las posibilidades de realizarlo sin necesidad de enfrentar conflictos de interés y sin cambios de ningún tipo en la legislación.
- Una orientación diferente de política podría ser tomar la decisión de que el primer nivel de atención fuera esencialmente público para toda la población, con adscripción territorial. Tanto SENASA como la SISALRIL tienen definido y costeadado un paquete de prestaciones que incluye coberturas preventivas y ambulatorias para problemas y condiciones prioritarias de salud, incluyendo medicamentos destinados a pacientes crónicos. Este fondo – que podría llamarse Fondo de Atención Primaria – sería administrado por el SENASA, quien contrataría PSS (públicas, privadas y ASFL que quisieran participar), debidamente habilitados.
- En el caso de personas afiliadas al régimen contributivo se establecerían normas de operación. Por ejemplo, los fondos que actualmente se destinan a cubrir promoción y prevención pasarían al SENASA. Al ser referidas las personas a un nivel especializado, las coberturas fuera

del paquete de primer nivel serían cubiertos por la ARS a la que está afiliada la persona. Las personas afiliadas al régimen contributivo y las de altos ingresos podrían tener la opción de optar fuera del régimen público y adscribirse al primer nivel que organice la ARS de su preferencia. Todas estas alternativas requieren discusiones de política y estudios de viabilidad.

- Un importante primer paso sería el conocimiento por parte del CNSS de la propuesta de SISALRIL para implementar el primer nivel como puerta de entrada, así como la introducción en el PBS de coberturas garantizadas. Estas últimas constituyen una innovación frente al sistema actual de construcción del PBS en base a intervenciones, el cual genera problemas para lograr integralidad en la atención además de que dificulta el proceso de actualización. Dicha propuesta comienza con dos problemas básicos de salud de la población dominicana: la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.
- Independientemente del tema del aseguramiento, la mitad de la población dominicana es pobre o está muy cerca de las definiciones que se utilizan para medirla, por lo cual constituye una prioridad fundamental la asignación de los fondos suficientes para hacer operativo el primer nivel de atención de la red pública. El primer paso sería un levantamiento de información precisa sobre las necesidades de inversión en términos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, con la mayor granularidad posible, para determinar las brechas. En cada comunidad, si los recursos públicos fueran insuficientes, debería estudiarse también la posibilidad de realizar contratos con el sector privado – ya sea de asociaciones sin fines de lucro o privados lucrativos, que estuvieran dispuestas a ofrecer los servicios correspondientes al primer nivel de atención.
- La tarea de organizar las redes de provisión de la forma en que lo consigna el modelo de atención es importante para lograr la integralidad de los servicios y para hacer que el sistema de salud pueda estar centrado en las personas. Pero es necesario invertir en la modernización de los centros de salud de todos los niveles y modificar los sistemas de gestión y mecanismos de pago, utilizando criterios de calidad, asegurando el cumplimiento del personal y dando seguimiento a su desempeño. También es preciso superar la división entre lo público y lo privado, articulando la provisión alrededor de un PBS que responda a las prioridades de salud y especializando a los proveedores según su capacidad para reducir el dispendio y mejorar la eficiencia.
- La revisión del PBS debería ser un proceso permanente y continuo, ya que todos los días cambian las tecnologías sanitarias. Esto debería estar ligado a un estudio permanente sobre estas últimas, con la finalidad de que la asignación de fondos adquiera características de compra estratégica – es decir, que los fondos públicos adquieran aquello que es más costo-efectivo y que, a la vez, satisfaga necesidades reales de la población. La entidad a cargo de esta tarea debería estar vinculada a universidades y centros de investigación, independiente de presiones de la industria médica.

