

SALUD Y EQUIDAD: Una mirada al financiamiento a la salud en la República Dominicana¹

Por: Magdalena Rathe

INTRODUCCIÓN

América Latina y el Caribe, inmensa y heterogénea región mundial que ocupa casi un hemisferio, rica en cultura, en su gente y en sus extraordinarios recursos naturales, enfrenta un reto común: el desarrollo económico y social. En el Mar Caribe, la República Dominicana, que comparte con Haití la mayor de las Antillas después de Cuba, tiene ante sí el mismo reto y la misma aspiración.

Para los lectores que no estén familiarizados con este país de algo más de 48 mil kilómetros cuadrados y ocho millones de habitantes, cuna de la civilización americana después del descubrimiento a finales del siglo XV, quizás interese dar algunas pinceladas sobre su economía. Una de las de mayor crecimiento en la región y en el mundo durante la década de los noventa, se sustenta en el turismo y en la industria manufacturera, sectores responsables de su rápido crecimiento reciente, junto a las construcciones y el desarrollo impresionante de las comunicaciones. A pesar de esto, el ingreso per cápita es todavía relativamente bajo, pues no alcanza los US\$2,000, habiendo también grandes disparidades en su distribución. Su población es aún relativamente joven, mezcla de razas y de herencias culturales diversas, sometida a fuertes influencias migratorias, pues más de un diez por ciento de dominicanos reside en el exterior, especialmente en los Estados Unidos. Como sus naciones hermanas, la República Dominicana está, también, en la búsqueda de la fórmula que sea capaz de encaminarla hacia el desarrollo económico.

Sin embargo, no resulta fácil definir el significado de esta expresión, y mucho menos, diseñar las estrategias que conduzcan hacia él indefectiblemente. Muchos lo han intentado de manera diversa, poniendo el énfasis en aspectos muy disímiles, según las corrientes predominantes de los tiempos, las posiciones ideológicas y los intereses. En determinadas épocas, se ha puesto "de moda" una estrategia - que fue, quizás, exitosa en algún sitio -- y una especie de red de inteligencias interconectadas alrededor del mundo pareciera cargarse de la energía que produce el entusiasmo. Actualmente, en los umbrales del siglo XXI, estos procesos de transmisión del conocimiento se producen con velocidad vertiginosa, impulsados por la revolución de las comunicaciones. Así se defienden teorías, se escriben libros, se trazan planes de desarrollo, se formulan políticas y luego se ejecutan y se administran, con resultados variables.

La verdad es que no existen recetas exitosas de carácter universal y que los modelos de éxito en un lugar y en un tiempo, no siempre pueden repetirse. El desarrollo es un proceso complejo, que tiene que ver con multitud de factores en campos muy distintos, tanto económicos, como sociales y culturales. Se trata de algo tan complicado como la mente humana puesto que, al fin y al cabo, las sociedades están formadas por seres humanos, cada uno con sus deseos y necesidades, sus triunfos y sus fracasos, sus sueños, aspiraciones y esperanzas.

En un artículo en la revista *The Economist*, sobre el éxito económico y social de los países del sudeste asiático, el autor aprovechaba para reflexionar sobre nuestra falta de comprensión del desarrollo económico. Este proceso es tan poco comprendido -- decía -- como lo es la mente humana, a la cual se

¹ Este trabajo constituye un resumen del libro del mismo nombre, que está actualmente en proceso de impresión y fue presentado en el II Simposio Mundial de Cuentas Nacionales de Salud, realizado en 1999, en Rotterdam, Holanda, dentro del marco de la Conferencia Internacional de Economía de la Salud. La investigación fue realizada por la autora para Macro International, financiada por USAID. La información básica fue un módulo de gasto de los hogares en salud, incluido por primera vez en la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA), el cual tuvo apoyo técnico y financiero del BID y del Banco Mundial, para servir de línea de base para el monitoreo de la reforma de salud; asimismo, de las Cuentas Nacionales de Salud, realizadas también por primera vez en 1996, con apoyo de los organismos internacionales indicados y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La autora de este trabajo participó en ambas investigaciones.

encuentra estrechamente vinculado. Y continuaba llamando la atención sobre los cuatro elementos fundamentales que hacen posible el crecimiento económico: el trabajo, el capital físico, el capital humano y un cierto "algo" indefinible que constituye la eficiencia con que se combinan los factores anteriores. El autor no incluía en la enumeración a la naturaleza, que proporciona los recursos físicos que utilizamos, consumimos, elaboramos, transformamos y -- lamentablemente -- depredamos en nuestra actividad económica. Quizás porque, al fin y al cabo, de ella somos parte también los humanos. Los cuatro elementos señalados, si bien separados para los propósitos del análisis, son el resultado del esfuerzo, de la inteligencia, de la laboriosidad, en resumen, de la calidad del trabajo humano. Por ello es que el desarrollo económico y social está vinculado a la mente humana de una manera tan íntima y esencial. Y por ello es que se trata de un proceso complejo y siempre creativo.

Se señala muchas veces que el desarrollo económico se produce como resultado del crecimiento sostenido del Producto Interno Bruto (PIB) por un período relativamente largo, que se va traduciendo en una mejoría en la distribución del ingreso. Pero, ¿qué hace que crezca el producto? Podríamos contestar, por ejemplo, que de ello es responsable el crecimiento de las exportaciones. Pero la pregunta fundamental es ¿quién hace crecer el producto? ¿Quién hace crecer las exportaciones? Obviamente, se trata de la gente. Y la creatividad de la gente, su capacidad para utilizar o idear la tecnología, en resumen, su productividad, depende de muchos factores que comienzan con el punto esencial – muchas veces olvidado – de una buena salud. Asimismo, tienen que ver con la satisfacción de otras necesidades básicas para la vida y con la posibilidad de realización de satisfacciones de orden superior.

En consecuencia, necesitamos formular una visión del desarrollo que ponga en el centro al ser humano, como objetivo y a la vez, como prerequisite, ya que la condición indispensable para que pueda iniciarse un proceso de desarrollo es la formación de capital humano. Nos encontramos, entonces, en busca de la definición de una utopía moderna: una visión integral del desarrollo, cuyo eje motor es el desarrollo humano. Estamos en busca – para decirlo en palabras del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) -- de una estrategia fundamentada en el crecimiento económico, la sostenibilidad ambiental, la equidad social y la democracia.

Es mi opinión personal que, a fin de que la sociedad como un todo pueda elevarse hacia mejores condiciones de vida material y espiritual, se requiere de valores superiores, de ideas-fuerza que impulsen a la acción, de un nuevo tipo de sensibilidad y de conciencia. Durante años, ha predominado un enfoque economicista del desarrollo. El énfasis estaba puesto en el crecimiento del producto y se pretendía lograrlo mediante políticas que dirigieran la inversión en una u otra área. La teoría del "goteo" sostenía que el crecimiento, al aumentar las oportunidades de empleo, iba elevando el bienestar material de la gente, razón por la cual no era necesario un esfuerzo deliberado por la redistribución y el desarrollo humano. La experiencia de numerosos países ha puesto en duda la veracidad de este aserto.

En la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, ante la inocultable realidad de la pobreza y la distribución injusta de los ingresos, los recursos y las oportunidades, los gobiernos aplican -- paralelamente a su política económica -- una política social, con grados variables de profundización y compromiso. El resultado ha sido el divorcio entre ambos tipos de política, la desconexión, la incoherencia. Casi siempre, las prioridades han favorecido a la política económica, constituyendo la social una especie de "Cenicienta", sin la asignación necesaria de recursos y sin la valoración adecuada en las instancias de poder. Como consecuencia de ello, se han relegado a un plano secundario los esfuerzos por mejorar los indicadores del desarrollo humano, los cuales son determinantes para el incremento de la productividad de la economía. La baja calidad de los recursos humanos, entonces, viene a constituirse en un lastre que obstaculiza el crecimiento económico. En consecuencia, se requiere buscar una definición de desarrollo que enfoque lo social de una manera holística.

En la coyuntura internacional de hoy y ante la realidad ineludible de la globalización, esta situación se torna más importante. Nuestros países deben producir bienes y servicios competitivos internacionalmente, si es que se quiere entrar en el sendero del crecimiento económico. Cada vez más, los empleos que ofrecen las industrias modernas, capaces de insertarse con éxito en los competitivos mercados mundiales, requieren de personal calificado, con capacidad para absorber las nuevas tecnologías. Latinoamérica y el Caribe enfrentan, así, dificultades para integrarse a un mundo donde la clave está en el conocimiento. De este modo, la tecnología es indispensable para lograr la competitividad

internacional, y ésta última lo es para lograr el crecimiento que pueda acabar con la pobreza. Pero la misma pobreza limita y condiciona las posibilidades de acceder a la primera.

Algunos de los países más exitosos de los tiempos modernos en el plano económico, como los del sudeste asiático, asignaron importancia simultánea a la preparación de sus recursos humanos y a la generalización de las prácticas de vida saludable, conjuntamente con la promoción de las exportaciones. En efecto, su estrategia consistió en otorgar la más alta prioridad a la educación y a la salud básica en las primeras etapas del proceso, relegando a un segundo plano la enseñanza universitaria. Latinoamérica, por el contrario, hizo la opción a la inversa y todos conocemos los resultados.

Otro elemento fundamental de la estrategia exitosa fue el esfuerzo especial para que la educación alcanzara por igual tanto a niños como a niñas, con el resultado de una merma en las tasas de fecundidad en las mujeres educadas, un mejor cuidado de los niños y un mayor consumo de servicios preventivos de salud y, con todo esto, de mejor bienestar y condiciones de vida superiores para la familia. Pero lo que es más importante y, quizás, menos conocido, los altos niveles educativos de las mujeres asiáticas se tradujeron en un salto cualitativo en la inteligencia de todos los niños de la generación subsiguiente. Asimismo, se ha demostrado que los logros, por modestos que sean, en salud y nutrición mejoran el bienestar actual y futuro de la población, con lo cual se aumenta la capacidad de generar habilidades en el futuro y, con ello, se promueve la sostenibilidad del desarrollo.²

De allí los altos estándares de los estudiantes japoneses, por ejemplo, que salen de la secundaria con la preparación suficiente para cursar estudios universitarios en ciencias en cualquiera de las mejores universidades del mundo. Según Thurow, esto se contrapone, por ejemplo, con el resultado de las escuelas norteamericanas pues al salir de la escuela secundaria, la mayoría de los estudiantes "se han cerrado las puertas" a una carrera científica³. Si esto sucede en uno de los países más avanzados del mundo, cuál será la esperanza de los países pobres. La trascendencia de este hecho proviene de que el avance de las ciencias constituye la base del desarrollo tecnológico, base a su vez, del crecimiento de la productividad, ese "algo indefinible" del que hablábamos antes, que permite la combinación eficiente y efectiva de los agentes productivos y permite el crecimiento de la economía. He ahí, una vez más, la relación indisoluble entre la mente humana y el desarrollo económico.

Como se desprende de las reflexiones anteriores, el desarrollo es un proceso complejo, donde muchos factores se relacionan entre sí y necesita, en consecuencia, de una aproximación que no puede ser unidireccional, sino holística, lo que significa un enfoque integral, donde el eje central sea el ser humano y, por lo tanto, los objetivos sociales y los económicos tengan el mismo nivel de prioridad. Se requiere, en consecuencia, de políticas económicas y sociales que tengan en cuenta criterios de eficiencia y de equidad. Todo esto para lograr el verdadero objetivo del desarrollo: una sociedad más plena, donde los seres humanos tengan la oportunidad de ser completos, hombres y mujeres capaces de elegir, de decidir, de contribuir y, sobre todo, de vivir en paz.

En el caso de los países pobres, una de las tareas fundamentales es la reducción de la pobreza. Para lograrlo se requiere de un largo período de crecimiento económico en el cual haya la oportunidad de que aumente el empleo y se distribuyan mejor los ingresos. En este proceso, el papel del Estado debe ser, fundamentalmente, regulador y promotor de la actividad privada. No obstante, existen áreas de la economía que requieren de la intervención gubernamental, si se quiere lograr una sociedad más justa, porque en ellas, el mercado no constituye un buen mecanismo de asignación de los recursos. El ejemplo más claro donde no funcionan las leyes del mercado, es el del sector salud.

En este sentido, se reserva al Estado un papel fundamental en la tarea de corregir estas imperfecciones, mediante el gasto público social. Estudios realizados en Latinoamérica, 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, es decir, son los que tienen una mayor capacidad de aumentar los ingresos disponibles de la familia para mejorar su nivel de vida. Sin embargo, para generar un círculo virtuoso de causa y efecto, no basta con decir que el Gobierno debe elevar el gasto social. Se requiere de expresas

² Berman, P., **Health sector reform: making health development sustainable**, Harvard University Press, Massachusetts, 1995.

³ Thurow, Lester, **Head to head**, William Morrow and Company, Inc. New York, 1992.

políticas de asignación de los recursos en las áreas que realmente se necesitan y en las personas que no pueden satisfacer adecuadamente sus necesidades por sus propios medios; y se requiere, también que el proceso de asignación sea eficiente y productivo.

El caso del sector salud cae dentro de las consideraciones anteriores. Los esfuerzos que realiza el gobierno en este sector tienen, básicamente, tres objetivos: mejorar la salud de la población, mejorar la equidad social y reducir la pobreza, y, finalmente, mejorar el bienestar individual.⁴ Como casi ningún país puede considerar que ha logrado totalmente estas metas, las que, por cierto, van cambiando con el tiempo y las modificaciones de la sociedad, hay siempre estímulo para mejorar el sistema de salud. Por eso, la idea de la reforma sectorial, entendida como el conjunto de políticas destinadas a lograr los objetivos antes expuestos, tiene amplia aceptación en todo el mundo. No obstante, hay discusiones sobre los medios, que difieren según la realidad específica de cada país.

Por ejemplo, en las economías desarrolladas, durante las últimas dos décadas, se ha venido observando un aumento sustancial en el gasto de salud en casi todos los países del mundo y, particularmente, en las economías desarrolladas. Para algunos países, esto comenzó a verse como una amenaza para el crecimiento futuro de la economía y obligó a pensar en la necesidad de reformas en el sector que contribuyeran a detener este aumento acelerado de los costos y que permitieran, a la vez, lograr la doble finalidad del acceso universal de la población al sistema de salud, unido a la calidad de los servicios.

En consecuencia, se empezó a poner atención considerable a la medición confiable y sistemática de esta variable, así como a lograr que las cifras fueran comparables internacionalmente. Hasta hace muy poco tiempo, cuando se hablaba de "gasto en salud" generalmente se hacía referencia al financiamiento público. No se había advertido, todavía, la enorme importancia que tiene el gasto privado y, particularmente, el gasto de las familias, en el financiamiento de las necesidades de salud de una población. A través de las encuestas de ingresos y gastos de los hogares, fue posible corregir este vacío.

Los países miembros de la OECD fueron los primeros en producir un sistema de estadísticas de salud, confiable, sistemático y comparable, que contabilizara todos los flujos financieros dentro del sector, ya sea que provinieran de fuentes internas, públicas o privadas, o de fuentes externas. Así nacen las Cuentas Nacionales de Salud (CNS), las cuales describen el flujo de gastos dentro del sector, desde su origen, el tipo de servicios que se adquieren y los canales para todos los fondos del sistema de salud.

