



INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SANTO DOMINGO
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y VINCULACIÓN



**FUNDACION
PLENITUD**

FUNDACION PLENITUD

**El sistema dominicano de salud con perspectiva de
equidad y protección financiera**

Por: Magdalena Rathe¹

**Santo Domingo, RD
Diciembre de 2013**

¹ Directora Ejecutiva de PLENITUD. Este trabajo fue realizado en colaboración con Pamela Suero, economista, consultora independiente, quien es co-autora del mismo. Recibió importantes insumos de Raymer Díaz, economista, Banco Central, principalmente en la sección de análisis comparativo de la situación de salud en ALC. La cuantificación del gasto en salud en la República Dominicana se basa en un trabajo permanente de actualización que realizan la autora y Dania Guzmán para el Centro Virtual de Inteligencia Dr. Gustavo Rathe, de PLENITUD. La sección de gasto de hogares y gasto catastrófico, se basa en trabajos realizados por la autora conjuntamente con Dayana Lora y Natalia Rojas, economistas del Banco Central. Parte del procesamiento estadístico fue responsabilidad de Estefany Mercedes, economista, Banco Central. Se agradecen también los comentarios aportados por Ramón Pérez Minaya.



**FUNDACION
PLENITUD**

Investigación y difusión del conocimiento

VISIÓN

Contribuir a crear un mundo equitativo
y ecológicamente sostenible

MISIÓN

Producir conocimientos con visión
ecosistémica y traducirlos en evidencias
que sustenten la toma de decisiones

PLENITUD

Es un centro de reflexión privado,
independiente y sin fines de lucro, con
sede en la República Dominicana.

Arabia No. 1, Arroyo Hondo
Santo Domingo, República Dominicana
Tel. (809)563-1805
E-mail: info@fundacionplenitud.org

www.fundacionplenitud.org

El sistema dominicano de salud con perspectiva de equidad y protección financiera

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes y justificación

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

Aunque se ha avanzado mucho en términos de cobertura en algunos servicios básicos, la calidad deja mucho que desear a todos los niveles. Como ejemplo ilustrativo se menciona la elevada mortalidad materna y neonatal, en un país donde casi la totalidad de los partos son institucionales y atendidos por profesionales.² Esas muertes ocurren en los estratos más pobres de la población, lo que nos habla de problemas de equidad en el acceso a los recursos.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto un marco de referencia para evaluar el desempeño del sistema de salud,⁴ poniendo como una de los objetivos esenciales de éste, la protección financiera de las personas contra el riesgo de enfermarse, porque la atención puede ser muy costosa, por un lado y por el otro, la necesidad de recibirla es, generalmente, imprevisible. La forma en que se financia la atención de los problemas de salud influye en la distribución del ingreso de un país⁵ y puede contribuir efectivamente a una mejora de la situación de salud de una población, si dicho financiamiento se distribuye en forma más equitativa.⁶ De esta forma se reduce el riesgo de que las personas no reciban la atención que necesitan porque es demasiado costosa, lo cual muchas veces puede llevarlas a la pobreza y exponerlas a problemas adicionales de salud.⁷

Existen muchas formas de financiar un sistema de salud. Generalmente, los países de mayores ingresos descansan en el financiamiento público en su mayor parte, ya sea mediante financiamiento por impuestos generales o mediante contribuciones a un seguro de salud, sea éste de tipo nacional o de la

² CESDEM, Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESAS), 2002 y 2007.

³ CESDEM, opus cit (2002 y 2007).

⁴ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza.

⁵ Rathe, Magdalena y Santana, Isidoro, *Impacto distributivo de la gestión fiscal*, Fundación Siglo 21 / BID, Santo Domingo, 1992.

⁶ Rathe, Magdalena – *Salud y equidad: una mirada al financiamiento a la salud de la República Dominicana*, PHR/Macro Internacional, Santo Domingo, 2000.

⁷ González Pons, Soraya, *Medición del desempeño del sistema de salud*, Informe final de consultoría del Observatorio de la Salud, Fundación Plenitud/BID/OSALC, Santo Domingo, 2011.

seguridad social.⁸ Cuando un sistema de salud se financia principalmente con recursos que aportan los hogares con dinero de su bolsillo, hay menos equidad financiera en el sistema y mayor probabilidad de que ocurran gastos denominados catastróficos y empobrecedores. Otras publicaciones resaltan que “estudios realizados a nivel internacional muestran la estrecha correlación entre los mejores resultados de salud y una mayor protección financiera en los sistemas de salud financiados principalmente con fondos públicos, ya sea que estos provengan de impuestos generales o de contribuciones a la seguridad social.^{9,10} La situación contraria se da en los países más pobres: generalmente no existen sistemas de protección social y el sistema de salud se financia en gran parte por pagos directos que hacen las personas al momento de tomar los servicios.”¹¹

Desde principios de la pasada década, la República Dominicana viene procurando implementar una profunda reforma estructural de su sistema de salud, cuyo inicio se aceleró a partir del 2007, con la entrada en vigor del régimen contributivo. La cobertura tanto en este régimen como en el subsidiado, se ha venido incrementando, hasta alcanzar a casi un 50% de la población, donde parece haberse estancado, distando mucho todavía de la universalidad que proclama la ley de la reforma.¹²

Esta reforma se propone la protección financiera de la población, mediante el aseguramiento universal y la reducción del gasto de bolsillo. Esta investigación pretende analizar esta situación, con una perspectiva de equidad, dentro de un contexto internacional.

1.1 Objetivos y alcance de la investigación

El estudio que aquí se presenta se propone analizar el sistema dominicano de salud dentro de la óptica de la equidad y la protección financiera, dentro de un contexto internacional. De manera específica, se propone:

- Analizar la arquitectura del sistema dominicano de salud desde el inicio de la reforma y el grado en que se ha avanzado en su implementación, teniendo en cuenta la evolución de la cobertura de aseguramiento público desde el inicio de la misma, observando su impacto en el monto y la composición del financiamiento total a la salud.
- Analizar los indicadores de salud de los países de la región de América Latina y el Caribe, así como la organización institucional y financiamiento de sus sistemas de salud, a fin de establecer algún indicio sobre la posible relación entre ésta y el logro de las metas de salud para su población.
- Analizar la evolución del gasto de bolsillo en salud e identificar ciertos indicadores de equidad y protección financiera, tales como el gasto catastrófico y empobrecedor.

⁸ OMS, GHED.

⁹ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (2010), *Informe sobre la salud del mundo, La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, Ginebra, Suiza.

¹¹ Rathe, Magdalena y Rojas, Natalia, *Protección financiera en salud en la República Dominicana: Análisis del gasto catastrófico y empobrecedor en salud de los hogares dominicanos beneficiarios del sistema de subsidios sociales*, Banco Central – BID, Santo Domingo, 2012.

¹² Tristao, Rathe y Gideon, *Nota de políticas sobre el sector salud*, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Santo Domingo, Rep. Dominicana, 2012.

El presente trabajo se inicia con la delimitación del marco conceptual, sustentado en el análisis del sistema de salud en base al marco de referencia para la medición de su desempeño, formulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dentro del mismo, uno de las metas del sistema de salud es lograr la equidad y la protección financiera de la población, tema central del presente estudio. Asimismo, el objetivo de la cobertura universal a la que aspiran todos los países, requiere de este enfoque de equidad.

El tercer capítulo presenta la arquitectura del sistema de salud dominicano y sus esfuerzos por alcanzar la cobertura universal. El cuarto capítulo aborda el análisis comparativo de los resultados de salud en una selección de países de América Latina y el Caribe, así como de otros indicadores relacionados con la cobertura y los recursos disponibles en los mismos. El quinto capítulo se refiere al financiamiento del sistema de salud, comparando la situación de los países de ALC y trata el tema de la protección financiera ante el riesgo de la mala salud para un conjunto menor de países para los cuales existe la información.

El sexto capítulo contiene una discusión sobre los hallazgos del análisis comparativo y se plantea la pregunta – cuya respuesta escapa al alcance de este trabajo – sobre una posible relación entre la organización del sistema de salud y su desempeño.

Este trabajo constituye la primera parte de un esfuerzo más amplio de comprensión del sistema de salud dominicano y de su desempeño, dentro del contexto de América Latina y el Caribe, el cual pretendemos continuar en el 2014.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1 El enfoque de los sistemas de salud

Desde la publicación del Informe Mundial de la Salud del 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido un marco de referencia para analizar y medir el desempeño de un sistema de salud, el cual ha venido a convertirse en el estándar mundial. Según el mismo, el desempeño se mide de acuerdo al logro de tres metas esenciales, a saber:

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

Más adelante se añadió una cuarta meta, que consiste en medir la eficiencia y costo-efectividad con que se cumplen las metas anteriores, particularmente, en términos del sistema en su conjunto. La primera meta es evidente. A largo plazo, eso es lo que todo el mundo desea: que mejore la situación de salud de las personas, que éstas sean capaces de tener vidas más largas, saludables, productivas y felices. De hecho, la constitución de la OMS de 1946 define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹³

No obstante, la enfermedad es una realidad que todas las personas habrán de enfrentar alguna vez, por el simple hecho de estar vivas. Esta puede ser de mayor o menor gravedad y generalmente va a implicar la búsqueda de servicios de salud. Estos últimos pueden ser costosos – y alguien tiene que pagar por ellos. Generalmente, los menos favorecidos, los que tienen menor capacidad de pago, son los más vulnerables a sufrir las consecuencias financieras de la mala salud. Aquí entra en juego el concepto de equidad y protección financiera, que se fundamenta en el papel del Estado para crear los mecanismos de distribución del riesgo de enfermarse, protegiendo así a las personas que enfrentan riesgos de salud imprevisibles. Muchos estudios alrededor del mundo han demostrado que los gastos en salud pueden llevar a las familias al empobrecimiento y son la causa más frecuente del cierre de numerosas empresas.

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

Para medir el desempeño de los sistemas de salud, la OMS propone que se analice la forma en que realizan sus cuatro funciones claves, a saber:¹⁴

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

La prestación de servicios, ya sean éstos personales o colectivos, tiene que responder a las necesidades de salud, estar disponible y asequible para las personas y ser capaz de resolver con calidad los problemas

¹³ El Concepto de Salud: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>.

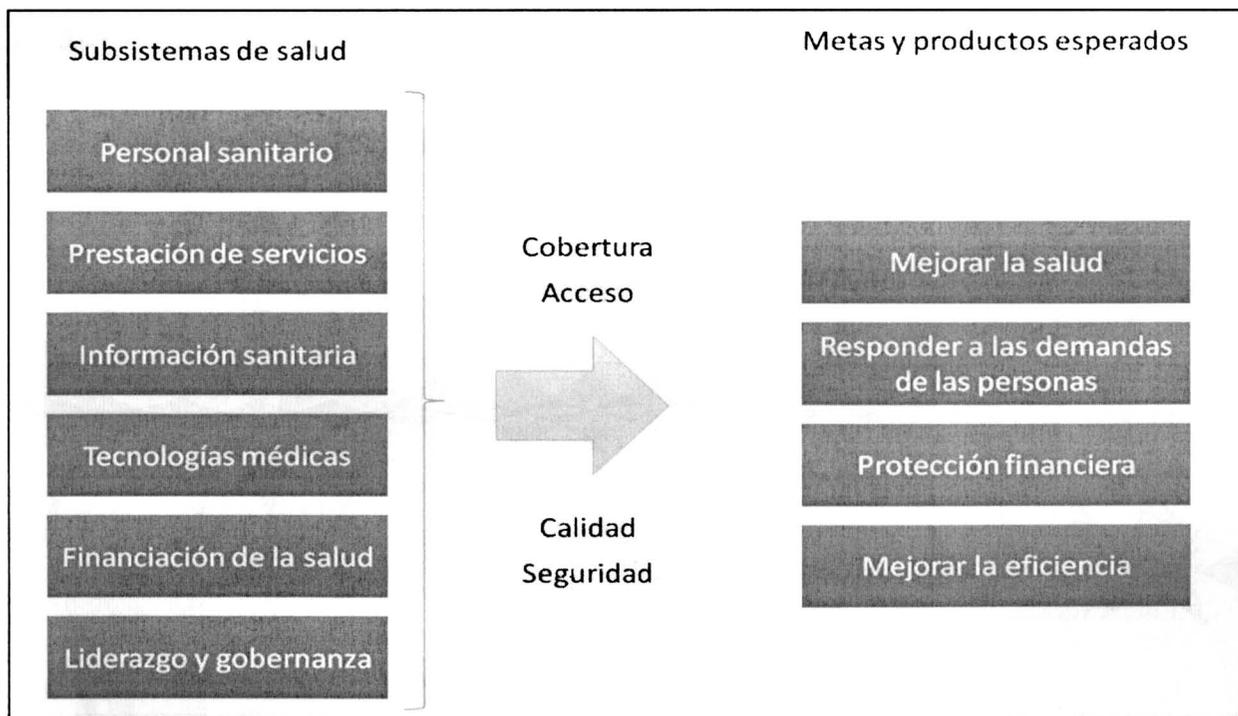
¹⁴ Idem.

que atiende. Para ello se necesita crear y desarrollar recursos – humanos, físicos, tecnológicos – en la cantidad y calidad adecuada. Y para ello se necesitan recursos financieros. Por tal motivo, la función de financiamiento del sistema de salud es fundamental, no sólo para financiar lo anterior, sino también para proteger a las personas y lograr la equidad en el pago. Esto va a tener un impacto importante en los resultados de salud de toda la población.

Se ha señalado que la función de rectoría es la más importante – en definitiva, una buena conducción del sistema de salud logrará que se desempeñen mejor las demás áreas. Esta es una función que corresponde intrínsecamente al Estado y se refiere a la direccionalidad del sistema, el establecimiento de las normas y regulaciones, así como la supervisión de su cumplimiento, la inteligencia sanitaria, es decir, la producción de la información básica para la toma de decisiones.

Para fines analíticos, la OMS distingue seis subsistemas de salud, a saber: prestación de servicios (servicios de salud); Personal sanitario (recursos humanos); Información sanitaria (tecnología); Tecnologías médicas (medicamentos); Financiación de la salud (financiamiento); Liderazgo y gobernanza (rectoría). La OMS indica que “todos los sistemas están contenidos dentro de sistemas mayores”¹⁵ y por lo tanto, no es posible comprender el todo simplemente analizando las partes. La interrelación de estos con las metas de salud se muestra en el siguiente diagrama:

DIAGRAMA 2.1. INTERRELACIÓN DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD CON LAS METAS DE SALUD



Fuente: WHO 2007: *Everybody's' Business. Strengthening health systems to improve health outcomes*. En este marco de acción planteado por la OMS, el centro del sistema son las personas, las cuales deben situarse en una relación de *inter conectividad* con los seis subsistemas de salud que en su conjunto

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (2009), *La Aplicación del Pensamiento Sistémico al Fortalecimiento de los Servicios de Salud*, Ginebra, Suiza.

componen un sistema de salud completo. Por ello, es fundamental poner de relieve el papel de las personas, no solo en el centro del sistema como mediadores y beneficiarios, sino también como actores en la conducción del propio sistema.¹⁶ Esto comprende su participación como individuos, organizaciones de la sociedad civil y redes de partes interesadas, y también como actores clave que influyen en cada uno de los elementos constitutivos, en su calidad de profesionales o formuladores de políticas sanitarias. Al colocar a las personas y sus instituciones en el centro de este marco se recalca el renovado compromiso de la OMS con los principios y valores de la atención primaria de salud, a saber: equidad, justicia social, participación y colaboración intersectorial.¹⁷

2.2 El reto de la equidad y la protección financiera

La relación entre la salud y el desarrollo es reconocida ampliamente desde hace varias décadas, advirtiéndose que la mala salud se traduce en una reducción de la esperanza de vida y en una carga pesada para la parte de la población que trabaja y de la cual dependen los que no trabajan, incluyendo los niños y discapacitados. Un aspecto reconocido y ampliamente aceptado en la literatura relacionada con la economía de la salud, es la importancia de la intervención del Estado en este sector, particularmente en la producción de los “bienes públicos” que son los que benefician a la colectividad, sin que pueda identificarse a un beneficiario en particular, puesto que no es posible excluir a nadie a la vez que el consumo por parte de cualquiera de los miembros de la comunidad, no reduce el beneficio que reciben los demás, como sería el caso, por ejemplo, de las campañas de promoción de la salud o la regulación de la calidad de los productos farmacéuticos. El mercado privado no podría producir tales bienes porque nadie estaría interesado en pagar por algo que sería imposible guardar para sí. Algunos bienes son parcialmente públicos y privados, como las inmunizaciones. La persona que las recibe tiene un interés particular en protegerse a sí misma y por ello puede pagar un precio, pero el efecto social de esa acción es mucho mayor que el beneficio individual, esto es, la intervención tiene una alta externalidad positiva. También pudiera ser negativa, como la contaminación ambiental, por lo que ésta requiere también de la regulación estatal para evitarla o controlarla.¹⁸

Pero la mayor parte de lo que se considera gasto en salud, se compone de bienes y servicios individuales, de tipo privado. No obstante, se trata de mercados con grandes imperfecciones, que requieren de la intervención estatal para ser corregidas. En efecto, se ha señalado que los mercados de bienes y servicios de salud no funcionan o lo hacen de una manera anormal.¹⁹ En efecto, a fin de que cualquier mercado asigne efectivamente los recursos, se hace necesario que funcione lo que en economía se denomina la “soberanía del consumidor”, para lo cual éste debe tener conocimiento adecuado de los precios, calidad, etc., que le permitan realmente ejercer la capacidad de escoger y de decidir. Pero esto no sucede en el mercado de la salud. El consumidor es el paciente, que se enferma en cualquier momento, independientemente de su voluntad y de su nivel de ingreso. No tiene el conocimiento médico para saber qué tipo de tratamiento necesita ni para decidir entre alternativas de éstos, ni sobre si necesita o no ciertos medios de diagnóstico ni la complejidad de los mismos. Las decisiones sobre esto las toma el médico, que en este caso, actúa como un “agente”, indicando al consumidor lo que debe comprar,

¹⁶ González Pons, Soraya, *Medición del desempeño del sistema de salud*, Informe final de consultoría del Observatorio de la Salud, Fundación Plenitud/BID/OSALC, Santo Domingo, 2011.

¹⁷ WHO, *Everybody's' Business. Strengthening health systems to improve health outcomes.*

¹⁸ Musgrove, Philip, *Protecting Health in Latin America: What should the state do?* (Revised version, 19 October 2001 – document prepared for CIPPEC).

¹⁹ Hsiao, William.

muchas veces mediando en ello su propio interés como proveedor de servicios de salud (lo cual puede inducir a un consumo innecesario). Y otras veces, quien paga por el servicio no es el consumidor sino un tercero, el seguro médico, que introduce nuevas imperfecciones.

Uno de los prerrequisitos para que haya libre mercado es el conocimiento de las condiciones de éste, particularmente, de los precios. Como normalmente hay incertidumbre en el diagnóstico así como en la capacidad de recuperación de cada individuo, tampoco es posible para el consumidor conocer los precios por adelantado. La teoría del libre mercado supone que el consumidor pague directamente al productor. En el mercado de salud, esto es altamente inequitativo, porque algunas personas pueden tener enfermedades que requieren tratamientos muy caros y otras simplemente no enfermarse, independientemente de su capacidad de pago. El riesgo de tener una enfermedad seria que produzca efectos catastróficos en las finanzas de una familia, ha dado como lugar el surgimiento de los seguros médicos, que cumplen con el papel de prevenir grandes pérdidas financieras. El Estado procura que todos tengan este derecho a través del seguro social. Pero también este mercado es imperfecto; si no hay regulación estatal, pueden surgir dos grandes fallas: (i) la selección adversa (los enfermos se afilian a las compañías de seguros y el riesgo no se distribuye), y (ii) la selección de riesgo (las compañías de seguros usan técnicas para afiliar a los sanos y para excluir a los enfermos).

En definitiva, el mercado de bienes y servicios de salud es altamente imperfecto y requiere de intervención estatal. Esto no significa que la provisión de los servicios tenga que ser hecha por el Estado. Generalmente, el sector privado es más eficiente. Sin embargo, se requiere una fuerte regulación y supervisión por parte del Estado, a quien se reserva el papel fundamental en la tarea de corregir las imperfecciones del mercado de salud, mediante el ejercicio cabal de la función rectora, mediante la garantía de entrega de los bienes públicos y mediante la regulación y la supervisión del sistema de aseguramiento y provisión y mediante el financiamiento de los servicios de salud destinados a la población más pobre. Esto se logra a través del gasto público social.

Numerosos estudios, generalmente dentro de la metodología denominada de incidencia, han mostrado que el subsidio público en educación, a largo plazo, y en salud y seguridad social, a corto plazo, poseen los efectos redistributivos mayores de todos los gastos sociales, es decir, son los que tienen una mayor capacidad de aumentar los ingresos disponibles de la familia para mejorar su nivel de vida. El caso del sector salud cae dentro de las consideraciones anteriores. Si el gobierno invierte niveles adecuados y con prácticas eficientes en el sector salud, puede lograr los objetivos de mejorar la salud de la población, mejorar la equidad social, reducir la pobreza y garantizar protección financiera a la población ante el riesgo de enfermarse, lo cual, finalmente, conduce a la mejoría del bienestar individual.²⁰

A partir de los años noventa, en particular, ha aumentado la cantidad de investigaciones que abordan el tema de la equidad y la protección del financiamiento de la salud, en la medida en que éste cobró relevancia a nivel mundial y que se comenzó a generar conciencia de que la forma en que se financia el gasto para atender la salud de las personas tenía un impacto especial en su capacidad de pago y en su nivel de ingresos. En tal sentido, ha emergido una amplia literatura que enfoca el tema de la equidad y la protección financiera en salud como fines y medios de los sistemas sanitarios, que contribuyen a generar efectos positivos en la situación de salud de las poblaciones.

