



FUNDACION
PLENITUD

ESTIMACIÓN DEL GASTO EN SALUD EN
LA REPÚBLICA DOMINICANA 2007-2021
UTILIZANDO EL ENFOQUE SHA 2011



**FUNDACION
PLENITUD**

*Perspectiva Ecológica por un
Mundo Equitativo y Sostenible*

Autora

Magdalena Rathe

Asistente

Ian Paulino

Estimación gasto de bolsillo

Oficina Nacional de Estadística
(ONE)

VISIÓN

Trabajar en la construcción de un mundo equitativo y sostenible

MISIÓN

Contribuir a mejorar el desempeño de los sistemas socio-ecológicos, a través de la producción de evidencias, la oferta de servicios de asistencia técnica, entrenamiento y difusión de conocimientos.

PLENITUD

Es una organización no gubernamental, independiente, sin fines de lucro, establecida en la República Dominicana, que brinda servicios de asistencia técnica, entrenamiento y fortalecimiento de las capacidades a los gobiernos, las empresas y las comunidades.

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

ÍNDICE

GLOSARIO DE ABREVIATURAS _____	2
1. INTRODUCCIÓN _____	3
1.1 Las cuentas de salud _____	3
1.2 Los esquemas de financiamiento en las cuentas de salud _____	5
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS _____	6
2.1 Esquemas gubernamentales _____	6
2.2 Esquema de seguros obligatorios contributivo _____	7
2.3 Gasto directo de los hogares (gasto de bolsillo) _____	8
2.4 Gasto en seguros privados y asociaciones sin fines de lucro _____	8
2.5 Gasto de capital _____	9
3. RESULTADOS _____	9
3.1 Gasto en salud por esquema de financiamiento _____	9
3.2 Gasto corriente en salud como proporción del PIB _____	9
3.3 Gasto en salud per cápita _____	9
3.4 Gasto directo de los hogares (gasto de bolsillo) _____	12
3.5 Otras dimensiones del gasto en salud _____	14
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES _____	17

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ENIGH — Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares

GHED — Base de Datos Global de Gasto en Salud

ONE — Oficina Nacional de Estadística

OMS — Organización Mundial de la Salud

SFS — Seguro Familiar de Salud

SISALRIL — Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

1. INTRODUCCIÓN

La República Dominicana dio seguimiento al gasto en salud desde el año 2004 hasta 2017, utilizando los lineamientos del SHA 2011 – la metodología estándar internacional. El último informe publicado por el Ministerio de Salud Pública corresponde al año 2015, ya que, aunque produjo las estadísticas hasta 2017, no publicó un informe. Recientemente, esta institución ha manifestado interés en retomar las cuentas de salud, pero no lo ha hecho hasta el momento. En vista de que el país necesita tener cifras actualizadas de gasto en salud, la Fundación Plenitud – que ha dado seguimiento a este tema por más de 20 años – asume la responsabilidad de realizar las estimaciones que se ofrecen en este trabajo.

1.1 Las cuentas de salud

Las cuentas de salud son un conjunto de tablas o matrices que monitorean los recursos financieros del sistema de salud desde la perspectiva del gasto. Permiten una visión desagregada y por categoría de todos los recursos del sistema tomando en cuenta cada una de sus diferentes fuentes de financiamiento, ya sean nacionales, externas o pagos de los hogares. Asimismo, las cuentas de salud toman en cuenta a quienes se dirigen estos recursos, su propósito, y quién provee el servicio de salud.

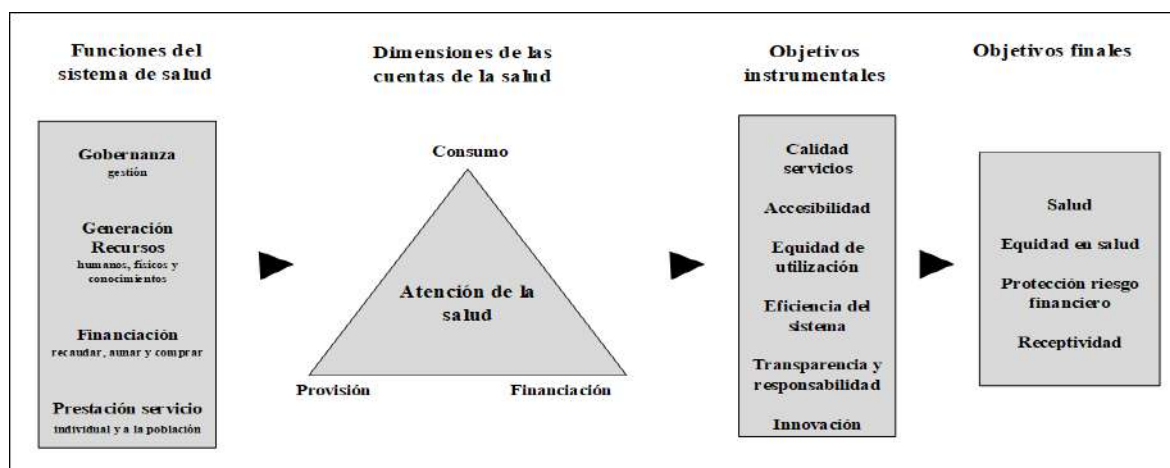
La metodología y el resultado de las cuentas de salud deben ser consistentes, coherentes e internacionalmente estandarizados, con el propósito de apoyar las investigaciones, políticas públicas y comparaciones internacionales del país en que se basen. Por ello, los esfuerzos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina de Estadísticas de la Unión Europea (Eurostat) para impulsar el buen desarrollo de las cuentas de salud dieron como resultado el manual *Un Sistema de Cuentas de Salud* (SHA 2011). El SHA 2011 registra las definiciones, clasificaciones y metodología estándar, para contabilizar cada una de las transacciones que se efectúan en el sistema de salud, con la finalidad de medir los flujos financieros y sus fuentes de financiamiento. Así, las cifras en las cuentas de salud de las diferentes entidades se mantienen comparables en el tiempo y entre países.

La contabilidad en salud se basa en un esquema triaxial, donde el monto que se consume de servicios de salud es producido por ciertos entes y financiado a través de ciertas figuras. Para cada una de estas dimensiones existen detalladas clasificaciones, límites y normas para realizar y contabilizar cada transacción.

Mediante las cuentas de salud es factible dar seguimiento al desempeño del sistema de salud, sobre todo cuando los datos contables se presentan acompañados de otros indicadores no financieros.

El gráfico a continuación muestra el marco de evaluación del desempeño del sistema de salud realizado por la OMS, incluyendo las cuentas de salud en el centro, que ofrecen la información financiera para medirlo.