Los Estados Unidos continuaron con esta iniciativa, en un esfuerzo por comprender por qué este país, con gastos superiores a los de cualquier otro en el mundo, superior al 10% de su Producto Interno Bruto (PIB) en 1992 y alcanzando un 14% en el 1996, presentaba todavía problemas de salud de mayor envergadura que los países europeos, unidos a una menor esperanza de vida. Esto llevó a la conclusión de que debían existir problemas de asignación de recursos, los cuales serían identificados a través de las CNS, a fin de ser monitoreados y corregidos mediante las políticas adecuadas⁵.

Si esto ocurría en un país rico como los Estados Unidos, cuánto más debería estar sucediendo en los países de menor desarrollo relativo, donde la eficiencia y la productividad son muy inferiores. Y dado que estos países poseen una gran escasez de recursos, cuánto más importante es para ellos disponer de información confiable sobre el gasto nacional de salud, a fin de detectar la falta de racionalidad en la asignación de los fondos.

De esta forma, el presente estudio se enmarca en la aspiración de lograr un sistema de salud equitativo, universal y de calidad, que mejore la salud y el bienestar de la población, que contribuya también a mejorar su nivel de vida. Su enfoque principal es el análisis de la equidad del financiamiento a la salud en la República Dominicana, particularmente, del financiamiento familiar, así como del potencial que tiene la intervención gubernamental para corregir las desigualdades, mejorar la distribución del ingreso y reducir la pobreza. Para ello, se basa en dos fuentes estadísticas producidas en el país por primera vez en

⁴ Hammer, J. and Berman, P., **Ends and means in public health policy in developing countries**, in *Health sector reform in developing countries*, opus cit.

⁵ McGreevy, William, **National Health Accounts at the World Bank, Past and Prospect**, World Bank, Washington, D.C., 1997.

1996: las Cuentas Nacionales de Salud y en la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA), la cual incluyó ese año un módulo de gasto familiar en salud.

EL SECTOR SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

El sector salud en la República Dominicana está dirigido por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Otra importante institución del sector público es el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), que tiene una muy baja cobertura en términos de población asegurada. Existe un amplio y diversificado sector privado, lucrativo y no lucrativo, tanto en la provisión de servicios como en el aseguramiento. Las facilidades de la SESPAS alcanzan todo el territorio nacional, ofreciendo el 56% de las camas hospitalarias. Tanto el IDSS, como los establecimientos militares, las ONG y las clínicas privadas, se concentran en las zonas urbanas. Se estima que el IDSS tiene un 8% de las camas, y el sector privado el restante 36%.⁶

En lo que respecta a la situación sanitaria, desde hace varios años, se da como un hecho sin discusión que, desde el punto de vista epidemiológico, la República Dominicana presenta un mosaico de enfermedades, algunas típicas de la pobreza, junto a las dolencias crónicas y al crecimiento de los accidentes y la violencia. Es decir, el país se encuentra en la fase de inicio de la transición epidemiológica. El Distrito Nacional es la localidad del país donde esta transición se halla más avanzada, seguido por el Cibao y el resto de la región Este.

Los recursos humanos y la infraestructura existente en el sector salud, parecieran ser suficientes para el nivel de desarrollo del país; inclusive, el número de médicos está muy por encima de las recomendaciones internacionales, habiendo crecido notablemente en los últimos años debido a la proliferación de escuelas de medicina. Sin embargo, hay problemas de alta concentración geográfica de los mismos en la Capital y en las zonas urbanas, así como asignación inadecuada de los fondos públicos, lo que se traduce en importantes ineficiencias productivas, en perturbaciones laborales y otras consecuencias.

Cuadro 1
Disponibilidad de médicos y enfermeras
Países de América Latina seleccionados, 1992

| Países | Médicos / 10,000 h. | Enfermeras prof./ 10,000 h. |
|-----------------------------------|------------------------|--------------------------------|
| Haití | 1.6 | 1.3 |
| Bolivia | 5.1 | 2.5 |
| Perú | 7.3 | 4.9 |
| República Dominicana, 1992 | 7.7 | 2.0 |
| 1997 | 15.0 | 3.0 |
| Nicaragua | 8.2 | 5.6 |
| Honduras | 8.6 | 2.6 |
| Guatemala | 9.0 | 3.0 |
| El Salvador | 9.1 | 3.8 |
| México | 10.7 | 4.0 |
| Chile | 10.8 | 4.2 |
| Costa Rica | 12.6 | 9.5 |
| Venezuela | 19.4 | 7.7 |
| Argentina | 26.8 | 5.4 |

FUENTE: OPS, Indicadores básicos (tomado de **Honduras ¿cómo lograr salud para todos?**, Banco Mundial, 1998).

Otra conclusión importante que se deriva de este estudio es que, desde el punto de vista social, existe una clara correlación entre el nivel de ingresos de las familias y la utilización de servicios de salud. Aunque los pobres se enferman en mayor proporción que los ricos, buscan menos atención fuera del hogar y muchos de ellos no lo hacen por falta de dinero. Asimismo, tienen una mayor percepción de la

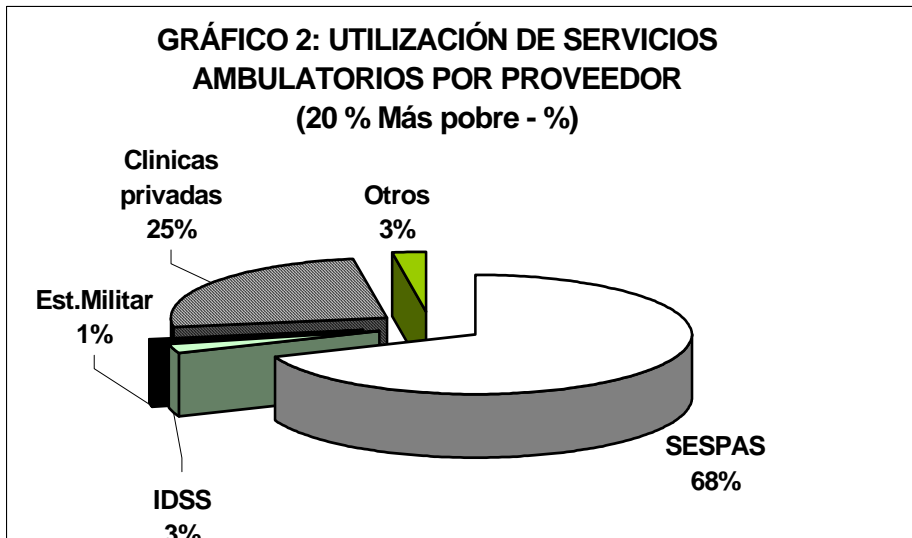
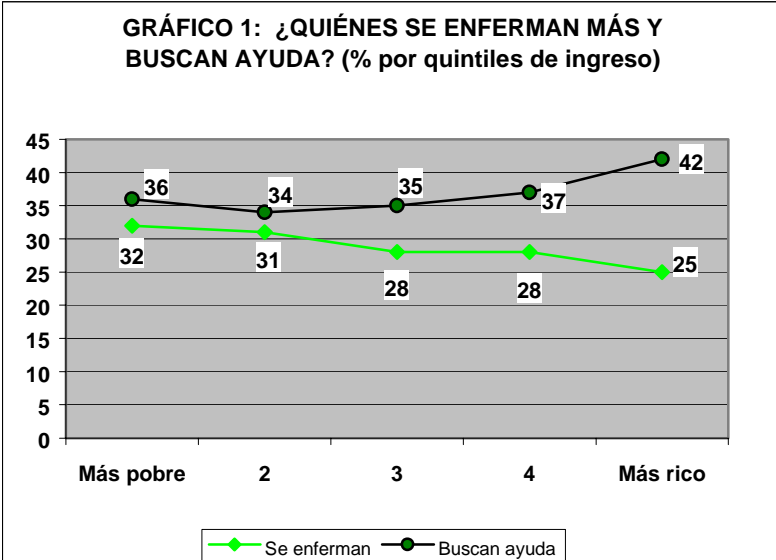
⁶ OPS/SESPAS/CERSS, **Perfil del sistema de servicios de salud en la R.D.**, Santo Domingo, 1998.

baja calidad o de la falta de acceso a los servicios públicos. En el caso de las enfermedades buco-dentales, cuyo tratamiento es muy caro y para ellas, prácticamente, no existe financiamiento público, la correlación entre ingreso y utilización es mayor.

Las mujeres son las principales usuarias de todos los tipos de servicios de salud, ya que el embarazo y el parto son los problemas por los que se busca más atención, tanto preventiva como ambulatoria y de hospitalización. También son importantes usuarios los niños pequeños, menores de cinco años y los ancianos.

En general, las instituciones de la SESPAS son las más demandas por los usuarios en el ámbito nacional, seguida muy de cerca por las clínicas privadas, en el volumen de pacientes que atienden. Sólo en el caso de los servicios preventivos, la participación pública es mucho mayor.

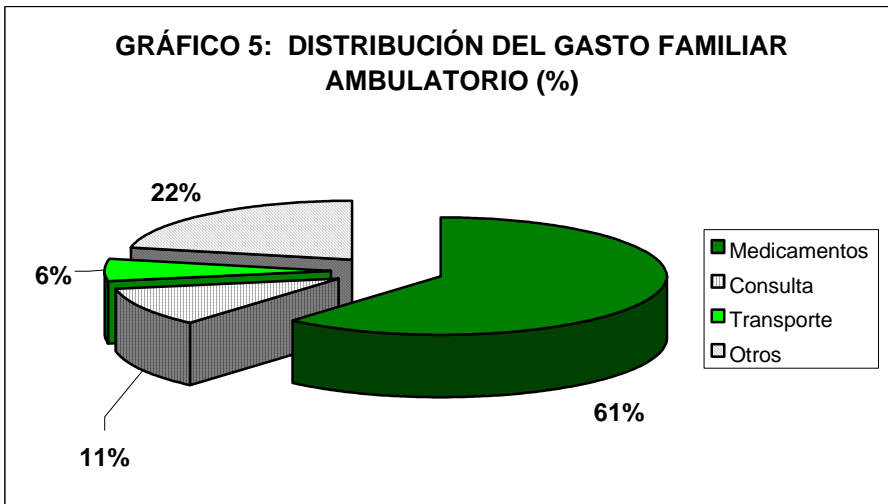
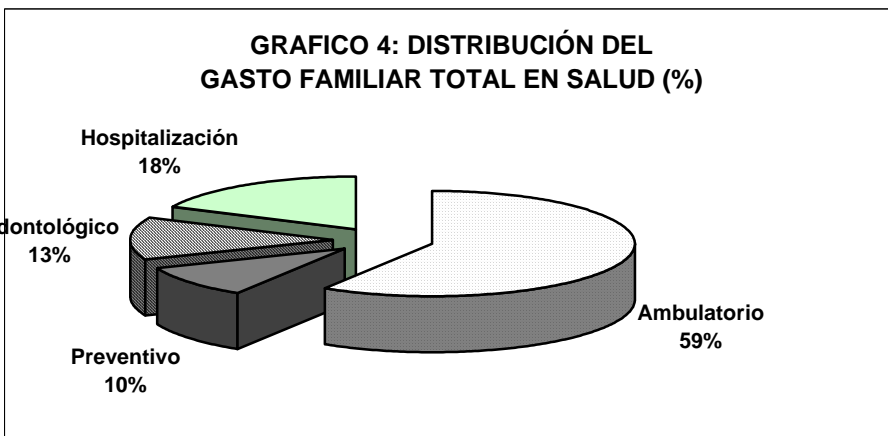
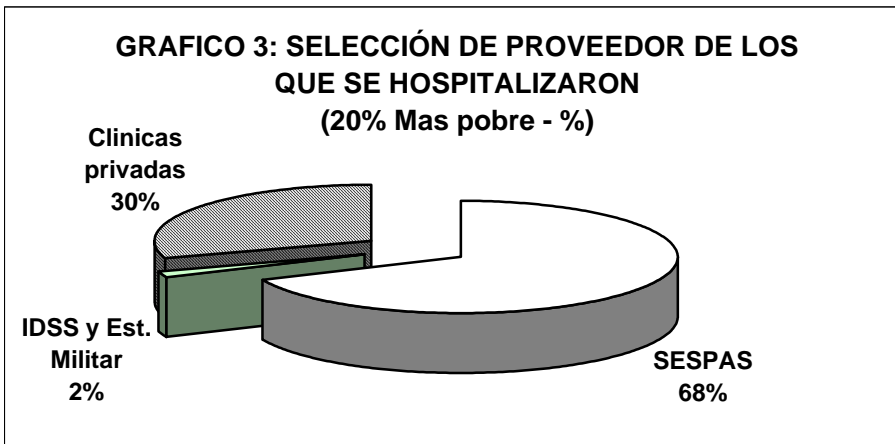
A “grosso modo”, podría decirse que alrededor del 90% de la población, distribuida en partes más o menos iguales, dependiendo del tipo de servicio, demanda los servicios de la SESPAS y de las clínicas privadas. El restante 10% corresponde a todos los demás proveedores juntos (seguro social, servicios militares, privados no lucrativos y otros). Si se pone la atención sobre la zona urbana, se observa que las clínicas privadas son las más demandadas, siendo esto más marcado en el Cibao que en el resto del país.



Si bien es cierto que la SESPAS se orienta preferentemente hacia los de menor ingreso, las cifras parecen sugerir que ni siquiera ella puede llegar a los más pobres entre los pobres. Pareciera que existe un grupo de la población que prácticamente no consume servicios de salud, quizás por problemas de acceso, por falta de educación en salud o por falta de recursos. La información existente no aporta elementos suficientes

para comprender cabalmente esta situación, lo que sugiere la necesidad de estudios a mayor profundidad.

En los tramos superiores de ingreso, hay un grupo importante de personas que usan los servicios públicos, mientras que grandes grupos de los más pobres prefieren el sector privado. Esto también sucede en el IDSS. A pesar de que por ley están excluidos los trabajadores con salarios superiores a alrededor de un salario mínimo y medio (lo que hace suponer que pertenecen a familias en los quintiles más bajos), hay una cantidad importante de usuarios del IDSS que tienen ingresos superiores. Se trata, probablemente, de personas que obtienen permisos especiales para ser atendidos allí, lo cual implica un subsidio de parte de los cotizantes más pobres, a los no cotizantes de mayores ingresos.



Uno de los indicadores más claros de la falta de equidad del financiamiento a la salud, es el hecho de que alrededor de la tercera parte de los dominicanos más pobres que se enferman y buscan atención, lo hacen en el sector privado, sin cobertura de seguros. Esto significa que pagan de su bolsillo, agravándose más su condición de pobreza. Esta situación es peor en el caso de los enfermos crónicos y de los internamientos en hospitales. Es decir, justamente aquellos que se encuentran en estado de mayor vulnerabilidad, son los que deben enfrentar una carga financiera mayor.