²⁰ Hammer, J. and Berman, P., *Ends and means in public health policy in developing countries, in Health sector reform in developing countries*, opus cit.

Típicamente la investigación de la equidad en salud se enfoca en las siguientes cuatro variables: (i) los resultados de salud, (ii) la utilización de servicios de salud, (iii) los subsidios otorgados a través de la utilización de los servicios y (iv) el gasto de las personas en salud (directamente a través de pagos directos de su bolsillo así como indirectamente a través de las primas de seguros, las contribuciones a la seguridad social y los impuestos).²¹ En el caso de los tres primeros aspectos (resultados, utilización de los servicios y subsidios), el análisis concierne por lo general al tema de la desigualdad, o más precisamente, las desigualdades entre los pobres y los más ricos. En tanto que, en el caso del gasto de bolsillo y otros pagos por la atención médica, el análisis suele enfocarse en el tema de la progresividad (cuánto más grande es el gasto como porcentaje del ingreso para los pobres que para los más ricos), así como en la incidencia del gasto catastrófico y empobrecedor.

En tal sentido, entre las preguntas que generalmente pretende abordar la investigación de la equidad en salud, se incluyen: ¿Existen desigualdades entre pobres y no pobres? ¿Qué tan grandes son las brechas? ¿Son las desigualdades mayores de lo que eran antes? ¿Son las desigualdades en el país X más grandes de lo que son en el país Y? ¿Cuáles son las desigualdades o causas que a su vez generan las desigualdades en la variable en estudio? ¿En qué medida las desigualdades entre países reflejan diferencias en los sistemas de atención de salud de los mismos, o hasta qué punto reflejan otras diferencias, como la desigualdad de ingresos?²²

Algunas de estas interrogantes se han aplicado para examinar la equidad en salud en los países de la región de América Latina y El Caribe. Como respuesta, se ha encontrado que, pese a que los promedios regionales dan cuenta del progreso notable que han experimentado los países de la región en cuanto a su desarrollo económico y resultados en salud, aún persisten desigualdades entre países y dentro de ellos que afectan principalmente a las poblaciones más pobres y desfavorecidas y amenazan el logro de mayores avances en estos aspectos.²³ Estos grupos desfavorecidos por su condición de pobreza, la zona donde habitan o sus características étnicas se ven más afectados por la mortalidad y morbilidad, y en tal sentido, viven menos, son más vulnerables al padecimiento de enfermedades evitables y crónicas, y evidencian mayores niveles de mortalidad materno-infantil y discapacidad.

Varios países de la región han implantado políticas y programas para abordar esta problemática, apuntando hacia la cobertura sanitaria universal y a un acceso más equitativo a los servicios de salud, lo que hace relevante la necesidad de contar con datos probatorios y comprender qué políticas se han mostrado eficaces para reducir o eliminar las desigualdades en los sistemas de salud y cómo los diferentes métodos de organización y financiamiento de los sistemas de salud afectan a su desempeño. Para evaluar este tema, se ha realizado un conjunto de estudios, con el objetivo particular de analizar la repercusión de las desigualdades de ingreso en los resultados en materia de salud y en la utilización de los servicios de atención de salud, así como los posibles determinantes con el transcurso del tiempo en seis países: Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México, y Perú. Cinco de estos seis países han alcanzado niveles de cobertura de la atención de salud que superan el 90%.²⁴

²¹ O'Donnell O, van Doerslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. 2008. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. A Guide to Techniques and their Implementation*. Washington DC: World Bank.

²² O'Donnell O, van Doerslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. 2008. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. A Guide to Techniques and their Implementation*. Washington DC: World Bank.

²³ Etienne, Carissa. Et al. "Equidad en los sistemas de salud". Revista Panamericana de Salud Pública, Volumen 33, suplemento 2, 2013.

²⁴ Etienne, Carissa, et al. "Equidad en los sistemas de salud". Revista Panamericana de Salud Pública, Volumen 33, suplemento 2, 2013.

Los estudios encuentran que sin excepción estos seis países han mostrado un amplio nivel de compromiso por acercarse a la cobertura universal o mejorar el acceso de los ciudadanos más vulnerables a la atención de salud gratuita en el punto de servicio, mediante la implementación de políticas, la elaboración de programas específicamente orientados e incluso la enmienda de sus constituciones. Lo han logrado con distintos abordajes metodológicos que van desde la descentralización (Brasil, Perú), la introducción de un seguro de salud público para personas de bajos ingresos financiado con recursos públicos (Perú), el reconocimiento del derecho constitucional a la atención de salud y ampliaciones de programas de atención de salud básica ya existentes (Brasil) o del involucramiento del sector privado (Colombia), así como la prestación de un conjunto de servicios garantizado a la población (Chile) y la protección financiera para los ciudadanos carentes de seguridad social mediante el Seguro Popular de Salud (México).

2.3 Alcanzar la cobertura universal

La corriente de propuestas de reforma de los sistemas de salud desplegadas en los países de América Latina y el Caribe, principalmente a partir de los noventa, por lo general planteó como uno de sus objetivos fundamentales, el logro de un sistema de cobertura sanitaria universal, que involucrara la garantía del acceso a un paquete de beneficios de prestaciones básicas a la población que redujera considerablemente los gastos de bolsillo, la ampliación del aseguramiento en salud y el fortalecimiento de la gestión pública del financiamiento, regulación y función rectora de los sistemas de salud.²⁵

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cobertura sanitaria universal 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.²⁶ Como tal, alcanzar la cobertura universal implica hacer realidad varios componentes para garantizar a la gente el acceso efectivo a los servicios de salud que requieren:

- i. Que exista un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias en el marco de una atención centrada en las personas (incluidos servicios de VIH, tuberculosis, paludismo, enfermedades no transmisibles, salud materno-infantil) para lo cual deberá:
 - a. proporcionar a las personas información y estímulos para que se mantengan sanas y prevengan enfermedades,
 - b. detectar enfermedades tempranamente,
 - c. disponer de medios para tratar las enfermedades,
 - d. ayudar a los pacientes mediante servicios de rehabilitación.
- ii. Que el sistema de financiación de los servicios de salud garantice que las personas no tengan que incurrir en gastos que excedan su capacidad de pago o que las empobrezcan para poder utilizarlos.
- iii. Que las personas accedan a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos.
- iv. Que el sistema de salud esté dotado de personal suficiente, bien capacitado y motivado para prestar los servicios adecuados de acuerdo con las necesidades de los pacientes, sobre la base de los mejores conocimientos científicos disponibles.

²⁵ Infante et al. "Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe," en *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 8(1/2), 2000.

²⁶ Página web de la OMS en http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/index.html

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 sanitaria 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.

Así, algunos autores²⁷ consideran la cobertura universal como un insumo importante para el desarrollo de los países, pues al contribuir a que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud que necesitan sin incurrir en privaciones financieras, tiene el potencial de aumentar el crecimiento económico, mejorar las oportunidades de educación, reducir el empobrecimiento y las desigualdades, y fomentar la cohesión social. Sin embargo, resaltan que más de mil millones de personas en el mundo aún no pueden usar los servicios de salud que necesitan, porque o no pueden pagar por su utilización, o los mismos no están disponibles, lo que se relaciona a limitaciones en las oportunidades educativas, productivas y participativas a que accede este segmento de la población. Como tal, los autores plantean que las reformas de financiamiento de la salud son cruciales para fines del desarrollo sostenible, y de hecho, los países donde se han aplicado o se están aplicando ofrecen lecciones útiles. Por ejemplo, las reformas deben acompañarse de medidas que aseguren que los servicios de salud estén disponibles y sean de calidad; que los trabajadores/as de la salud estén bien capacitados/as y que la distribución de equipos y de medicamentos sea adecuada según la necesidad de la población servida. Desde el punto de vista de los autores, de manera más amplia, la cobertura universal requiere intervenciones de colaboración multisectorial (por ejemplo, con las autoridades fiscales, monetarias, educativas, y de seguridad social) tanto para asegurar, entre factores, suficientes recursos para el financiamiento de la salud, el entrenamiento adecuado del personal sanitario, y la cobertura de la protección social para todas las personas, al margen de su situación laboral.

Asimismo, otros autores²⁸ señalan el movimiento de varios países del mundo (entre ellos, los 25 países más ricos, con la notable reciente inclusión de Estados Unidos, y en adición, varios países de ingresos medios y bajos), hacia la cobertura universal en salud.²⁹ Esta tendencia de cambio en la forma en que la salud es financiada y en cómo se organizan los sistemas de salud, le sigue a otras dos grandes transiciones en materia de salud: primero la transición demográfica a partir del finales del siglo XVIII y luego la transición epidemiológica entre los siglos XX y XXI.

Desde el punto de vista de estos autores, la cobertura universal constituye una oportunidad, más no una garantía de progreso en términos de resultados en salud. Expresan, sin embargo, que si bien aún no está claro qué resultados en salud obtendrán los países en las próximas décadas a partir de las reformas de cobertura que han implementado, este cambio representa ya un avance hacia el logro de una tercera transición en la que las familias ya no estarán en riesgo de arruinar sus vidas a raíz del costo de la salud o de enfermedad.

²⁷ Evans, D. et al. "Universal Health Coverage is a Development Issue". www.thelancet.com. Vol 380. September 8, 2012.

²⁸ Rodin y De Ferranti. "Universal Health Coverage: The Third Global Health Transition". www.thelancet.com. Vol 380. September 8, 2012.

²⁹ Según Rodin y De Ferranti, los 25 países más ricos del mundo (aunque aún no los EE.UU.) ya tiene alguna especie de cobertura sanitaria universal. Asimismo la tienen algunos países de ingreso medio como Brasil, México y Tailandia. Incluso países de bajos ingresos como Filipinas, Vietnam, Rwanda, y Ghana, Sudáfrica y hasta algunos de grandes poblaciones como India y China están trabajando en ello.

En adición, plantean que las lecciones aprendidas a partir de la experiencia de los países, reflejan la diversidad de enfoques con que estos han avanzado significativamente hacia la cobertura universal y como tal, estos avances se puede lograr de muchas maneras. Por tanto, dadas las diferencias de cada país, respecto al funcionamiento de sus respectivas instituciones, a su cultura, a la organización de sus sistemas de salud y a sus realidades financieras, la adaptación en vez de la adopción de las estrategias que aplican los países con éxito, tiene más sentido a la hora de elegir un camino hacia el logro de la cobertura universal. En tanto que, desde la perspectiva de otros expertos,³⁰ hay cuatro ejes fundamentales a través de los cuales se puede analizar la importancia de la transición hacia la cobertura universal en salud:

- 1) El económico, a partir del cual resaltan que la salud no es sólo una consecuencia del desarrollo económico, sino también un medio para alcanzarlo. Desde este punto de vista, el gasto en salud es considerado una inversión que contribuye a generar beneficios económicos, ya que las personas saludables tienen mayor probabilidad de lograr mayor productividad, mayor participación de las oportunidades productivas y mejores condiciones de vida. En particular, indican que la cobertura universal evita que las personas tengan el riesgo de caer en la ruina a causa de gastos de bolsillo en salud y permite que la población disponga de más recursos, que a su vez pueden dirigirse a otras actividades económicas, como el ahorro, consumo o inversión hacia actividades productivas, potenciando el desarrollo económico.
- 2) El político (o de políticas públicas), en el que destacan la importancia de complementar la cobertura universal con un conjunto de intervenciones que impulsen el logro de las metas de salud y con una gestión adecuada de los retos políticos relacionados con el cambio. En tal sentido, señalan como intervenciones relevantes, la inversión en infraestructura, la mejora del entrenamiento del personal involucrado y la atención dirigida hacia las zonas rurales, así como las reformas en el financiamiento del sistema de salud para garantizar un acceso más equitativo, y la incorporación de mecanismos de evaluación de los impactos desde el inicio del diseño e implementación de las reformas.
- 3) El eje institucional, en el que plantean como reto para el buen desempeño de los sistemas de salud, el logro de una mezcla óptima de involucramiento de los sectores público, privado y sociedad civil en sus mecanismos institucionales. El rol esencial del sector público se relaciona al diseño e implementación de políticas equitativas y de un financiamiento justo, así como al ejercicio del liderazgo, la visión estratégica y la orientación ética de la política de salud. En tanto que, el aporte del sector privado y de la sociedad civil (o una mezcla pluralista de los mismos) se asocia más bien a la prestación de servicios.
- 4) El eje de los costos, que desde la perspectiva de los autores deben ser sostenibles, ajustados a la generación de ingresos fiscales y distribuidos de manera equitativa. En adición, se enfoca el tema del costo de oportunidad que implica la falta de cobertura y prevención en salud. Por último, los autores hacen hincapié en el hecho de que la cobertura universal de salud tiene que ser impulsada por las fuerzas dentro de un país, no desde fuera, y como tal, el logro de este tipo de reforma no debe depender de la ayuda externa.

³⁰ Frenk y De Ferranti. "Universal Health Coverage: Good Health, Good Economics." www.thelancet.com. Vol 380. September 8, 2012.

III. ARQUITECTURA DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD

3.1 Las funciones del sistema de salud:

El marco legal que rige en la actualidad y que define la arquitectura del sistema dominicano de salud, se sustenta en la Ley 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, definiendo la forma de organización institucional y los beneficios del Seguro Familiar de Salud. Dicha ley consagra la separación de las funciones de rectoría, financiamiento, provisión y aseguramiento, tal como se resume a continuación, así como la entrega de un mismo paquete de beneficios (PBS).

a. Rectoría

La rectoría general del sistema de salud corresponde al Ministerio de Salud Pública (que en la época en que se aprobara la ley se denominaba Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)). Las funciones del MSP se vinculan con la conducción estratégica, la vigilancia, monitoreo y evaluación, análisis, regulación y fiscalización. No obstante, algunas de las tareas regulatorias están a cargo de otras entidades, tal como se verá a continuación.

La regulación del Seguro Familiar de Salud recae en el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) y por lo tanto, le toca decidir el contenido del paquete de servicios de salud (PBS), su financiamiento y los mecanismos operativos para ponerlo a disposición de la población.

La regulación y supervisión de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y de las de Riesgos Laborales (ARL) la realiza la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), que es una entidad pública autónoma.

b. Financiamiento

El Seguro Familiar de Salud se financia mediante cotizaciones obligatorias sobre los salarios, consistiendo en un 10% del salario (hasta un tope de 10 salarios mínimos), de los cuales el empleador aporta el 70%. Estos fondos son recaudados por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS). La ley 87-01 crea tres regímenes – contributivo, contributivo subsidiado y subsidiado, pero el segundo (destinado al sector informal) nunca ha entrado en ejecución. El régimen contributivo se financia como se indicó arriba y el subsidiado, mediante aportes gubernamentales provenientes de impuestos generales.

c. Aseguramiento

La función de aseguramiento de la población es realizada por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), que pueden ser públicas, privadas o auto-gestionadas. Estas reciben un pago per-cápita de la TSS por cada persona afiliada y sus dependientes.

Dentro del régimen contributivo, las personas empleadas en el sector privado, escogen la Administradora de Riesgos de Salud de su preferencia y pueden cambiarla al cabo de un año. En el régimen subsidiado, las personas con baja capacidad de pago, los indigentes y personas pobres – inscritas en un sistema de identificación de pobres para la focalización de programas sociales, el SIUBEN – deben afiliarse al Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal ARS pública.

Las ARS contratan a los proveedores con distintos mecanismos de pago. Existen tarifas de referencia por intervenciones y procedimientos los cuales son establecidos por el CNSS.

d. Provisión de servicios

La provisión de los servicios es realizada por una amplia red de proveedores, públicos, privados y mixtos. Por un lado, existe la red pública, conformada por establecimientos ubicados en toda la geografía nacional, incluyendo hospitales provinciales, regionales, nacionales de referencia, hospitales municipales, centros y sub-centros sanitarios, consultorios y dispensarios. Además de los establecimientos gestionados por el Ministerio de Salud, existen otros gestionados por el IDSS, más los que son propiedad de las Fuerzas Armadas.

Actualmente cursa en el Congreso una ley para la creación de la red única de proveedores públicos (que agrupa los del ministerio de salud con los del IDSS), como un organismo descentralizado, donde las regiones de salud asumirían el control y administración de la red dentro de su área de influencia. Esto profundizaría el proceso de separación de las funciones de financiamiento y provisión que, aunque consagrado en la ley del año 2001, no ha sido hasta ahora una realidad.

La red pública es la que sirve principalmente a las personas afiliadas al régimen subsidiado, afiliadas al SENASA, y las que aún no forman parte de ningún sistema de aseguramiento. Debido a los problemas de calidad que persisten en el sector público, muchas familias optan por buscar servicios también en el sector privado, lo que ocasiona elevados gastos de bolsillo.

En cuanto a la red privada, es muy importante también, dado que según cifras del 2007, provee en 29% de las consultas y el 37% de los internamientos.³¹ El sector privado ofrece servicios principalmente a las personas afiliadas al régimen contributivo. Existen centros de alto nivel, con acceso a tecnologías de punta, que sirven a la población de altos ingresos, pero también un gran número de pequeñas clínicas, con baja calidad y no debidamente habilitadas y supervisadas por las autoridades. También hay un importante sector no gubernamental, entre los cuales se destacan hospitales especializados, algunos de mucho nivel y capacidad técnica, algunos de los cuales reciben subsidios estatales.

3.2 Planes de beneficios

La ley supone que el Seguro Familiar de Salud entregará el mismo paquete de beneficios a toda la población, el cual incluye la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias. El PBS está conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales, a saber: a) la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, b) la atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio, c) la atención especializada, tratamientos complejos, hospitalización y asistencia quirúrgica, d) 100% del medicamento ambulatorio para la población subsidiada y 70% para la contributiva y contributiva subsidiada, e) exámenes de diagnósticos, f) atención odontológica pediátrica y preventiva, g) fisioterapia y rehabilitación y h) prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a personas con discapacidad.

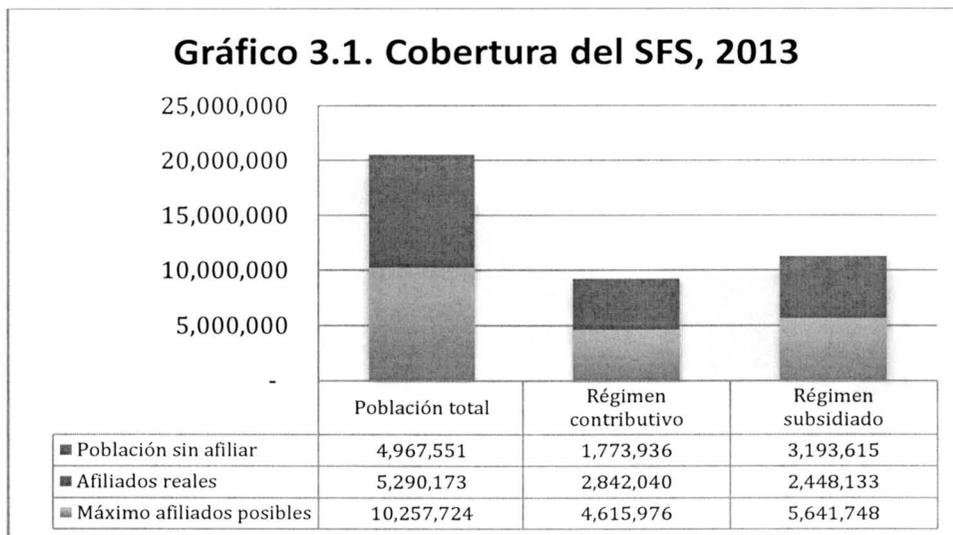
³¹ Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), opus cit, 2007.

El PBS incluye atenciones de alto costo definidas de manera explícita, hasta un límite de un millón de pesos por persona por año, con cuotas moderadoras variables, entre 0 y 30%, dependiendo del caso. Asimismo, posee una lista de medicamentos para cáncer con un tope de hasta cien mil pesos por paciente por año. El PBS tiene también cobertura de medicamentos ambulatorios de unos RD\$3,000 anuales por persona, dentro de una lista o cuadro básico de medicamentos. En el régimen subsidiado, el paquete de beneficios es supuestamente más amplio y menos explícito pero hay grandes diferencias de calidad, dado que este se recibe exclusivamente en los proveedores públicos, que tienen grandes deficiencias en este aspecto así como largos tiempos de espera para muchas intervenciones.

3.3 Avances en la extensión de cobertura

Con la puesta en marcha del régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS), en septiembre del año 2007, el régimen de protección financiera en salud puede decirse que se inició de manera real en el país. Aunque la Ley 87/01 tenía ya varios años vigentes, los diversos sectores involucrados no lograban ponerse de acuerdo, posponiéndose la fecha de inicio constantemente. El régimen subsidiado comenzó a funcionar en el 2003, pero sin el suficiente apoyo político expresado en la asignación del correspondiente presupuesto público. Todo el sistema se moviliza a partir de la decisión presidencial del 2007, con lo que puede afirmarse que el 2008 es el verdadero año de inicio de la reforma de salud en la República Dominicana.

En el año 2013, la cobertura del seguro familiar de salud es como sigue:



Como se observa, aunque ha habido avances muy importantes en términos de cobertura, todavía la mitad de la población dominicana sigue fuera del sistema. Dadas las características de informalidad de la economía dominicana, se estima que el régimen contributivo está llegando a su límite, aunque todavía podría ampliar su cobertura en un 38%, con la aplicación de medidas tendientes a captar pequeñas empresas e independientes de altos ingresos. Esto se relaciona mucho con la capacidad de la dirección de impuestos de formalizar estos grupos.

El mayor avance puede darse en la extensión del régimen subsidiado, lo cual requiere de voluntad política: asignación de recursos para la afiliación al SENASA de la población pobre, por un lado y por el otro, reestructuración de la red pública, implementando la separación de funciones a la vez que una gestión eficiente y racional de los recursos de ésta, incluyendo la administración de los recursos humanos.