Gráfico 1. Relación entre el marco de evaluación del desempeño de los sistemas de salud y las cuentas de salud



FUENTE: SHA 2011

La estructura básica de las cuentas de salud incluye las siguientes clasificaciones:

- Clasificación de las funciones de salud (HC)
- Clasificación de los proveedores de atención de la salud (HP)
- Clasificación de los esquemas de financiamiento (HF)

Adicionalmente, a partir de esto es factible desarrollar indicadores complementarios, tales como:

- Clasificación de los tipos de ingresos (FS)
- Clasificación de los factores para la prestación de servicios de atención a la salud (FP)
- Clasificación de los beneficiarios: edad, sexo, enfermedad, características socioeconómicas o región
- Clasificación de los recursos humanos en atención de la salud
- Clasificación de los bienes y servicios de salud

Del mismo modo, es factible realizar estudios de mayor profundidad sobre la formación de capital en todo el sistema de salud (público y privado), el comercio exterior (donde se destaca el turismo de salud) y otras dimensiones.

En la República Dominicana las cuentas de salud se han producido en su expresión más reducida y han faltado estudios específicos sobre importantes sectores, como el de empresas y entidades sin fines de lucro.

En 2017, la OMS comienza a publicar anualmente los resultados de las cuentas de salud de los países en la base de datos mundial de gasto en salud (GHED, por sus siglas en inglés), desde el año 2000 y lo actualiza con un retraso de dos años.

En este documento ofrecemos actualización hasta el año 2021, utilizando las metodologías de estimación que se indican más adelante.

1.2 Los esquemas de financiamiento en las cuentas de salud

El corazón de las cuentas de salud según el SHA 2011 son los esquemas de financiamiento. En lugar de un enfoque institucional, los esquemas de financiamiento revelan la estructura real del sistema de financiamiento a la salud y permiten una visión más completa de los flujos financieros, desde los ingresos hasta el pago por los servicios de salud. Con un marco que prioriza los esquemas de financiamiento, se esclarecen las distintas combinaciones y ajustes en el financiamiento, permitiendo una comparación profunda de los diferentes sistemas de salud a nivel internacional y sus implicaciones de política.

Los esquemas de financiamiento constituyen un conjunto de políticas o reglas que determinan cómo se colectan los fondos, cómo se distribuyen, quiénes tienen derecho y a qué tipo de beneficios. En esencia, los esquemas de financiamiento se distinguen en dos aspectos principales:

- Son obligatorios, donde el gobierno decide cómo se van a financiar, a quiénes se va a beneficiar, cómo se van a mancomunar los recursos, cómo se van a prestar los servicios. Dentro de este tipo de esquema se destacan los esquemas gubernamentales y los seguros obligatorios, como la seguridad social.
- Son voluntarios, que permiten discrecionalidad a los actores que los establecen y diseñan, como pueden ser los seguros voluntarios, los fondos que manejan entidades sin fines de lucro, las empresas, los hogares.

En la República Dominicana, igual que en la mayor parte de los países de la región de las Américas, los esquemas fundamentales son los siguientes:

Esquemas obligatorios o públicos:

- Esquemas gubernamentales (el gasto del Ministerio de Salud Pública, del Servicio Nacional de Salud, de otros ministerios)
- Esquemas de la seguridad social (el Seguro Familiar de Salud en sus dos regímenes hasta ahora implementados, contributivo y subsidiado)

Esquemas voluntarios o privados:

- Los seguros privados
- El gasto de las organizaciones sin fines de lucro
- El gasto de las empresas privadas (diferentes de los seguros y las cotizaciones)
- El gasto de bolsillo de los hogares

Los datos correspondientes a los esquemas públicos más el gasto directo de los hogares (también llamado gasto de bolsillo) representa en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, más del 90% del gasto corriente en salud.

En la República Dominicana, los datos correspondientes a los esquemas públicos están disponibles en fuentes muy confiables y oportunas, como son la Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES) para el gasto del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Servicio Nacional de Salud (SNS) y de otros ministerios, y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para el Seguro Familiar de Salud (SFS).

El gasto directo de los hogares usualmente se estima en base a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIGH) y se debe triangular con otras fuentes (Rathe, 2022). En la República Dominicana se estimaba utilizando las encuestas del 1998 y 2007, así como las tablas de fuente y usos de fondos del Banco Central. En este documento se utiliza la ENIGH del 2007 y la del 2018.

Los demás gastos tienen poco peso en el total según las cuentas de salud realizadas por el MSP hasta el año 2017, lo mismo que en casi todos los países de la región, según datos de la OMS. En la siguiente sección se explica la forma de estimarlos.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

La información correspondiente al período 2007-2017 se toma directamente del Compendio Estadístico de Cuentas Nacionales de Salud, realizado por el Ministerio de Salud Pública. La estimación realizada por la Fundación Plenitud en este documento corresponde al período 2018-2021, indicándose que se trata de una estimación preliminar que no sustituye los ejercicios completos de las cuentas de salud, pero que se realiza para tener datos actualizados, a falta de este instrumento.

Centramos la estimación en los esquemas públicos los que, unidos al gasto de los hogares (explicado en el Documento de Trabajo de la Fundación Plenitud, “Estimación del gasto de bolsillo de los hogares en la República Dominicana, 2007-2021”) explican más del 90% del gasto corriente en salud.

2.1 Esquemas gubernamentales

La casi totalidad del gasto en salud a través de esquemas gubernamentales es realizada por el gobierno central, a través de dos instituciones (o agentes de financiamiento) que canalizan más del 97% del gasto. Estas son:

- Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Servicio Nacional de Salud (SNS)

El MSP se dedica a la rectoría y regulación del sistema de salud, teniendo a su cargo, además, la prestación de servicios colectivos a través de direcciones provinciales de salud.

El SNS es quien provee los servicios individuales y se organiza en servicios regionales de salud, con proveedores de primer, segundo y tercer nivel. Es un organismo descentralizado, que recibe su presupuesto a través del MSP. En consecuencia, la información financiera del SNS se encuentra ubicada dentro del presupuesto del MSP, en la sección de transferencias. Otras entidades que realizan gastos en salud son, en su mayor parte también del gobierno central. En la República Dominicana, los fondos canalizados por los gobiernos locales son ínfimos.

Toda la información financiera del gobierno central se publica de manera muy actualizada, a final de cada mes, en el siguiente portal:

<https://www.digepres.gob.do/estadisticas/gastos/>

La información es pública y muy completa, presentando las ejecuciones presupuestarias de todos los ministerios e instituciones descentralizadas, por programas, subprogramas, por objeto del gasto, incluyendo gastos corrientes y de capital, así como transferencias a otras instituciones.

Existe una base de datos con tablas dinámicas de gasto del gobierno central para el período 2014-2019 y otra para los años 2020-2022. Con estos datos se realizaron nuestras estimaciones.

Después de consultada la base de datos del gasto del gobierno central, analizamos la información correspondiente al Ministerio de Salud Pública y realizamos las siguientes operaciones.