GASTO FAMILIAR EN SALUD: UN ENFOQUE DE EQUIDAD

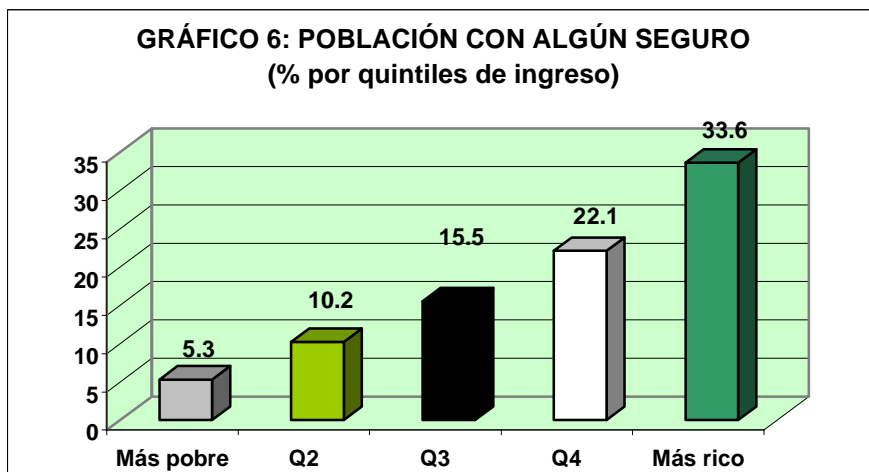
El componente principal del gasto familiar en salud es el gasto ambulatorio. La composición del mismo está fuertemente dominada por el gasto en medicamentos, que representa, como promedio, el 61% del total. Este dato es coherente con el tamaño del mercado de medicamentos, que es sustancial en la República

Dominicana, generado principalmente por el consumo de las familias, a través de clínicas privadas y de las farmacias, movilizando alrededor de US\$160 millones anuales,⁷ cifra que representa alrededor del 20% del gasto nacional en salud. Al no existir, prácticamente, un seguro social y, tampoco, un fuerte financiamiento y regulación pública, el sector crece en base a las leyes de oferta y demanda, movidas por el fuerte mercadeo y la publicidad de las empresas farmacéuticas. Por ejemplo, tan sólo un 6% de las ventas de medicamentos corresponden a productos genéricos, lo que se traduce en costos más elevados para las familias.

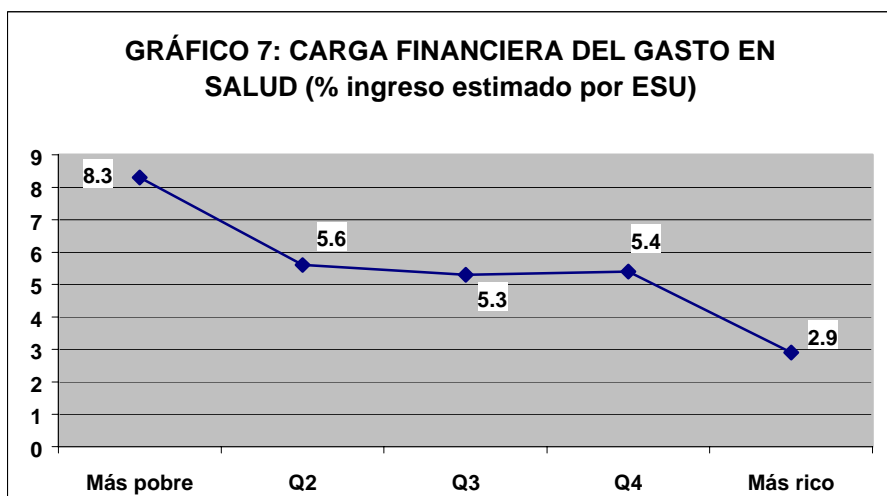
⁷ OPS, Perfil del sistema de servicios de salud, op. cit.

El segundo componente es “otros”, que incluye toda la gama de medios de diagnóstico. Asimismo, el transporte constituye también un componente importante del gasto, lo que puede estar hablando de las dificultades de acceso geográfico a los centros de salud, unido a la falta de operatividad del sistema de referencia y a la costumbre de los dominicanos de no utilizar los servicios locales, sino trasladarse con frecuencia a centros de la capital, debido al reconocimiento generalizado de ciertos servicios.

El gasto en medicamentos es también muy elevado en el contexto latinoamericano, ascendente al 37% del gasto familiar total, como promedio para un grupo de siete países latinoamericanos.⁸ El porcentaje se eleva al 52% en el caso del quintil más pobre de la población.



En lo que respecta al análisis de la equidad del financiamiento familiar a la salud, es preciso señalar que las diferencias más sustanciales encontradas entre los distintos grupos analizados en este trabajo, tienen que ver con el nivel de ingreso de los hogares. La forma de pago predominante en el sistema dominicano de salud es el pago directo o pago de bolsillo. Casi ningún servicio es enteramente gratuito, siendo menos gravosos los de tipo preventivo, particularmente dirigidos a la madre y el niño.

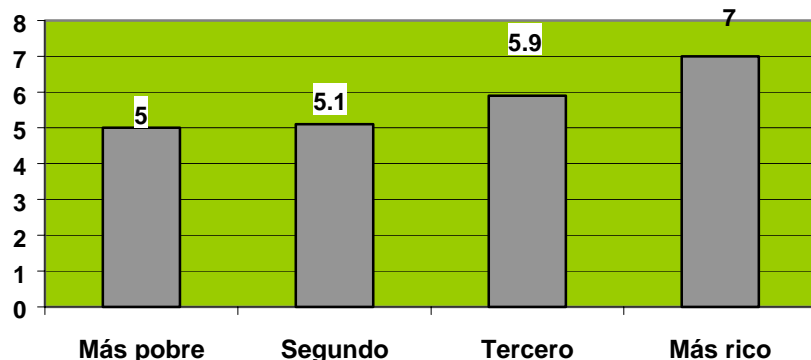


Uno de los elementos que muestran de manera contundente la falta de equidad del sistema dominicano de salud, es la baja cobertura del régimen de aseguramiento y más baja aún la del aseguramiento público. En efecto, el 82% de las personas no tiene ninguna cobertura, elevándose esta cifra al 91% en la zona rural. Esto, unido

a la privatización de los servicios de salud y a la falta de regulación pública del mercado, genera un elevado gasto de bolsillo, lo cual se traduce en que el consumo de servicios de salud está ligado al ingreso de las familias. Los hombres tienen más cobertura de seguros que las mujeres, fundamentalmente porque el aseguramiento es función del empleo y existen más hombres que mujeres en la fuerza laboral. Pero existen prácticas discriminatorias: el seguro público excluye a la mujer del trabajador y los seguros privados también excluyen a las madres que no están legalmente casadas, las que constituyen la mayoría. La cobertura de seguros aumenta en la medida que se incrementa el ingreso. No obstante, resalta el hecho de que una tercera parte de las familias de ingresos altos, todavía no estaban aseguradas en 1996.

⁸ OPS, *National Health Expenditures and Financing*, Washington, DC., 1995.

GRÁFICO 8: CARGA FINANCIERA DE SALUD EN LATINOAMÉRICA (% del ingreso familiar, por grupos cuartílicos de ingreso)



FUENTE: OPS. "National Health expenditure and

Todo lo anterior da como resultado que las familias deben afrontar una importante carga financiera para cuidar de su salud. Con esta expresión se hace referencia a la proporción del ingreso que las familias deben gastar en este renglón. En la República Dominicana, la forma de esta curva es descendente, o sea, los pobres gastan más, como proporción de su ingreso, que los ricos. Esto contrasta con la realidad latinoamericana generalizada, en que los ricos tienden a buscar atenciones más tecnológicas y de mayor confort, casi siempre más costosas, además de que buscan soluciones médicas a problemas incurables, en mayor proporción que los grupos más pobres.

Una explicación del elevado gasto de los pobres parece ser la falta de confianza de la población en el sistema público, que la hace orientarse hacia el privado, sin cobertura de seguros. Como se sabe, el seguro constituye una protección contra el riesgo financiero de enfermarse, y permite repartirlo entre amplios grupos de personas. Otra razón posible puede ser el esquema de atención en la República Dominicana, donde la demanda es estimulada por los médicos, sin buscar alternativas de bajo costo para los pobres. En consecuencia, esta situación muestra claramente la falta de equidad del financiamiento a la salud en la República Dominicana.

¿ES DISTRIBUTIVO EL FINANCIAMIENTO PÚBLICO?

El gasto familiar en salud constituye un componente importante del gasto total que realiza una economía cualquiera en este sector. Hace una década, los estudios latinoamericanos sobre el sector salud no tomaban en cuenta esta realidad, enfocando la atención, fundamentalmente, en el gasto gubernamental. Como se ha señalado previamente, los países europeos que forman parte de la OECD, fueron los primeros en advertir esta situación y comenzaron a recabar información sobre el gasto familiar, a partir de las encuestas de hogares, particularmente, las llamadas encuestas de ingresos y gastos. Luego elaboraron las primeras Cuentas Nacionales en Salud a escala internacional, que engloban tanto los gastos públicos como los privados.

Estudios realizados por el BID, el Banco Mundial y la OPS, a partir de 1993, han mostrado que los gastos privados y, fundamentalmente, los erogados por las familias, representan alrededor del 50% de los gastos totales de un país.⁹

La realidad de que el gasto familiar sea un componente tan importante del gasto total, nos ofrece una primera indicación de la posibilidad de que existan problemas de equidad en el financiamiento a la salud de un país determinado. Esto es así porque el mercado no es un buen mecanismo para asignar los recursos de manera equitativa dentro del sector salud.

El rol del mercado

En efecto, se reconoce ya mundialmente que el mercado de servicios de salud es uno de los que presenta las mayores imperfecciones, si no es el que más. Por un lado, el consumo de estos servicios se

⁹ Henderson, Pamela, **Gastos familiares de salud en América Latina y el Caribe**, OPS, Programa de Políticas de Salud, diciembre de 1994.

considera esencial y, por el otro, en este mercado es casi imposible que funcione la llamada "soberanía del consumidor", que constituye la premisa básica para el funcionamiento adecuado de cualquier mercado.

Como ejemplo de estas imperfecciones, bastaría mencionar el hecho de que, por el lado de la demanda, el usuario de los servicios, o sea, el paciente, que generalmente está enfermo, no es quien los demanda. Quien lo induce a comprar es su médico, mediante las recetas de medicamentos, medios de diagnóstico e intervenciones clínicas. El usuario no tiene conocimientos suficientes para saber si necesita o no dichos tratamientos o si los mismos son costo-efectivos, porque entre ellos hay asimetría de información. Como se trata de su vida, obviamente el paciente prefiere creer en lo que le dice el médico, quien generalmente, no ha sido entrenado para tener en cuenta el problema de los costos a la hora de hacer una indicación.

Para complicar más el asunto, la tendencia normal en el desarrollo de este mercado es la generalización del seguro médico, por lo que quien paga el grueso de la atención es un tercero, incentivándose así el consumo. Además, por el lado de la oferta, hay una tendencia generalizada a probar nuevos productos, nuevas tecnologías y tratamientos. Esto induce a elevar los costos de la atención y crea nuevas necesidades, que los usuarios aceptan pagar por tratarse de su propia salud. A esta situación límite, donde dejan de importar las consideraciones relacionadas con el precio, independientemente de la situación económica del usuario, se la ha calificado como "de vida o muerte", en la literatura especializada sobre el tema.

Todas estas imperfecciones han llevado a la necesidad de introducir regulaciones en el mercado de servicios clínicos y en el de seguros. Asimismo, la oferta se ha ido modificando, creándose organizaciones nuevas que integran las funciones de provisión y aseguramiento, compartiendo riesgos y restringiendo costos. A su vez, es preciso proteger al consumidor mediante la intervención pública, ya sea subsidiando los servicios de los más pobres, regulando los sistemas de aseguramiento para evitar exclusiones injustas, como también, promoviendo la educación y organización de los consumidores.

La experiencia internacional ha demostrado que, aún con estas regulaciones, es difícil proteger a toda la población. El libre mercado simplemente no funciona en el sector salud, debido a las características anormales del mismo. Todos los países del mundo se hallan en procesos de reforma del sector, procurando corregir estas deficiencias que, en términos de equidad, son mucho peores en los mercados más libres, como el caso de los Estados Unidos. Este país está hoy introduciendo cambios que restringen dicha libertad, pero son difíciles de implementar debido a la fortaleza de los grupos de poder. Otros países, con sistemas de planificación central, como Suecia y Gran Bretaña, tienen mayor cobertura y mejores resultados, a un costo menor. No obstante, también ellos se encuentran inmersos en procesos de reforma, especialmente para elevar la calidad, la eficiencia y la satisfacción de los usuarios. Algunos de estos cambios incluyen los llamados "mercados internos", es decir, introducir la competencia al interior del sector público, para aumentar la eficiencia¹⁰.

Como se ve, el mundo está tendiendo a buscar un sistema de salud que tome lo mejor de las distintas experiencias, que se aproxime al centro, en lugar de a los extremos, que mejore la situación de salud de la población al más bajo costo, procurando lograr cobertura universal, mayor calidad y un trato más integral y humanizado a las personas.

Para que estos ideales sean factibles, la información empírica ha llevado a la conclusión de que se necesita una intervención gubernamental fuerte y decidida, con mayor razón aún en los países en proceso de desarrollo. Sin embargo, ello no implica, necesariamente, la provisión directa de los servicios. Este tema se trata en la sección que sigue.

El rol del financiamiento público

¹⁰ Una amplia discusión de este tema puede encontrarse en William Hsiao, **Abnormal economics in the health sector**, publicado dentro del libro de P. Berman, *Health Sector Reform in Developing Countries: making health development sustainable*, Harvard University Press, (1995).

Todo lo anterior llama la atención sobre la importancia que tiene el financiamiento público en el sistema de salud, con la finalidad de corregir las desigualdades en el acceso y utilización de estos servicios esenciales. En efecto, numerosos estudios han encontrado correlación entre el grado de participación pública en el financiamiento de la salud y el ingreso per cápita, siendo la tendencia generalizada un aumento del financiamiento público a medida que el país tiene un desarrollo mayor, lo cual, también, se traduce en el mejoramiento de los resultados en salud de la población.

En el Cuadro 2 pueden verse las grandes diferencias entre la participación pública en el financiamiento a la salud en la República Dominicana y los promedios de todas las regiones del mundo. Parte de éstas son explicadas por el hecho de que en el país no existe prácticamente un sistema de seguro social de salud, que en muchos países constituye el principal componente del financiamiento público. Pero aún dentro de Latinoamérica, y comparando con países individuales, resalta la baja participación del gobierno en el financiamiento al sector salud.

El gobierno, en la República Dominicana, ha destinado fondos tradicionalmente bajos a los sectores sociales y, dentro de éstos, la proporción del PIB asignada a salud ha oscilado alrededor del 1%. Además de que el sector requiere de un mayor financiamiento público, es preciso garantizar que los fondos se asignen adecuadamente en relación con las necesidades de la población, por un lado y, por el otro, que se destinen a subsidiar a los grupos sociales que más lo necesiten. El primer tema está relacionado con la productividad del gasto social y el segundo, con su efecto distributivo. Este último punto se estudia en la sección siguiente.