- Una tarea fundamental es dar prioridad a la inteligencia sanitaria: producir la información básica que el país necesita para la toma de decisiones. Dar seguimiento de cerca al gasto y financiamiento a la salud, con el mayor detalle posible, vinculado con indicadores de producción de servicios, acceso, utilización, cobertura – a fin de que sea posible mejorar la eficiencia y calidad del gasto.
- El expediente electrónico único es de suma importancia para implementar la atención primaria en salud. No se trata de que cada establecimiento tenga digitalizada su propia información a su manera – que es lo que existe en el país – sino de un mismo expediente que esté disponible en tiempo real para todo usuario del sistema de salud, independientemente del proveedor al que asista. Todas las instituciones involucradas en la prestación de servicios de salud, incluyendo prestadores, laboratorios clínicos, farmacias, aseguradores, deberían estar interconectados a fin de que la data sea transparente tanto para los actores como para los reguladores, favoreciendo el sistema de referencia y contrarreferencia. Asimismo, esto promovería la telemedicina, las recetas electrónicas y otras innovaciones, como la inteligencia artificial para el monitoreo y control de las enfermedades crónicas.
- Es evidente que se requiere una mayor asignación de fondos al sector salud, pero, sobre todo, a proveer de recursos al primer nivel de atención y a las funciones esenciales de salud pública que lleva a cabo el Ministerio – entre ellas son fundamentales la producción de datos de calidad, la vigilancia epidemiológica, la preparación para emergencias y desastres, la capacidad de hacer cumplir el marco regulatorio, la educación e información sobre temas de salud. Es imprescindible dotar del nivel técnico adecuado al MSP para que sea capaz de llevar a cabo estas funciones de manera efectiva. Se ha señalado que una tarea fundamental es el fortalecimiento de la inteligencia sanitaria dentro de la función de rectoría, para que sea capaz de sustentar la planeación estratégica con la evidencia científica y técnica de la mejor calidad. Para que un país pueda responder de manera efectiva a situaciones de emergencia sanitaria, necesita saber de antemano con qué recursos dispone – físicos, humanos y financieros. El seguimiento continuo y actualizado del gasto y financiamiento a la salud es fundamental para apoyar estos esfuerzos.
- Según las estimaciones realizadas para el gasto del gobierno en atención primaria (usando la metodología de la OMS, que incluye servicios básicos de primer nivel, atención preventiva, medicamentos y gestión), éste ascendía al 33% del gasto en salud según las Cuentas Nacionales de Salud del año 2017. Vimos también que para cumplir con el Pacto 30-30-30 sería necesario más que triplicar el gasto público en salud consignado en el presupuesto del 2020 y dedicar un 30% de esto a la atención primaria en salud. Está claro que es poco realista pretender un aumento semejante, pero que estas cifras sirvan como referencia sobre la necesidad imperiosa de hacer un plan para cambiar las prioridades del gasto público y avanzar en la dirección que el país necesita.
- La pandemia del coronavirus ha desnudado las carencias del sistema de salud, no sólo en términos de recursos y su utilización eficiente, sino también las que se relacionan con la producción de información básica para la toma de decisiones. Los países que han presentado

mejores resultados frente a la pandemia son los que poseen un sistema de atención primaria más robusto y sólidos sistemas de información que permiten dar seguimiento a los contagios y a los contactos de las personas que se enferman. Esta capacidad de hacer pruebas, dar seguimiento a pacientes y a contactos, proveer atención domiciliaria a los enfermos, asegurar su aislamiento, proporcionar tratamiento oportuno para evitar complicaciones – todo esto es responsabilidad del primer nivel de atención. Este es un momento especial para tomar decisiones en este sentido, invertir los recursos necesarios y crear las capacidades para fortalecer ese primer nivel tanto para enfrentar la epidemia hoy como para mejorar la eficiencia de todo el sistema de salud de una manera permanente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, A., L. Schuknecht y V. Tanzi. 2005. *Public sector efficiency: An international comparison*. Public Choice, vol. 123, n. 3/4, pp. 321-347.
- Alfonso A. & St. Aubyn M. 2005). *Non-parametric Approaches to Education and Health Expenditure Efficiency in OECD Countries*. Journal of Applied Economics, vol 8 (2), pp. 227-46
- 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 Interamericano de Desarrollo. 2018. *Mejor gasto para mejores vidas: cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos*. Editado por Alejandro Izquierdo, Carola Pessino y Guillermo Vuletin. Washington, DC: BID.
- Cabello, A. 2020. *Frontera de Posibilidades de Producción*. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/frontera-posibilidades-produccion.html> [Online]
- Cansino, J. 2001. *Evaluación del Sector Público Español*. Universidad de Sevilla & Universidad de Cadiz
- Charnes, A., Cooper, W. & Rhodes, E. 1978. *Measuring the Efficiency of Decision Making Units*. European Journal of Operational Research, vol. 2(6), pp. 429-44
- Evans, D. et al. 2012. *Universal Health Coverage is a Development Issue*. www.thelancet.com. Vol 380. September 8, 2012.
- Farrell, M.J. 1957. *The Measurement of Productive Efficiency*. Journal of the Royal Statistical Society, vol. 120 (3), pp. 253-90
- Geri, M., Monterubbianesi, P., Lago, F. & Moscoso, N. 2017. *Eficiencia del Gasto Total en Salud: Análisis no Paramétrico en una Muestra Amplia de Países*. Revista de Salud Pública, vol. 19 (1), pp. 79-85
- GHED (2020), Global Health Expenditures Database, Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- González Pons, S. 2011. *Sistema de Monitoreo del Desempeño del Sistema de Salud*. Informe Final de Consultoría Presentado a la Fundación Plenitud. Observatorio de la Salud (No. ATN/OC-11929-DR).
- Gupta, S., Honjo, K. & Verhoeven M. 1997. *The Efficiency of Government Expenditure: Experiences from Africa*. International Monetary Fund Working Paper.
- Hernández de Cos, P. & Moral-Benito, E. 2011. *Health Care Expenditure in the OECD Countries: Efficiency and Regulation*. Documentos Ocasionales Banco de España, nº 1107.
- Hsu, Y. 2014. *Efficiency in Government Health Spending: a Super Slacks-based model*. Quality & Quantity, vol 48(1), pp. 111-26.
- IHME. 2020. Global Burden of Disease Results Tool, Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- 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).
- Machado, R. 2006. *¿Gastar más o gastar mejor? La eficiencia del gasto público en los países centroamericanos y República Dominicana*. Serie de Estudios Económicos y Sectoriales, Banco Interamericano de Desarrollo.