- 1) Partimos del gasto total ejecutado por el Ministerio de Salud Pública para el período del 2015-2021, según lo publica DIGEPRES según la clasificación programática.
- 2) Restamos las transferencias a otras instituciones, el gasto de capital y gastos que no son de salud que puedan ser fácilmente identificados, en este caso, asistencia social.
- 3) Dentro de las transferencias, identificamos el gasto correspondiente al Servicio Nacional de Salud.
- 4) Dentro de las transferencias, identificamos gasto en salud de otras instituciones públicas que forman parte del esquema del gobierno central.
- 5) Dentro de las transferencias, identificamos los pagos al Consejo Nacional de la Seguridad Social para el régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud. Este monto lo reservamos para la estimación del esquema HF.1.2 que corresponde a los seguros de salud obligatorios.
- 6) Buscamos los datos de las cuentas de salud publicadas para los años 2015-2017 y comparamos los resultados con los que provienen de DIGEPRES. En este caso, observamos que nuestra estimación es bastante aproximada en los dos agentes de financiamiento principales de los esquemas gubernamentales: el MSP y el SNS. Sin embargo, está por debajo de las Cuentas de Salud, en aproximadamente un 7% del gasto en otros esquemas gubernamentales.
- 7) Realizamos la corrección correspondiente a los años de 2018 a 2020 en otros esquemas gubernamentales (ajuste temporal, en lo que el MSP realiza nuevas cuentas de salud).
- 8) Presentamos la nueva serie de gasto corriente en salud de los esquemas gubernamentales, con los datos publicados de las cuentas de salud para los años de 2015-2017 y nuestras estimaciones corregidas desde 2018-2021.
- 9) Realizamos el mismo procedimiento con el gasto de capital.

2.2 Esquema de seguros obligatorios contributivo

El Seguro Familiar de Salud (SFS) constituye el principal seguro contributivo obligatorio en la República Dominicana, afiliando al 96% de la población (en 2021). Existen otros esquemas obligatorios, como los que protegen a ciertos empleados públicos, pero no tienen gran relevancia en términos de gasto en salud. El SFS tiene dos regímenes, uno contributivo, financiado por los empleadores y los empleados, y uno subsidiado, financiado por el estado, para la población desempleada y de muy bajos ingresos.

La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) recibe los aportes de parte de las empresas y los fondos que eroga el gobierno para atender a la población del régimen subsidiado. Esta última población se encuentra afiliada al Seguro Nacional de Salud (SENASA) que es la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) del Estado. Los afiliados al régimen contributivo se afilian a la ARS de su preferencia, que son, en su mayor parte, aseguradoras privadas. Los pagos los realiza la TSS a las ARS mediante capitación. La cápita correspondiente al régimen contributivo es de \$1,327.81 pesos mensuales por afiliado y de \$237 pesos mensuales en el régimen subsidiado (a octubre de 2021). Los afiliados del régimen contributivo reciben los servicios en proveedores privados dentro de la red de su ARS y los

del régimen subsidiado en los proveedores públicos del SNS, en hospitales de organizaciones sin fines de lucro y también en centros privados lucrativos cuando no existe un determinado servicio en la red pública.

La información sobre la población afiliada y las cápitas dispersadas mensualmente en cada uno de los regímenes se publican en el portal de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), a saber:

<http://www.sisalril.gov.do/index.php/informaciones/estadisticas>

Estos datos se actualizan mensualmente, con dos meses de retraso. Para obtener los datos de cada régimen basta con sumar la información mensual de cada año, con lo cual se dispone de una información robusta sobre uno de los principales esquemas de financiamiento del país.

Total de gasto público

La suma de los dos esquemas indicados, gubernamentales y seguro familiar de salud, constituyen el denominado “gasto público” porque se trata de esquemas de contribución obligatoria (impuestos generales y sobre la nómina). Estas partidas, sumadas al gasto directo de los hogares, o gasto de bolsillo, representan en la mayoría de los países más del 90% del gasto en salud.

2.3 Gasto directo de los hogares (gasto de bolsillo)

El gasto de bolsillo fue estimado en base a la ENIGH 2007 y la ENIGH 2018, según está explicado en el documento citado (Rathe, 2022). La encuesta presenta el llamado “gasto directo” y “gasto indirecto”. El primero, gasto directo, corresponde al gasto de bolsillo según el SHA 2011, es decir, el gasto desembolsado por el hogar al momento de la adquisición de un bien o servicio. Se excluyen los gastos pagados por terceros (pagos que realizan otros hogares, las organizaciones sin fines de lucro y otros).

El procesamiento de ambas bases de datos fue realizado por la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) y la Fundación Plenitud efectuó la interpolación entre el 2007 y el 2018 y la extrapolación hasta el 2021. Tal como se indica en el documento citado, se requieren estudios adicionales para triangular la información, sobre todo en el área de medicamentos.

2.4 Gasto en seguros privados y asociaciones sin fines de lucro

El gasto en seguros privados y asociaciones sin fines de lucro es relativamente reducido en la República Dominicana. Para estimarlo (fuera de un ejercicio de cuentas de salud) se aplica un porcentaje promedio para el período de tres o cuatro años previos, al Producto Interno Bruto en el caso de los seguros y al consumo privado en el caso de las ONG.

En la República Dominicana, el gasto de los seguros privados asciende a 0.47% del PIB y el gasto de las asociaciones sin fines de lucro se estima como un porcentaje del consumo final, a saber, un 0.07% de esta variable.

2.5 Gasto de capital

Para estimar el gasto de capital partimos, una vez más de las cuentas de salud con los datos publicados de 2007 – 2017. A partir de las ejecuciones presupuestarias de DIGEPRES, consultando los principales agentes de financiamiento públicos, observamos que el gasto de capital para los años 2018-2021 es bastante consistente con los datos de las cuentas publicadas.

Esto nos hace pensar que dichas cuentas contienen solamente gasto de capital de las entidades públicas. Colocamos el dato contable en los tres años de referencia, explicando en una nota que sólo se refiere al sector público y que los nuevos ejercicios de cuentas deberán hacer un plan para estimar la inversión en el sector privado, que ha sido sustancial en los años recientes.

3. RESULTADOS

3.1 Gasto en salud por esquema de financiamiento

El cuadro que sigue muestra el gasto en salud en la República Dominicana para el período 2007-2018, clasificado según esquemas de financiamiento.