Cuadro 2
Gasto en salud por región mundial, 1994

| REGION | PIB per cápita US \$ | Gasto en salud per Cápita US\$ | Gasto en salud como % del PIB | % del Fin. público sobre GNS |
|---|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Este asiático y Pacífico (incluye China) | 1,196 | 46 | 3.9 | 53 |
| Europa del Este y Asia Central | 1,858 | 131 | 6.3 | 69 |
| Lationamérica y el Caribe | 3,138 | 372 | 6.0 | 56 |
| República Dominicana (1996) | 1,730 | 112 | 6.5 | 24 |
| Medio Oriente y Norte de Africa | 2,783 | 273 | 4.6 | 53 |
| Asia del Sur (incluye India) | 440 | 58 | 3.5 | 44 |
| Africa al sur del Sahara | 811 | 88 | 4.1 | 51 |
| Economías de mercado establecidas (1) | 21,968 | 1,777 | 8.3 | 77 |
| Grupos de ingreso (2) | | | | |
| Bajos ingresos | 416 | 62 | 4.1 | 49 |
| Medianos ingresos | 2,785 | 321 | 5.5 | 59 |
| Altos ingresos | 18,659 | 1,518 | 6.8 | 66 |

(1) Países de la OECD, excluyendo Hungría, México y Turquía.

(2) Los grupos de ingreso se basan en el PIB per cápita de 1995. Bajos ingresos: menos de US\$765; medianos ingresos: \$766-9,385; y altos ingresos: \$ 9,386 y más.

FUENTE: Banco Mundial, 1997. Datos sobre R.D. correspondientes a 1996, del Banco Central de la R.D.

El efecto distributivo del gasto público

Los estudios sobre el particular se engloban en la teoría de la incidencia de la política fiscal, que se refiere a la capacidad del sistema impositivo y del gasto público, de modificar la distribución del ingreso. En el caso de los impuestos, se dice que un sistema tributario es "progresivo", cuando grava proporcionalmente más a los ricos que a los pobres. En el caso del gasto público, especialmente, del gasto social, se procura determinar si beneficia en mayor proporción a los grupos de menores ingresos. Cuando esto es así, una parte del consumo familiar es subsidiado por el Estado y las familias disfrutan de un nivel de vida superior al que tendrían sin el subsidio.

GRÁFICO 9: EFECTO DEL SUBSIDIO SOBRE EL INGRESO FAMILIAR DEL GRUPO MÁS POBRE, % 1980

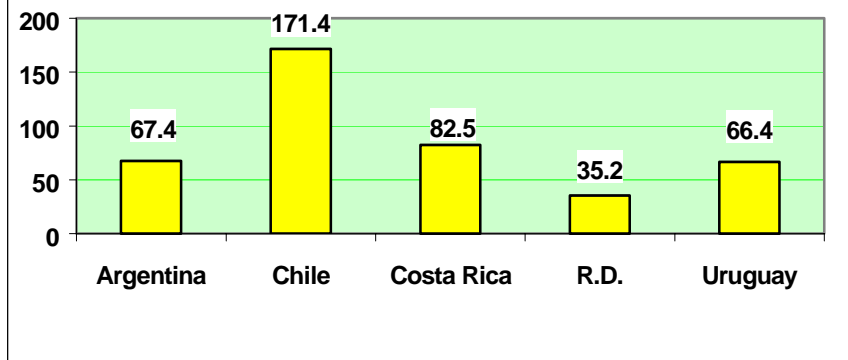
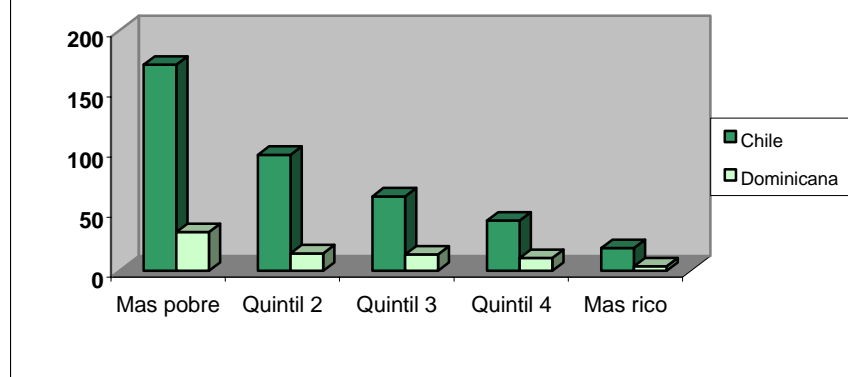


GRÁFICO 10: EFECTO DEL SUBSIDIO PÚBLICO SOBRE EL INGRESO FAMILIAR, 1980 (% por grupos de ingreso en Chile y RD)



En el caso dominicano, el subsidio del Estado contribuye a aumentar el ingreso familiar de los más pobres en un 35%, mientras que en el caso de Chile, lo hace en 171%, o sea, casi lo triplica.

Esto sobresale más si se tiene en cuenta que, a la fecha de realizarse esta investigación, la República Dominicana y Chile eran, de los países estudiados, los que tenían una distribución más desigual del ingreso. Mediante el gasto público social, Chile logró suavizar sustancialmente esta situación, mientras que en Dominicana no se alteró prácticamente el patrón distributivo. Puede verse en el gráfico 10 que, a pesar de las grandes diferencias entre ambos, la orientación de la curva es similar. Esto dice que el gasto social tiende a ser progresivo respecto al ingreso.

Desde finales de los años setenta, se vienen realizando en Latinoamérica numerosos estudios sobre la incidencia de la política fiscal.¹¹ La mayoría de estos concuerdan con el hecho de que el gasto público social es un mecanismo eficaz para la redistribución del ingreso y, de esta forma, para mitigar los efectos de la pobreza.

Los gráficos adjuntos muestran, a manera de ejemplo, que gracias a la intervención gubernamental en los sectores sociales, específicamente salud, seguridad social, educación, agua y vivienda, el ingreso familiar de los más pobres, en proporciones diversas, en los cinco países que participaron en la investigación. ¹²

El Gráfico 9 muestra que en todos los países, el efecto de la intervención gubernamental fue mejorar el nivel de consumo del grupo más pobre, o sea, el gasto social fue progresivo con relación a la distribución del ingreso. Pero la proporción no es la misma.

¹¹ Algunos de los antecedentes de estos trabajos son: Marcelo Selowsky, **Who benefits from government expenditures – a case study of Colombia**, Oxford University Press, 1979. Elke Meldau, **Benefit Incidence – Public Health Expenditure and Income Distribution: a case study of Colombia**, The Christopher Publishing House, Mass., 1980. Alejandro Foxley et al, **La distribución de la carga tributaria**, CIEPLAN, Chile, 1977. Kotlikoff, L y L. Summers, **Tax Incidence**, en Auerbach y Feldstein, *Handbook of public economics*, North Holland. Mann A.J. **La carga de las contribuciones y los beneficios de los gastos públicos**, Puerto Rico, Universidad de Mayagüez, 1973. Petrei, A. Humberto, **El Gasto Público Social y sus efectos distributivos**, ECIEL, 1987. Rodríguez Grossi, J. **La distribución del ingreso y el gasto social en Chile**, Ilades, 1983. Para el caso dominicano, ver Santana y Rathe: **Impacto distributivo de la gestión fiscal**, Santo Domingo, (1992) y **Reforma social: una agenda para combatir la pobreza**, Santo Domingo, (1993). En el caso específico del sector salud, ver Ravindra Rannan-Eliya, Claudia Blanco-Vidal and Nandakumar **Equity in the delivery of health care in Egypt: An analysis using a National Health Accounts framework**.

¹² Petrei, A. Humberto, op. cit. La parte correspondiente a la República Dominicana fue elaborada por un equipo compuesto por F. De Moya, I. Santana y M. Rathe.

Sin embargo, no todos los sectores sociales presentan los mismos grados de progresividad. Los que tienen un alto componente de inversión de capital, como agua, alcantarillado y vivienda, poseen un impacto menor sobre el bienestar de las familias. Por el contrario, los gastos públicos en salud, educación y seguridad social son los que tienen un efecto distributivo mayor, tal como puede verse en la literatura internacional sobre el tema.

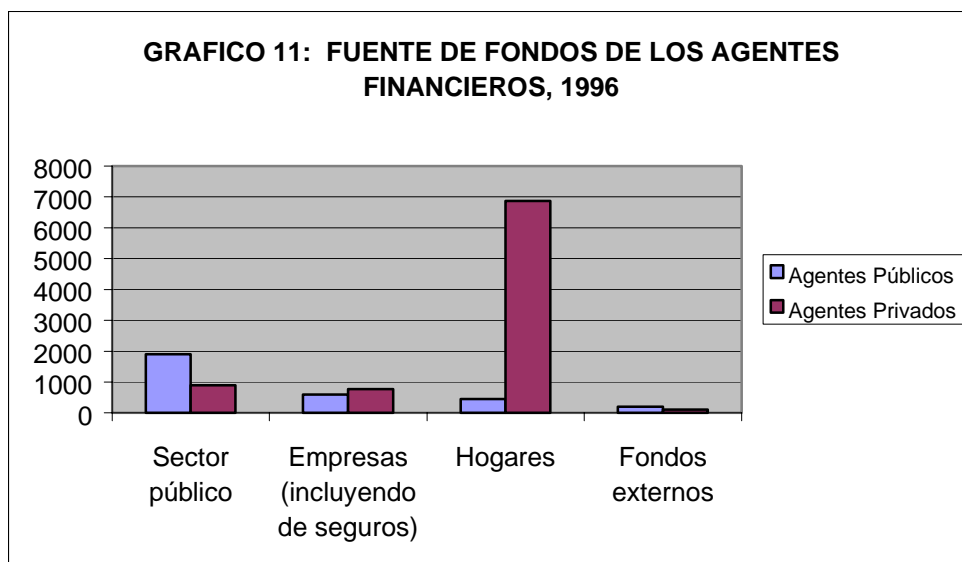
El subsidio público en salud: el caso dominicano

Como se ha señalado previamente, algunos estudios citados intentaron estudiar la incidencia del gasto en salud en la República Dominicana, durante los años ochenta. Con la elaboración de las Cuentas Nacionales en Salud del año 1996, es posible lograr un mayor detalle y confiabilidad, pues se dispone de instrumentos que así lo permiten. Del mismo modo, la construcción permanente de estas CNS y el levantamiento periódico de estadísticas de gasto familiar, permitirán en el futuro realizar estudios de evolución a través del tiempo.

En esta sección se describen los principales hallazgos de las CNS y, a continuación, se realiza la estimación correspondiente para calcular el efecto distributivo del gasto público en salud.

Las Cuentas Nacionales de Salud

Las CNS describen el flujo de gastos dentro del sector y lo presentan en cuatro matrices básicas que consolidan la información financiera del mismo y permiten calcular el Gasto Nacional en Salud para un año determinado, incluyendo las operaciones tanto del sector público como del privado. Fueron elaboradas por primera vez en el país por el Banco Central de la República Dominicana, para el año 1996, habiéndose estimado el gasto familiar con los resultados de la ENDESA-96. Asimismo, se



realizaron estudios específicos sobre el sector de los seguros privados y de las ONG.

La definición de gasto en salud adoptada para el cálculo de las CNS es la siguiente: "Constituyen gasto en salud todos los desembolsos para la prevención, promoción, rehabilitación y cuidado, que tengan por objetivo primario el mejoramiento de la

salud". Esta definición excluye grandes programas que tienen efecto en la salud, pero cuya meta principal no es ésta; por ejemplo: los subsidios generales de alimentos, el abastecimiento y mejoramiento del agua potable, el mejoramiento de la vivienda, los gastos en servicios comunitarios y de asistencia social.¹³ No obstante, como información por separado, las CNS de 1996 presentan matrices corregidas que incluyen los más importantes de estos renglones excluidos de la definición anterior.

A continuación, se resumen los hallazgos principales de las CNS del año 1996. El Gasto Nacional en Salud (GNS), es decir, el valor total que asignó la sociedad dominicana para cubrir sus necesidades de salud, ascendió a RD\$11,918.7 millones, lo que equivale a US\$876.4 millones y a US\$112 por persona.¹⁴

¹³ Banco Central de la República Dominicana, **Cuentas Nacionales de Salud**, Informe Metodológico, (1995).

¹⁴ Debe señalarse que estas son cifras preliminares, tanto en lo que concierne al monto como a la clasificación.

A fin de tener una idea relativa de lo que esta cifra representa con relación al tamaño de la economía dominicana, así como para realizar comparaciones internacionales, se calcula cuál es el porcentaje que la misma representa del Producto Interno Bruto (PIB). Este último mide el valor de la producción de bienes y servicios en un año determinado. En este sentido, el GNS representa un 6.5% del PIB del año 1996, conformado por un 1.5% correspondiente al sector público, un 4.8% por el sector privado y un 0.2% por el resto del mundo, en forma de cooperación financiera.

**Cuadro 3
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD, 1996**

| CONCEPTO | Millones RD\$ | Millones US\$ | % (del total) | % (del PIB) |
|--------------------------------|------------------|-----------------|---------------|-------------|
| PIB | 183,532.2 | 13,495.0 | | |
| GASTO NACIONAL EN SALUD | 11,918.7 | 876.4 | 100.0 | 6.5 |
| SECTOR PUBLICO | 2,804.2 | 206.2 | 23.5 | 1.5 |
| Gobierno Central | 2,626.9 | 193.2 | 22.0 | 1.4 |
| Resto sector publico | 177.3 | 13.0 | 1.5 | 0.1 |
| SECTOR PRIVADO | 8,807.0 | 647.6 | 73.9 | 4.8 |
| Hogares | 7,441.2 | 547.1 | 62.4 | 4.1 |
| Empresas | 1,365.8 | 100.4 | 11.5 | 0.7 |
| RESTO DEL MUNDO | 307.5 | 22.6 | 2.6 | 0.2 |
| Ingresos externos del gobierno | 200.3 | 14.7 | 1.7 | 0.1 |
| Ingresos externos de ONG | 107.2 | 7.9 | 0.9 | 0.1 |

FUENTE: Elaborado base a la ENDESA-96 y las Cuentas Nacionales de Salud del Banco Central.

El cuadro 3 muestra las siguientes cifras, como porcentaje del GNS: un 24% del GNS total proviene de fuentes públicas (gobierno, instituciones descentralizadas y empresas públicas), un 73.9%, de fuentes privadas (hogares y empresas¹⁵) y un 2.6%, del resto del mundo. Este último concepto se refiere a los ingresos del sector provenientes del exterior, en forma de préstamos, donaciones y pagos a los proveedores nacionales por parte de los residentes en el exterior.

Los fondos que la economía dominicana asigna al sector salud son canalizados a través de los "agentes financieros", es decir, las instituciones que administran fondos de salud para los distintos grupos poblacionales, ya sea que presten los servicios ellas mismas (como la SESPAS o el IDSS) o que los adquieran a otros proveedores (como los seguros privados que compran los servicios a las clínicas y demás). En el Cuadro 4 se muestra un resumen del gasto en salud por agentes financieros.

**Cuadro 4
GASTO EN SALUD POR AGENTE FINANCIERO, 1996**

| AGENTES FINANCIEROS | Millones RD\$ | Millones US\$ | % del Total |
|--------------------------------|-----------------|---------------|--------------|
| GASTO NACIONAL EN SALUD | 11,918.7 | 876.4 | 100.0 |

¹⁵ Los aportes de las empresas se muestran por separado. Estos constituyen, básicamente, aportes para la compra de seguros privados, es decir, pueden ser considerados como parte del costo salarial y, por lo tanto, pueden también considerarse gastos de las familias.

| | | | |
|----------------------------------|----------------|--------------|-------------|
| AGENTES PÚBLICOS | 3,154.3 | 231.9 | 26.5 |
| Gobierno Central | 2,252.8 | 165.6 | 18.9 |
| IDSS | 813.0 | 59.8 | 6.8 |
| Empresas públicas | 60.3 | 4.4 | 0.5 |
| Otros | 28.2 | 2.1 | 0.2 |
| AGENTES PRIVADOS | 8,643.4 | 635.5 | 72.5 |
| Empresas formales (1) | 4,290.4 | 315.5 | 36.0 |
| Seguros privados (2) | 1,230.3 | 90.5 | 10.3 |
| ONG (3) | 917.1 | 67.4 | 7.7 |
| Sector informal (4) | 2,205.6 | 162.2 | 18.5 |
| RESTO DEL MUNDO | 121.0 | 8.9 | 1.0 |
| Compra de servicios de salud (5) | 121.0 | 8.9 | 1.0 |

(1) Clínicas, hospitales, centros de diagnóstico, incorporados como empresas y que pagan ISR.