IV. SITUACION DE SALUD EN EL CONTEXTO DE AMERICA LATINA

4.1 Introducción

La presente sección de este trabajo pretende analizar el sistema dominicano de salud, dentro del contexto de la región de América Latina y el Caribe, desde de la óptica de la equidad y la protección financiera. Para ello se parte de la comparación de los indicadores de salud de los países de la región, con miras a examinar posteriormente qué factores relacionados a la organización, al financiamiento de los sistemas de salud y al contexto socioeconómico influyen en su desempeño y en el logro de las metas de salud para su población.

Este enfoque analítico se basa en una aplicación del método comparado denominado “análisis entre países (cross-national)”, incorporando características de las estrategias comparativas del análisis de casos y la revisión de estadísticas descriptivas. Los indicadores de salud examinados abarcan la información sobre (i) resultados, (ii) insumos y cobertura, (iii) financiamiento, y (iv) organización de los sistemas de salud. Estos se complementan con el análisis de otros factores relacionados al contexto socioeconómico y a determinantes sociales de la salud que también poseen un efecto importante en la situación de salud de cada país.

En tal sentido, el análisis de la vinculación de los resultados en salud con los aspectos de cobertura y recursos destinados a este sector, permite observar heterogeneidades importantes en términos del desempeño de los sistemas de salud en los países latinoamericanos y del Caribe, que a su vez pueden relacionarse a cómo están estructurados y organizados los sistemas y más ampliamente, al contexto socioeconómico y político de cada país.

El ejercicio de ubicar el sistema de salud de la República Dominicana, dentro de la perspectiva más amplia que proporciona la comparación de los sistemas de la región, permite analizar el propio sistema de salud desde el punto de vista de otros e identificar así características comunes, particularidades y potencialidades que tienen los sistemas para impactar la situación de salud y contribuir a mejorar la calidad de vida de la gente.

Si bien no es posible establecer una relación directa de causa y efecto entre el financiamiento y la organización de los sistemas de salud, y los resultados en salud obtenidos, lo que se pretende es identificar tendencias, extraer lecciones y comprender las implicaciones que tiene el desempeño de los sistemas de salud de la región, de cara al caso dominicano.

Los indicadores seleccionados para el análisis son: (i) indicadores de logros o resultados en salud, (ii) aspectos socioeconómicos y determinantes sociales de la salud, (iii) indicadores de acceso y cobertura, (iv) indicadores de recursos.

Estos indicadores fueron seleccionados de acuerdo a la disponibilidad de data para un grupo de 19 países de la región Latinoamérica y el Caribe, partiendo en particular de algunos aspectos del proceso

analítico utilizado en *Salud a Bajo Costo, 25 Años Después*³², un estudio comparativo de países que aborda la compleja tarea de explicar por qué algunos países³³ han logrado mejorar la salud de sus poblaciones, aun con relativamente bajo nivel de desarrollo económico y con limitaciones de recursos.

Las bases de datos consultadas para el análisis fueron los bancos de datos de la Organización Mundial de la Salud (Global Health Expenditure Database [GHED]³⁴) y del Banco Mundial (World Development Indicators [WDI]³⁵).

4.2 Indicadores de logros en salud

Al analizar simultáneamente varios indicadores de resultados en salud, como la esperanza de vida al nacer, y las tasas de mortalidad neonatal, infantil y materna, así como la fecundidad general y en adolescentes, la evidencia muestra que los países de la región han registrado avances significativos en los últimos 20 años. La República Dominicana no es la excepción, sin embargo, pese a sus logros en materia de crecimiento económico en las últimas décadas, el país presenta resultados similares a los países con menor desempeño económico en la región, lo que supone que la población dominicana aún no recibe la atención en salud que necesita.

La esperanza de vida al nacer en el país ha pasado de 68 años en el año 1990 a 71 años en el 2011, registrando el quinto menor crecimiento de este indicador entre 19 países comparados de América Latina y el Caribe (cuadro 4.1) y ubicando el país en la posición 15 según el valor del indicador.

Pese a que la esperanza de vida promedio ha aumentado aproximadamente 5 años más en los países de la región latinoamericana entre 1990 y 2010, este crecimiento ha sido distinto para cada país. Costa Rica (79), Chile (79) y Cuba (78) son los países de la región latinoamericana que tienen la mayor esperanza de vida, mientras que Guatemala, Honduras (ambos países con 69) y Bolivia (68) que peor se encuentran con este indicador.

En 1990 el país ocupaba la posición 13 entre 19 países de la región con la esperanza de vida más elevada. No obstante, República Dominicana ha pasado a la posición 16 en tiempos más recientes, lo que implica que el crecimiento en la esperanza de vida en otros países de la región durante el mismo periodo ha sido mayor a lo experimentado en República Dominicana.

³² Balabanova D, McKee M and Mills A (eds). *'Good health at low cost' 25 years on. What makes a successful health system?* London: London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2011.

³³ Los países (y/o estados) estudiados son China, Costa Rica, Cuba, el Estado de Kerala (India), Sri Lanka, Bangladesh, Ethiopia, Kyrgyzstan, Thailand y el Estado de Tamil Nadu (India).

³⁴ Organización Mundial de la Salud (Global Health Expenditure Database [GHED]). Disponible en: http://www.who.int/nha/expenditure_database/en/

³⁵ Banco Mundial World Development Indicators Databank. Disponible en: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

Cuadro 4.1. Comparación de la esperanza de vida al nacer (años) en 19 países de América Latina y El Caribe entre 1990 y 2011				
Países	Circa 1990	Circa 2011	Variación Porcentual	Posición entre países*
Chile	72	79	8.9%	1
Costa Rica	76	79	3.8%	1
Cuba	74	78	5.1%	2
Panamá	73	77	5.2%	3
Colombia	70	76	7.9%	4
México	71	76	6.6%	4
Perú	69	76	9.2%	4
Uruguay	72	76	5.3%	4
Argentina	73	75	2.7%	8
Ecuador	69	75	8.0%	8
Venezuela	72	75	4.0%	8
Nicaragua	68	74	8.1%	11
Paraguay	73	74	1.4%	11
Brasil	67	73	8.2%	13
El Salvador	64	72	11.1%	14
República Dominicana	68	71	4.2%	15
Guatemala	63	69	8.7%	16
Honduras	66	69	4.3%	16
Bolivia	60	68	11.8%	18

* 1 es el valor más alto.
Fuente: WDI Banco Mundial data y GHO

Un indicador importante en materia de logros en salud que a menudo se utiliza en la medición del desarrollo humano de un país, es la tasa de mortalidad infantil (cuadro 4.2). República Dominicana registra la cuarta tasa más elevada de 19 países de América Latina (21 por cada mil nacidos vivos), detrás de Bolivia (39 por cada mil nacidos vivos), Guatemala (24) y Nicaragua (22). Si bien la mortalidad infantil ha disminuido en relación a 1990, cuando este indicador estaba en 45 por cada mil nacidos vivos, otros países de la región han logrado reducir sus respectivas tasas de un periodo a otro a un ritmo más acelerado. Perú, El Salvador y Brasil son los países de la región que han visto reducir las muertes infantiles con mayor rapidez en el período.

Cuadro 4.2. Comparativo de la tasa de mortalidad infantil en 19 países de América Latina y El Caribe entre 1990 y 2011				
Países	Circa 1990	Circa 2011	Variación Porcentual	Posición entre países*
Cuba	11	5	-54.5%	1
Chile	16	8	-50.0%	2
Uruguay	20	9	-55.0%	3
Costa Rica	15	9	-40.0%	3
Venezuela	26	13	-50.0%	5
México	38	13	-65.8%	5
El Salvador	47	13	-72.3%	5
Argentina	24	13	-45.8%	5
Perú	54	14	-74.1%	9
Brasil	49	14	-71.4%	9
Colombia	28	15	-46.4%	11
Panamá	26	17	-34.6%	12
Honduras	43	18	-58.1%	13
Paraguay	41	19	-53.7%	14
Ecuador	41	20	-51.2%	15
República Dominicana	45	21	-53.3%	16
Nicaragua	50	22	-56.0%	17
Guatemala	56	24	-57.1%	18
Bolivia	83	39	-53.0%	19

* 1 es el valor más bajo.
Fuente: WDI Banco Mundial data y GHO

Por otra parte, otro indicador de resultados estrechamente ligado a la mortalidad infantil y que también arroja luz acerca del acceso y la calidad de los servicios de salud es la mortalidad materna (cuadro 4.3). En la actualidad, República Dominicana es el segundo de 19 países de la región con mayor tasa de mortalidad materna: 150 por cada 100,000 nacimientos;³⁶ cabe destacar, sin embargo, que la mortalidad materna ha disminuido desde 1990, año en el que se estima se encontraba en 220 muertes por cada cien mil nacimientos con vida, para una disminución de 31.8%. Lo particular de este indicador es que sea tan elevado, a pesar de que el 97.8% de los partos son atendidos por personal médico (Gráfico 4.1 y 4.2). Bolivia es el país de la región con mayor cantidad de muertes maternas (190 por cada cien mil nacimientos vivos), y a República Dominicana le siguen Guatemala (120) y Honduras (100).

³⁶ Banco Mundial. *World Development Indicators Databank*. La tasa de mortalidad materna corresponde al 2010.

Cuadro 4.3. Comparativo de la tasa de mortalidad materna (estimación modelada por cada 100,000 nacidos vivos) en 19 países de América Latina y El Caribe entre 1990 y 2011				
Países	Circa 1990	Circa 2011	Variación Porcentual	Posición entre países*
Chile	56	25	-55.4%	1
Uruguay	39	29	-25.6%	2
Costa Rica	38	40	5.3%	3
México	92	50	-45.7%	4
Brasil	120	56	-53.3%	5
Perú	200	67	-66.5%	6
Cuba	63	73	15.9%	7
Argentina	71	77	8.5%	8
El Salvador	150	81	-46.0%	9
Venezuela	94	92	-2.1%	10
Panamá	100	92	-8.0%	10
Colombia	170	92	-45.9%	10
Nicaragua	170	95	-44.1%	13
Paraguay	120	99	-17.5%	14
Honduras	220	100	-54.5%	15
Ecuador	180	110	-38.9%	16
Guatemala	160	120	-25.0%	17
República Dominicana	220	150	-31.8%	18
Bolivia	450	190	-57.8%	19

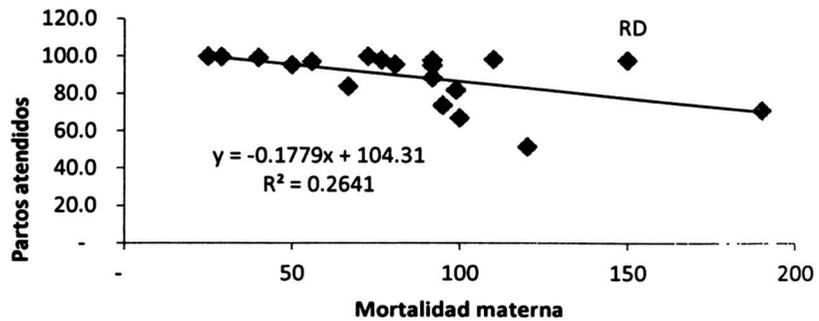
* 1 es el valor más bajo.
Fuente: WDI Banco Mundial data y GHO

La presencia de una tasa de mortalidad materna relativamente elevada, a pesar del porcentaje de acceso a la atención prenatal y de partos asistidos por personal médico y realizado en establecimientos de salud de segundo y tercer nivel, permite inferir acerca la deficiente calidad de la atención al momento del parto.

De similar forma, República Dominicana es el tercero de 16 países con tasa más alta de mortalidad neonatal (14 por cada mil nacidos), aunque ha disminuido en relación a 1990, cuando estaba en 26 por cada mil nacimientos. Actualmente, el país sólo está detrás de Bolivia (22 por cada mil nacidos) y Guatemala (15 por cada mil

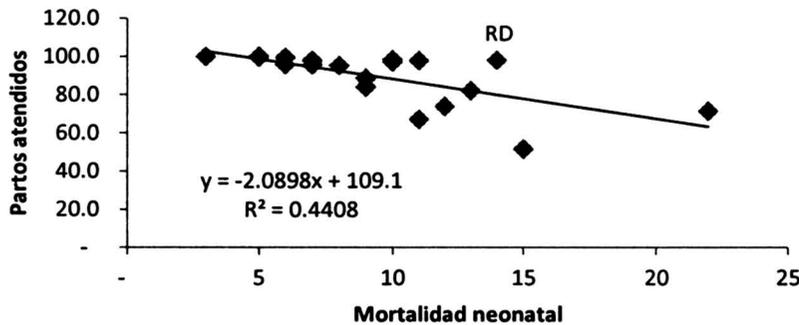
nacidos vivos). En comparación Cuba, Chile y Uruguay mantienen las tasas de mortalidad neonatal más bajas, con 3, 5, y 5 muertes por cada mil nacidos vivos, respectivamente.

Gráfico 4.1. - Relación entre mortalidad materna y partos atendidos por personal médico



Fuente: elaboración propia a partir de datos de WDI

Gráfico 4.2. - Relación entre mortalidad neonatal y partos atendidos por personal médico



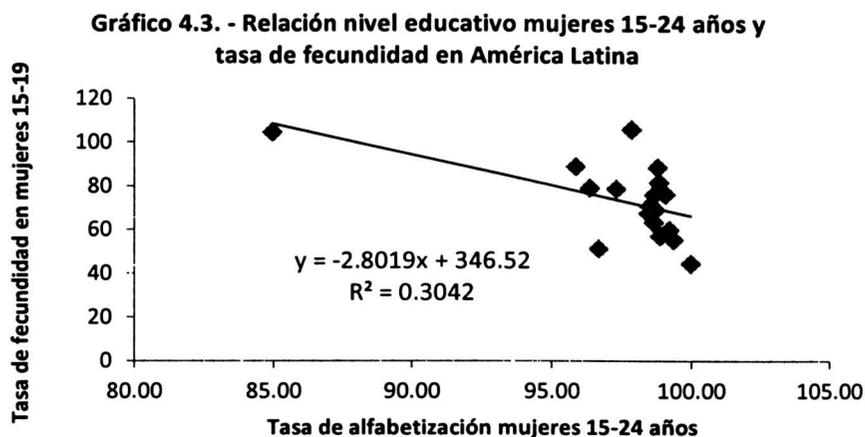
Fuente: elaboración propia a partir de datos de WDI

Entre los indicadores de salud que se toman en cuenta se encuentran los relacionados a la fecundidad. En este caso, el país cuenta con una tasa global de fecundidad de 2.5 hijos por cada mujer en edad fértil, que representa una tasa bastante cercana al promedio de la región latinoamericana (2.4). Entre los países de la región con menores tasas

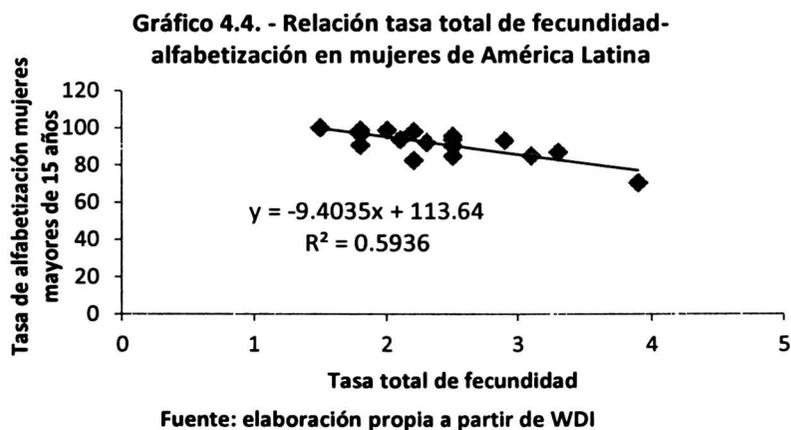
de fecundidad se encuentran Brasil, Chile, Costa Rica (éstos tres con 1.8 hijos por mujer en edad fértil) y Cuba (1.5 hijos).

Sin embargo, la tasa de fecundidad en adolescentes dominicanas es de creciente preocupación en República Dominicana. El país registra la segunda tasa más elevada entre países de Latinoamérica (105.7 por cada mil nacimientos), menor solamente a la tasa registrada en Nicaragua.

Por otra parte, Argentina (55.3), Perú (51.1) y Cuba (44.4) son los países de menor tasa de embarazos en adolescentes.



En los Gráficos 4.3 y 4.4, se puede percibir la correlación inversa entre la fecundidad de un país y el nivel educativo de sus mujeres. Sin embargo, pese a que el nivel educativo de las dominicanas ha ido incrementando, los resultados en materia de fecundidad adolescente también en incremento, suponen que si bien los logros educativos son un factor que incide en la fecundidad, no representa el factor determinante, en especial cuando se trata de mujeres adolescentes.



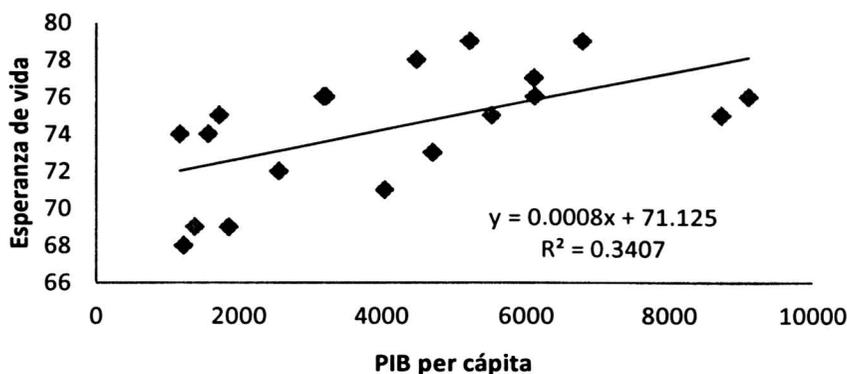
4.3 Aspectos socioeconómicos y determinantes sociales de la salud

Una perspectiva de análisis amplia de la salud considera como factor preponderante el entorno donde se desarrollan las personas y sus condiciones de vida. Desde esta perspectiva, los resultados en salud no solo dependen de la provisión de una adecuada atención, sino que están estrechamente ligados a las condiciones socioeconómicas de la población. En tal sentido, el análisis de las condiciones de salud en los países no puede dejar de lado las condiciones de ingresos de los países, que determinan

el acceso a los recursos. Sin embargo, pese a que los datos observados sugieren relaciones entre resultados socioeconómicos y resultados en salud, también arrojan algunas contradicciones.

El Gráfico 4.5 sugiere una relación positiva entre esperanza de vida y PIB per cápita y de hecho, de diecinueve países de la región analizados, Uruguay (\$9,096), Argentina (\$8,717) y Chile (\$6,781) son los países con mayor PIB per cápita de la región, y a su vez se encuentran entre los países con mayor esperanza de vida al nacer, con 76, 75, y 79

Gráfico 4.5.- Relación esperanza de vida y PIB per cápita en países de América Latina



Fuente: elaboración propia a partir de datos de WDI

años, respectivamente. En cambio, entre los países con menor PIB per cápita, Honduras (\$1,392), Bolivia (\$1,232) también se encuentra entre los que las personas viven menos, 68 y 69 años, respectivamente. Sin embargo, resaltan países como Nicaragua (\$1,179), el de menor PIB/capita³⁷, donde la esperanza de vida al nacer alcanza 74 años, y de Cuba, que tiene al igual que Chile una esperanza de vida de 79 años, la mayor de la región. Ello sugiere que el acceso y disponibilidad de recursos no necesariamente garantiza logros en materia de salud. También podría ser resultado de diferencias en la forma de medición de estos indicadores, que no los hace comparables. En el caso de República Dominicana, país considerado de ingreso medio respecto a otros países de la región, con un PIB per cápita constante de \$4,049 (ajustado por Paridad del Poder Adquisitivo), la esperanza de vida está entre las más bajas de los 19 países comparados.

Respecto a la distribución de los ingresos, en el año 2010 República Dominicana presentó un coeficiente de Gini de 47.2, considerado de desigualdad media en una región caracterizada por ser la de mayor inequidad en términos de distribución de ingreso en el mundo. Entre los más países de mayor desigualdad se encuentran Honduras (coeficiente de Gini de 56.9), Bolivia (56.3) y Colombia (55.9) y entre los menos, Argentina (44.5), Venezuela (44.8) y Uruguay (45.3).³⁸ Un estudio más reciente,³⁹ que examina la distribución de los ingresos de los hogares por quintiles extremos (quintil más pobre y quintil más rico), coloca a República Dominicana en el grupo de países latinoamericanos con mayor desigualdad, con el quintil más pobre, es decir, el 20% de los hogares con menores ingresos, captando apenas cerca de un 4% de los ingresos y el quintil más rico excediendo el 50%.

³⁷ Por la cantidad y la calidad de data disponible se excluye a otros países de la región con condiciones más precarias, como Haití.

³⁸ No se registra data para Cuba ni Nicaragua.

³⁹ CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2012. "Panorama Social de América Latina". Documento Informativo. Santiago de Chile.

De acuerdo a estas cifras más recientes, la participación del quintil más pobre en el ingreso varía entre menos del 4% (en Honduras, Paraguay y República Dominicana) y el 10% (Uruguay). En el quintil más rico ronda entre el 35% en Uruguay, el país con menos desigualdad, y el 55% en Brasil.

En tanto que, al considerar los niveles de pobreza, resaltan nuevamente Honduras (66.2%), Bolivia (51.3%), dos de los países con los indicadores más bajos en materia de logros en salud. Entre los países con porcentaje de población pobre más elevada se encuentra también México (51.3%), un país con logros en salud de rango intermedio, pero por encima del promedio en comparación con sus contrapartes latinoamericanas.