Cuadro 1. Gasto en salud por esquema de financiamiento, 2007-2021 (Millones de DOP corrientes)

Gasto en salud por esquema de financiamiento, 2007-2021 (Millones DOP corrientes)															
Esquemas de financiamiento	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*	2020*	2021*
HF.1 Esquemas gubernamentales y seguros contributivos obligatorios	24,841	36,248	41,081	51,781	61,581	68,123	73,973	81,487	89,543	94,505	103,069	107,716	119,327	144,748	178,552
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	18,673	21,262	22,106	27,269	31,988	34,985	38,161	42,872	44,675	42,952	46,701	48,072	55,768	72,423	100,695
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios	6,168	14,986	18,975	24,511	29,593	33,138	35,811	38,616	44,868	51,553	56,368	59,644	63,559	72,325	77,857
HF.2 Esquemas de pagos voluntarios de servicios de salud	7,387	8,197	9,472	10,490	10,733	12,347	13,578	15,381	16,415	18,320	19,750	22,053	23,752	23,203	27,553
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	6,591	7,235	8,385	9,409	9,501	11,047	12,295	13,816	14,779	16,764	17,705	19,904	21,438	20,942	24,884
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de ASFL	795	962	1,087	1,082	1,232	1,300	1,283	1,566	1,636	1,556	2,045	2,149	2,315	2,261	2,668
HF.3 Pagos directos de los hogares**	27,542	29,633	31,725	33,816	35,907	37,998	40,089	42,180	44,272	46,363	48,454	50,545	52,636	54,727	56,819
Total GCS - Gasto corriente en salud	59,769	74,079	82,278	96,086	108,221	118,468	127,640	139,049	150,230	159,188	171,272	180,314	195,715	222,678	262,923
FBC - Formación bruta de capital	2,112	3,640	2,184	3,750	3,872	6,702	2,220	2,528	5,388	4,981	11,899	9,882	9,958	11,508	8,470
GTS - Gasto total en salud	61,881	77,718	84,462	99,836	112,092	125,170	129,860	141,577	155,618	164,169	183,172	190,196	205,673	234,187	271,393

(*) Cifras preliminares - no incluyen la totalidad de los gastos

(**) Estimado en base a datos ONE de ENIGH 2007 y ENIGH 2018

FUENTE: Elaborado por Fundación Plenitud

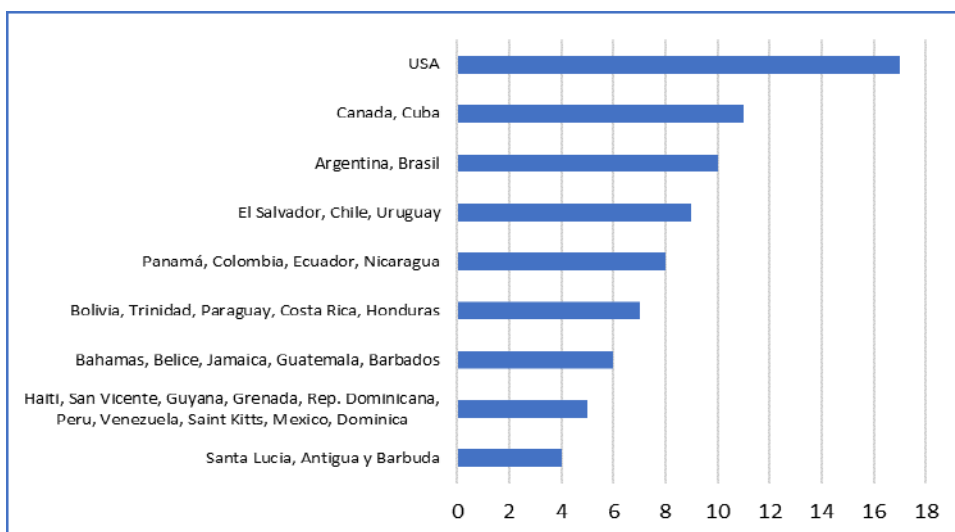
Debe aclararse que la estimación es preliminar y no sustituye las cuentas de salud. No obstante, presenta las principales partidas y puede considerarse una buena aproximación.

El gasto corriente en salud fue estimado en 263 mil millones en 2021 y el total en 271.3 mil millones. Se observa el importante incremento del gasto público en los años 2020 y 2021, con motivo de la pandemia del Covid-19.

3.2 Gasto corriente en salud como proporción del PIB

El gasto corriente en salud con respecto al PIB es relativamente bajo en la República Dominicana, ascendiendo a sólo el 5%. Como se observa en el siguiente gráfico, es uno de los países de la región en el extremo inferior.

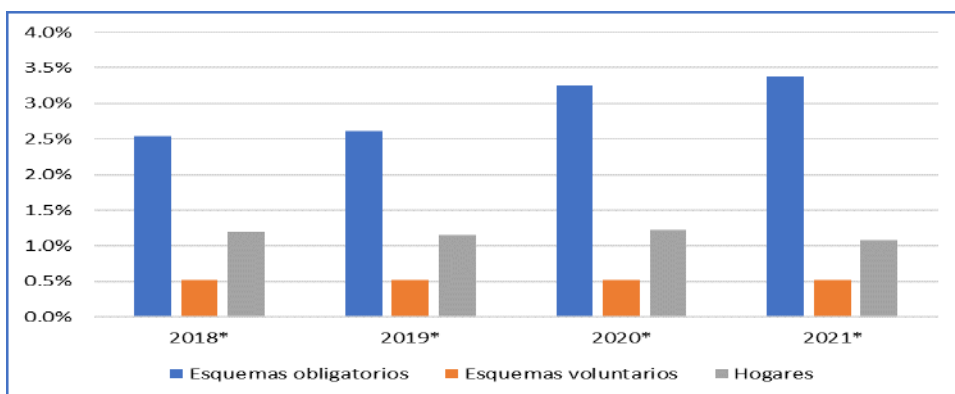
Gráfico 2. Gasto corriente en salud como proporción del PIB en las Américas, 2019



Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud en base a GHED

Sin embargo, la reducción experimentada en el gasto de bolsillo y el aumento del gasto público en los últimos años ha significado una importante recomposición de los esquemas de financiamiento, tal como puede verse en el gráfico que sigue:

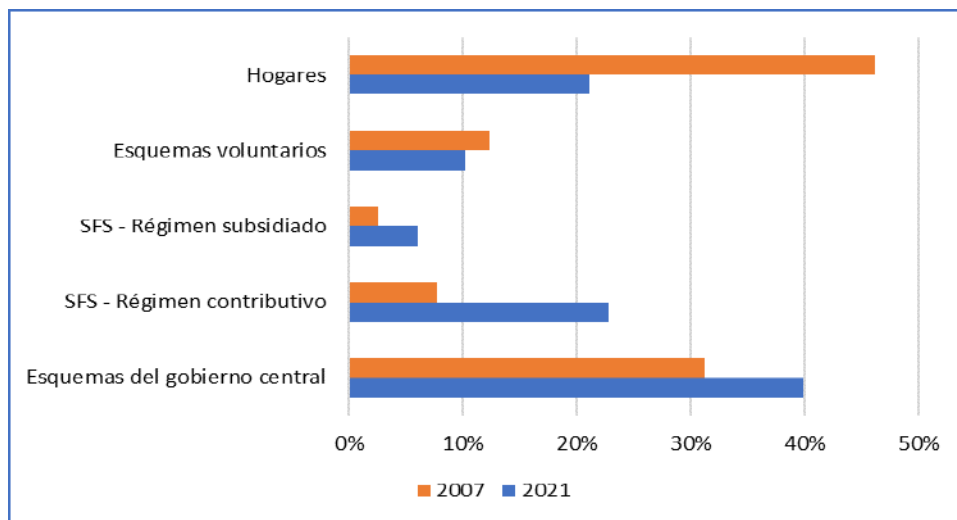
Gráfico 3. Proporción respecto al PIB del gasto en salud por esquema de financiamiento



Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud

Como se observa, el gasto público ha pasado de representar 2.5% del PIB en 2018 a 3.2% en 2020 y 3.4% en 2021. Si observamos esta misma información, pero relativa a la importancia de cada esquema dentro del gasto corriente en salud, también podemos obtener interesantes conclusiones.