(2) Seguros de salud de reembolso, planes pre-pagados e igualas medicas (no incluye autoadministrados publicos).

(3) Datos de 40 ONGs encuestadas, sin expandir total de 200 ONGs. También incluye Plaza de la Salud.

(4) Consultorios, clínicas pequeñas y otros servicios privados no incorporados como empresas.

(5) Gastos que hacen los dominicanos en el exterior para atender servicios de salud.

El financiamiento de los hogares constituye el 62.4% del total y se desglosa en RD\$ 6,936.3 millones (US\$510 millones) de pago directo, fundamentalmente a proveedores privados (94%) y RD\$504.9 millones (US\$37 millones) gastado por las familias en servicios de prepago, copagos y pagos de cotizaciones al IDSS. Si se asume el concepto de que los pagos de las empresas, tanto al seguro social como a los seguros privados, constituyen también aportes familiares (ya que son parte del salario), esta última cifra se eleva sustancialmente.

El análisis de estos datos permite concluir que, en la República Dominicana, el Gasto Nacional de Salud se encuentra dentro de límites comparables con el promedio de los países latinoamericanos, que asciende a 6.2%. En un estudio reciente de las Cuentas Nacionales de Salud, realizado a manera piloto durante 1997 y 1998, con la misma metodología, se obtuvieron resultados comparables para un conjunto de ocho países latinoamericanos. Algunos de estos indicadores preliminares, obtenidos de los resúmenes de estudios de países, se muestran en el Cuadro 6. Puede verse que el gasto per cápita es en la República Dominicana superior a Ecuador, Guatemala y Nicaragua, pero inferior que el de El Salvador. En cuanto a la proporción del PIB, se encuentra en el tercer lugar.

Cuadro 6
Indicadores comparados de las CNS de los
países participantes en el estudio

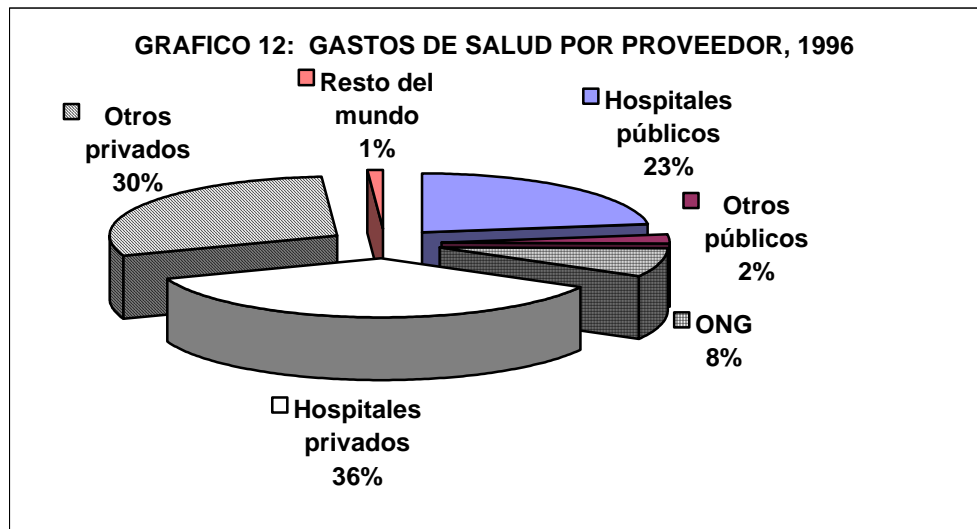
| Países | GNS como % del PIB | G. Hogares % del GNS | GNS per cápita US\$ |
|------------------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| Ecuador (1995) | 4.6 | 35 | 71 |
| El Salvador (1996) | 7.3 | 59 | 135 |
| Guatemala (1995) | 3.7 | 55 | 57 |
| México (1995) | 5.5 | 57 | 168 |
| Nicaragua (1996) | 13.2 | 38 | 58 |
| Perú (1996) | 4.2 | 37 | nd. |
| Rep. Dominicana (1996) | 6.5 | 62 | 112 |

FUENTE: PHR, Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de ocho estudios nacionales en Latinoamérica y el Caribe, 1998.

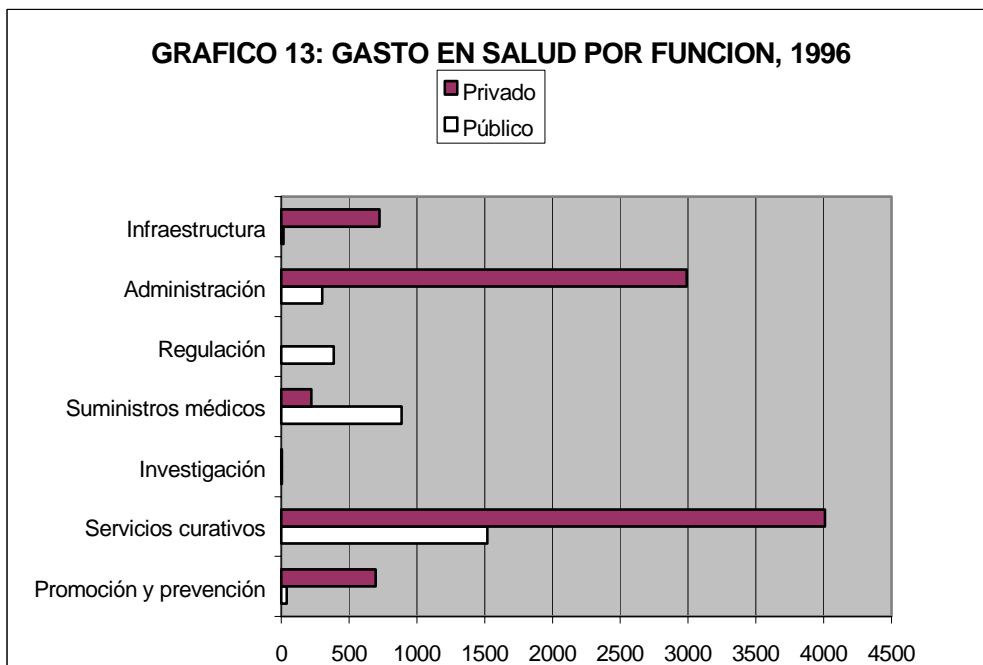
Numerosos estudios realizados alrededor del mundo no muestran correlación clara entre el tamaño de la economía, el monto gastado en salud como proporción del PIB y los resultados de salud de la población¹⁶.

Aunque sería de esperar que si un país gasta mucho, tenga mejores resultados sanitarios, en la práctica no siempre sucede así, porque mucho depende de la productividad del gasto social así como de la forma de organización del sistema de salud. Los países europeos, por ejemplo, han alcanzado la cobertura universal con proporciones relativamente bajas de gasto en salud, mientras que Estados Unidos, el país que más asigna a este renglón, enfrenta la paradoja de disponer de la más alta calidad de los servicios para el grupo más acomodado (la mayoría satisfecha, como le llama Galbraith), al costo de dejar sin cobertura a cerca de 40 millones de personas pobres.

Por su parte, un sistema donde predomina el pago directo, como es el caso dominicano, es probable que — dados niveles similares de cobertura y resultados — sea mucho más caro que otro, donde los precios y el consumo están controlados, como son los sistemas integrados públicos (Costa Rica, por ejemplo, o los países del Caribe inglés) o aquellos con separación de funciones, donde predomina el mecanismo de contratación (Chile).



Probablemente el hallazgo más importante de las CNS de la República Dominicana es la elevada participación del gasto familiar en salud. Estos fondos, salen de los bolsillos de las familias dominicanas, para comprar servicios de salud a quienes los proveen, es decir, las clínicas, centros de diagnóstico y farmacias del sector privado; pero también, para pagar por los insumos que no hay disponibles en los hospitales públicos, por las cuotas de recuperación que éstos cobran y por los necesarios gastos de transporte para trasladarse a cualquier entidad de salud. Esta situación, unida a la baja cobertura de seguros, es la principal indicación de la falta de equidad del sistema.

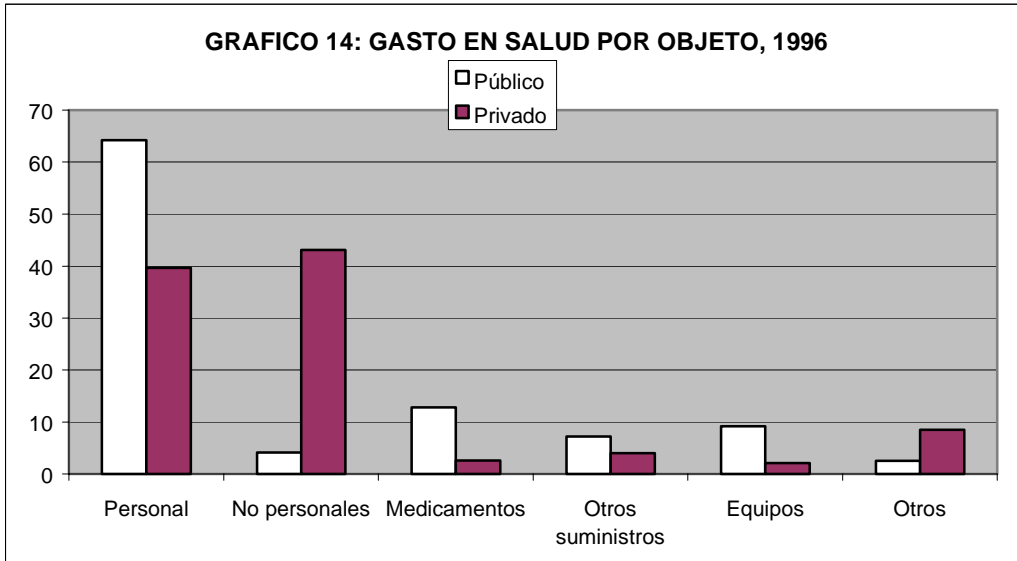


En el caso dominicano, la ineficiencia (y, probablemente, insuficiencia) de los servicios públicos ha llevado a la población a buscar la solución de sus problemas de manera individual y privada, lo cual aumenta los costos a escala nacional.

El gráfico 13 adjunta muestra problemas de

Health Care in Developing

ineficiencia: costos elevados de administración y regulación, al lado de bajo financiamiento asignado a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Es impactante el hecho de que los agentes financieros privados asignen más recursos a la prevención que los agentes públicos, lo cual se explica porque las familias pagan muchos de estos servicios con dinero de su bolsillo.



Adicionalmente, prácticamente el país no asigna recursos a la investigación. Se observa el bajo financiamiento público en infraestructura¹⁷. También resalta que el sector privado muestra una alta proporción de gastos administrativos, superior a la del sector público (incluyendo

regulación), lo cual sugiere que, probablemente, las empresas privadas de salud están obteniendo excedentes excesivos.

Los datos del gasto en salud por objeto y por tipo de agente (gráfico 14) muestran que los agentes públicos pagan mucho más que los privados en salarios y otros gastos de personal. Esto es consistente con la mayor cantidad de empleados en este sector, lo que concuerda con la idea generalizada de que el sector público de la salud está siendo administrado, más que como una red de servicios de salud, como una especie de intervención gubernamental para producir empleos. Esto explica, también, la permanente amenaza de huelgas que hace extremadamente difícil producir cambios reales que beneficien a la población.

Estimación del efecto distributivo del gasto público en salud

A partir de los datos de las Cuentas Nacionales de Salud y con las informaciones que provienen de la ENDESA-96 sobre la distribución del ingreso de los consumidores de los distintos servicios públicos de salud, es posible intentar una primera aproximación a lo que sería un estudio sobre el efecto distributivo del gasto público en salud.

En este sentido, interesa responder a tres preguntas: ¿qué proporción del consumo total de las familias en bienes y servicios relacionados con la atención en salud, es aportado por el gobierno en forma de subsidios al sector? ¿qué proporción financian las familias? ¿cómo se distribuye el subsidio público entre los distintos grupos sociales, o sea, qué parte del gasto total erogado por el gobierno, recibe cada uno de estos grupos?

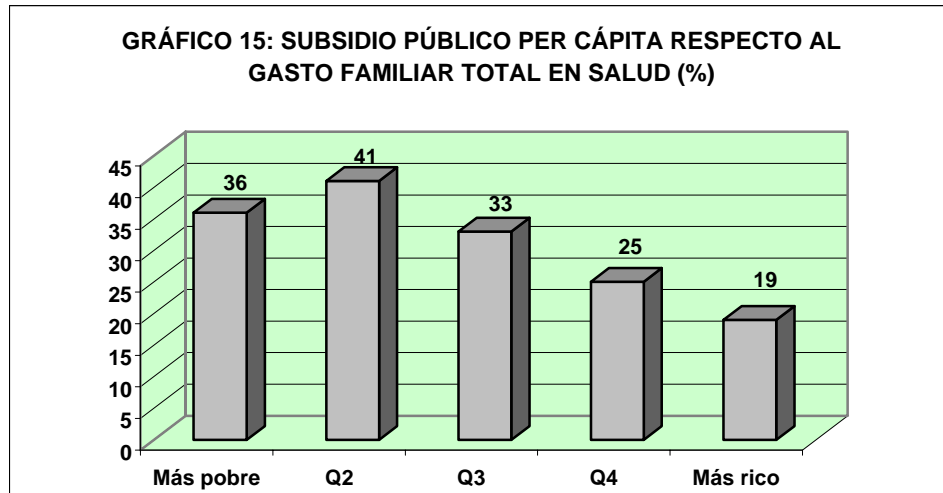
Para responder la primera pregunta, se parte del cuadro de gasto en salud por agente financiero, donde los agentes públicos aportan RD\$3,154 millones (US\$ 232 millones), tal como se observa en las matrices de los CNS. El gasto del gobierno central se limita al correspondiente a SESPAS, Presidencia de la República, PROMESE y Fuerzas Armadas. Se distribuye entre los distintos grupos de ingreso utilizando la distribución del ingreso de los pacientes que demandan servicios ambulatorios en SESPAS, según la ENDESA-96. Se adopta la decisión de utilizar esta distribución (en lugar de los que usan servicios

¹⁷ Es preciso señalar que estas cifras son de 1996 y que, por lo tanto, no incluye aumentos sustanciales en este renglón que se han realizado en los últimos años.

hospitalarios, por ejemplo, donde se concentra el grueso del gasto público en salud) porque el número de casos es suficientemente amplio como para tener una buena representatividad estadística.¹⁸

Un procedimiento similar se realiza con el gasto del IDSS. Estos montos se agregan al gasto que realizan anualmente las familias por diferentes conceptos. En todos los casos, se promedia el gasto de las familias que presentaron problemas de salud, dentro del total de la población por grupos de ingreso, a fin de tener cifras a escala nacional, que sean también comparables internacionalmente. Los resultados se muestran en el Cuadro 7 y en el Gráfico 15.