Por su parte, República Dominicana, con resultados en salud inferiores a los promedios regionales a juzgar por indicadores como la esperanza de vida al nacer, la mortalidad materna e infantil y la fecundidad en adolescentes, se encuentra a un nivel medio en términos de pobreza respecto a los demás países de la región, con un 9.8% de las personas viviendo con menos de \$2 al día, y el 41.6% encontrándose en condiciones de pobreza. Mientras que Chile (15.1), Uruguay (18.6) y Brasil (21.4), los países con menor porcentaje de población pobre, resaltan con resultados en salud muy por encima de la media en la región.

Cuadro 4.4. Algunos indicadores del contexto socio-económico de los 19 países de América Latina y El Caribe seleccionados

PAÍSES	Población	Rank ^f	PIB/ cápita PPA (Constante en \$ internacional base 2005)	Rank	Índice de GINI	Rank	% Población en pobreza (Línea \$1.25/día PPA)	Rank	% Población en pobreza (Línea \$2/día PPA)	Rank	% Población en pobreza (Línea pobreza nacional)	Rank	Fuente
	Último año disponible (2011)		Último año disponible (2011)		Último año disponible variable entre de países (2006-2010) ^a		Último año disponible variable entre de países (2006-2010) ^b		Último año disponible variable entre de países (2006-2010) ^c		Último año disponible variable entre de países (2006-2010) ^d		
Argentina	40,764,561	4	N.D. ^e	N.D.	44.49	17	0.92	15	1.87	16	N.D.	N.D.	Banco Mundial WDI
Bolivia	10,088,108	11	4,502.83	14	56.29	2	15.61	2	24.89	3	51.3	3	
Brasil	196,655,014	1	10,278.63	7	54.69	5	6.14	9	10.82	10	21.4	15	
Chile	17,269,525	7	15,250.76	1	52.06	7	1.35	14	2.72	15	15.1	16	
Colombia	46,927,125	3	8,859.82	9	55.91	3	8.16	5	15.82	5	34.1	8	
Costa Rica	4,726,575	17	10,735.02	6	50.73	9	3.12	12	5.97	13	24.8	14	
Cuba	11,253,665	10	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	
Ecuador	14,666,055	9	7,655.02	11	49.26	10	4.61	11	10.59	11	28.6	12	
El Salvador	6,227,491	15	6,031.88	12	48.33	11	8.97	4	16.94	4	42.5	5	
Guatemala	14,757,316	8	4,351.36	15	55.89	4	13.53	3	26.33	2	53.7	2	
Honduras	7,754,687	13	3,573.68	16	56.95	1	17.92	1	29.84	1	66.2	1	
México	114,793,341	2	12,813.79	4	47.16	14	0.72	16	4.54	14	51.3	3	
Nicaragua	5,869,859	16	3,365.91	17	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	42.5	5	
Panamá	3,571,185	18	13,765.78	2	51.92	8	6.56	8	13.8	6	32.7	9	
Paraguay	6,568,290	14	4,857.52	13	52.42	6	7.16	6	13.22	7	32.4	10	
Perú	29,399,817	5	9,037.24	8	48.14	12	4.91	10	12.74	9	27.8	13	
República Dominicana	10,056,181	12	8,650.61	10	47.2	13	2.24	13	9.88	12	40.43	7	
Uruguay	3,368,595	19	13,314.93	3	45.32	15	0.2	17	1.18	17	13.7	17	
Venezuela	29,278,000	6	11,257.96	5	44.77	16	6.63	7	12.91	8	31.9	11	

^a Para Guatemala y Venezuela, el valor corresponde al 2006. Para Bolivia al 2008. En Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras y Nicaragua se presentan valores a 2009. Argentina, Colombia, México, Panamá, Paraguay, Perú, R.D. y Uruguay presentan valores a 2010.

^{b, c} Para Guatemala y Venezuela, el valor corresponde al 2006. Para Bolivia al 2008. En Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador y Honduras se presentan valores a 2009. Colombia, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú, R.D. y Uruguay presentan valores a 2010.

^d Para Bolivia, Brasil, Chile, Nicaragua y Panamá el dato es de 2009. Para El Salvador, Honduras y México corresponde a 2010. Para Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Paraguay, Perú, R.D., Uruguay y Venezuela es de 2011.

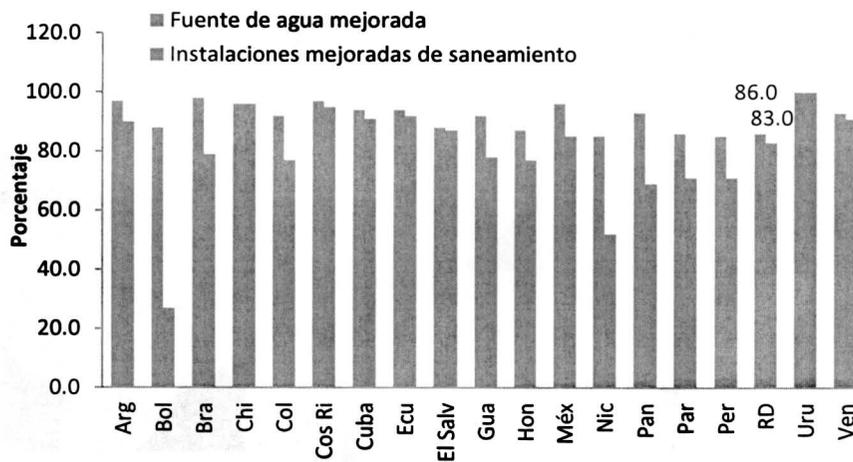
N.D.=No disponible, Rank = Posición entre países, 1 siendo la más alta.

Por otro lado, la perspectiva de análisis amplia de la salud vincula los resultados a factores como las condiciones estructurales de la vivienda y el acceso a servicios domiciliarios básicos, que influyen en la situación de salud de la población al relacionarse a riesgos, tales como la exposición a vectores que causan enfermedades transmisibles y otros.

En tal sentido, el perfil epidemiológico de países en desarrollo, como la República Dominicana, puede reflejar problemas sanitarios ligados a la pobreza, y tiende a ser consistente con las precariedades observadas en materia de determinantes sociales de la salud. Como tal, la salud se deteriora principalmente a causa de la proliferación de vectores transmisores de enfermedades asociados a factores socioeconómicos y medioambientales tales como el bajo nivel educativo de la población, lo cual limita su acceso a información de prevención en salud y autocuidado, el bajo nivel de acceso a una vivienda de calidad, la deficiente cobertura de los servicios públicos básicos disponibles en el domicilio y en el entorno donde las personas desarrollan su día a día, y la degradación de los recursos naturales y la contaminación,⁴⁰ entre otros.

Respecto a estos aspectos, el Gráfico 4.6 presenta el porcentaje de la población latinoamericana con

Gráfico 4.6 - Porcentaje de población con acceso a servicios de saneamiento en América Latina



Fuente: elaboración propia a partir de WDI Banco Mundial

acceso a servicios de saneamiento y a fuente de agua mejorada. De acuerdo al último año de información disponible (a 2010), el 86% de la población dominicana tiene acceso a fuentes de agua mejoradas; por otra parte, el 83.0% de la población accede instalaciones mejoradas de saneamiento.

Si bien una parte importante de la población tiene acceso a estos servicios, el país se encuentra rezagado en comparación con otros países de la región, ya que en términos de acceso a fuentes de agua mejoradas (86% de la población con acceso a este servicio) y a instalaciones mejoradas de saneamiento (83% de la población dominicana), la nación dominicana ocupa los lugares 16 y 10, respectiva mente, entre 19 países latinoamericanos. El caso dominicano dista mucho de, por ejemplo, de Cuba, país vecino en el Caribe, donde el 94% de la población tiene acceso a fuentes mejoradas de agua, y el 91% tiene acceso a fuentes mejoradas de saneamiento.

⁴⁰ Oficina de Desarrollo Humano /PNUD 2013. Perfil Socio-económico y Medioambiental de Elías Piña. Santo Domingo, R.D.

Uruguay es el país con mayor avance en estos aspectos: el 100% de su población tiene acceso a los servicios de agua mejorada e instalaciones de saneamiento. Por otro lado, los habitantes de Argentina (97%), Costa Rica (97%) y Brasil (98%) son los que tienen mayor acceso a fuente de agua mejorada luego de Uruguay; en el caso de sistemas de saneamiento, el 96% de la población chilena y el 95% de la población de Costa Rica tienen acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas.

4.4 Indicadores de acceso y cobertura

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

La literatura señala un conjunto de intervenciones de salud prioritarias que son clave para mejorar la salud materna, neonatal e infantil, en algunos casos referidos como “resultados intermedios de salud”, entre las cuales se encuentran la cobertura de la atención prenatal, la atención del parto por personal calificado y las inmunizaciones. Al respecto, si bien en la región se evidencian avances en la última década, hay variaciones amplias entre países y entre intervenciones. En el caso de la República Dominicana, se evidencia una suerte de “paradoja”, que se refleja en la coexistencia de indicadores adecuados en términos de cobertura de servicios – tales como el parto institucional atendido por profesionales y la alta cobertura de controles pre-natales de las embarazadas – y de resultados en salud relativamente deficientes, que indican baja calidad de la atención, como la elevada mortalidad de las madres al momento del nacimiento de sus hijos así como de los recién nacidos, con alta incidencia en particular, entre la población más pobre.

El análisis de esta falla cualitativa lleva a considerar una multiplicidad de factores que al combinarse, se refuerzan entre sí de manera sinérgica y cuyos efectos en el sistema de salud dominicano no pueden entenderse cuando se analizan por separado. Entre estos factores cabe mencionar la preparación del personal de salud, sus conocimientos y valores, a sus retribuciones y forma de pago, así como aspecto vinculados al cumplimiento, la gobernabilidad y la gestión de los establecimientos, a la disponibilidad de equipos y de insumos adecuados, al monto de los recursos disponibles y a la forma en que estos se financian, se aplican según las prioridades y se utilizan o no para proteger a sus habitantes ante los riesgos de la enfermedad, así como también, a los determinantes sociales que afectan a la población misma, como la falta de acceso a servicios básicos.⁴¹

República Dominicana se ubica entre los países de mayor cobertura de la atención prenatal entre 19 países de América Latina, en la posición número 6, con un 94.5% de las embarazadas atendidas, y muy por encima del promedio regional de 88.2%. Cuba, con el 100% de las embarazadas cubiertas por los controles prenatales, ocupa la primera posición, seguido de Argentina y Costa Rica, con 99.2%

⁴¹ Rathe, M. 2012. “Protección Financiera en Salud en la República Dominicana: Análisis econométrico del gasto catastrófico y empobrecedor en salud de los hogares dominicanos beneficiarios del sistema de subsidios sociales”. Concurso de Investigación “Encuesta de Evaluación de la Protección Social (EEPS) 2010”, BID, BCRD, y Gabinete de Política Social.

y 96.9%, respectivamente. En contraste, resalta que en Ecuador, apenas el 58% de los embarazos se atiendan en visitas de control prenatal, y que en Bolivia, solo el 72.1% (Cuadro 4.5).

De manera similar, en términos de partos atendidos por personal de salud calificado, República Dominicana se encuentra en la posición número 7 de 19 países de la región, con una cobertura de 97.8% (Cuadro 4.6). En promedio, en la región el 89% de los partos se atiende por personal calificado lo que evidencia un incremento de cerca de 10 puntos porcentuales en comparación con lo registrado en 1990 que era apenas el 79.3%. Sin embargo, se presentan amplias diferencias entre Cuba y Chile (99.9%), Uruguay (99.7%) y Costa Rica (99.3%), que son los países con mayor porcentaje, y los de menor porcentaje, como Guatemala (51.4%), Honduras (66.9%) y Bolivia (71.1%).

Como pudo observarse en los párrafos precedentes, la República Dominicana posee buenos niveles de cobertura en varios de sus indicadores, los cuales no se corresponden con los resultados de salud de la población. Esto ha sido ligado frecuentemente a problemas en la calidad de los servicios y, en general, a la capacidad de respuesta del sistema de salud dominicano. Una métrica más apropiada para medir esto es la cobertura efectiva, que mide la probabilidad de que una persona con ciertas necesidades de salud reciba el máximo posible de ganancias en salud a partir de los programas e intervenciones instrumentadas por el sistema de salud. Se trata de medir la ganancia real en salud que obtienen los ciudadanos a partir del conjunto de intervenciones (preventivas y curativas) que el sistema de salud ofrece para resolver sus necesidades específicas. Este indicador se construye en base a la identificación de necesidades de intervención en salud, las personas que necesitaban de la misma y la recibieron, así como la calidad de la intervención recibida.⁴²

Cuadro 4.5. Comparativo de la cobertura de atención prenatal - al menos 4 visitas (%), en 19 países de América Latina y El Caribe, circa 2011

Países	Porcentaje	Posición entre países*
Cuba	100.0	1
Argentina	99.2	2
Costa Rica	96.9	3
Panamá	95.8	4
Chile	95.0	5
República Dominicana	94.5	6
Venezuela	94.1	7
Guatemala	93.2	8
Perú	92.9	9
Paraguay	90.5	10
Uruguay	90.0	11
Brasil	89.4	12
Colombia	88.6	13
México	88.0	14
Honduras	80.8	15
El Salvador	78.3	16
Nicaragua	77.7	17
Bolivia	72.1	18
Ecuador	58.0	19

* 1 es el valor más alto.
Fuente: WDI Banco Mundial data y GHO

⁴² Observatorio de la Salud de ALC (<http://www.observatoriodelasalud.net/>).

Cuadro 4.6. Comparativo de los partos atendidos por personal de salud calificado (%) en 19 países de América Latina y El Caribe, entre 1990 y 2011				
Países	Circa 1990	Circa 2011	Variación Porcentual	Posición entre países*
Chile	99.4	99.9	0.5%	1
Cuba	99.8	99.9	0.1%	1
Uruguay	99.6	99.7	0.1%	3
Costa Rica	98	99.3	1.3%	4
Ecuador	98.7	98.2	-0.5%	5
Argentina	95.8	97.9	2.2%	6
República Dominicana	92.4	97.8	5.8%	7
Colombia	93.7	97.7	4.3%	8
Brasil	69.5	97	39.6%	9
El Salvador	87.4	95.5	9.3%	10
México	83.8	95.3	13.7%	11
Venezuela	95.3	95.0	-0.3%	12
Panamá	85.8	88.5	3.1%	13
Perú	52.5	83.8	59.6%	14
Paraguay	66	81.9	24.1%	15
Nicaragua	61	73.7	20.8%	16
Bolivia	47.2	71.1	50.6%	17
Honduras	46.9	66.9	42.6%	18
Guatemala	34.8	51.4	47.7%	19

* 1 es el valor más alto.
Fuente: WDI Banco Mundial data y GHO

Normalmente, no se dispone de suficientes informaciones estadísticas para construir este indicador, sobre todo en la República Dominicana. Un primer intento (con sus limitaciones) para ciertas intervenciones, se muestra en el cuadro que sigue.

Cuadro 4.7. Comparativo Cobertura Efectiva

Países	Salud infantil				Salud mujer		Salud adulto			Fuente
	Vacunación BCG (Oportunidad)	Vacunación DPT (Oportunidad)	Vacunación VOP (Oportunidad)	Vacunación SRP (Oportunidad)	Citología	Mamografía	Hipertensión	Diabetes	Colesterol	
	Último año disponible (2010)									
Argentina										Informe Regional de Cobertura Efectiva y Revista de Salud Pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011
Bolivia	65.6	67	66.9	73	11.7					
Brasil										
Chile	100	97	97	95	47	79.7	38.4	68.4	38	
Colombia	61	76.7	76	85.4	75.8	16.4	9	24.1		
Costa Rica	86	88	88	89	22					
Cuba										
Ecuador										
El Salvador										
Guatemala										
Honduras	77.8	83.2	83.1	89.8	70.5	18.9				
México					36	16.4	23		25.3	
Nicaragua										
Panamá										
Paraguay										
Perú	92.2	92.6	92.5	87.5						
República Dominicana	92.8	82.7	82.6	82.6	52.8	20.1				
Uruguay										
Venezuela										

4.5 Indicadores de recursos

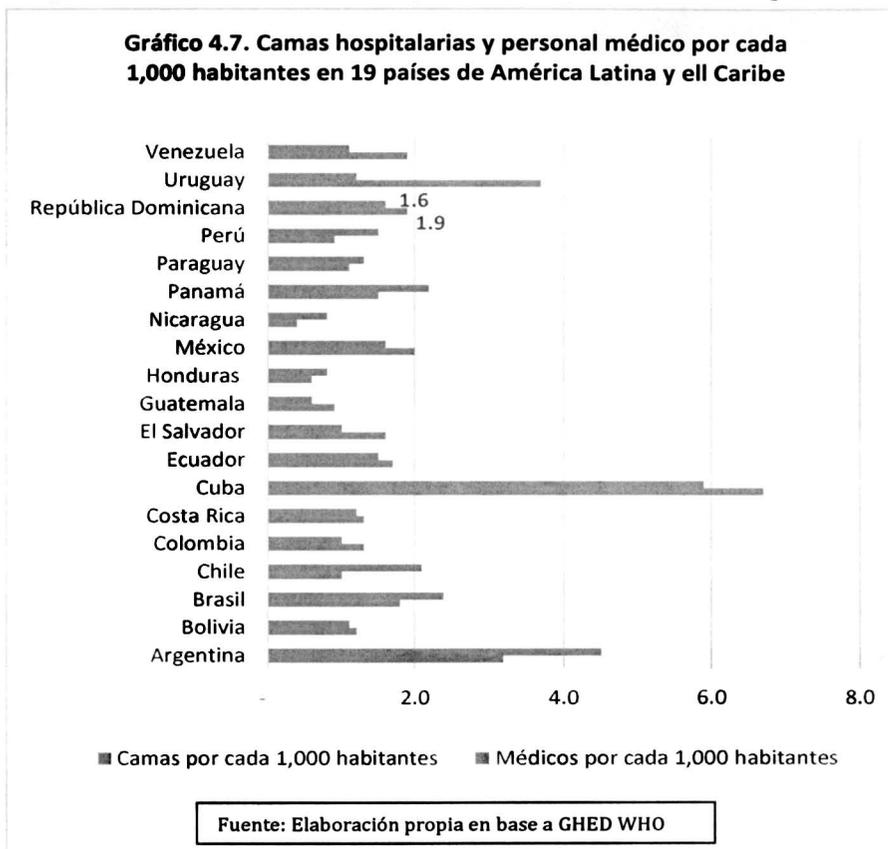
Otro aspecto relacionado al desempeño de los sistemas de salud es la dotación de recursos humanos y físicos, a menudo resumido en los indicadores de médicos y camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes. En términos de disponibilidad de personal médico para la población, el Gráfico 4.7 indica que en 1990 existían 1.5 médicos por cada 1,000 habitantes en República Dominicana. Este ratio se incrementó hasta 1.9 médicos por cada 1,000 habitantes, lo que refleja que el crecimiento del personal médico disponible ha sido mayor en relación al crecimiento poblacional, y se ha colocado por encima del promedio latinoamericano (1.8).

En este sentido, República Dominicana es el quinto país con mayor cantidad de médicos disponibles por cada 1,000 habitantes; le anteceden Cuba (6.7), Uruguay (3.7), Argentina (3.2) y México (2.0). En cambio, Guatemala y Perú (0.9), Honduras (0.6) y Nicaragua (0.4) son los países de la región con menor valor para este indicador.

Sin embargo, la disponibilidad de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes ha disminuido en República Dominicana

al igual que en la región. En el país este indicador de insumos en salud pasó de 1.9 por 1,000 habitantes en 1990, a 1.6 en periodos recientes, lo que demuestra que la cantidad de camas disponibles ha tenido menor crecimiento en relación al crecimiento poblacional del país. No obstante, República Dominicana es el sexto país de mayor cantidad de disponibilidad de camas de hospital por cada 1,000 habitantes de 19 países de Latinoamérica y el Caribe, detrás de Cuba (5.9), Argentina (4.5), Brasil (2.4), Panamá (2.2) y Chile (2.1). Nicaragua (0.8), Honduras (0.8) y Guatemala (0.6), en cambio, poseen la menor cantidad de camas disponibles. Entre países llama la atención la relativamente baja disponibilidad de camas hospitalarias de Costa Rica y Uruguay (1.2), ambos países con resultados en salud por encima del promedio.

Como se observa, al menos en estos dos tipos de recursos, la República Dominicana no se encuentra entre los países menos dotados. No obstante, tal como veíamos antes con relación a la cobertura, tampoco se trata de producción y utilización de servicios. Hay otros factores que inciden en los relativamente bajos resultados del sistema de salud, que se relacionan con la calidad y la capacidad de respuesta.