- Magallanes, J. 2016. *Eficiencia Económica de la Inversión Pública Financiada con Recursos del Canon y Regalías Mineras en el Perú*. Anales Científicos, vol. 77 (2), pp. 309-18
- Melgen-Bello, L. & García-Prieto, C. 2017. *Análisis de la eficiencia del gasto sanitario de los países de América Latina y el Caribe*. Revista de Salud Pública de México, vol. 59, n 5, pp. 583-91
- Ministerio de Salud Pública (MSP). 2017. *Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud*. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. 2018. *Informe de Sistema de Cuentas de Salud de Costa Rica. Período 2011-2016*. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- Mora-Cortés, A. 2014. *La Realización del Derecho a la Educación en América Latina: Análisis Comparado de la Eficiencia del Gasto Público y Perspectivas Educativas para la Ciudad de Bogotá, Colombia*. Revista Educación, vol. 38 (1), pp. 1- 32
- Naciones Unidas. 2015. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York. UN: Septuagésimo período de sesiones. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización Mundial de la Salud. Página web en [http://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/es/index.html](http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/index.html)
- Organización Mundial de la Salud. 2001. *Informe sobre la Salud en el Mundo: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)
- Organización Mundial de la Salud. 2007. *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2007.
- 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. 2019. *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring Report: executive summary*. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 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.
- Puig-Junoy, J. 2000. *Eficiencia en la Atención Primaria de Salud: una Revisión Crítica de las Medidas de Frontera*. Revista Española de Salud Pública, vol. 74 (5-6), pp. 483-95
- Rathe, Magdalena y Marc Gibert. 2020. *Atención primaria en salud en América Latina y el Caribe: Experiencias exitosas y lecciones aprendidas*. Santo Domingo: Observatorio de Seguridad Social (INTEC).
- Rathe, Magdalena, Hernández, Patricia. 2020. *Atención primaria y salud universal: medir lo que importa*. (En preparación). Santo Domingo.
- Rathe, Magdalena y Suero, Pamela. 2017. *Salud, visión de futuro: 20 años después*. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC). Santo Domingo: 2017.
- Rathe, Magdalena. 2010. *Dominican Republic: Can universal coverage be achieved?* World Health Report. [Background Paper, No 10]. Geneva: WHO.
- Rathe, Magdalena. 2018. *Dominican Republic: A health protection system to leave no one behind*. The World Bank UNICO Series No. 30. Washington, DC: The World Bank.

- Rathe, Magdalena et al. 2020. *Atención primaria en salud: medir lo que importa*. Artículo en preparación, presentado al Congreso Mundial de Políticas y Sistemas de Salud (HSG).
- Retzlaff, D., Cyril, C. & Rose. 2004. *Technical Efficiency in the use of Health care Resources: a Comparison of OECD Countries*. *Health Policy*, vol. 69 (1), pp. 55–72.
- Rodríguez Lozano, G. 2009. *Generación de Metodología, aplicando Data Envelopment Analysis (DEA) en el Diseño de Indicadores de Eficiencia y Productividad para la Función de Extensión de la Universidad Nacional de Colombia*. Tesis para la Obtención del Doctorado en Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia
- 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.
- SENASA. 2019. *Sistematización de la estrategia de los círculos comunitarios de la salud*. Santo Domingo: Seguro Nacional de Salud (SENASA).
- Servicio Nacional de Salud, 2019. *Compendio estadístico anual enero-diciembre 2019*. Santo Domingo: SNS.
- Servicio Nacional de Salud. 2018. *Informe del gasto en servicios de la red pública*. Santo Domingo: SNS.
- Servicio Nacional de Salud. 2019. *Boletín anual de métricas de recursos humanos en salud 2018*. Santo Domingo: SNS.
- Servicio Nacional de Salud. 2019. *Cierre de brechas de centros de primer nivel de atención y recursos humanos a nivel nacional*. Santo Domingo: SNS. Dirección de Primer Nivel de Atención.
- Servicio Nacional de Salud. 2019. *Informe del gasto en servicios de la red pública*. Santo Domingo: SNS.
- Servicio Nacional de Salud. 2019. *Metodología para ranking de indicadores vinculados a la prestación de servicios en la red de establecimientos del Servicio Nacional de Salud*. Santo Domingo: SNS.