Nótese cómo el subsidio público representa un 36% del financiamiento total por persona en el primer quintil y decrece hasta un 19% del total, en el grupo más rico de la población. Esto indica que el gasto en salud es progresivo con relación al ingreso, es decir, el gobierno aporta más para los más pobres que para los más ricos y contribuye, con esto, a elevar su nivel de vida.



Sin embargo, la proporción en que lo hace no lo modifica sustancialmente, lo que permite concluir que el gasto público en salud es insuficiente, no existe focalización o se ejecuta ineficientemente. Probablemente, se trate de una combinación de todas estas causas.

**Cuadro 7
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PER CÁPITA EN SALUD POR
QUINTILES DE INGRESO (RD\$ y US\$)**

| FUENTE | Promedio Nacional | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 |
|------------------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Subsidio público-RD\$ | 395.4 | 421.1 | 476.4 | 395.4 | 373.7 | 310.3 |
| US\$ | 29.1 | 31.0 | 35.0 | 29.1 | 27.5 | 22.8 |
| Gobierno | | | | | | |
| Central - RD\$ | 10.0 | 372.7 | 358.1 | 291.1 | 253.3 | 180.5 |
| - US\$ | 0.7 | 27.4 | 26.3 | 21.4 | 18.6 | 13.3 |
| IDSS - RD\$ | 104.2 | 48.5 | 118.3 | 104.2 | 120.4 | 129.8 |
| - US\$ | 7.7 | 3.6 | 8.7 | 7.7 | 8.9 | 9.5 |
| Gasto familiar - RD\$ | 953.9 | 740.3 | 677.9 | 813.9 | 1,145.5 | 1,289.3 |
| - US\$ | 70.1 | 54.4 | 49.8 | 59.8 | 84.2 | 94.8 |
| TOTAL - RD\$ | 1,349.3 | 1,161.4 | 1,154.3 | 1,209.3 | 1,519.2 | 1,599.6 |

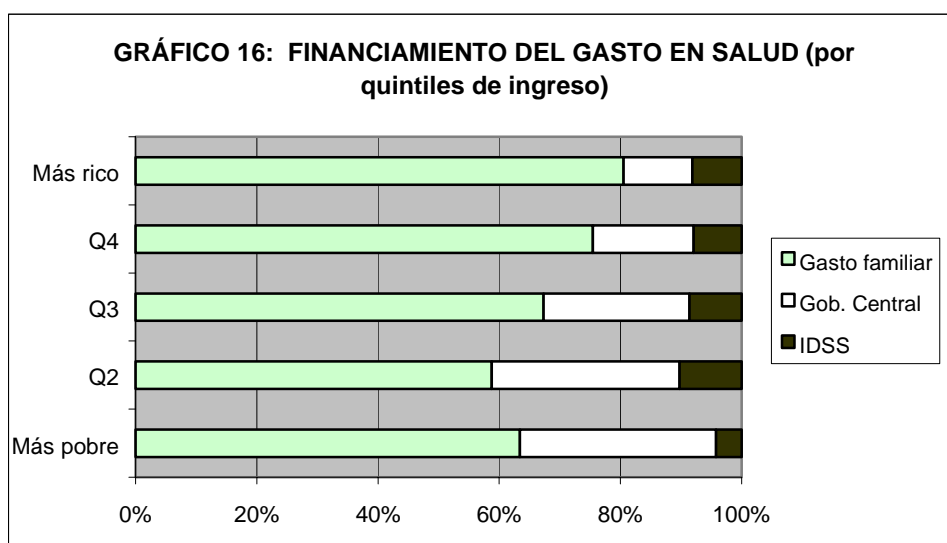
¹⁸ Un análisis completo de este tema debería analizar el gasto público en salud por niveles de atención y tipo de servicios, asimismo debería incluir estimaciones de carácter regional. Sin embargo, no se dispone de informaciones desagregadas del gasto público por estos conceptos, ni tampoco se tiene datos completos sobre la distribución de ingreso de los usuarios de algunos tipos de servicios. La realización de estimaciones confiables de todas estas cifras, queda fuera del alcance de este trabajo.

| | | | | | | |
|-----------------------|------|------|------|------|-------|-------|
| - US\$ | 99.2 | 85.4 | 84.9 | 88.9 | 111.7 | 117.6 |
| % de subsidio público | 29.3 | 36.3 | 41.3 | 32.7 | 24.6 | 19.4 |

FUENTE: Elaborado en base a datos de las Cuentas Nacionales de Salud y de la ENDESA-96.

A manera de comparación, recuérdese que se mostró previamente que algunos países lograban un aumento sustancial del ingreso familiar, llegando a veces a triplicarlo mediante el subsidio público que resulta del gasto social del gobierno y que, dentro de este total, los subsidios en salud y seguridad social eran los principales contribuidores.

La respuesta a la segunda pregunta elevada al principio del capítulo, se muestra en el Gráfico 16, que



deja ver quién financia el gasto en salud que realizan las familias dominicanas, por niveles de ingreso. Es decir, nos permite apreciar cuál es la parte del consumo total que financian el gobierno y las familias. Puede notarse que el 81% del gasto de los más ricos es privado, mientras que entre los pobres, este monto es de un 64%.

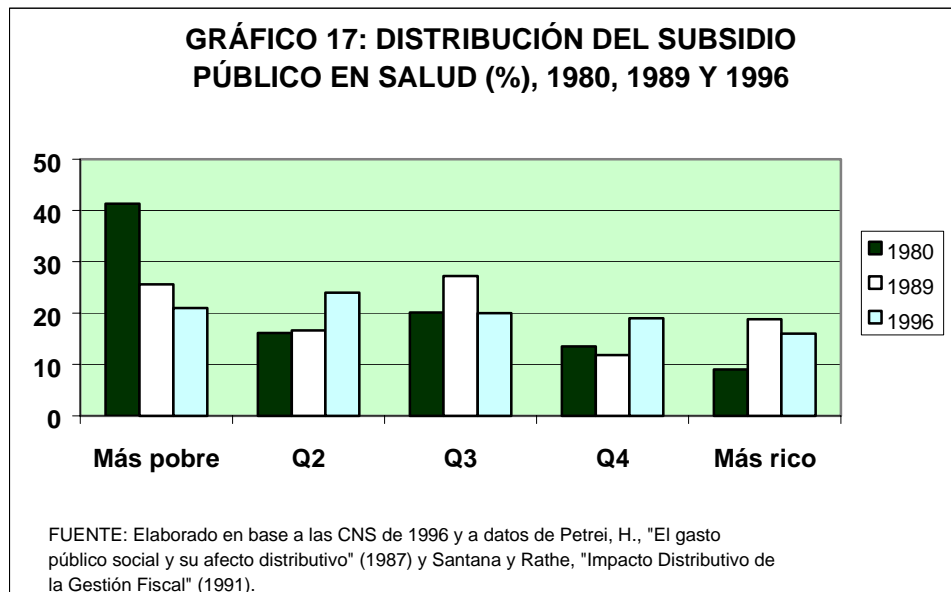
Obsérvese en el Cuadro 7, además, el

financiamiento total del primer y último quintil, así como su composición entre el gasto familiar y el subsidio público. El grupo más rico gasta privadamente un 74% más que el grupo más pobre, a pesar de que su ingreso promedio es siete veces mayor. Su consumo total es sólo un 38% más en servicios de salud, debido al efecto del subsidio público. Se nota una vez más que, en todos los casos, tanto pobres como ricos, el grueso del financiamiento lo erogan las propias familias con sus recursos.

Respecto a la última pregunta, ¿cómo se distribuye el subsidio público entre los distintos grupos de ingresos?, es decir, se trata de considerar los montos de subsidio que canaliza cada institución a los diferentes grupos sociales, respondiendo a la pregunta ¿quién se beneficia del subsidio público? En el Gráfico 16 puede verse que el financiamiento del gobierno central, particularmente de la SESPAS beneficia más a los pobres que a los ricos.

La curva del gasto del IDSS, por su parte, aumenta con relación al ingreso, siendo ínfima en el grupo más pobre, hasta llegar al máximo en el último quintil. De esta manera, el segundo quintil es el que más se beneficia del subsidio público, porque recibe una proporción considerable del que otorga el gobierno central y, a la vez, alrededor de un 15% del correspondiente al IDSS. Asimismo, aumenta sustancialmente el recibido por el 40% más rico, con lo cual tiene una influencia determinante en hacer menos progresivo el financiamiento público.

El Gráfico 17 muestra los resultados de varios estudios realizados sobre el particular, con datos para los años 1980, 1989 y 1996. Aunque las cifras no son enteramente comparables, las mismas nos dan una idea de las tendencias. Puede notarse un empeoramiento progresivo en la distribución del subsidio público: mientras en 1980 un 41.3% se concentraba en la población más pobre, en 1996 este porcentaje había bajado al 21%.¹⁹



Todas las informaciones anteriores llevan a la conclusión de que el subsidio público en salud, además de ser insuficiente, no se halla bien distribuido entre los distintos grupos sociales. De hecho, si estuviera realmente orientado a la población más pobre, el primer quintil debería tener una proporción insignificante de gasto privado, compuesta fundamentalmente, de medicamentos ambulatorios. De esta manera, el subsidio público al gasto en salud se traduciría en un aumento de los ingresos reales de la población pobre, que podría destinar esos recursos a otros fines, como a alimentación, por ejemplo, elevando, así su nivel de vida.

No obstante, mediante las informaciones analizadas, podemos tener una idea del enorme efecto distributivo potencial que podría tener el gasto en salud, el cual puede constituir una herramienta fundamental en la lucha contra la pobreza. Pero también permite darnos cuenta que, en la República Dominicana, esto no se realiza efectivamente, pues no hay una política expresa de focalización y porque existen huecos de productividad por donde se pierden muchos recursos financieros. Este último tema se comenta en la sección que sigue.

El problema de la productividad

A pesar de que se ha visto en la literatura sobre el tema, que el gasto social es generalmente progresivo y, por lo tanto, mejora la distribución del ingreso, el estudio de la realidad latinoamericana muestra que, con mucha frecuencia, estos recursos se dilapidan en los sectores sociales por problemas de ineficiencia.

Un estudio reciente realizado por el BID20, muestra que hay en Latinoamérica unas brechas considerables en los sectores salud y educación, respecto a los resultados que debían haber alcanzado los diversos países en las últimas décadas, de acuerdo al nivel de desarrollo de cada uno. En comparación con los países del Sudeste Asiático y con otras zonas del mundo, la región latinoamericana ha quedado rezagada y las brechas en estos servicios básicos contribuyen a profundizar la pobreza, restringiendo, a su vez, en un círculo vicioso, el crecimiento económico.

En el caso de salud, este rezago no se debe a insuficiencia de recursos, pues América Latina asigna montos sustanciales respecto a su producto interno, si se compara con otras regiones del mundo. El problema encontrado es de productividad de la economía y, específicamente, de productividad del gasto social, de lo cual la República Dominicana es un claro ejemplo.

¹⁹ Es preciso aclarar que en 1980 no se disponía de encuestas de demanda de servicios de salud, por lo que la metodología de distribución pudo haber sobrestimado la utilización de los servicios públicos y, consecuentemente, subestimado la utilización de los servicios privados. No obstante, existen indicaciones evidentes del crecimiento acelerado de estos últimos en los dieciséis años que hay entre uno y otro estudio.

²⁰ Inter-American Development Bank, **Economic and Social Progress in Latin America**, "Making Social Services Work", 1996 Report, Washington, D.C., (1996).

Esto significa que no es suficiente con asignar más recursos a un sector, aunque a esto se llame "invertir en salud", ni centrarse exclusivamente en considerar como meta alcanzar un cierto porcentaje del PIB destinado a estos fines. Con frecuencia sucede que estos aumentos de fondos se desperdician en incrementar la nómina, ya de por sí excesivamente alta; en elevar los sueldos sin correspondencia con mejoras en la calidad de los servicios; en construir o remodelar escuelas y hospitales, sin cambiar la forma en que estos se gestionan.

Entonces, no es suficiente gastar más. Ni siquiera es suficiente invertir más. Lo importante es cómo se realizan estos gastos o inversiones. El problema es, entonces, de la productividad del gasto social. De hecho, es posible que el gobierno se proponga expresamente reorientar el gasto público, dando prioridad a la salud, porque quiere mejorar la situación social y reducir la pobreza. Sin embargo, la debilidad institucional contribuye a una asignación ineficiente de los recursos y esto, a su vez, conduce a que los servicios sean de baja calidad. De esta forma, el efecto redistributivo del ingreso que tiene el gasto social, y particularmente, el gasto en salud, se vuelve ineficaz y restringe la habilidad del gobierno de reducir la pobreza y alcanzar la equidad social.

Por ejemplo, el grueso del gasto público en salud en la República Dominicana (alrededor de un 70%) se dirige a financiar los hospitales. Pero este gasto se realiza sin ningún criterio de racionalidad económica. El hospital es una "empresa", con frecuencia, millonaria, donde su gerente, el director, no tiene verdadero control sobre su presupuesto, ni sobre los recursos humanos que dirige ni sobre las compras de insumos. El personal es "nombrado" en el nivel central, sin que haya relación, muchas veces, entre los especialistas que requiere el centro y el personal que le es enviado.

Las compras de insumos las hace otra dependencia oficial, y las entregas no guardan relación con los pedidos. Incluso las obras de infraestructura y equipamiento se realizan sin la coordinación adecuada e independientemente de las estrategias sectoriales. Además, las elevadas sumas que se invierten por estos conceptos, se pierden rápidamente, debido a la ausencia de sistemas administrativos para su manejo adecuado y su mantenimiento. En efecto, no existe un levantamiento sistemático de información sobre costos, patrones de referimiento, calidad, resultados. Hay un exceso de personal en todo el sistema público, pero concentrado en determinados lugares y servicios, con grandes deficiencias en otras zonas del país. No hay mecanismos que promuevan la productividad, ni sistemas de incentivos, ni se aplican técnicas de gerencia²¹.

Como resultado de todo esto, es muy probable que la productividad de los servicios de salud sea muy baja²², a pesar de que no existen estudios sistemáticos para medirla. Algunos indicadores que apuntan en este sentido son, por ejemplo, que entre 1985 y 1995, el número de médicos de SESPAS se triplicó, mientras que el número de consultas se redujo a la mitad. En el caso del IDSS, el promedio de consultas por médico en 1995 era de 2.2 por día, cuando la norma internacional es de cuatro por hora²³. Los ejemplos anteriores sirven para mostrar que, a pesar de que se reconoce la importancia del financiamiento público para corregir las desigualdades sociales y reducir la pobreza, las fallas en la productividad pueden hacer inútiles los esfuerzos por aumentar el gasto público.

Otro factor que influye fuertemente en la ineficiencia del sistema público, es la concentración geográfica de sus recursos, tanto financieros como humanos. En efecto, el Distrito Nacional, donde se ubica la capital de la república, recibe el 47% de los gastos reales, con el 30% de la población del país. Asimismo, gasta un 56% más por habitante, que el promedio del resto del país.