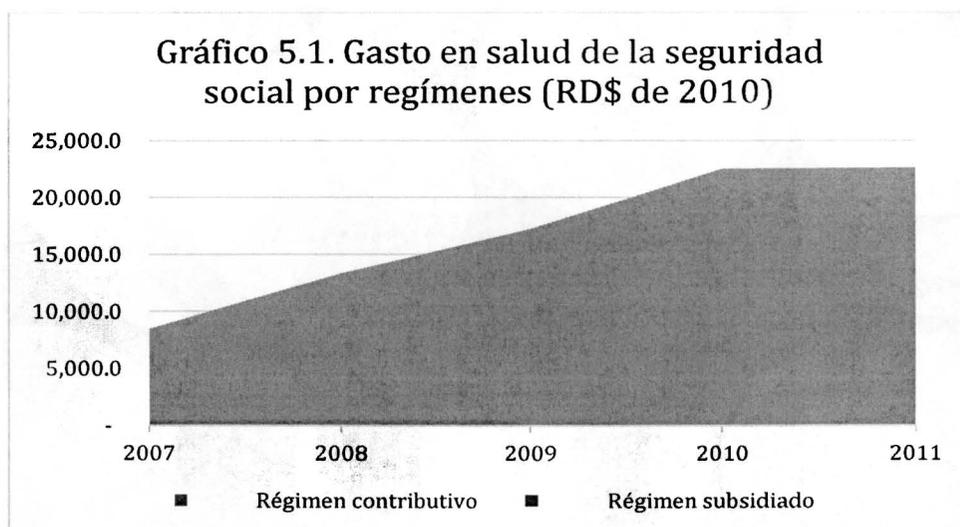
V. EQUIDAD Y PROTECCIÓN FINANCIERA EN ALC

5.1 Gasto y financiamiento a la salud en la RD

El gasto total en salud como porcentaje del PIB ascendía, en el 2011, al 5.4%, dentro de lo cual se estimaba que el gasto público ascendía al 2.6% del PIB y el 14.2% del gasto total. Si bien el financiamiento público ha aumentado notablemente, como resultado de la ampliación de la cobertura del seguro familiar en salud en los últimos cinco años, como resultado de la implementación parcial de la Ley de Seguridad Social a partir de 2007, las cifras sobre financiamiento de la salud en la República Dominicana señalan que el gobierno central sigue dando una baja prioridad al sector. En efecto, si se analizan las cifras correspondientes al Ministerio de Salud Pública, que es todavía el principal proveedor de servicios de salud del Estado, se nota que éste representaba un 1.4% del PIB, cifra similar a la de fines de los años 90.

Como se ha señalado, el aumento en el financiamiento público viene dado por la extensión de la cobertura de aseguramiento, principalmente del régimen contributivo, que prácticamente triplicó el aporte de fondos para cubrir a las personas afiliadas, desde su inicio a fines del 2007 hasta el año 2011, a precios del 2010.

Puede observarse el crecimiento relativamente bajo del régimen subsidiado, a pesar de que su cobertura en número de personas aumentó mucho en ese período. Esto se debe a que el SENASA recibe un pago per cápita muy reducido en comparación con el régimen contributivo. Ello se justifica porque todavía los proveedores públicos – principales proveedores del subsidiado – todavía son financiados vía la oferta, es decir, el MSP les paga dentro de su nómina. Esto crea importantes distorsiones dentro del sistema e impide su crecimiento ordenado.



En adición a los fondos que se canalizan a financiar la salud de los dominicanos vía la seguridad social y vía el financiamiento público a los proveedores de servicios del gobierno, hay otros fondos importantes que se destinan a la compra de planes complementarios de salud y seguros privados. Estos recursos representaban el 9% del total en el 2011, el doble de los fondos destinados al régimen subsidiado.

Asimismo, es importante destacar que el principal financiador de los servicios de salud en la República Dominicana es el conglomerado de hogares, que – además de aportar a la seguridad social, a los planes complementarios, co-financiar los servicios que ofrecen las ARS mediante copagos y cuotas moderadoras – pagan directamente de su bolsillo a los proveedores. El gasto de hogares representó en el 2011 el 39% del gasto en salud, cifra considerablemente inferior a la del 2004, que ascendía a 56%. La reducción en el gasto de los hogares es un indicador importante sobre el mejoramiento de la equidad en el sistema de salud, lo cual se explica por la implementación del seguro familiar de salud.⁴³

Otro aspecto de suma importancia a ser destacado es la importancia que tienen los fondos que se destinan a comprar medicamentos, dentro del gasto en salud en la República Dominicana. En conjunto, esta partida representó el 12% del gasto en salud, mientras que en el caso de los hogares, éstos destinaron un 25% de los recursos a adquirir medicamentos. La importancia de estos montos en el sistema de salud hace que constituya uno de los puntos focales de una política destinada a mejorar la equidad y protección financiera en el sistema de salud.

5.2 Indicadores de gasto y financiamiento a la salud en ALC

El cuadro que sigue muestra el gasto en salud como porcentaje del PIB en varios países de la región de

Países	Circa 1990	Circa 2011	Variación Porcentual	Posición entre países*
Costa Rica	6.5	10.9	67.7	1
Cuba	7.8	10.6	35.9	2
Paraguay	6.7	9.7	45.0	3
Nicaragua	8.4	9.1	8.3	4
Brasil	6.7	9	34.3	5
Argentina	8.3	8.1	-2.4	6
Ecuador	4.1	8.1	97.6	6
Panamá	7.7	8.1	5.2	6
Chile	6.7	8	19.4	9
Uruguay	15.6	8.0	-48.8	10
Colombia	7.3	7.6	4.1	11
El Salvador	6.4	6.9	7.8	12
Guatemala	3.7	6.9	86.5	12
Honduras	5.3	6.8	28.3	14
México	5.2	6.3	21.2	15
República Dominicana	5.5	6.2	12.7	16
Venezuela	4.2	4.9	16.7	17
Bolivia	4.5	4.9	9.1	18
Perú	4.5	4.8	6.9	19

* 1 es el valor más alto.
Fuente: WDI Banco Mundial data y GHO

ALC, así como su evolución en las dos décadas transcurridas entre 1990 y 2011. Puede verse que algunos países incrementaron sustancialmente esta participación, alcanzando cifras entre 60-98% durante el mismo periodo (Ecuador, Costa Rica, Guatemala).

La República Dominicana se ubica en el lugar 16, entre los de menor gasto en salud como proporción del PIB de 19 países de América Latina (cuadro 5.1). Los países que presentan mayor gasto total en salud son Costa Rica (10.9%), Cuba

⁴³ Es preciso señalar que se requiere estudiar mejor la evolución del gasto de los hogares en salud, dado que la información disponible hasta el momento se basa en encuestas de hogares, que no se consideran la fuente más confiable para medir este indicador. No se han hecho estudios confiables sobre los ingresos por esta fuente de los proveedores ni sobre los copagos.

(10.6%) y Paraguay (9.7%). Por el contrario, Venezuela (4.9%), Bolivia (4.9%) y Perú (4.8%) se encuentran entre los países de la región con menor gasto en salud como porcentaje del ingreso total del país.

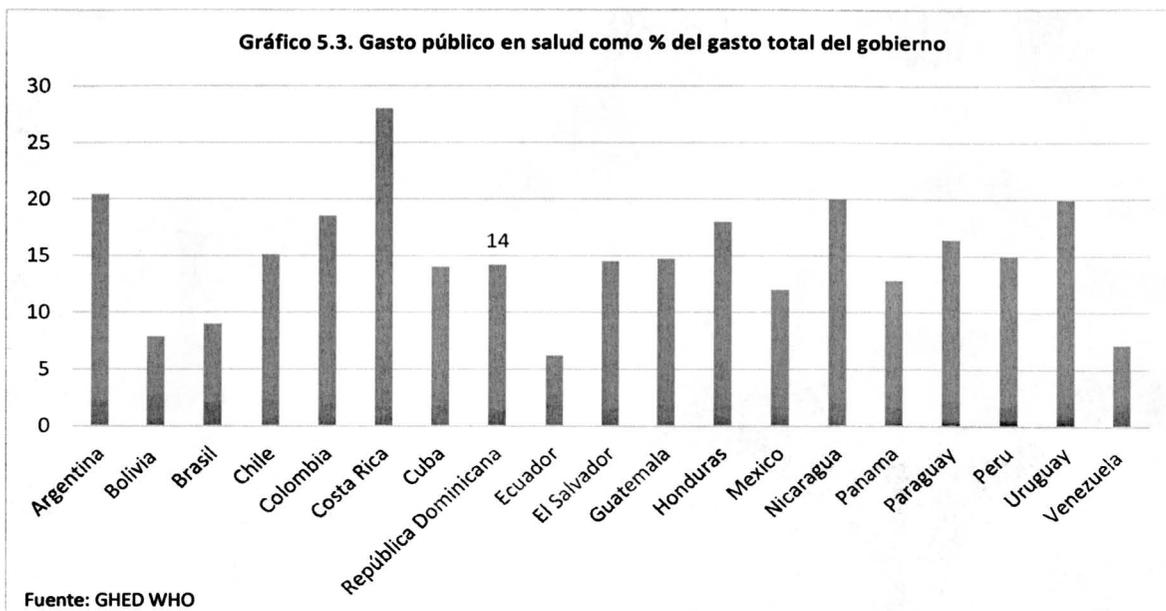
Un indicador más importante que el anterior sobre la prioridad que da un país a su salud es el gasto per-cápita, ya sea el total o, mejor aún, el gasto público per-cápita. En términos per cápita, el gasto público en salud en República Dominicana alcanza USD\$577.6, lo que lo coloca en la 11va posición, luego de Ecuador y Venezuela.



El país que más gasta en salud por habitante es Argentina, el cual destina cinco veces lo que invierte Bolivia, que es el país con menor gasto en salud per cápita. Llama la atención el hecho de que un país como Cuba se encuentre entre los que menos gasta (posición 14 de 19 países) pero obtiene mayores resultados en salud, lo que

supone ventajas para este país respecto a la efectividad del gasto (Gráfico 5.2). Es decir, a juzgar por la salud de los cubanos, lo relativamente poco que se gasta en salud por persona en Cuba se gasta muy bien. Ello contrasta también con el caso de Costa Rica, país con resultados sanitarios por encima del promedio y similares a los de Cuba, pero cuya inversión en salud es relativamente mucho mayor, casi tres veces lo que destina Cuba por persona.

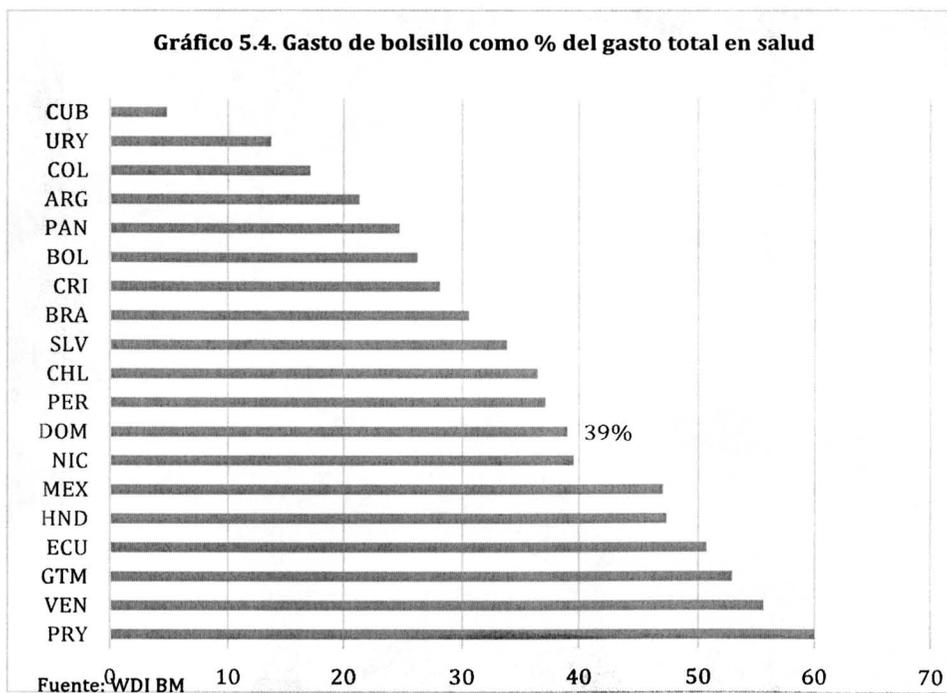
El gasto público en salud como proporción del gasto total del gobierno dominicano alcanza un 14.2%, lo que lo coloca por debajo del Abuja Target de 15% y de la proporción que destinan para estos fines varios países de ingresos similares o menores como Nicaragua (20%), Honduras (18%) y Paraguay (16%). Resalta nuevamente que Cuba (14%) gaste un porcentaje tan similar a República Dominicana pero que ambos países obtengan resultados tan dispares en salud (Gráfico 5.3).



El gráfico que sigue la participación del gasto de bolsillo de los hogares como porcentaje del gasto total en salud, en los países analizados de ALC.

En comparación con los demás 18 países de la región contemplados en este análisis, la República Dominicana se encuentra en la posición 8 entre la mitad de países con mayor gasto de bolsillo en salud como porcentaje del total. Cuba (4.8%), Uruguay (13.7%), Colombia (17.2%) y Argentina (21.4%) son los países donde el gasto de bolsillo es menor.

En contraste, entre los países con mayor desprotección financiera en salud medida por el gasto directo del hogar, se encuentran, Paraguay (60.1%), Venezuela (55.6%) y Guatemala (52.9%) (Gráfico 5.4). La proporción del gasto privado en salud destinada a seguros privados también ubica a República Dominicana entre los que más recurren a este tipo de aseguramiento en la región. Hay además una proporción del gasto en salud que se financia con fondos externos (2.5%),



que refleja un grado de dependencia de recursos externos que es relativamente mayor en República Dominicana que en varios de sus vecinos regionales (por ejemplo en Ecuador, Costa Rica, El Salvador, Colombia, Perú y Panamá es menor al 1.4%).

Cuadro 5.2. Composición del gasto en salud en 19 países de América Latina y el Caribe (porcentajes del total)						
PAÍSES	GASTO PÚBLICO			GASTO PRIVADO		
	Gobierno Central	Seguridad Social	Total gasto del gobierno general	Seguros Privados	Gasto directo de los hogares	Total privado
Argentina	31.8	68.2	60.6	27.8	62.8	39.4
Bolivia	57.1	42.9	70.8	8.8	88.3	29.2
Brasil	100.0	0.0	45.7	40.4	57.8	54.3
Chile	86.3	13.7	47.0	29.9	70.1	53.0
Colombia	17.1	82.9	74.8	32.3	67.7	25.2
Costa Rica	19.0	81.0	70.1	5.0	91.0	29.9
Cuba	100.0	0.0	94.7	0.0	100.0	5.3
Ecuador	65.5	34.5	41.0	13.4	83.7	59.0
El Salvador	64.0	36.0	63.3	12.0	88.0	36.7
Guatemala	58.2	41.8	35.5	5.5	82.8	64.5
Honduras	74.7	25.3	51.5	5.7	94.3	48.5
México	45.4	54.6	48.2	7.7	92.3	51.8
Nicaragua	70.1	29.9	57.3	2.6	92.6	42.7
Panamá	64.4	35.6	67.5	17.5	82.5	32.5
Paraguay	65.2	34.8	38.6	8.6	91.4	61.4
Perú	47.8	52.2	56.1	9.3	87.4	43.9
República Dominicana	74.2	25.8	49.3	17.9	78.9	50.7
Uruguay	45.0	55.0	67.6	59.6	40.4	32.4
Venezuela	69.7	30.3	36.7	3.6	90.1	63.3

Fuente: GHED WHO

En lo que a la seguridad social se refiere, cabe resaltar que, al igual que otros países, como Argentina, Chile, Uruguay, Perú, México, y Colombia, la República Dominicana ha optado por ir transitando hacia la cobertura universal mediante un esquema de financiamiento mixto, donde los trabajadores del sector formal y sus familias son financiadas mediante aportes a la nómina, los pobres son financiados con impuestos generales y donde la franja de la población no pobre pero empleada por el sector informal queda *de facto* en el limbo ya que el régimen contributivo- subsidiado, esquema estipulado para este segmento de la población, aún no se ha podido implementar.⁴⁴

5.3 Equidad y protección financiera

La proporción del gasto de los hogares en salud con respecto al gasto total, es uno de los indicadores básicos para medir la protección de la población frente al riesgo de enfermarse, la cual constituye una

⁴⁴Tristao, Rathe y Gideon, 2012. *Nota de Política Sector Salud*. PLENITUD / BID, Santo Domingo, RD.

de las metas del sistema de salud.⁴⁵ Numerosos estudios muestran que los sistemas que poseen los mejores resultados de salud, tienen generalmente, una proporción más alta de fondos públicos para financiarlos.^{46,47} Es decir, la población está más protegida porque el gobierno invierte en el financiamiento de su salud – independientemente de cuál sea la forma de hacerlo, ya sea a través de impuestos generales o a través de cotizaciones obligatorias vía la seguridad social.⁴⁸

Los países pobres generalmente tienen sistemas de salud poco desarrollados, fragmentados, con débil rectoría gubernamental, con graves deficiencias de calidad, muchas veces con importante provisión privada poco regulada, baja cobertura de aseguramiento público y, en consecuencia, presentan elevados gastos de bolsillo en salud. Estos elevados gastos de los hogares se constituyen en barreras importantes al acceso a los servicios de salud – si cuestan demasiado, las personas evitan consumirlos y su posibilidad de enfermarse, aumenta. Como resultado de ello, los resultados de salud del sistema en su conjunto, no mejoran y la situación se convierte en un círculo vicioso de retroalimentación.⁴⁹

La protección financiera de las personas frente al riesgo de enfermarse y frente al riesgo de incurrir en gastos de salud que se encuentran por encima de su capacidad de pago, es una de las metas fundamentales que se proponen los sistemas de salud. De esta manera, ha sido incluida por la OMS en su propuesta sobre cómo medir el desempeño del mismo. En efecto, la forma en que se financia la salud puede contribuir o no a que la gente ejerza su derecho a la misma, dado que es factible que las personas no accedan a los servicios que necesitan, debido a su situación socioeconómica o su capacidad de obtener los recursos necesarios para su financiamiento. En tal sentido, la protección financiera en salud influye en la distribución del ingreso de un país y puede contribuir efectivamente a mejorar la situación de salud de una población, si dicho financiamiento se distribuye en forma más equitativa.⁵⁰ Ello supone que las personas no tienen el riesgo de sufrir catástrofes financieras, de caer en la pobreza o de empeorar su situación de salud al no poder recibir la atención adecuada por ser ésta demasiado costosa.

Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud es todo aquel que está destinando una proporción importante de sus recursos o de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.⁵¹ Mediante distintas definiciones de cuáles son esos límites y utilizando también formas diferentes de medir la pobreza y la capacidad de pago, se construyen indicadores que pueden ser comparables entre diferentes países y que pueden ayudar a la toma de decisiones sobre cómo y a quiénes proteger financieramente para cubrir las necesidades de salud de la población.

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza.

⁴⁶ Organización Mundial de la Salud. (2000), opus cit.

⁴⁷ Organización Mundial de la Salud (2010), opus cit.

⁴⁸ Rathe, Magdalena (2012), *Evolución del gasto de hogares 1996-2010*, MSP, Santo Domingo, RD.

⁴⁹ Rathe, Magdalena (2012), opus cit.

⁵⁰ González Pons, Soraya, 2011. *Medición del desempeño del sistema de salud*, Informe final de consultoría del Observatorio de la Salud, Fundación Plenitud/BID/OSALC, Santo Domingo, 2011.

⁵¹ Por lo general, la literatura indica una proporción equivalente a más 20%, 30 o 40% de la capacidad de pago, la cual se define como el excedente de recursos efectivos del hogar, que se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o una línea de pobreza, y el gasto en salud financiado por impuestos. En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares. Consultado en Secretaría de Salud Pública de México, 2002. "Gastos Catastróficos por Motivos de Salud". Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/proteccion.pdf>

En lo que respecta a la comparación interregional sobre la vulnerabilidad de los hogares ante el gasto catastrófico y empobrecedor, un estudio realizado en 2011⁵² estima la prevalencia de gastos catastróficos de manera uniforme para 12 países de América Latina y el Caribe usando como base el análisis de las encuestas de hogares. Los autores evaluaron el grado en que los hogares de América Latina sufren gastos catastróficos en salud, con un enfoque en el riesgo relativo de ciertos sub-grupos de la población seleccionados, de cada uno de los países. Utilizan varios criterios para medir la prevalencia del gasto catastrófico, relacionando el gasto de bolsillo en salud con la capacidad de pago. Esta última se mide de varias maneras, concentrándonos en este trabajo en dos de las mismas que son: (a) en relación con una línea de pobreza internacional; y (b) en relación con su propia canasta alimentaria. Para la comparación entre subgrupos poblacionales a lo interno de los países, estos se definieron de acuerdo a variables demográficas, económicas y sociales, por ejemplo, el lugar de residencia, la composición del hogar (existencia de niños y/o adultos mayores), el nivel de ingreso, etc.⁵³

El análisis de los resultados de los estudios muestra que la prevalencia de los gastos catastróficos de los hogares es muy heterogénea entre países. Los valores absolutos de prevalencia varían ampliamente, desde menos del 1% de los hogares en Costa Rica y el 2% en Brasil (dos países donde la seguridad social cubre la gran mayoría de la población), hasta un 10% a 21% de los hogares en Nicaragua, Guatemala, República Dominicana, Argentina, y Chile. Si bien existe una marcada diferencia entre países, por lo general se observa que la residencia rural, el bajo nivel de ingresos, la presencia de adultos mayores, y la carencia de aseguramiento en salud de los hogares se asocian a una mayor propensión a sufrir gastos catastróficos en salud.

Los estimados de República Dominicana⁵⁴ la ubican en la posición número 4 entre países de la región con mayor gasto catastrófico en salud, con un 9.8% de hogares que se afectan con gasto mayor o igual al 30% de su capacidad de pago basada en la canasta alimentaria. El país con la mayor proporción de hogares afectados es Chile (15.4%), seguido de Guatemala (11.2%) y Nicaragua (10.3%); en contraste, las menores proporciones son las de Costa Rica (0.4%), Brasil (2.2%) y México (2.4%). Países como Ecuador, Argentina, Perú, Bolivia y Colombia se ubican en un nivel intermedio con 2-9% de hogares afectados (cuadro 5.3).

En adición, un segundo indicador de gasto catastrófico utilizando la línea de pobreza internacional, muestra que entre los países cuyos hogares registran un gasto catastrófico igual o mayor al 30%, el menor nivel lo muestra Costa Rica con un 0.6%, seguido de Colombia con 2.6%. República Dominicana se ubica en un nivel intermedio en la sexta posición con 5.7%, en tanto que los países que en mayor medida se ven afectados son Nicaragua, Guatemala y Ecuador con un 21%, 17% y 16% de hogares con gasto catastrófico según esta línea de pobreza internacional, respectivamente.