Gráfico 4. Gasto en salud por esquema de financiamiento, como proporción del gasto corriente en salud, 2007 y 2021



Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud

Puede notarse el importante cambio en la composición del gasto por los diferentes esquemas.

En el año 2007, el principal esquema de financiamiento eran los hogares, con el 46% del gasto corriente en salud. En ese año, el gasto público sólo representaba el 42% del total.

El Cuadro 2 muestra la composición del gasto en salud por esquema de financiamiento en los países de América Latina y el Caribe.

Puede notarse que los países que tienen una proporción de gasto público en salud por encima del 70% son: Cuba, Costa Rica, Colombia, Belice, Bolivia y Surinam. Entre éstos, Cuba, Surinam y Colombia poseen un gasto de bolsillo por debajo del 20%. Costa Rica, uno de los países de la región con mejor desempeño de su sistema de salud, presenta un gasto de bolsillo del 22%.

En el año 2019, la República Dominicana se ubicaba dentro del grupo de países donde más del 60% del gasto corriente en salud provenía de fuentes públicas, conjuntamente con: Argentina, Chile, Dominica, Ecuador, Guyana, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Perú, San Vicente y Uruguay. En este grupo, sólo Jamaica y Uruguay tienen un gasto de bolsillo inferior al 20% (16% y 15%, respectivamente). En los demás países, este indicador ronda el 30%. La República Dominicana tenía, en ese año, un 26%.

En el año 2021 el gasto público en salud en la República Dominicana (esquemas gubernamentales más seguridad social) se elevó al 69%, dado que el gobierno asignó sustanciales recursos adicionales para el manejo de la pandemia y la vacunación nacional. Con tal motivo, la proporción de los hogares se redujo al 21% del gasto corriente en salud.

Cuadro 2. Gasto en salud por esquemas de financiamiento en ALC como proporción del gasto corriente en salud, 2019

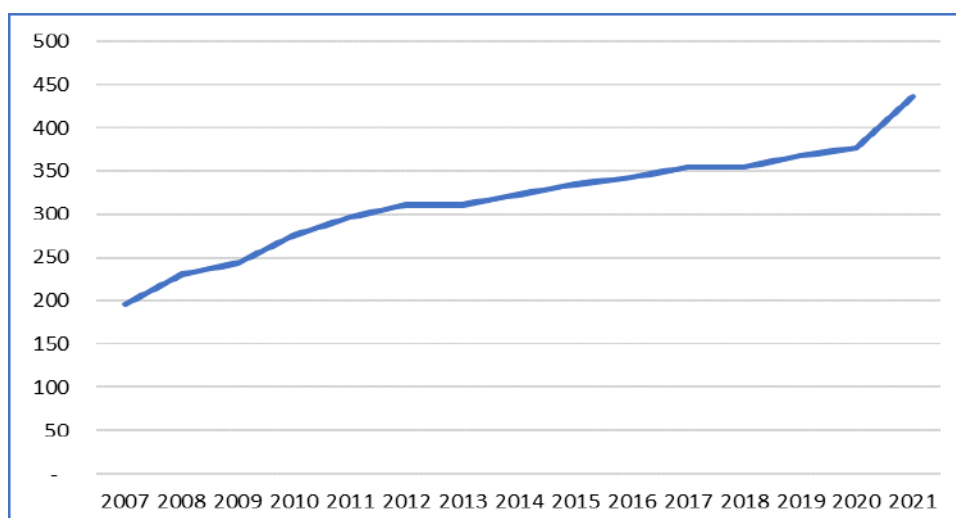
Países	Esquemas gubernamentales (1)	Seguro de salud obligatorio (2)	Gasto público en salud (3:1+2)	Gasto de bolsillo (4)	Seguros voluntarios (5)	Total (3+4+5)
Antigua y Barbuda	29	29	58	24	17	100
Argentina	25	37	63	28	7	97
Bahamas	37	5	43	26	21	90
Barbados	45	0	45	47	7	99
Belize	62	8	70	22	5	97
Bolivia	42	30	72	24	3	99
Brasil	40	1	41	25	30	96
Chile	2	59	61	33	7	100
Colombia	2	75	78	15	8	100
Costa Rica	4	70	74	22	3	99
Cuba	89	0	89	11	0	100
Dominica	64	0	64	34	1	99
Rep. Dominicana	29	33	62	26	11	99
Ecuador	34	28	62	31	5	98
El Salvador	30	27	57	36	4	97
Grenada	41	0	41	54	4	100
Guatemala	20	17	37	56	4	97
Guyana	58	2	61	35	2	97
Haiti	11	2	12	43	5	61
Honduras	29	12	41	53	5	99
Jamaica	59	8	66	16	17	100
Mexico	22	27	49	42	7	98
Nicaragua	36	26	62	34	1	98
Panamá	34	32	66	28	6	100
Paraguay	29	17	46	42	12	100
Peru	35	28	63	28	8	99
San Cristóbal y Nieves	49	0	49	46	4	100
Saint Lucia	46	2	48	46	5	100
San Vicente y Gran.	67	0	67	29	3	99
Surinam	18	61	80	16	4	100
Trinidad y Tobago	46	0	46	47	7	100
Uruguay	17	49	66	15	10	92
Venezuela	32	14	46	18	35	100

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud en base a GHED, corregidas cifras de RD

3.3 Gasto en salud per cápita

El gasto en salud per cápita (expresado en dólares de los Estados Unidos), ha venido subiendo en el período entre 2007 y 2021, tal como se muestra en el gráfico a continuación. En el año 2007 ascendía a US\$196, multiplicándose por 2.2 en 2021, para llegar a US\$ 436. Las cifras correspondientes a 2021 están afectadas por el gasto para la vacunación y la respuesta a la pandemia. En el año 2019, el gasto corriente per-cápita ascendía a US\$ 368.

Gráfico 5. Gasto corriente en salud per cápita, en US\$



FUENTE: Elaborado por Fundación Plenitud en base a GHED.

A pesar de la mejoría, las cifras son muy bajas en el contexto de la Región de Las Américas. El cuadro que sigue muestra dichos niveles. En el extremo superior se encuentran Estados Unidos (\$US 10,921 por persona), Canadá (US\$ 5,048) y Bahamas (US\$ 2005). En el extremo inferior se encuentra Haití con US\$ 57 por persona.