También hay diferencias sustanciales por niveles de atención. Hay una alta prioridad, en términos de asignación de fondos, al tercer nivel de atención, especialmente, el que está ubicado en el Distrito Nacional. Junto a esto, se notan los reducidos montos destinados al nivel primario, pese al discurso oficial durante décadas sobre la prioridad de la salud básica. Dentro de estos gastos, el grueso corresponde a recursos humanos, pero en proporciones variables según niveles de atención. En el nivel

²¹ Ver documento de proyecto RD-BID, **Modernización y reforma del sector salud**, (DR-0078).

²² Las consideraciones que se ofrecen sobre la productividad del gasto en salud son a manera de ejemplo, pues un análisis de esta naturaleza queda fuera del alcance de este trabajo.

²³ Proyecto RD-BID, op.cit.

primario, los servicios personales representan el 59%, en el secundario, un 70% y en el nivel terciario, un 66%. En todos los niveles, los establecimientos del Distrito Nacional reciben un financiamiento que más que duplica el promedio nacional.

A pesar de que el gobierno ha iniciado algunas acciones para corregir esta situación, al crear direcciones provinciales de salud, todavía hay un gran camino por recorrer. Las nuevas entidades, con presupuestos ínfimos, sin control de los recursos financieros, físicos y humanos de las provincias bajo su supervisión, tienen pocas probabilidades de subsistencia. Sin embargo, pese a la fragilidad de estos primeros pasos, pareciera que los mismos van en la dirección correcta.

En conclusión, el financiamiento público al sector salud sí es redistributivo y tiene un gran potencial de contribuir a la equidad del sistema de salud, así como de mejorar la situación social. En el caso dominicano, se hace imprescindible llevar a cabo una reforma sectorial, que oriente los recursos públicos a los grupos de menores ingresos. Pero además, se precisa también de acciones que mejoren la eficiencia del sistema, a fin de que sean factibles y eficaces los esfuerzos que realice la sociedad para lograr la equidad. Algunos de estos temas se tratan en las páginas que siguen.

LECCIONES APRENDIDAS EN EL ESTUDIO DEL FINANCIAMIENTO A LA SALUD

Las páginas precedentes intentaban poner de relieve los problemas de equidad que existen en el sector salud de la República Dominicana, así como mostrar las posibilidades de la intervención gubernamental para reducir las diferencias y contribuir a una sociedad más justa. A continuación, se ofrecen algunas recomendaciones, tanto para mejorar la equidad del sector, como para evaluar los cambios en las políticas futuras, mediante un esfuerzo sistemático de construcción de información.

Cómo mejorar la equidad del sistema

El análisis de equidad del financiamiento de la salud en la República Dominicana lleva a la conclusión de que es altamente injusto, a un punto tal que, por sí solo, justificaría una reforma estructural. Dicha reforma tendría como objetivo fundamental revertir la composición público-privada del gasto, aumentando la proporción pública y reduciendo el pago directo. Paradójicamente, no es necesario un incremento sustancial del gasto público. Aunque no se ha determinado cuál sería el monto de dicho aumento, probablemente puedan obtenerse economías mediante una reorientación de la asignación de los recursos. El aumento de la participación pública puede hacerse por las vías siguientes:

- La reforma del sistema de aseguramiento en salud, que sería autofinanciable y, por lo tanto, sólo requeriría de erogaciones adicionales por parte del gobierno, para asegurar a sus propios empleados.
- La reorientación del gasto público, para focalizar el grueso de los recursos a la población pobre.
- El aumento de la eficiencia de los servicios públicos, incluyendo una mejor regulación de los mismos, con lo cual se mejora la asignación de los fondos.

A continuación se presentan algunas líneas de acción para llevar a cabo las propuestas anteriores.

La reforma del régimen de aseguramiento

En relación con la reforma del sistema de aseguramiento en salud, se trata más bien de la creación de un nuevo sistema, pues el vigente seguro social es apenas utilizado por un porcentaje ínfimo de la población y no tiene la confianza de ésta. A la vez, los seguros privados tienden a excluir a la población con más riesgos, y no existe una legislación que trace sus pautas de comportamiento, ni tampoco un sistema de ajuste de riesgos que evite las injustas exclusiones. Del mismo modo, no hay un organismo de vigilancia, ni de la práctica médica ni de la solidez financiera de las empresas aseguradoras.

Algunas de las características más importantes que debería tener un sistema reformado de seguro social o un seguro nacional de salud, serían las siguientes:

- Clara separación de las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento-provisión y supervisión especializada.
- Establecimiento de un nuevo marco legal y regulatorio, que trace las normas de funcionamiento de todos los componentes del sistema, eliminando privilegios y corrigiendo discriminaciones.
- Creación de un mecanismo de financiamiento (cobro y pago a los proveedores, así como fijación de precios y ajustes por riesgos) confiable y aceptado por todas las partes.
- Definición de un conjunto de beneficios de salud, con un alto componente preventivo y de promoción de la salud, que sería ofrecido por todos los proveedores del sistema.
- Definición de la forma de financiamiento y entrega de servicios de naturaleza catastrófica.
- Libertad de elección del proveedor por parte del usuario directamente, no del empleador, en ciertos períodos fijos cada cierto tiempo (dos años, por ejemplo).
- Fomento de la creación de cooperativas de compra de servicios de salud, en el caso de grandes empleadores (el gobierno, por ejemplo, o las asociaciones empresariales).
- Creación de un sistema moderno y eficiente de supervisión especializada, para asegurar la confiabilidad financiera del sistema, dirimir los conflictos y vigilar la calidad y satisfacción de los usuarios.

A través de la creación de este nuevo sistema, se podría extender la cobertura de la población asegurada hasta alcanzar, por lo menos, un 50% de la población total. Estimaciones realizadas señalan que este objetivo sería factible de ser logrado dentro de un sistema financieramente auto-sostenible, con aportes de empresas, instituciones y empleados, sin necesidad de subsidio gubernamental. Por supuesto, el gobierno aportaría los fondos necesarios, en calidad de patrón de sus propios empleados. Esto lo hace ya parcialmente, pues muchas instituciones públicas compran seguros privados, incluyendo la propia SESPAS.

En adición al sistema contributivo, podría cubrirse otro importante sector social que no percibe salarios. En efecto, existen grupos de población con capacidad contributiva limitada, como por ejemplo, el sector microempresarial. Podría fomentarse la creación de un régimen de seguro subsidiado parcialmente por el gobierno, que recibiría, además una mínima cuota de solidaridad del sistema contributivo.

Reorientar, focalizar y eficientizar los recursos públicos

Una parte esencial de las actividades de la SESPAS es el financiamiento de los llamados "bienes públicos" en salud, que son aquellas intervenciones que benefician a toda la población, sin que sea posible identificar a cada uno de los recipientes de las mismas. Estos programas, pese a su alta prioridad, han carecido tradicionalmente de los recursos necesarios. En un país como la República Dominicana, con problemas evidentes de hacinamiento, insalubridad y carencia de servicios básicos, el adecuado financiamiento de estos programas contribuiría por sí solo a mejorar la situación de salud de la población.

En consecuencia, el gobierno debería aumentar los fondos para las acciones de salud pública, es decir, aquellos programas preventivos y de promoción de la salud dirigidos a toda la población. Con ello contribuiría a elevar la disponibilidad de información sobre cómo las propias personas pueden prevenir enfermedades y cómo asumir responsabilidad sobre su salud, todo lo cual tendería a favorecer el bienestar de los seres humanos.

En lo que respecta a los servicios destinados a las personas, que han constituido el foco de atención de este trabajo, y es donde se concentra actualmente la casi totalidad de los fondos públicos, es preciso recordar que hay en el país sectores verdaderamente pobres, que no tienen ninguna capacidad

contributiva. En la actualidad, esas personas sí aportan — a veces, sustancialmente — al financiamiento del sector, tal como se mostró antes, no sólo porque una parte de ellos asiste al sector privado, sino porque también en los servicios públicos hay que pagar por ciertas intervenciones, medicamentos, materiales y cuotas de recuperación. Esto es una muestra de la falta de equidad del sistema, que conduce a que los pobres deban financiar su salud, aumentando así la pobreza y las desigualdades sociales. Este grupo de población podría irse cubriendo paulatinamente, mediante subsidio estatal, a través de la reorganización de los servicios que hoy brinda la SESPAS.

Se requiere que los fondos públicos sean focalizados en la población pobre. Tal como se vio previamente, incluso los que pertenecen al grupo más rico se benefician hoy de los servicios de la SESPAS, a pesar de que una gran cantidad de pobres usan los servicios privados. Para que el uso de estos recursos sea más costo-efectivo, es decir, para que cada peso invertido beneficie a más personas, se necesita dar prioridad a los servicios básicos.

Una forma de reorientar el gasto hacia la atención básica y, muy especialmente, hacia la madre y el niño, sería la definición de un conjunto de prestaciones esenciales de salud, para ser entregadas de manera focalizada, es decir, sobre bases per cápita, a las familias más pobre del país. De esta manera, se garantizaría que los servicios lleguen a quienes los necesitan y los recursos no se dispersen en otras actividades.

Como se ha señalado, el grueso del gasto público en salud se concentra en la atención hospitalaria, muchas veces sin los criterios gerenciales apropiados. Entonces, si se pretende reorientar el gasto en salud, y si se quiere, efectivamente, dar prioridad a la salud básica, es preciso comenzar por tomar decisiones importantes para mejorar la administración de los hospitales públicos. Por esta vía se obtendrán los recursos necesarios para modificar las prioridades de financiamiento.

La única manera de lograr que los hospitales sean administrados de manera eficiente y que cumplan con su misión, es transformar aquellos con potencial de viabilidad, en empresas públicas, con sistemas modernos de gerencia y donde el equipo director tenga el control real sobre los recursos financieros, físicos y humanos. Asimismo, muchos de los hospitales hoy desatendidos y casi sin ocupación, podrían ser reconvertidos en centros de atención ambulatoria.

Por último, es necesario profundizar un proceso de descentralización y de desconcentración, que implique reales transferencias de fondos a los niveles subnacionales, así como reestructuración del personal. La reorientación del financiamiento para favorecer la salud básica, tiene como prerrequisito ineludible este cambio en la asignación de los recursos.

Algunas estimaciones sobre la viabilidad de esta propuesta

Como se ha visto en las páginas precedentes, el gasto ambulatorio es el principal componente del gasto en salud. Por tal motivo, una reforma orientada a subsidiar su consumo, lo mismo que el de servicios preventivos, mejoraría sustancialmente la salud y el bienestar de las personas, al mismo tiempo que elevaría el nivel de vida de las familias. Aunque la gente consumiría más servicios y, por lo tanto, mejoraría su salud, tendría que pagar menos por este concepto.

La propuesta de reforma de salud que existe actualmente en el país, concuerda con las recomendaciones que aquí se presentan. Entre la amplia gama de áreas que ella incluye, se encuentra, por un lado, la reforma al sistema de seguro social. La propuesta que está considerando el país, concluye que es factible establecer un nuevo seguro nacional de salud, que cubra a todos los empleados asalariados y sus dependientes tanto públicos como privados; integrando los contingentes humanos que hoy tienen cobertura privada, los que están afiliados al seguro social y los que están en sistemas autoadministrados. Por supuesto, se requiere de un proceso paulatino de extensión de la cobertura durante los años subsiguientes.

Según las estimaciones existentes, se piensa que en el primer año del nuevo sistema, podría cubrirse el 36% de la población (al reconocer las coberturas actuales, incluir a las familias y comenzar el proceso de afiliación de los empleados públicos). Se piensa que en los próximos diez años podría llegarse, como mínimo, al 50% de la población.

La propuesta incluye un Plan Familiar de Beneficios bastante ambicioso, que contiene las intervenciones necesarias para atender las dolencias que presenta la población dominicana, de acuerdo a su perfil epidemiológico. Posee también intervenciones preventivas y de promoción de la salud, por un lado y naturaleza catastróficas por el otro²⁴. El costo de este Plan se ha estimado en US\$ 95 por persona por año.

La viabilidad financiera de este nuevo sistema requiere de la cotización de los empleados de altos ingresos, con un tope de cotización ascendente a cinco salarios mínimos, una tasa de cotización de un 9% más una tasa de copago del 10%²⁵. Posiblemente, este nivel de aportes pueda ser aceptado por la sociedad en las discusiones que se están realizando para llevar adelante esta reforma. De lo contrario, no habría otra alternativa que reducir la cuota de beneficios.

El otro componente fundamental de la reforma, dirigido a mejorar la equidad del sistema, está relacionado con la universalización de los servicios básicos de salud. En efecto se pretende lograr la cobertura a la población pobre mediante un paquete básico de intervenciones preventivas, promocionales y curativas de carácter ambulatorio, con énfasis en servicios materno-infantiles²⁶, a un costo de US\$20 por persona por año. Se ha supuesto que el gobierno subsidiaría el 80% de este paquete, y que el resto sería aportado por las personas, mediante el sistema de co-pago.

Según las cifras presentadas a lo largo de este trabajo, parecería enteramente factible, en términos financieros, que el gobierno focalizara estas intervenciones en la población de menores ingresos del país.

En efecto, si el gobierno decidiera concentrarse en el grupo más pobre, esto es, el que corresponde al primer quintil, el costo adicional anual en que tendría que incurrir ascendería a US\$26 millones, equivalentes a RD\$416 millones a la tasa de cambio actual²⁷. Esta cifra representa el 11.7% del presupuesto ejecutado por la SESPAS en 1998, y el 8.8% del presupuesto aprobado para 1999.

Las familias, por su parte, serían beneficiadas sustancialmente, no sólo porque recibirían los servicios que necesitan y con ello mejoraría su salud (con beneficios indirectos sobre la salud en general de toda la población), sino que, además, tendrían que erogar menos recursos. En efecto, según la encuesta, en 1996, las personas de este grupo de ingresos gastaron US\$25 en servicios preventivos y, con el nuevo sistema, pasarían a pagar tan sólo US\$4 por persona, por año. En realidad, el impacto financiero sería aún mayor, pues si se observa bien el contenido del paquete básico, éste incluye también atenciones de tipo curativo ambulatorio, no sólo de carácter preventivo. Como se viera previamente, el gasto ambulatorio promedio de las familias dominicanas (si se incluye la totalidad de la población) es el que representa una proporción mayor del gasto familiar en salud.

El gobierno podría obtener los recursos necesarios para realizar este programa, basándose en los ahorros resultantes de una reestructuración de sus servicios, lo que implicaría reorientar el modelo de atención para favorecer el nivel primario. Asimismo, mediante una combinación de focalización, por un

²⁴ Nelcy Paredes y grupo consultor, **Plan Integral de Beneficios para el Sistema de Seguridad Social en Salud**, RD. Informe de Consultoría OCT/CNS, (Enero 1997).

²⁵ Calzada, Angeles, **Modelo de Simulación para la Evaluación de la Viabilidad Financiera de la Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud**, Informe de Consultoría, CERSS, (Noviembre 1997).

²⁶ Ver el **Programa de Modernización y Reforma del Sector Salud**, propuesta para desarrollar un Fondo de Atención Primaria (FONAP). Las intervenciones incluidas son: Atención prenatal y al parto; planificación familiar; detección precoz del cáncer cérvico-uterino; promoción de la lactancia materna; educación alimentario-nutricional; desparasitación y suplemento alimentario con micronutrientes para escolares; control del niño sano; inmunización de la población infantil; prevención y tratamiento oportuno de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA); prevención y tratamiento oportuno de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA); prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y SIDA; prevención y control de la fiebre reumática; prevención y control de la hipertensión arterial (HTA), prevención y tratamiento primario de accidentes de tránsito y traumas; campaña antitabáquica y antialcoholismo; educación para el autocuidado personal, familiar y comunitario de la salud; cuidados limitados para otras afecciones.