Resalta entre estos resultados el hecho de que países con relativamente altos niveles de ingreso en la región, baja prevalencia de pobreza, y elevado gasto en salud como porcentaje del PIB, como Chile y Argentina se encuentren entre los que mayor proporción de hogares destinan una importante porción

⁵² Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, *et al.* Gastos catastróficos en salud de los hogares: Un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe. *Salud Pública Mex* 2011; 53 suppl 2:S85-S95.

⁵³ Cabe resaltar que, como es usual con los estudios de comparaciones entre países, el mayor desafío para este estudio es la diferencia en las fuentes de datos de cada uno de los países (diferentes bases de datos de encuestas relacionadas pero diferentes), lo que supone limitaciones en términos de la comparabilidad de los resultados de cada país.

⁵⁴ El estudio de Knaul y otros (2011) presenta los resultados de la estimación realizada por Magdalena Rathe y María Isabel Santana (2009), basada en la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) de República Dominicana (2004).

de sus recursos al gasto en salud respecto a su capacidad de pago, en contraste con países también de perfil de alto-medio nivel de ingresos en la región como Brasil y Costa Rica, lo que refleja diferencias que podrían asociarse a la efectividad de las políticas de ampliación del aseguramiento y la protección financiera en salud implementadas.⁵⁵

Cuadro 5.3. Proporción de hogares que poseen gasto catastrófico en salud (en %)				
	Gasto catastrófico 1 ^a	Gasto catastrófico (empobrecedor) ^{2^b}		
Países	Último año disponible (2011)	Último año disponible (2011)	Fuente General	Fuente por país
Argentina	8.4	5.2	Revista de Salud Pública de México, 2011, Volumen 53, Suplemento 2	Encuesta de Consumo de los Hogares 2004/2005
Bolivia	3.3	6.0		Encuesta de Hogares (EH) 2006
Brasil	2.2	4.0		Encuesta de Gasto de Hogares (POF) 2002-2003
Chile	15.4	11.1		Encuesta Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS) 2005
Colombia	2.8	2.6		Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2003
Costa Rica	0.4	0.6		Encuesta Ingresos y Gastos (ENIG) 2004
Cuba				
Ecuador	7.2	15.6		Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2005-2006
El Salvador				
Guatemala	11.2	17.2		Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2006
Honduras				
México	2.4	4.0		Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH) 2008
Nicaragua	10.3	20.7		Encuesta Nacional Hogares sobre Medición de Vida 2005
Panamá				
Paraguay				
Perú	5.0	5.7		Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2006
República Dominicana	9.8	5.7		Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2004
Uruguay				
Venezuela				

^a Calculado como el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del excedente de recursos efectivos del hogar, el cual se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación.

^b Calculado como el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del excedente de recursos efectivos del hogar, el cual se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia, medido a través de la línea de pobreza de US\$1/día PPA.

⁵⁵ También habría que asegurar la comparabilidad de las cifras.

En cuanto a los resultados del análisis sobre los niveles relativos de gasto catastrófico entre los subgrupos estudiados, el estudio evidencia patrones que son importantes a tomar en cuenta en el marco del diseño de políticas dirigidas a mejorar la equidad del financiamiento de la salud en estos países. En primer lugar, puntualizan los autores⁵⁶, se observa que para todos los países, ciertos grupos de la población están más expuestos a los gastos catastróficos y que dichos segmentos de la población pueden ser identificados y focalizados. En segundo lugar, los autores encuentran que hay atributos comunes que definen un alto riesgo de gastos catastróficos para la región, tales como: hogares en las zonas rurales, personas no aseguradas, hogares pobres, y las familias con niños o con miembros de edad avanzada. Por ejemplo, a partir del análisis los autores encuentran que los hogares grandes parecen más propensos a incurrir en gastos catastróficos, y este tipo de convivencia podría ser un mecanismo de defensa al que recurren hogares pobres para sobrevivir económicamente. Las estimaciones además muestran un alto riesgo sistemático en los hogares rurales y en los hogares con personas de edad avanzada (con o sin hijos). Los autores indican que si bien este patrón puede reflejar las costosas necesidades de salud de los adultos mayores, la presencia de miembros de edad avanzada en el hogar puede reflejar un mecanismo de supervivencia de los hogares pobres, que suelen recurrir a la convivencia con los miembros mayores de la familia para satisfacer las necesidades de consumo de estos últimos.

Asimismo, señalan que las diferencias entre el gasto catastrófico de los hogares asegurados y no asegurados no son tan grandes como podría esperarse, lo que puede indicar que los hogares con seguro están asumiendo los costos de aquellos gastos no cubiertos (medicamentos, etc.), o con el fin de evitar largas esperas para acceder a los servicios de salud. Por otra parte, los hogares no asegurados podrían estar optando por no incurrir los gastos en salud que le representa recibir la atención, y así evitarse la catástrofe financiera, a pesar de que luego pueden estar expuestos a una mayor catástrofe como resultado de la falta de atención oportuna.

Otro aspecto que se desprende del análisis realizado en este estudio es que, en particular en los países en los que el seguro es una cuestión de elección, la falta de seguro puede ser la opción para algunas familias que tienen una actitud diferente acerca del gasto en la atención de salud. Es también importante resaltar como un hallazgo del estudio que hay grandes variaciones entre países en términos de la cobertura de los seguros, encontrándose que en algunos países el seguro cubre casi la totalidad del gasto en salud, y en otros la cobertura va de la mano con grandes gastos de bolsillo.

Estos resultados que se desprenden de la comparación de asegurados y no asegurados es relevante pues evidencia brechas que las políticas que pretenden avanzar hacia la cobertura universal deben atender, al indicar que la tenencia de un seguro de salud no necesariamente garantiza protección efectiva de los hogares frente a gastos en salud que demandan un pago directamente del bolsillo.

En el caso de la República Dominicana, se realizó el mismo ejercicio descrito previamente utilizando como base una encuesta más reciente – no sólo por la mayor actualidad de los datos sino también porque el año 2004 fue atípico en términos de la situación económica del país, pues debido a la crisis económica, se afectó la distribución del ingreso y prevalencia de la pobreza.

El cuadro 5.4 presenta estimados que pretenden arrojar luz acerca de en qué medida los hogares dominicanos son vulnerables a la ocurrencia de gastos en salud que excedan su capacidad de pago y

⁵⁶ Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, et al. *Gastos catastróficos en salud de los hogares: Un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe*. Salud Pública Mex 2011; 53 suppl 2:S85-S95

que los coloquen en riesgo de empobrecer. Las estimaciones fueron realizadas en Rathe y Rojas, 2011,^{57,58} con el objetivo de analizar el impacto del gasto catastrófico en los hogares pobres recogidos en la Encuesta de ingresos y gastos 2007 (ENIGH), y a su vez analizar el efecto de un empobrecimiento a raíz de un gasto de bolsillo en salud que empeorara la situación de dichos hogares. La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 2007 (ENIGH) tiene una muestra efectiva de hogares de 8,363 y provee información útil para conocer el nivel y la estructura de los ingresos de los hogares así como algunos detalles específicos acerca de las condiciones de vida de la población.

Línea de pobreza	Monto (US\$)	Techo o punto de corte	Población afectada por gasto catastrófico (%)	Brecha	Índice de concentración	Población afectada por gasto empobrecedor (%)
Gasto en alimentos reportado ENIGH	130.54	30%	8.14	0.01	-0.0592	0.0006
Línea de pobreza internacional	29.57	30%	4.61	0.01	0.0578	0.0039

Fuente: Rathe, M. y Rojas. 2011. "Gasto Catastrófico en Salud en la República Dominicana: Metodología de construcción de los indicadores necesarios para el análisis empírico". Fundación Plenitud, República Dominicana.

Al observar, en conjunto los resultados obtenidos a través de las diferentes líneas de pobreza⁵⁸, en particular, en el puntos de corte de 30% de la capacidad de pago de los hogares, podemos encontrar que un porcentaje entre un 2.5 a 17.5% poseen gastos catastróficos en salud. La línea de pobreza nacional es la que arroja un mayor porcentaje de hogares que experimentan gastos catastróficos. Para todas las líneas de pobreza utilizadas, el gasto empobrecedor es poco significativo (cercano a cero), excepto en el caso de la línea nacional donde indica que afectaría a un 2.09% hogares.

Al utilizar la línea de pobreza de gasto en alimentos, se observa un 8.14% ha incurrido en gasto catastrófico. Con relación al índice de concentración, indica que hay una mayor tendencia de los hogares pobres a incurrir en un gasto catastrófico y por ende quedar más afectados. Sin embargo, el gasto

⁵⁷ Rathe, Magdalena y Rojas, Natalia. 2012. *Estimación del gasto catastrófico en salud en base a la ENIGH 2007*, (en proceso de publicación, basado en el informe de consultoría de Natalia Rojas para el Observatorio de la Salud - Fundación Plenitud / BID / OSALC), Santo Domingo, RD, 2011.

⁵⁸ Las líneas de pobreza utilizadas en este estudio se definen de la siguiente manera:

1. Línea Nacional: el dato se toma del Sistema Regional de Indicadores de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIRSAN-SICA) y corresponde al costo mensual promedio en dólares corrientes para el año 2006 de una canasta básica alimentaria, llevado a pesos dominicanos usando el tipo de cambio de dicho período.
2. Línea Internacional: se construye una línea de pobreza para República Dominicana usando la metodología PPP utilizando US \$1.00 diario a precios de 1985, llevado a pesos del año 2007 multiplicándose por la inflación acumulada entre los años 1985 y 2007.
3. Línea Endógena: esta línea se construye siguiendo la metodología empleada por Xu et Al (2003). En este caso, la línea de pobreza se define como el valor promedio del gasto en alimentos de aquellos hogares cuyo gasto en alimentos representa entre un 45% y 55% del gasto total del hogar, realizando algunos ajustes para controlar por diferentes patrones de consumo, niveles de precios y tamaño del hogar entre distintos países.
4. Gasto en alimentos como línea de pobreza: para esta línea se toma el valor registrado del gasto en alimentos para cada hogar, reportado en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 2007.

empobrecedor que se obtiene es poco significativo (cerca de cero) para el universo de la muestra, esto puede ser debido a que su gasto catastrófico sea muy bajo y por lo tanto se obtenga una brecha de empobrecimiento muy baja ya que el gasto de bolsillo tendría que ser muy alto con respecto al gasto total para que dichos hogares se incluyan dentro de un gasto empobrecedor o la línea de pobreza aún más baja. Otra alternativa sería que aparentemente los hogares no destinan gran parte de sus recursos a salud, sino en otros rubros tales como alimentos, entre otros.

Así mismo, se construyó el mismo indicador utilizando la línea de pobreza internacional, encontrándose que el 4.61% de los hogares incurren en un gasto catastrófico igual o mayor a un 30% de su capacidad de pago. El signo que se obtiene en el índice de concentración es positivo, lo que supone que hay una mayor tendencia a que hogares no pobres incurran en un gasto de salud que sea catastrófico. En efecto, se obtiene un gasto y brecha empobrecedora muy cercana a cero, debido a que este indicador selecciona aquellos hogares que son catastróficos. Uno de los factores a que esto ocurra puede ser debido a que la línea de pobreza internacional es muy baja con relación a las demás.

Del mismo modo que en el artículo de comparación de los países de la región, referido previamente, este estudio también refleja heterogeneidades en los hogares de acuerdo a sus distintas características: tipo de hogar (urbano-rural), tamaño del hogar y si el hogar cuenta con seguro de salud. En tal sentido, los hogares rurales tienen mayor riesgo de verse afectados por gasto que resulta catastrófico, así como aquellas personas que no estén aseguradas estarán expuestas a sufrir un mayor gasto catastrófico con relación a los asegurados. Los hogares compuestos sólo por ancianos (sin incluir adultos ni niños) y aquellos de los quintiles más bajos también son más vulnerables, en tanto que se observa que el porcentaje va disminuyendo a medida que los quintiles van aumentando, lo que se asocia al hecho de que los hogares más pobres cuentan con menos capacidad de pago para cubrir los gastos de salud si resultar en penurias financieras. Cabe resaltar que, contrario al estudio de comparación de países de la región, para el caso dominicano se observa que a medida que aumenta el número de miembros en el hogar se reduce el porcentaje de hogares afectados por el gasto catastrófico, lo que puede deberse a que la capacidad de pago del hogar en conjunto sea mayor que miembros individuales.

En tanto que, al analizar los hogares conforme a su tenencia de seguro, el estudio encuentra que la población no asegurada estará expuesta a sufrir un mayor gasto catastrófico en comparación con los asegurados.

VI. DISCUSION

6.1 Indicadores del desempeño de los sistemas de salud en ALC

El análisis realizado en las páginas precedentes lleva a la conclusión de que los países que poseen un mejor desempeño en sus sistemas de salud son Cuba, Costa Rica, Uruguay y Chile. Esto puede resumirse como sigue.

Según el marco de referencia de la OMS para la medición del desempeño de los sistemas de salud, éste puede medirse por los logros que dichos sistemas alcanzan en materia de resultados de salud, por un lado y en su capacidad de proteger financieramente a las personas contra los riesgos de la mala salud. Una tercera medida es su capacidad de respuesta en cuestiones que no son directamente de salud, como el respeto a la privacidad, la calidez en el trato y otros temas, difíciles de medir con los indicadores internacionales que existen en la actualidad.

Algunos países poseen un nivel de ingreso más elevado que otros, lo cual de por sí, se refleja en mejoría de la esperanza de vida, pues como hemos visto, hay una correlación positiva entre ambas variables. Muchas veces, estos mismos países poseen menos personas viviendo en pobreza y, a veces, una distribución del ingreso más equitativa. Del mismo modo, debería esperarse que esos mismos países tengan un grado mayor de desarrollo en los determinantes sociales de la salud, como la cobertura de agua potable y alcantarillado, el nivel educativo y otros. Pero esto no es necesariamente así.

En cuanto a resultados de salud, los países señalados – Cuba, Costa Rica, Uruguay y Chile – poseen indicadores superiores, básicamente en lo que se refiere a esperanza de vida, mortalidad infantil y neonatal y mortalidad materna. También poseen las tasas de fecundidad general y adolescentes más bajas de la región. Chile, Uruguay y Brasil son los que presentan una menor prevalencia de pobreza y Uruguay es el país con menor desigualdad en el nivel de ingresos. Este país es también el que tiene una cobertura mayor de saneamiento básico y de acceso al agua potable. Chile, Costa Rica y Cuba son, justamente, los países que siguen en estos indicadores.

En términos de cobertura de servicios básicos hay un grupo más amplio de países que superan el 90% de atención prenatal y de parto con personal profesional capacitado. Además de los cuatro países que están a la delantera en cuanto a resultados, también encontramos a Argentina, Panamá y República Dominicana. Los indicadores de cobertura efectiva no existen de manera general en las bases de datos usuales de la OMS o del Banco Mundial. Un estudio aislado que comentamos en este trabajo, que no incluye todos los países y un restringido número de intervenciones, muestra que Chile y Costa Rica poseen una cobertura efectiva de vacunación superior al 90%, pero dicho estudio no incluía a Uruguay ni a Cuba.

En lo que se refiere a recursos humanos y físicos para atender las necesidades de salud de la población, Cuba se encuentra a la cabeza en la cantidad de médicos y camas por habitante, seguido de Uruguay y Argentina.

Pasemos ahora al tema central de este trabajo, que es el financiamiento a la salud y la protección financiera.

Uno de los indicadores que más se utiliza en el análisis comparativo del financiamiento a la salud para determinar si un sistema es costoso o no, es la proporción del gasto en salud con respecto al PIB. Este indicador tiene muchas limitaciones, entre las que se destaca el hecho de que las variables no son comparables. Otra limitación importante – pero que está implícita también en las comparaciones del PIB per cápita y las agrupaciones por niveles de ingreso que se hace en las estadísticas internacionales – son los problemas de estimación y la comparabilidad del PIB. Este último tema es particularmente importante en el caso de Cuba, entre los países que nos ocupan. Aun así, veamos los resultados. Los cuatro países destacados en términos de resultados de salud destinan una elevada proporción del producto a la salud. Los más elevados son justamente, Costa Rica y Cuba, alrededor del 10%. Alrededor del 9% están Paraguay, Nicaragua y Brasil. Y alrededor del 8% están Chile y Uruguay, conjuntamente con Argentina, Ecuador y Panamá. La República Dominicana se encuentra entre los países que tienen niveles más bajos.

Un mejor indicador es el gasto en salud per cápita, calculado en dólares internacionales, donde los más elevados son Argentina, Costa Rica, Chile y Uruguay. En este indicador Cuba – que tiene en general los mejores resultados – se ubica en niveles relativamente bajos, menor que el caso dominicano.

Estos dos indicadores tienen una limitación adicional y se trata de la falta de homogeneidad en las metodologías de estimación del gasto de hogares. Por tal motivo, las comparaciones en base al gasto del gobierno son las más sólidas, dado que estas estadísticas son las más confiables, generalmente usan metodologías estándares y son cifras auditadas. Se ha visto internacionalmente una alta correlación entre los resultados de salud y la proporción del gasto en salud con relación al gasto total del gobierno, es decir, el esfuerzo del gobierno por intervenir en subsanar las fallas de los mercados relacionados con la salud. En este caso, Costa Rica se encuentra en el primer lugar, por encima del 25%, seguido de Argentina y Uruguay. Chile se encuentra cercano al 20% y la República Dominicana en el 14%, siendo esta última cifra inferior al límite mínimo del 15% acordado por los países en desarrollo en Abuja.

--

A pesar de las limitaciones en su medición, el indicador más importante que se utiliza internacionalmente para medir la equidad o inequidad de un sistema de salud, es el gasto de bolsillo de los hogares. Cuanto menor sea éste, mayor es la proporción del gasto público, mayor es la equidad y mejor protegida está la población de un país ante los riesgos de la mala salud. Cuba (5%), Uruguay (13%) y Costa Rica, una vez más, son los países – conjuntamente con Colombia y Argentina – donde las personas tienen que aportar menos de su bolsillo para financiar la salud. En un nivel intermedio, entre 25-40% se encuentran Chile, Perú, El Salvador, Brasil, Panamá y Bolivia. Y en el nivel superior, por encima del 40%, están Venezuela, Paraguay, Guatemala, Ecuador y la República Dominicana. Como se ha visto previamente, la RD está extendiendo la cobertura de la seguridad social, con lo cual está pasando al grupo intermedio, pues esto incrementa la participación del financiamiento público.

La equidad y protección financiera también se mide por la proporción de gasto considerado catastrófico y/o empobrecedor con relación a la capacidad de pago de una población. Estos indicadores no figuran en bases de datos estandarizadas, por lo que se han tomado de estudios específicos realizados en la región, sin disponerse de datos para todos los países. Hay que resaltar que las comparaciones internacionales tienen mayores limitaciones que en los demás indicadores. No se dispone de la información para Uruguay y Cuba. Aun así, dentro del grupo de países estudiados, Costa Rica se destaca como el más bajo, seguido de Brasil y México. Chile está incluido entre los que tienen el indicador más elevado, conjuntamente con Guatemala y Nicaragua, estando los demás países en el medio.

6.2 ¿Es posible llegar a conclusiones sobre la organización de los sistemas de salud y sus resultados?

Responder a esta pregunta necesita un análisis de mayor profundidad sobre la organización de los sistemas de salud de los países estudiados que incluya una mejor comprensión sobre su historia y su contexto. Esto escapa al alcance del presente trabajo, pero la información disponible sobre la estructura de su financiamiento permite esbozar algunas conclusiones.

En el Anexo se muestra la forma en que se estructuran los sistemas de salud de los cuatro países más destacados en términos de logros en sus resultados de salud. Se trata de países relativamente pequeños – Uruguay y Costa Rica, menos de 5 millones de habitantes; Cuba 11 millones y Chile 16 millones. La organización de los sistemas es muy parecida en Uruguay y Costa Rica, dado que en ambos países predomina el modelo tradicional de seguridad social, que tiene una amplia cobertura. Cuba, como país comunista, tiene un sistema uniforme comandado por el Estado y financiado por impuestos generales. En Chile el sistema tiene pilares más claramente segmentados, con un esquema público para pobres y otro privado para los grupos más pudientes.

El gasto en seguridad social como proporción del gasto total es muy elevado en Costa Rica (supera el 80%) y en Uruguay (alrededor del 60%), lo cual tipifica el modelo que han seguido estos países. En Chile no llega al 15% y es nulo en el caso de Cuba.

Como hemos indicado en la sección previa, el gasto privado es – en general – relativamente bajo en estos países. La composición de dicho gasto sí difiere bastante. En Uruguay, una elevada proporción del mismo se destina a comprar seguros privados (60%); en Chile esta proporción asciende a un 30%, significando más en términos del sistema en su conjunto, porque este país es el menos equitativo en su financiamiento a la salud de los cuatro considerados y tiene una proporción más alta de financiamiento privado en sentido general. En Costa Rica los seguros privados sólo representan un 5% del gasto privado y en Cuba son inexistentes.

En los tres países con economías de mercado -- Costa Rica, Uruguay y Chile – existe una clara separación entre el financiamiento y la provisión. En Costa Rica y Uruguay, a través de la seguridad social. En Chile, mediante un fondo que administra los recursos provenientes de los impuestos generales y los transfiere por capitación a los niveles sub-nacionales. Uruguay y Chile han implementado, además, fondos especializados para cubrir enfermedades catastróficas, con beneficios claramente identificados y costeados, lo que tiende a proteger la sostenibilidad de los fondos que se asignan a los problemas de salud generales de la población.

Aunque todavía se necesita profundizar más en las características de estos sistemas de salud, la conclusión fundamental que puede obtenerse de este análisis es que, ya sea que se financien con impuestos generales o mediante la seguridad social, el gobierno asigna una prioridad muy clara a la salud de sus habitantes. Esto se traduce en el logro de sus resultados.