Cuadro 3. Gasto en salud per cápita 2019 en Las Américas

GCS per capita US\$	Países
Más de 2000	Estados Unidos, Canadá, Bahamas
Entre 1000 -1999	Uruguay, Chile Panamá, T&T, Barbados, San Cristóbal, Cuba
Entre 600 - 999	Argentina, Costa Rica, Brasil, Antigua, Surinam
Entre 400 - 599	México, Grenada, Santa Lucía, Colombia, Ecuador, Dominica
Entre 300 - 399	Paraguay, Perú, Rep. Dominicana, El Salvador, San Vicente, Venezuela, Jamaica, Guyana
Entre 200 - 299	Belice, Guatemala, Bolivia
Menos de 200	Honduras, Nicaragua y Haití

FUENTE: Elaborado por Fundación Plenitud en base a GHED

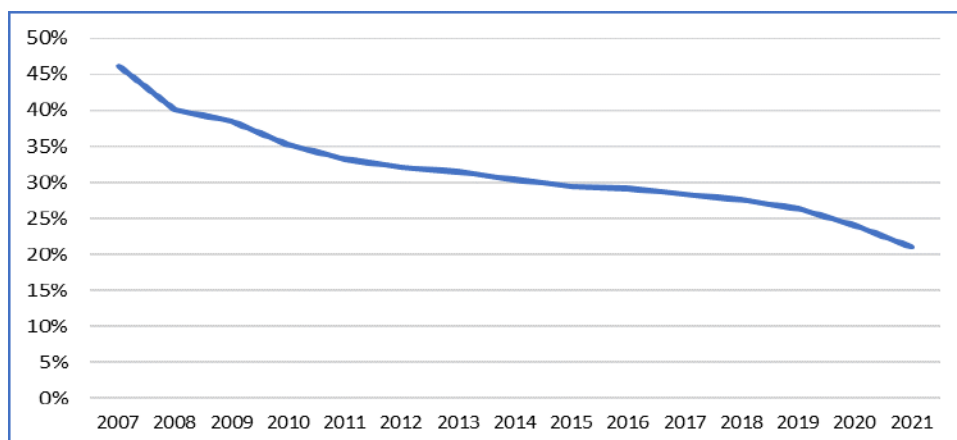
Como se observa en el Cuadro 3, el gasto corriente per-cápita en la República Dominicana se encuentra entre los más bajos de la región, en la posición 24 de 35 países. Se necesita un esfuerzo mayor para incrementar el gasto per cápita, como puede notarse, los países con mejor desempeño de sus sistemas de salud, como Uruguay, Chile Costa Rica, asignan más recursos a estos fines.

3.4 Gasto directo de los hogares (gasto de bolsillo)

El siguiente gráfico muestra la proporción del gasto de bolsillo dentro del gasto corriente en salud, observándose un impacto importante del Seguro Familiar de Salud en la reducción del gasto de bolsillo.

Se observa que éste representaba un 46% en el 2007 pasando a un 26% en 2019. En los años 2020 y 2021, como hubo un gran aumento del gasto público para financiar la respuesta a la pandemia, la proporción del gasto de bolsillo dentro del total se redujo a 24% y 21% respectivamente.

Gráfico 6. Evolución del gasto de bolsillo con relación al gasto corriente en salud, 2007-2021



Fuente: Elaborado por la Fundación Plenitud

Con estas cifras nos acercamos al nivel de gasto de bolsillo correspondiente a una parte importante de los países de la región latinoamericana. Asimismo, nos encontramos más cerca de las recomendaciones de la OMS que sugieren alrededor de un 70% de gasto público en salud y un gasto de bolsillo inferior al 20%.

Cuadro 4. Gasto de bolsillo con relación al Gasto Corriente en Salud en las Américas, 2019

Gasto de bolsillo con relación al GCS	Países de la región de las Américas
Menos de 20%	Canadá, Colombia, Cuba, Jamaica, Estados Unidos, Uruguay
Entre 20 - 25%	Antigua y Barbuda, Bolivia, Brasil, Costa Rica,
Entre 26 - 30%	Argentina, Bahamas, Perú, San Vicente y Granadinas, Rep. Dominicana
Entre 31 - 40%	Chile, Ecuador, El Salvador, Guyana, Nicaragua
Entre 41 - 50%	Barbados, Haití, México, Paraguay, Saint Kits y N., Santa Lucía, T&T
Más de 50%	Grenada, Guatemala

FUENTE: Elaborado por Fundación Plenitud en base a GHED

Como se observa en el cuadro anterior, la República Dominicana se encuentra en el tercer grupo de países. Aunque hemos mejorado sustancialmente respecto al año 2007, todavía no hemos alcanzado las metas que propone la OMS.

Se requiere un mayor esfuerzo para aumentar el financiamiento público y reducir el gasto de bolsillo, con la finalidad de alcanzar un grado de protección financiera relativamente adecuado, capaz de evitar que una parte importante de las familias incurra en gastos catastróficos o empobrecedores.

3.5 Otras dimensiones del gasto en salud

A continuación, presentamos otras dimensiones del gasto en salud que sólo pueden estudiarse cuando se realizan cuentas de salud. En vista de que el último ejercicio de cuentas de salud fue del

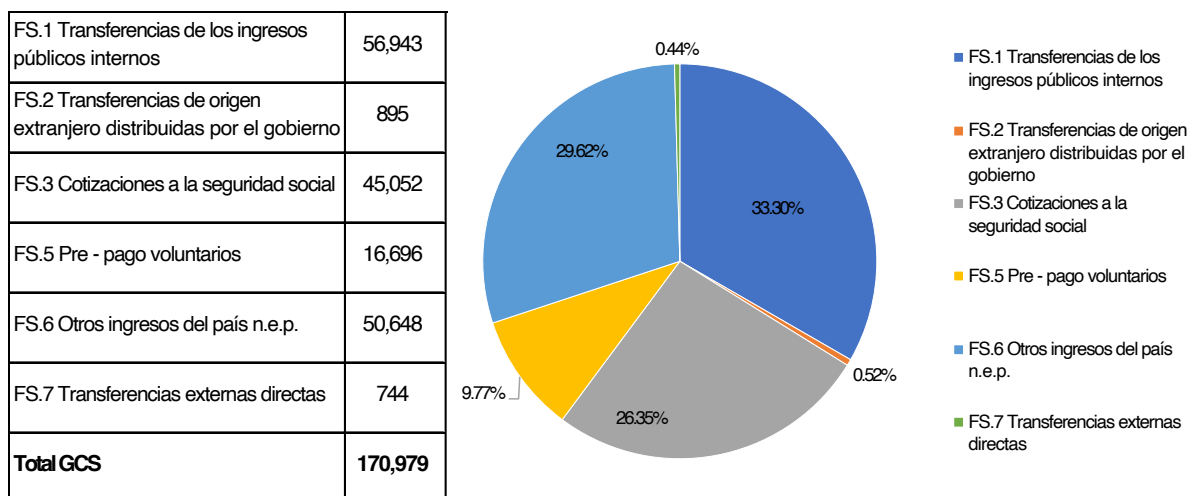
2017, presentamos dichas dimensiones para este año, introduciendo las modificaciones correspondientes al cambio en la estimación del gasto directo de los hogares.