²⁷ En el primer trimestre de 1999, la tasa de cambio oscila alrededor de RD\$16 por un dólar.

lado y reforma del seguro social, por el otro, los recursos financieros públicos que hoy se dirigen a subsidiar a los grupos más pudientes, pudieran ser también canalizados hacia los más pobres.

En efecto, si se generalizara el aseguramiento en salud para, por lo menos, el 50% de la población, tal como está contemplado en las reformas propuestas, estas personas no tendrían necesidad de consumir los escasos recursos con que cuenta la SESPAS y ésta, a su vez, podría dirigirlos a ampliar sus programas dirigidos a los más pobres o a subsidiar los servicios básicos que éstos hoy consumen en el sector privado.

Para concluir esta sección, resta decir que los datos analizados en las páginas precedentes, muestran una subutilización de servicios de salud por los grupos más pobres. Si bien es cierto que hay explicación parcial en la falta de recursos, otros factores están incidiendo también, los cuales aún no se comprenden totalmente. Esto lleva a pensar que el solo hecho de aumentar los servicios disponibles, no necesariamente modificará los patrones existentes. Por lo tanto, hay aquí un área que requiere investigación adicional.

Cómo mejorar la información básica

La ejecución de la reforma de salud necesita ser vigilada de cerca por parte de las autoridades, a fin de advertir a tiempo los problemas que pueden presentarse y de evaluar los resultados de las nuevas políticas. Para ello es preciso construir adecuados sistemas de información y estudios sistemáticos de oferta, demanda y financiamiento de servicios. A continuación, se ofrecen algunas consideraciones sobre las áreas de que trata este libro.

Del análisis de los datos provenientes del Módulo de Morbilidad, Utilización y Gasto en Salud de la ENDESA-96, se pueden obtener ciertas lecciones para el estudio futuro del financiamiento familiar a la salud en la República Dominicana.

La primera de ellas sería la definición de cuáles son las tabulaciones mínimas indispensables para dicho estudio, el cual es básico para lograr una actualización permanente de las Cuentas Nacionales de Salud. Estas son las siguientes:

- Utilización de servicios de salud por tipo de servicio (preventivo, ambulatorio, dental y hospitalario) y según: (a) proveedor; (b) sexo; (c) edad; (d) zona; (e) región; (f) deciles y quintiles de ingreso mensual.
- Ingreso declarado del hogar, por fuentes.
- Gasto mensual del hogar, medido con un presupuesto simple que incluya los principales rubros de gasto que sean determinados con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos que realiza el Banco Central de la República Dominicana.
- Gasto en salud por tipo de servicio: preventivo; ambulatorio; dental y hospitalario. Todo esto, según las variables indicadas en el primer punto.
- Desglose del gasto ambulatorio en sus distintos componentes: (a) medicamentos; (b) laboratorio y otros medios de diagnóstico; (c) consulta; (d) transporte; (e) otros.
- Forma de pago de los servicios de salud.
- Cobertura de seguros por tipo de seguro.

La encuesta cuyo análisis es objeto de este trabajo, no incluyó el tercer punto, esto es, la estimación del gasto familiar. La razón principal para ello fue reducir el tamaño del cuestionario, dado que el mismo se aplicaba en adición a los cuestionarios principales de la ENDESA. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que, en una encuesta de este tipo, la estimación del gasto familiar resulta en una mejor aproximación al ingreso de la familia. De este modo, el valor gastado en salud, se compara con el gasto

total del hogar, para estimar la carga financiera. Al hacer este ejercicio con el valor declarado del ingreso, hay mayores probabilidades de sobrestimar dicha carga.

Un tercer punto importante es lograr coherencia entre el estudio del gasto en salud y el correspondiente a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. Este instrumento es el más adecuado para estudiar tanto el ingreso como el gasto familiar, pero en el país se ha realizado con poca regularidad. Actualmente, el Banco Central está concluyendo el proceso de levantamiento y procesamiento de los datos de esa encuesta, lo cual constituye una oportunidad para revisar, tanto los resultados del presente módulo, la metodología de la encuesta y el propio cuestionario. Dicha encuesta permitirá la actualización de las Cuentas Nacionales de Salud para los años 1997 y 1998.

La próxima vez que se realice la encuesta sobre gasto en salud, su cuestionario debería incluir estas revisiones, para que su aplicación constituya una actualización de la ENIG. De tal manera, la construcción de las Cuentas Nacionales de Salud, que elabora el Banco Central, podría ser una actividad permanente, con la inclusión del financiamiento del sector privado.

Un cuarto punto está relacionado con el trabajo de campo. Según se desprende de conversaciones realizadas con el equipo que tuvo esta responsabilidad, la aplicación del cuestionario de gasto en salud en los mismos hogares que la ENDESA, hizo el procedimiento en cada hogar encuestado, excesivamente largo. Probablemente se podrían obtener mejores resultados si la encuesta de gasto en salud se aplicara en "el hogar del lado".²⁸

Debe señalarse que el módulo de Morbilidad, Utilización y Gasto en Salud, incluido en la ENDESA-96, llenó su cometido para estimar los patrones de comportamiento de las familias dominicanas cuando tienen algún problema de salud, y los gastos en que incurren por diversos conceptos y en diferentes instituciones proveedoras. Asimismo, es preciso señalar que, en el país, la ENDESA constituye ya un evento regular que se realiza cada cinco años y, por lo tanto, el momento en que ésta se levanta, constituye una oportunidad para tener informaciones nuevas sobre el mercado de servicios de salud.

Un quinto punto está relacionado con el tamaño de la muestra. Muchos de los resultados obtenidos no permitieron un análisis regional. Los datos de hospitalización, por ejemplo, que son relativamente pocos casos, no siempre podían analizarse adecuadamente relacionándolos con otras variables. Por lo tanto, se recomienda revisar este asunto y considerar la posibilidad de usar el mismo tamaño de muestra que la ENDESA, pero aplicarlo, como se dijo, en el hogar de al lado.

Un último punto tiene que ver con la comparabilidad internacional de las informaciones obtenidas. Como es USAID quien financia, generalmente, las encuestas demográficas y de salud y como esta institución ha apoyado otras iniciativas nacionales e internacionales para estudiar el financiamiento a la salud, sería importante invertir algunos recursos adicionales para lograr que los datos que se producen en cada país sean comparables. En este sentido, sería importante lo siguiente:

Realizar una revisión de las encuestas de hogares que existen en Latinoamérica, ya sea para estudiar los ingresos y los gastos como aquellas destinadas específicamente al estudio del gasto en salud.

Procurar lograr la comparabilidad internacional de las encuestas futuras, mediante la adopción de definiciones semejantes, sobre todo, en cuanto a lo siguiente: (a) definición de los tipos de servicios (qué se incluye en cada uno y la fecha para la cual se hace la pregunta); (b) cuál es la composición del gasto ambulatorio. En esto último, es especialmente importante el gasto en medicamentos, que parece ser el principal componente del gasto ambulatorio. En algunos países, se encuentra sumado a otros tipos de gasto y no es posible analizarlo por separado.

Para alcanzar estos objetivos, la mejor opción sería aplicar el mismo cuestionario en todos los países, o por lo menos, que tuviera un mínimo de preguntas comunes. Esto se podría lograr si hay una coordinación entre los gobiernos y las agencias de cooperación externa, ya que están apoyando la reforma de salud en la mayor parte de los países.

²⁸ Esta fue una sugerencia de Edilberto Loaiza, de Macro International, cuando se estaba preparando el lanzamiento de la ENDESA-96 que, finalmente, no fue aceptada.

Del mismo modo, sería importante fomentar la adopción de una metodología única de elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud, proceso que se ha iniciado ya a manera piloto. De esta forma, se podría contar, en lo sucesivo, con estudios nacionales completos y coherentes sobre el financiamiento a la salud, tanto público como privado, que tendrían, además, la ventaja de ser comparables internacionalmente.

EPÍLOGO

Las reflexiones ofrecidas a todo lo largo de este trabajo, llevan a la conclusión de que el país está muy lejos de los niveles aceptables, en términos de la situación de salud de su población, del acceso equitativo al sistema sanitario por parte de todos los habitantes de esta media isla y, más lejos aún de lo que pudiera llamarse el bienestar individual de cada uno de ellos. Esto justifica la necesidad de la reforma, con una perspectiva integral y enfocada hacia los seres humanos, que son los usuarios de cualquier sistema de salud y los consumidores de los servicios que éste ofrece.

Asimismo, es importante mantener clara la idea de que la salud es un fin y un medio para alcanzar el desarrollo humano sostenible, actual y futuro. Esto reitera la importancia de que los seres humanos, tanto los de hoy como de las generaciones por venir, deban estar en el centro de las políticas económicas y sociales. Ello implica, necesariamente, permear los razonamientos teóricos, los lineamientos de política y las acciones ejecutorias, con planteamientos éticos y valores de orden superior, que trasciendan los requerimientos del progreso material.

Para concluir, resta decir que las ciencias sociales y, particularmente, la economía y la política necesitan, hoy más que nunca, de una ética capaz de orientar los esfuerzos para el desarrollo. El ánimo de lucro y el egoísmo --motores necesarios-- como decía Keynes, del capitalismo, no constituyen motivación suficiente para la erradicación de la pobreza.

El mundo de hoy necesita de otros valores que den su justo lugar a la conciencia sobre las necesidades humanas, al espíritu de servicio, a la actitud desinteresada, a la aspiración por la paz. La encarnación de estos principios en los dirigentes de la sociedad es necesaria para que sea posible hacer realidad la construcción de una sociedad equitativa centrada en las personas del hoy y del mañana, que les permita a todas el desarrollo de su potencial, tanto en el plano material como espiritual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banco Central de la República Dominicana, **Cuentas Nacionales de Salud**, Informe Metodológico, (1995).
- Banco Mundial, **Honduras, ¿cómo lograr salud para todos? - Acceso, eficiencia y equidad en el sector salud de Honduras**, 1998.
- Berman, Peter **Health Sector Reform in Developing Countries, Making Health Development Sustainable**, Distributed by Harvard University Press, Boston, Massachusetts, (1995).
- Berman, Peter, **National Accounts in Developing Countries: appropriate methods and recent applications**, Harvard University Press, Massachusetts, 1996.
- Bitrán, R., McInnes, K., **The demand for health care in Latin América: Lessons from the Dominican Republic and El Salvador**, Economic Development Institute, The World Bank, EDI Seminar Paper No. 46, (1993).
- Bitrán, Ricardo, **Análisis de impacto financiero y fiscal**, Modernización y Reestructuración del Sector Salud República Dominicana, Informe final de consultoría OCT-CNS, Santo Domingo, (1997).
- Ceara Hatton, Miguel **El Financiamiento público al Sistema de Salud en la República Dominicana**, Centro de Investigación Económica para el Caribe, CIECA. (Informe de consultoría OCT-CNS).
- CEPAL, **Panorama Social de América latina**, Naciones Unidas, (1998).
- CESDEM, PROFAMILIA, ONAPLAN, Macro International, **Encuesta Demográfica y de la Salud (ENDESA)**, Santo Domingo, (1997).
- Elke Meldau, **Benefit Incidence – Public Health Expenditure and Income Distribution: a case study of Colombia**, The Christopher Publishing House, Mass., 1980.
- Foxley, Alejandro, et al, **La Distribución de la carga tributaria**, CIEPLAN, Chile, 1977.
- George Schieber and Akiko Maeda, **A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries, in Innovations in health care financing**, The World Bank, (1997).
- Guzmán, Rolando, Lizardo, M.M., Rivera, E. **Estructura Económica, Funcional y Regional del Gasto Público Social en la República Dominicana, (1978-1997)**, ONAPLAN, Santo Domingo, 1998.
- Hausmann, Ricardo, Rigobon, R. **Gasto Público y Distribución del Ingreso en América Latina**, IESA, Venezuela, (1993).
- Henderson, Pamela, **Gastos familiares de salud en América Latina y el Caribe**, OPS, Programa de Políticas de Salud, Washington, (1994).
- Hsiao, William, **Abnormal economics in the health sector**, publicado dentro del libro de P. Berman, Health Sector Reform in Developing Countries: making health development sustainable, Harvard University Press, (1995).
- Inter-American Development Bank, **Economic and Social Progress in Latin America, "Making Social Services Work"**, 1996 Report, Washington, D.C., (1996).
- Kotlikoff, L y L. Summers, **Tax Incidence**, en Auerbach y Feldstein, Handbook of Public economics, North Holland.

La Forgia, Gerard, Gómez, C., Molina, M., Duarte, I., **Los servicios de salud en el Distrito Nacional por sectores, 1987: organización, cobertura, financiamiento y utilización**, Población y Desarrollo, Boletín No. 22, IEPD – PROFAMILIA, (1998).

Mann, A.J. **La carga de las contribuciones y los beneficios de los gastos públicos, Puerto Rico**, Universidad de Mayagüez, 1973.

Oficina de Coordinación Técnica (OCT-CNS), **Salud: Visión de Futuro**, Elemento para un Acuerdo nacional, Santo Domingo, República Dominicana, (1996).

OPS, **National Health Expenditures and Financing**, Washington, DC., 1995.

OPS/SESPAS/CERSS, **Perfil del sistema de servicios de salud de la R.D.**, Santo Domingo, 1998.

Petrei, A. Humberto, **El Gasto público social y sus efectos distributivos**, ECIEL, Brasil, 1987.

Proyecto RD-BID, **Modernización y reforma del sector salud**, (DR-0078).

Rathe, Magdalena, Santana Isidoro, **El Impacto Distributivo de la Gestión Fiscal en la República Dominicana**, Ediciones de la Fundación Siglo 21, Santo Domingo (1992).

Rathe, Magdalena, **Cuentas Nacionales de Salud, un Análisis del Financiamiento del Sistema de Salud de la República Dominicana**, Informe final de consultoría, OPS, (1998).

Rathe, Magdalena, Santana, Isidoro, **Reforma Social, una Agenda para Combatir la Pobreza**, Ediciones de la Fundación siglo 21, Santo Domingo (1993).

Ravindra Rannan-Eliya, Claudia Blanco-Vidal and A.K. Nandakumar, **Equity in the delivery of health care in Egypt: An analysis using a National Health Accounts framework**.

Rodríguez Grossi, J. **La distribución del ingreso y el gasto social en Chile**, Ilades, Chile, 1983.

Santana, Isidoro, **Distribución del ingreso y pobreza en la sociedad dominicana, tendencias recientes**, Fundación Siglo 21, Santo Domingo, (1998).

Selowsky, Marcelo, **Who benefits from government expenditures – a case study of Colombia**, Oxford University Press, 1979.

SESPAS - Fundación Siglo 21, ESU-96, **Utilización de Servicios de Salud y Satisfacción de los Usuarios**, Santo Domingo, (1996).

The World Bank, **Word Development Indicators**, Washington, D.C. (1998).

Thurow, Lester, **Head to head**, William Morrow and Company, Inc. New York, 1992.