6.3 ¿Es posible lograr salud a bajo costo?

En el trabajo seminal denominado “*Salud a Bajo Costo, 25 Años Después*”, Balabanova y otros abordan la compleja tarea de explicar por qué algunos países⁵⁹ han logrado mejorar la salud de sus poblaciones, aun con relativamente bajo nivel de desarrollo económico y con limitaciones de recursos. El enfoque principal de los autores se sitúa en el rol de los sistemas de salud como punto de partida para entender las complejas interrelaciones entre los diferentes determinantes de la salud en los países, identificando en particular, factores clave para el desempeño de los sistemas, como la organización y financiamiento, la prestación de los servicios, los procesos de política, la regulación y la gobernanza institucional, en adición a aspectos más amplios propios del contexto socioeconómico y político de cada país que también impactan la salud de su gente.

Señalan que para dar respuesta a los retos que impone la problemática de salud en la actualidad, es necesario establecer sistemas con infraestructuras adecuadas, aprovisionamiento de equipamiento y medicamentos confiables, y personal cualificado y equipos multi-profesionales que cuenten con mecanismos de aprendizaje permanente, unidos a procesos de gestión que aseguren que todo esto funcione de manera eficiente y viable en materia de costos. Más aun, la evaluación de la fortaleza de un sistema de salud puede hacerse sobre la base de la forma en que éste afecta a la transición de la enfermedad a la muerte, la discapacidad o la recuperación, o la prevención de la enfermedad en el primer lugar, así como su capacidad para traducir insumos en resultados. Sin embargo, los países enfrentan a diferentes cargas de enfermedad, lo que, a su vez, se ven influidas por las condiciones de vida, los recursos y el contexto más amplio en que opera el sistema de salud.

Pese a que los sistemas de salud de cada uno de los países estudiados son únicos en sí y han seguido rutas distintas y adecuadas a sus circunstancias particulares para el logro de salud a bajo costo, es posible discernir algunos factores comunes propios de los sistemas y externos a los mismos, que resaltan y que se asocian a dicho logro. En tal sentido, los autores exploran factores políticos, sociales, culturales y económicos vinculados a cómo se desarrollan y operan los sistemas de salud y a su habilidad para avanzar hacia las prioridades de salud de los países, incluyendo el compromiso político con la salud, la inversión sostenida, la búsqueda de la equidad, el involucramiento de la comunidad, la innovación en el uso de los recursos financieros y humanos, y las intervenciones en los determinantes más amplios de la salud.

Un hallazgo importante de la investigación se refiere a que todos los países estudiados registraron inversiones en salud por encima del promedio particularmente en prevención y atención primaria, constituyendo ésta el punto focal del sistema sanitario y una plataforma para abordar otros asuntos sociales como la participación y el empoderamiento. Desde el punto de vista de los autores, esta política estuvo apuntalada por un compromiso con el logro de la equidad dentro y fuera del sistema sanitario, lo que se evidenció en los esfuerzos desplegados por cada uno de los países para abordar inequidades de diferentes tipos (de género, de ingreso, exclusión social, y disparidades urbano-rurales). Entre estas intervenciones se ubican por ejemplo, programas para garantizar la provisión de servicios a los segmentos más vulnerables de la población y para mejorar su participación política.

⁵⁹ Los países (y o estados) estudiados son China, Costa Rica, Cuba, el Estado de Kerala (India), Sri Lanka, Bangladesh, Ethiopia, Kyrgyzstan, Thailand y el Estado de Tamil Nadu (India).

Otros aspectos clave vinculado a los resultados alcanzados por los países y referidos por los autores, son:

- La visión de la salud, al menos los servicios básicos, como un derecho fundamental de las personas, lo que se reflejó en la creación de estructuras institucionales que contribuyeron al ejercicio de este derecho, por un lado, y en las prioridades establecidas para gasto estatal por otro; y
- La incorporación de mecanismos de buena gobernabilidad en las instituciones del sistema de salud y del estado, vista como un compromiso de los países con el desarrollo.

Aunque un análisis del sistema dominicano de salud siguiendo este enfoque sale del alcance del presente trabajo, los resultados de estos sistemas han estado en el contexto de nuestro análisis. Asimismo, hemos querido plantar la semilla de que es factible lograrlo y de que abre una avenida para investigaciones futuras para sustentar políticas inclusivas y equitativas, orientadas a lograr resultados permanentes.

BIBLIOGRAFÍA

Arreola H, Knaul F, Méndez O, et al. 2004. *Catastrophic and impoverishing health expenditure: Increasing risk pooling in the Mexican health system*. Background paper for Baeza C. Beyond Survival, Protecting Households against the Impoverishing Effects of Health Shocks. México, D. F., Mimeo.

Arreola H, Knaul F, Mendez O, et al. *Disposición a pagar por un seguro de salud público en México*. Mexico: Funsalud-INSP Working Paper.

Baeza C, Crocco P, Núñez M, Shaffer M. 2002. *Toward decent work: Social protection in health for all workers and their families*. Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty (STEP). Geneva: International Labor Organization (ILO).

Baeza C, Montenegro F, Núñez M. 2002. *Extending social protection in health through community based health organizations: Evidence and challenges*. Discussion Paper. Universitas Program—Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty (STEP). Geneva: International Labor Organization (ILO).

Baeza C, Packard T. 2006. *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*. Washington DC: World Bank.

Berman P, ed. 1995. *Health sector reform in developing countries: Making health development sustainable*. Geneva: World Bank.

Bitrán R, McInnes K. 1993. *Demand for health care in Latin America: Lessons drawn from the Dominican Republic and El Salvador*. Edi Seminar Papers. Washington DC: World Bank.

Bitrán R, Muñoz J, Aguad P, Navarrete M, Ubilla G. 2000. *Equity in the financing of social security for health in Chile*. Health Policy; 50(3):171-196.

Castellanos et al. *El nuevo modelo del sistema de salud: inicios, rutas y dificultades*, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra Centro - Universitario de Estudios Políticos y Sociales Friedrich Ebert Stiftung, Santo Domingo, 2009.

CESDEM/Macro Internacional. *Encuesta Demográfica y de Salud de la República Dominicana*, (ENDESA), 2007.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *“Panorama Social de América Latina”*. Documento Informativo. Santiago de Chile, 2012.

Comisión Nacional de Salud, *Salud: Visión de Futuro – Elementos para un acuerdo nacional*, Santo Domingo, RD, 1996.

Commission on Macroeconomics and Health. 2003. *Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: WHO.

Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés, Lezano MA, Knaul FM. 2006. *Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico*. Lancet; 368:1524-34.

Frenk J, Knaul F, Gómez-Dantés O, et al. 2004. *Fair financing and universal social protection: The structural reform of the Mexican health system*. Working paper prepared for the International Conference, Innovations in Health Financing. México DF: Secretaría de Salud, Abril 20-21.

Frenk J. 2006. *Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico*. Lancet; 386:954-61.

González Pier E, Parker S. 1999. *Equity in the finance and delivery of health care: results from Mexico*. México: Documento elaborado para el proyecto OPS-PNUD Banco Mundial, EquiLAC/IHEP proyect.

González Pier E, Parker S. 1999. *Equity in the finance and delivery of health care: results from Mexico*. México: Documento elaborado para el proyecto OPS-PNUD Banco Mundial, EquiLAC/IHEP proyect.

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

González Pons, Soraya, *Medición del desempeño del sistema de salud*, Final report for the Observatorio de la Salud (Health Observatory), Fundación Plenitud/BID/OSALC, Santo Domingo, 2011.

González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, et al. 2006. *Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health*. Lancet; 368:1608-1618.

González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, et al. 2006. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. Lancet; 368:1608-1618.

Gottret P, Shieber G. 2006. *Health Financing Revisited, A Practitioner's Guide*. Washington DC: World Bank.

Hsiao WC. 1998. *Financing health care in developing countries*. In The World Bank Institute, the Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing. Washington DC: World Bank.

Hsiao WC. 2007. *Why is a Systemic View of Health Financing Necessary?* Health Affairs; 26(4).

Knaul F, Arreola H, Méndez O, et al. 2005e. *Tendencias en los gastos catastróficos y empobrecedores y en la justicia financiera en salud en México entre 1992 y 2004: Desde la crisis económica de los noventa hasta la reforma sectorial de 2003*. Working Paper. Mexico DF: FUNSALUD.

Knaul F, Arreola H, Méndez O, et al. 2006^a. *Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico*. Lancet; 368: 1828-1841.

Knaul F, Arreola H, Méndez O, Martínez A. 2005c. *La justicia financiera y los gastos catastróficos en salud: el impacto esperado de la extensión del Seguro Popular de Salud en México*. Salud Pública de México; 47(1): 53-64.

Knaul F, Arreola H, Méndez O. 2005a. *Applying analysis of financial protection in health in the Mexican Health Reform of 2003: An example of evidence for policy making*. Working Paper. Washington DC: EUROLAC.

Knaul F, Arreola H, Méndez O. 2005d. *Protección Financiera en Salud, México 1992 a 2004*. Salud Pública de México; 47: 430–39.

Knaul F, Arreola H, Méndez O. 2005f. *The role of evidence on financial protection in the Mexican health reform of 2003: identification, diagnosis, monitoring, prognosis and dissemination of learning*. Working paper produced for the International Development Research Centre (IDRC), Research Matters project.

Knaul F, Frenk J. 2005b. *Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform*. Health Affairs; 24: 1467–76.

Kutzin J. 2000. *Towards universal coverage: a goal-oriented framework for policy analysis*. HNP Discussion Paper. Washington DC: World Bank.

Kutzin J. 2001. *A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements*. Health Policy; 56(3):171-204.

Londoño JL, Frenk J. 1997. *Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America*. Health Policy; 41: 1–36.

Londoño JL. 1996. *Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia colombiana*. Revista de Análisis Económico; 11 (2): 37–60.

Lozano R, Soliz P, Gakidou E et al. 2006. *Benchmarking performance of Mexican states with effective coverage*. Lancet; 1729-41.

Murray CJL, Frenk J, eds. 2001. *Health systems performance: Concepts, measurements and determinants*. Geneva: WHO.

Murray CJL, Frenk J. 2000. *A WHO framework for health system performance assessment*. Bull World Health Org; 78:717-31.

Murray CJL, Knaul F, Musgrove P, Xu K, Kawabata K. 2001. *Fairness in Financial Contribution: Conceptual Framework*. In Murray CJL, Frenk J, eds. Health system performance: Concepts, measurement and determinants, Chapter 16. Geneva: World Health Organization.

Murray CJL, Knaul F, Xu K, et al. 2000. *Defining and measuring fairness of financial contribution*. Geneva: World Health Organization.

Musgrove P, Zeramdini R, Carrin G. 2002. *Basic patterns in national health expenditure*. Bulletin of the WHO; 80(2): 134-42.

Musgrove P. 2003. *Judging health systems: reflections on WHO's methods*. Lancet; 57(2):239-255.

O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. 2008. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. A Guide to Techniques and their Implementation*. Washington DC: World Bank.

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

Pérez-Then, Eddy, *Calidad de la atención obstétrica y neonatal en la RD*, Observatorio de la Salud /BID /Fundación Plenitud, Santo Domingo, RD, 2011.

Pichardo R. y González A. *Estudio de Factores de Riesgo Cardiovascular, Obesidad y Síndrome Metabólico en República Dominicana (EFRICARD II)*. Revista “Archivos Dominicanos de CARDIOLOGÍA” Edición Especial-Abril 2012.

Tristao, I., Rathe, M. y Gideon, U. 2012. Nota de Política Sector Salud (Policy Note on the Health Sector). Fundación Plenitud and IADB, Santo Domingo, DR.

Rathe, M. y Santana, M. 2010. “Catastrophic Health Expenditures in the Dominican Republic: Analysis of Determinants and Linkages to Impoverishment”. Fundación Plenitud, República Dominicana.

Rathe, Magdalena and Knaul, Felicia, *Financing to AIDS and cancer within the framework of the health system reform in the DR*. Trabajo realizado para Harvard Global Equity Initiative (HGEI), dentro de un proyecto del Fondo Global denominado *HIV/AIDS Survivorship in Low and Middle Income Countries: Opportunity and Challenges for Health Systems*. Boston, USA, 2010.

Rathe, Magdalena y María Isabel Santana, *Gasto Catastrófico y Empobrecedor en Salud en la República Dominicana*, OS-ALC / Fundación Plenitud, Mexico, 2010.

Rathe, Magdalena y Moliné, Alejandro, *El sistema de salud de la República Dominicana*, Revista Salud Pública de México, Revista Salud Pública, México, 2011; Volumen 53 Suplemento 2.

Rathe, Magdalena y Rojas, Natalia. 2012. *Estimación del gasto catastrófico en salud en base a la ENGIH 2007*, (pending publication, based on Natalia Rojas' Final report for the Observatorio de la Salud (Health Observatory), Fundación Plenitud/BID/OSALC, Santo Domingo, 2011).

Rathe, Magdalena y Santana, Isidoro, *The Distributive Impact of Fiscal Policy in the Dominican Republic*, Chapter III in *Government Spending and Income Distribution in Latin America*, edited by R. Hausmann and R. Rigobon, from IESA, Venezuela. Published by the Inter-American Development Bank and distributed by The John Hopkins University Press, Washington, D.C., 1993, (34 p.).

Rathe, Magdalena, 2012. “Financial Protection in Health in the Dominican Republic,” pendiente de publicación capítulo en *Financial Protection in ALC*, Harvard University Press, 2012. Health Financing - Latin America and the Caribbean Network (RHF-LANET).

Rathe, Magdalena, *Financial Protection in the Dominican Republic*, Capítulo sobre la reforma del sistema de salud en la RD y su impacto en la protección financiera, dentro del libro *Financial Protection in LAC*, que será publicado por Harvard University Press (en proceso, 2011).

Rathe, Magdalena, *La Equidad en el Financiamiento a la Salud*, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, publicado en el libro *Desafíos al gasto social y la política de empleo*, Foro de Políticas Sociales y Bienestar, Santo Domingo, (2004).

Rathe, Magdalena, *La Reforma de Salud y la Seguridad Social*, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra / Cenantillas, Santo Domingo, (2002).

Rathe, Magdalena, *Salud y Equidad: Un Análisis del Financiamiento a la Salud en la República Dominicana*, Macro International / USAID, Santo Domingo, R.D., (2000).

Rathe, Magdalena, *The DR health system reform: is it possible to achieve universal coverage?* Documento de base para el Informe sobre la Salud Mundial 2010, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “El camino hacia la cobertura universal”, Ginebra, Suiza, 2010.

Rojas, Natalia, *Estimación del gasto catastrófico en salud en base a la ENGIH 2007*, Informe de consultoría del Observatorio de la Salud (Fundación Plenitud / BID / OSALC), Santo Domingo, RD, 2011.

Sachs J. 2001. *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: WHO.

Savedoff W. 2004. *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experience*. Health Financing Issues Paper (EIP/FER/HFP/PIP.04.4). Geneva: WHO, Department of Health Systems Financing, Expenditure, and Resource Allocation.

Savedoff W. 2007. *What Should a Country Spend on Health Care?* Health Affairs; 26(4).

Schieber G, Baeza C, Kress D, Maier M. 2006. *Financing health systems in the 21st century. In Disease control priorities in developing countries*. New York: Oxford University Press.

Schieber G, Gottret P, Fleisher L, Leive A. 2007. *Financing Global Health: Mission Unaccomplished*. Health Affairs; 26(4):921-934.

Schneider P, Hanson K. 2006. *Horizontal equity in utilization of care and fairness of health financing: a comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda*. Health Economics; 15(1):19-31.

Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, et al. 1999. *Equity in the finance of health care: some further international comparisons*. Health Econ; 18(3):263-290.

Wagstaff A, van Doorslaer E. 2000. *Measuring and testing for inequity in the delivery of health care*. Journal of Human Resources; 35(4):716.

Wagstaff A. 2001. *Paying for health care: Quantifying fairness, catastrophe, and impoverishment, with applications to Vietnam, 1993-98*. Washington DC: World Bank.

Wagstaff A. 2002a. *Inequality aversion, health inequalities and health achievement*. Health Economics; 21(4):627-641.

World Bank. World Development Indicators Data Base. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

World Health Organization (WHO). Global Health Expenditure Database (GHED)/WHO. http://www.who.int/nha/expenditure_database/en/

World Health Organization (WHO). 2012. *Measuring service availability and readiness*, WHO, June 2012.

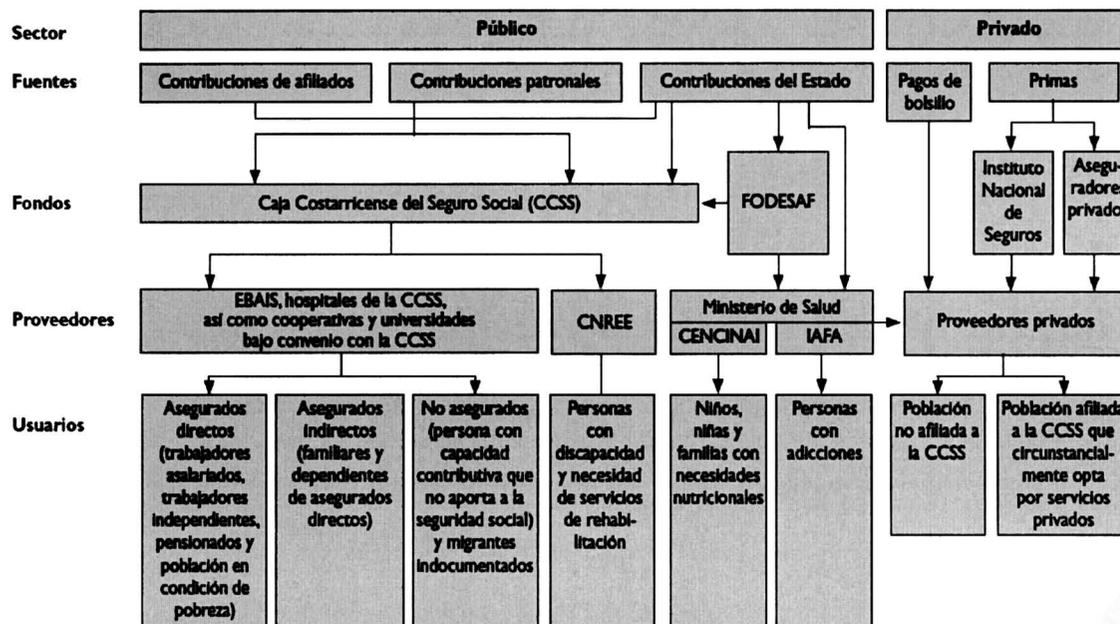
Xu, Evans, Kawabata, Zeramdini, Klavus, Murray. (2003). "Households catastrophic health expenditure: a multicountry analysis".

ANEXO

ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE LOS PAÍSES CON MEJORES RESULTADOS

A continuación se ofrece un resumen sobre la organización y características básicas de los sistemas de salud que presentan los mejores resultados en términos de los indicadores de salud de su población y de la equidad y protección financiera. Este resumen se realizó de la publicación especial de la Revista de Salud Pública de México (ver referencias bibliográficas).

COSTA RICA



Fuente: Sáenz R, Bermúdez J, Acosta M. (2010)

CENCINAJ: Centros de Educación y Nutrición (CEN) y Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAJ)

CNREE: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial de Costa Rica

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud

IAFA: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia

INS: Instituto Nacional de Seguros

Financiamiento

La CCSS se financia con cotizaciones tripartitas (empleadores, trabajadores y Estado). Actualmente la cuota de cotización asciende a 22.91% de la nómina salarial. El patrón aporta 14.16% dividido en 9.25% para el SEM y 4.91% para el IVM. El trabajador aporta 8.25%, 5.50% para el SEM y 2.75% para el IVM. Finalmente, el Estado aporta 0.50%, dividido en 0.25% para cada régimen (cuadro V). Los asegurados voluntarios e independientes aportan conforme a sus ingresos declarados y el Estado aporta 0.25%. Si los ingresos son menores a US\$ 885, el

Cuadro V
ESQUEMA CONTRIBUTIVO DE ASEGURAMIENTO, CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Esquema contributivo de aseguramiento		SEM	SIVM	No contributivo	Acumulado
Trabajador asalariado	Patronos	9.25%	4.91%		14.16%
	Trabajadores	5.5%	2.75%		8.25%
	Estado	0.25%	0.25%		0.50%
Trabajador cuenta propia	Trabajador con ingreso menor a 885 dólares PPA		10.5%		10.5%
	Trabajador con ingreso mayor a 885 dólares PPA		13.5%		13.5%
	Estado	0.25%	0.25%		0.5%
Asegurado por el Estado	Junta de Protección Social, JPS Ley 7395			95% de la utilidad neta de la lotería electrónica	
	Ley 7972 de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos			Monto anual de ₡1000 millones (1.7 millones de dólares)	
	Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares			20% del FODESAF (aprox. 0.3% del PIB)	

aporte es de 10.5% y si los ingresos superan ese monto se aporta 13.5%.

Fuente: Referencia 26
SEM: Seguro de Enfermedad y Maternidad
SIVM: Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

Los regímenes no contributivos son financiados por el Estado a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, así como con cargas específicas a las actividades de lotería electrónica y la venta de cigarrillos y licores.

El sector privado se financia de forma directa con los pagos de bolsillo realizados por los usuarios al momento de recibir la atención. Sólo 2% de los hogares cuentan con un seguro privado del INS.