Debe señalarse que podría haberse hecho este ejercicio para un año más reciente, pero hubiera sido necesario utilizar la estructura de gasto correspondiente a 2017. Es preferible que para los años que siguen se realice una vez se produzcan nuevas cuentas de salud con información completa y actualizada. Particularmente para los años de respuesta a la pandemia, hubo cambios importantes en la estructura del gasto.

Fuentes de financiamiento de los esquemas

Las fuentes de financiamiento de los esquemas se refieren a las partidas que los financian. Como se indicó, los esquemas son arreglos institucionales y de políticas públicas, no instituciones. Las fuentes que alimentan los mismos se muestran a continuación:

Gráfico 7. Fuentes de financiamiento de los esquemas 2017 (Millones DOP)



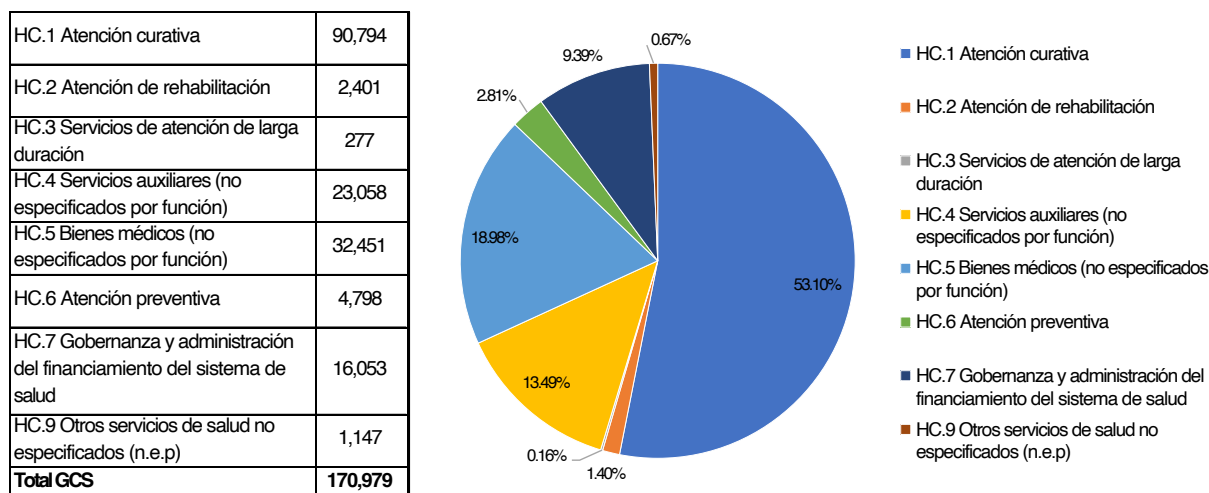
Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud con datos del Compendio Estadístico de Cuentas de Salud

Nota: Datos de FS.6 modificados según nueva estimación de gasto directo de los hogares.

Gasto corriente en salud por funciones

El gasto en salud por funciones se refiere a los bienes y servicios de salud que consume la población. En el gráfico 8 se muestra esa distribución para las diferentes categorías funcionales a un dígito. Pero la clasificación funcional es muy amplia, dando cabida para una gran cantidad de sub-clasificaciones.

Gráfico 8. Gasto corriente en salud por funciones 2017 (Millones DOP)



Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud con datos del Compendio Estadístico de Cuentas de Salud

Nota: Datos de FS.6 modificados según nueva estimación de gasto de bolsillo.

Puede observarse la elevada proporción del gasto corriente en salud que se destina a la atención curativa. Dentro de ésta existen varios tipos de atención, los gastos que se asignan para atender pacientes ambulatorios y los correspondientes a pacientes internados en hospitales. Si bien ese dato no se registra en ese gráfico a un dígito, en la matriz correspondiente puede verse que representan un 19% y un 26%, respectivamente.

Otra partida muy importante es la relativa a los bienes médicos, ascendente al 19% del gasto corriente en salud, dentro de los cuales los medicamentos representan el 95%. Esta partida se encuentra muy influida por el gasto directo de los hogares, el cual destina cerca del 70% a la adquisición de medicamentos.

Gasto corriente en salud por proveedores

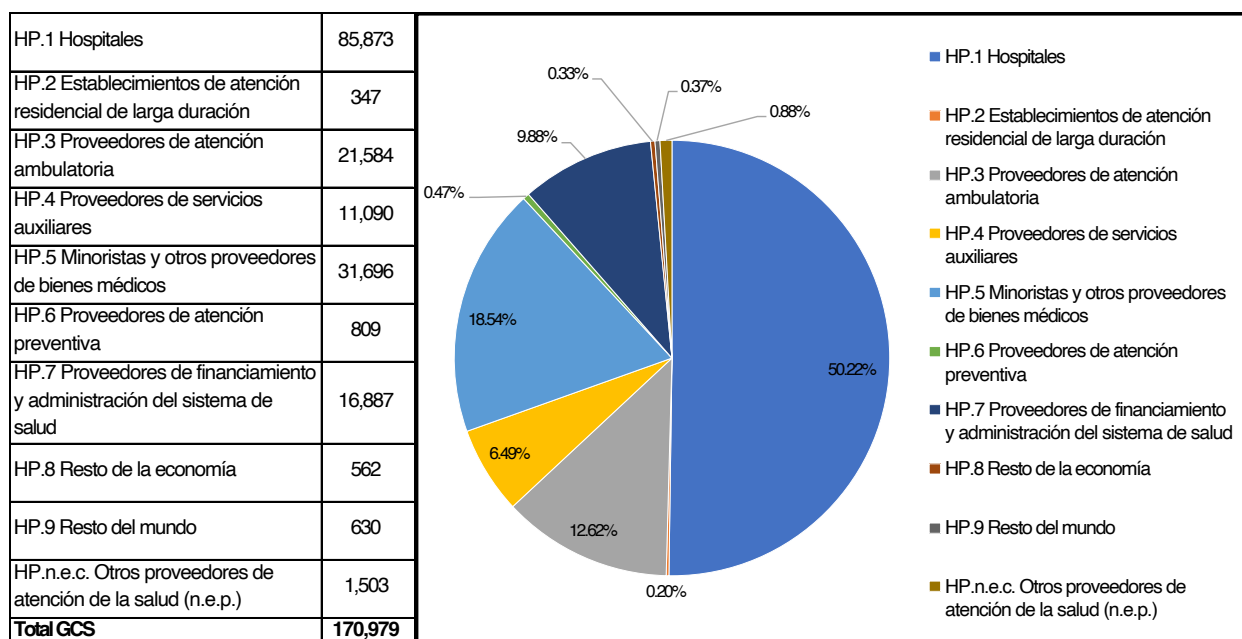
El gasto corriente por proveedor se refiere al que efectúan los hospitales, clínicas, centros ambulatorios, farmacias y otros proveedores.