La CCSS es responsable de recaudar y distribuir los recursos. Como parte de la reforma del sector salud de 1997, la CCSS introdujo un nuevo sistema para la distribución de fondos basado en “compromisos de gestión”. Su propósito es asignar recursos sobre un análisis prospectivo de las necesidades en salud de la población en cada área de salud, estableciendo metas de desempeño anuales entre el proveedor inmediato (EBAIS, clínica, hospital, cooperativa) y la CCSS. Los compromisos de gestión estipulan la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos, el monto de recursos financieros requeridos y el tipo de evaluación aplicada, entre otros. El sistema de pago es capitado y prospectivo, e incluye 10% para incentivos. El pago a los prestadores sigue siendo salarial con base en una escala manejada a nivel central.

El sistema de compromisos de gestión se implementó en todos los establecimientos públicos y privados contratados por la CCSS. Sin embargo, según una evaluación realizada por la Contraloría General de la República, en ocasiones se han modificado las metas cuando no se logran los objetivos originalmente establecidos. De esta manera se evita la pérdida del 10% de bonificación por buen desempeño, pero también se perjudican los objetivos pactados.

El gasto total en salud como porcentaje del PIB en 2008 ascendió a 8.2%; 76.9% de este total corresponde al gasto público y 23.1% al gasto privado; 90% del gasto del gobierno en salud corresponde a los fondos de la seguridad social.

El gasto per cápita del sector salud para 2008 fue 225 510 colones, y el gasto per cápita del Ministerio de Salud fue de 11 523 colones. Los pagos de bolsillo de los hogares representaron 84.6% del gasto privado en salud en 2007 y 27.3% del gasto total en salud. El resto del gasto privado se concentra en planes de prepago ofrecidos por el INS, así como el gasto realizado por organizaciones de la sociedad civil en beneficio de los hogares.

La prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud oscila entre 0.24 y 0.62% de los hogares, lo cual es notablemente bajo. Los gastos de los hogares por hospitalización son escasos y generalmente no son catastróficos.

Retos y perspectivas del sistema de salud

El sistema de salud costarricense tuvo mucho éxito en el periodo 1950-1980 cuando se mejoró significativamente el acceso a los servicios de salud y el nivel de salud poblacional. Sin embargo, a partir de 1980 el sistema entró en una crisis organizacional y financiera que limitó la inversión en salud y que, a pesar de la reforma sectorial, persiste en la actualidad. Hoy existe preocupación sobre la sustentabilidad financiera del sistema a largo plazo. Esto se debe, entre otras cosas, a que la reforma fue implementada parcialmente, por cuestiones de orden político, y al hecho de que se produjeron cambios en el perfil laboral (12.2% de la población no está asegurada y un creciente porcentaje de los trabajadores migrantes están laborando en la economía informal y una alta proporción de población nacional vive en condición de pobreza extrema).

Existen rasgos de inequidad en la universalización geográfica de los servicios. Muestra de ello es el informe de avance del Plan Nacional de Desarrollo del MIDEPLAN 2006-2010, que señala un atraso en la creación de nuevos EBAIS.

El país, además, está afrontando una transición epidemiológica que le genera grandes presiones financieras al sistema y que exige nuevas mediciones de carga de la enfermedad.

Por último, las largas listas de espera están provocando deslealtad al sistema. De hecho, 50% de la población opina que podría dejar de cotizar para unirse a los servicios privados, situación que aumentaría el problema de la sostenibilidad. Según estimaciones de 2004, “si 18% de los cotizantes con los salarios más altos se retiran del seguro de salud, los recursos de la institución se reducirían en 48%.”

CUBA



CMEF: Consultorio del médico y la enfermera de la familia

Financiamiento

El sistema de salud cubano, que garantiza el acceso universal a servicios de salud, se financia casi exclusivamente con recursos del gobierno nacional.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, Cuba invirtió en salud en 2008 11.9% del PIB, el porcentaje más alto de América Latina. El gasto per cápita en salud ese mismo año fue de 1132 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo), uno de los más altos de la región. El grueso del gasto en salud es gasto público (96.2%) y el gasto privado asciende apenas a 3.8%. El gasto en salud en Cuba se ha incrementado considerablemente en los últimos años. Pasó de representar 6.3% del PIB en 2001 a la cifra actual de casi 12%. En ese mismo periodo el gasto per cápita en salud se incrementó más de 300%, lo que refleja la firme decisión del Estado de apoyar al sector salud a pesar de las profundas limitaciones económicas imperantes.

El sistema de salud cubano financia el grueso de la atención a la salud. Los fondos de salud se reúnen en el MINSAP que, a su vez, lo distribuye entre los distintos niveles y unidades de atención a través de las asambleas provinciales y municipales.

Retos y perspectivas del sistema de salud

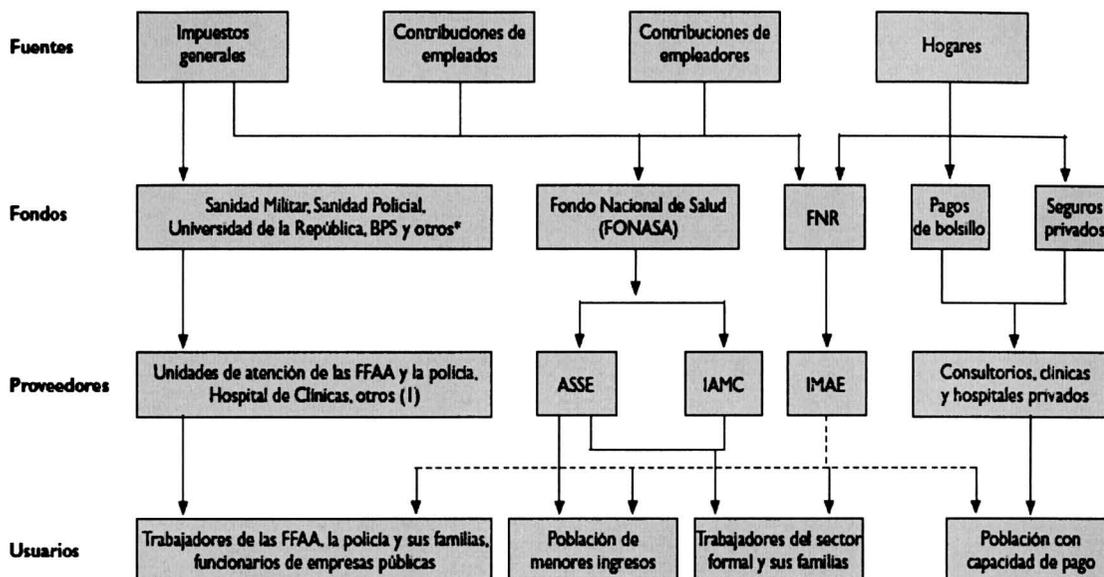
Los valores de los principales indicadores de salud en Cuba se encuentran dentro de los mejores de la región y aun así es preciso mejorarlos para enfrentar los nuevos retos epidemiológicos. Lejos de atenderlos de forma individual se propone seguir perfeccionando las labores del policlínico, como base del sistema, de modo que un número cada

vez mayor de problemas de salud encuentren solución en ese nivel de atención, así como fortalecer su función en lo relativo a la prevención y promoción.

También es necesario instaurar y perfeccionar programas (con un enfoque multisectorial e interdisciplinario) dirigidos a cambios de estilos de vida de la población, fundamentalmente aquéllos asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, que constituyen el mayor reto para el sector en la actualidad. Para ello será necesario ampliar el número de enfermedades en pesquisa activa y continuar la ejecución de las obras planificadas en el marco de la Batalla de Ideas.

El sistema de salud de Cuba tiene como limitante fundamental para el cumplimiento de sus retos y perspectivas la compleja situación económica por la que atraviesa el país, que se ve notoriamente agravada por el bloqueo económico y social impuesto por los EUA desde hace varias décadas, y que obliga al país a adquirir equipamiento médico, medicamentos y materias primas para la industria farmacéutica a precios mucho más altos que al resto de los países. Esta compleja situación es en gran medida contrarrestada por una amplia gama de atributos esenciales que tiene la actividad de salud en Cuba: un sistema de salud gratuito de cobertura universal, con más de 50 años de experiencia de trabajo bien estructurado y de alta calidad; la permanente política del Estado de priorizar el sector de la salud aún en las condiciones más adversas; la amplia oferta de recursos humanos para la salud, tanto de nivel profesional como técnico; la participación activa y destacada de la comunidad en las acciones de salud; el alto nivel educativo de la población cubana, que incluye una elevada educación sanitaria y el vertiginoso desarrollo de la biotecnología, que ha permitido disminuir las importaciones de medicamentos y medios diagnósticos, entre muchas otras.

URUGUAY



* Fondos de proveedores que serán objeto de los próximos avances del proceso de reforma
 BPS: Banco de Previsión Social
 FNR: Fondo Nacional de Recursos
 ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado
 IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
 IMAE: Instituto de Medicina Altamente Especializada

Financiamiento

FONASA se financia con las aportaciones obligatorias de los trabajadores y las empresas, las aportaciones del Estado y las personas públicas no estatales, y las aportaciones de los jubilados.

Las contribuciones patronales representan 5% de las retribuciones pagadas, con las siguientes particularidades: a) los patronos de empresas unipersonales rurales, si optan por la cobertura de salud bonificada, aportarán 45% de la cuota mutual y aquellos que tengan hijos menores a cargo o mayores con discapacidad aportarán 60% del valor de la cuota mutual; b) los propietarios de empresas unipersonales que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al FONASA, (9.5% u 11%) sobre un valor base de cálculo para tener derecho a la cobertura suya y de sus hijos menores de 18 años.

Los trabajadores aportan un porcentaje de sus salarios: 6% aquellos trabajadores cuyos salarios mensuales superan un umbral mínimo y tienen hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad; 4.5% aquellos trabajadores cuyos salarios mensuales superan un umbral mínimo y no tienen hijos, y 3% aquellos trabajadores de menores ingresos independientemente de si tienen hijos o no. Los trabajadores independientes pueden contribuir al sistema para contar con el SNS mediante el pago de una cuota que les permite afiliarse a la ASSE o a una IAMC.

Los trabajadores de la economía informal, los desempleados y las personas que están fuera del mercado de trabajo no contribuyen al SNIS pero reciben sus beneficios.

El financiamiento del gasto de Sanidad Militar y Sanidad Policial está incluido en los presupuestos del Ministerio de Defensa y del Interior respectivamente. Situación similar se da con los gastos del Hospital Universitario: están incluidos en el presupuesto de la Universidad de la República. FONASA está analizando incluir los beneficiarios y financiamiento de estas tres instituciones en el mediano plazo.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) asegura la cobertura de las intervenciones catastróficas, financiando las intervenciones de alta complejidad tecnológica y alto costo. Este fondo se financia con contribuciones de todos los afiliados al sistema. Si se cotiza a través de una IAMC, ésta hace la retención que vierte en el FNR. Para el caso de los beneficiarios públicos, sea trabajador formal o informal, el tesoro nacional hace la contribución. El valor de la cotización lo fija el Poder Ejecutivo.

La cotización a un seguro voluntario se hace de dos formas: el beneficiario paga una cuota directamente a las IAMC o, en el caso de los trabajadores formales que cotizan FONASA, ésta es la que compra el paquete de servicios en las IAMC o la ASSE.

Las instituciones prestadoras de servicios de atención reciben pagos per cápita de acuerdo con el riesgo de la población cubierta y las metas asistenciales establecidas por el MSP. A cambio de esto, las instituciones públicas y privadas ofrecen atención integral a los usuarios, quienes tendrán libertad en la elección del prestador de atención.

El sector privado se financia con fondos de los hogares que se utilizan en los pagos de bolsillo y las primas de los seguros privados.

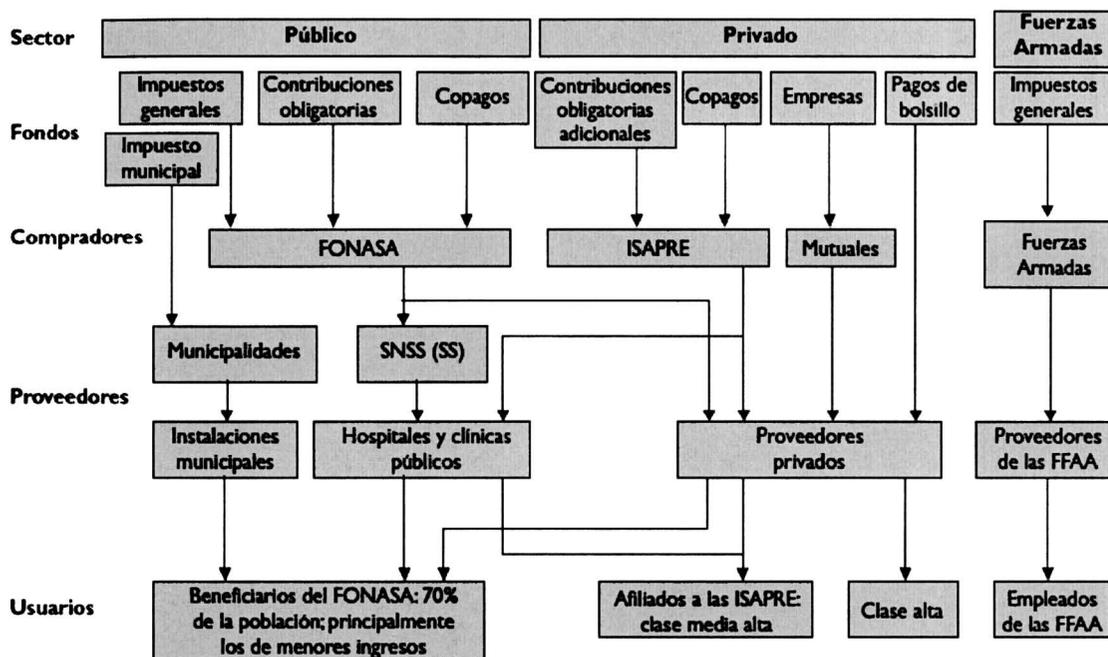
Según estimaciones de la OMS, el gasto en salud en 2008 ascendió al 7.8% del PIB. El gasto per cápita fue de 982 dólares PPA. El gasto público concentró 63.1% del gasto total. De 2005 a 2008 el gasto en salud en Uruguay ha crecido de manera consistente.

Retos y perspectivas del sistema de salud

El principal desafío que enfrenta el sistema uruguayo de salud es extender el aseguramiento a quienes hoy no cuentan con dicho beneficio.

Otro reto relacionado con el cambio de modelo de atención es el fortalecimiento de la planificación de los recursos humanos para la salud de tal manera que se formen los profesionales que exige la transición epidemiológica por la que atraviesa el país.

CHILE



FONASA: Fondo Nacional de Salud
 SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud
 FFAA: Fuerzas Armadas (Ejército, Marina, Aviación, Policía)

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional
 SS: Servicios de Salud Regionales

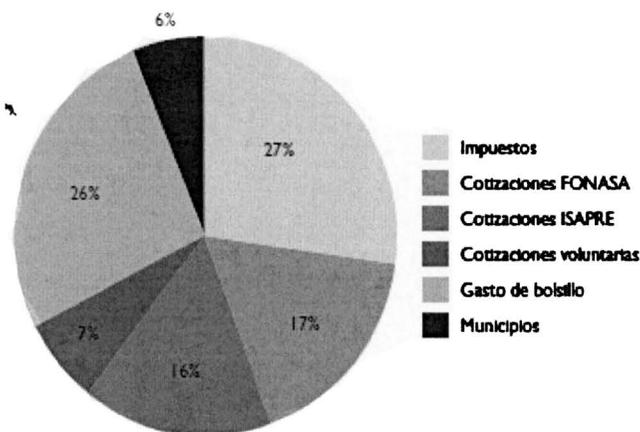


FIGURA I. ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD, CHILE, 2003

Financiamiento

Los servicios públicos de salud se financian con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos hechos por los afiliados al FONASA. Los fondos del sector privado provienen de las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRE y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan al momento de recibir la atención. Todos los trabajadores están obligados a hacer una contribución al sistema de salud equivalente a 7% de sus ingresos gravables y pueden elegir pagarla al FONASA o a alguna ISAPRE. La contribución es voluntaria para los autoempleados.

En 2003 el gasto total en salud se repartió de la siguiente manera: 27% provino de impuestos generales, 17% de las cotizaciones pagadas por los trabajadores afiliados al FONASA, 16% de las cotizaciones pagadas por los afiliados

a las ISAPRE, 7% de las cotizaciones voluntarias, 26% de gastos de bolsillo y 6% de aportaciones directas de los municipios (figura 1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2007, el gasto total en salud en Chile como porcentaje del PIB fue de 6.2%, porcentaje menor al de Argentina (10%) y Brasil (8.4%) y similar al de Colombia (6.1%). El gasto público en salud representó 58.7% del gasto total en salud; el resto correspondió al gasto privado. En ese mismo año, el gasto per cápita en salud ascendió a 863 USD en dólares internacionales o 615 USD a la tasa de cambio promedio anual.

El gasto público en salud es administrado por el FONASA y se destina al pago del SNSS y los servicios municipales, la atención de indigentes y a diversos programas de salud pública. El gasto privado se divide en dos partes: alrededor de 47% corresponde a la contratación de planes de salud de las ISAPRE y el resto a gastos de bolsillo.

En el sector privado, las ISAPRE se encargan de reunir y administrar los recursos de las cotizaciones de sus afiliados. En el sector público, el MINSAL controla el gasto a través del FONASA. Este fondo reúne los recursos de las cotizaciones de sus afiliados y los fondos nacionales destinados a los indigentes, así como los recursos de los programas de salud pública, y los asigna a las instalaciones de los SNS con base en presupuestos históricos, asignaciones para problemas prioritarios o asignaciones per cápita. Predominan los presupuestos históricos, los cuales se aplican a fin de respetar los niveles de asignación establecidos durante la dictadura. Aunque estas asignaciones no consideran las características de los servicios regionales (cantidad de instituciones de salud, población o perfil epidemiológico), se utilizan como referencia para reequilibrar los presupuestos deficitarios o superavitarios y evitar cambios demasiado abruptos.

Con el mismo fin, el MINSAL define prioridades para la asignación de presupuestos etiquetados. FONASA hace estudios de costos para la resolución de alguna patología o problema de salud específico y asigna un valor por evento que se paga a los Servicios de Salud. También se realizan asignaciones extraordinarias para resolución de problemas prioritarios que exigen inversiones puntuales, por ejemplo, la instalación o remodelación de infraestructura. A estas asignaciones extraordinarias se suman las necesarias, según cálculos del FONASA, para el pago de las actividades propias de la operación diaria de la misma. FONASA lleva a cabo auditorías periódicas de dichas actividades destinadas a evitar abusos.

Los establecimientos municipales son los únicos que reciben su financiamiento de acuerdo con un sistema per cápita calculado con base en el costo de un Plan de Salud Familiar que incluye un paquete básico de prestaciones pactado con los equipos municipales considerando el volumen de la población registrada, sus características socioeconómicas y la cantidad de servicios prestados. De esta manera, el financiamiento queda ligado a la capacidad de los establecimientos para atraer y conservar a su clientela y a las características socioeconómicas y demográficas de la población. En los casos de municipios escasamente poblados, las municipalidades reciben una cantidad fija a fin de evitar que las asignaciones per cápita resulten insuficientes.

A pesar de los importantes avances que en términos de cobertura de atención se han logrado en los últimos años, de acuerdo con estimaciones realizadas a partir de los resultados del Estudio Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud de 2005, los chilenos todavía enfrentan cifras muy altas de gastos excesivos por motivos de salud. A nivel urbano, se estima que entre 7 y 15% de la población tuvo que enfrentar gastos catastróficos en salud. Se trata de la cifra más alta de la región y se explica en buena medida por el carácter urbano de la encuesta en la que se basa.

Retos y perspectivas del sistema de salud

Desde hace tiempo se reconocían cuatro grandes desafíos para el sector salud para el período 2002-2010: el envejecimiento progresivo de la población con la creciente carga de patologías degenerativas de alto costo; las desigualdades en la situación de salud de la población según el nivel socioeconómico; la insatisfacción de la población respecto al sistema de salud, y la resolución de los problemas pendientes y el mantenimiento de los logros alcanzados.

Sigue siendo necesario reducir las desigualdades en salud al mismo tiempo que hacer frente a los retos del envejecimiento poblacional. De manera concreta, se prevé aumentar el número de problemas de salud incluidos en el paquete del Plan AUGE, que desde julio de 2010 suman 66, fortalecer los cambios tendientes a separar la prestación de servicios asistenciales de las funciones de fiscalización y la implementación del régimen de hospitales autogestionados en red. También se busca reforzar la atención primaria con enfoque familiar, mejorar el sector privado de la salud al fomentar la competencia entre las ISAPRE y simplificando los planes de salud.

Aún no se han efectuado estudios que permitan medir el grado de cumplimiento de los objetivos y el impacto de la reforma en términos sanitarios. Algunos estudios preliminares muestran cierto avance, especialmente en equidad en el sistema ISAPRE. En el aspecto sanitario, un estudio mostró una fuerte asociación entre la implementación del Plan AUGE y la disminución de la mortalidad por infarto agudo al miocardio en un grupo de hospitales públicos.

Como resultado del avance del Plan AUGE, se reconoce que el aumento de la demanda de servicios de atención a la salud ha puesto en evidencia el problema de la carencia de recursos humanos en los servicios del sector público, especialmente en relación con ciertas especialidades y en ciertas regiones. Esto se expresa en un aumento de las listas de espera para la atención de ciertas patologías que no se encuentran incorporadas al Plan AUGE.

En palabras de las autoridades sanitarias, “la reforma del sector ha colocado instrumentos legales, estructurales y de gestión que si bien han permitido avanzar en un enfoque de derechos y en definir los roles y funciones de las estructuras a nivel nacional y regional, deja áreas aún por definir y discutir en términos de la adecuación para el logro de los objetivos primordiales de mejorar la salud y la calidad de vida de los chilenos y chilenas con un enfoque de equidad en el acceso, calidad y resultados.”