Si se mira el gasto desde esta perspectiva, también se concluye que el grueso del gasto se concentra en los hospitales y en la compra de medicamentos.

Un análisis más detenido de las sub-clasificaciones, puede permitir saber las diferencias por tipo de establecimiento, tanto público como privado, así como por las características de los servicios que ofrecen.

El gráfico 9 muestra esta información resumida, a un dígito de la clasificación de proveedores.

Gráfico 9. Gasto corriente en salud por proveedores 2017 (Millones DOP)



Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud con datos del Compendio Estadístico de Cuentas de Salud

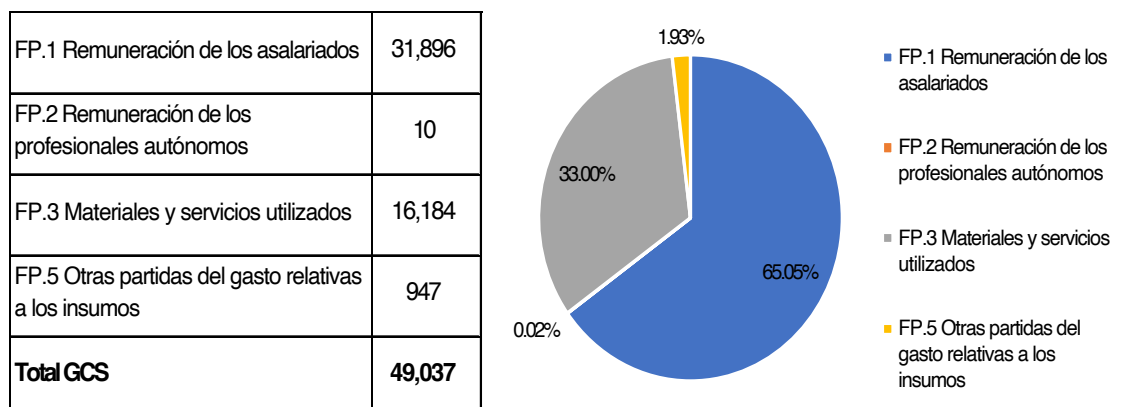
Nota: Datos de FS.6 modificados según nueva estimación de gasto de bolsillo.

Gasto corriente en salud por factores de producción

El gasto corriente en salud por factores de producción muestra los servicios que han sido adquiridos en función de la clasificación económica o por objeto del gasto.

En las cuentas del 2017, esta tabla sólo fue realizada para el sector público, observándose que el 65% del gasto se destinaba a remuneraciones del personal asalariado, un 33% a materiales y servicios, partida dentro de la cual se encuentran los medicamentos destinados a los diversos centros de salud de la red pública.

Gráfico 10. Gasto corriente en salud por recurso en esquemas gubernamentales 2017 (Millones DOP)



Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud con datos del Compendio Estadístico de Cuentas de Salud

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La principal conclusión que se obtiene de este trabajo es que el Seguro Familiar de Salud ha tenido un impacto positivo en la reducción del gasto directo de los hogares o gasto de bolsillo, lo cual significa que en el país ha mejorado la protección financiera de la población gracias a la implementación del SFS.

No obstante, todavía es necesario avanzar más en esa dirección, para lo cual se requerirían políticas en las siguientes áreas:

- Aumento del gasto público en salud, que está muy lejos del promedio regional y de las recomendaciones de los organismos internacionales.
- Políticas destinadas a mejorar el acceso a medicamentos a bajo costo – o sin costo, en ciertas circunstancias – porque constituyen cerca del 70% del gasto directo de los hogares en salud.
- Implementación del primer nivel de atención dentro de una estrategia de atención primaria, porque actualmente está sub-financiado, con el grueso de los recursos destinados a la atención especializada y de alto costo.

Por otro lado, es necesario mejorar la producción de datos para dar seguimiento al gasto y financiamiento a la salud. Para ello se recomienda retomar la producción de cuentas de salud, realizar un levantamiento completo de información básica y elaborar el conjunto de tablas recomendadas en el SHA 2011.

Asimismo, se recomienda institucionalizar ese proceso, con la participación de las entidades que producen la información primaria, creando un sistema permanente y rutinario de producción de estadísticas.

De esta manera, las autoridades pueden tener información actualizada que les permita tomar las mejores decisiones para avanzar hacia la cobertura universal.

REFERENCIAS

- Global Health Expenditures Database (GHED). (2021). <https://apps.who.int/nha/database>.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Serie homogénea del gasto sanitario para el período 2004 – 2014, aplicando el Sistema de Cuentas de Salud (SCS) 2011*. Santo Domingo, República Dominicana: MSP: DPI.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Compendio Estadístico de Cuentas Nacionales de Salud*. Santo Domingo: MSP.
- OECD. Eurostat. WHO (2011). *A System of Health Accounts*. Paris, France: OECD Publishing.
- Oficina Nacional de Estadísticas. (2020). *Análisis del gasto de bolsillo en salud de los hogares en República Dominicana: A partir de datos de la ENGIH-2018*. Santo Domingo, República Dominicana: ONE.
- Oficina Nacional de Estadísticas. (2021). República Dominicana: Proyección de hogares 2010-2025. Santo Domingo, República Dominicana: ONE.
- Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial. (2018). Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017. Organización Mundial de la Salud.
- Rannan-Eliya, Ravi. (2010). *Estimating out-of-pocket spending for national health accounts*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Rathe, Magdalena (2009). *Estimación del Impacto de los Nuevos Estándares de Propiedad Intelectual en el Precio de los Medicamentos en la República Dominicana*. Fundación Plenitud / International Centre for Trade and Sustainable Development (ICTSD): Santo Domingo, RD.
- Rathe, Magdalena. (2021). *Estimación del gasto de bolsillo en salud en la República Dominicana: aspectos metodológicos*. República Dominicana: SISALRIL.
- Rathe, Magdalena. (2022a). *Guía metodológica de estimación y proyección del gasto en salud usando SHA 2011*. Organización Panamericana de la Salud (en revisión).
- Rathe, Magdalena. (2022b). *Estimación del gasto de bolsillo de los hogares en la República Dominicana, 2007-2021*. Santo Domingo: Fundación Plenitud.
- Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). (2021). Estadísticas – Afiliación. [Www.Sisalril.gov.do http://www.sisalril.gov.do/index.php/informaciones/estadisticas/category/31-afiliacion](http://www.sisalril.gov.do/index.php/informaciones/estadisticas/category/31-afiliacion).
- World Health Organization. (2020). *Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000-2018*. Technical note. Geneva, Switzerland: WHO.