



SALUD Y EQUIDAD

Una mirada al
financiamiento a la salud en
la República Dominicana

Magdalena Rathe



Situación de salud

- Etapa inicial de la transición epidemiológica.
- Mosaico epidemiológico:
 - Enfermedades típicas de la pobreza
 - Importancia cada vez mayor de las enfermedades crónicas y lesiones.
 - Santo Domingo, la capital, muestra una etapa más avanzada en la transición.

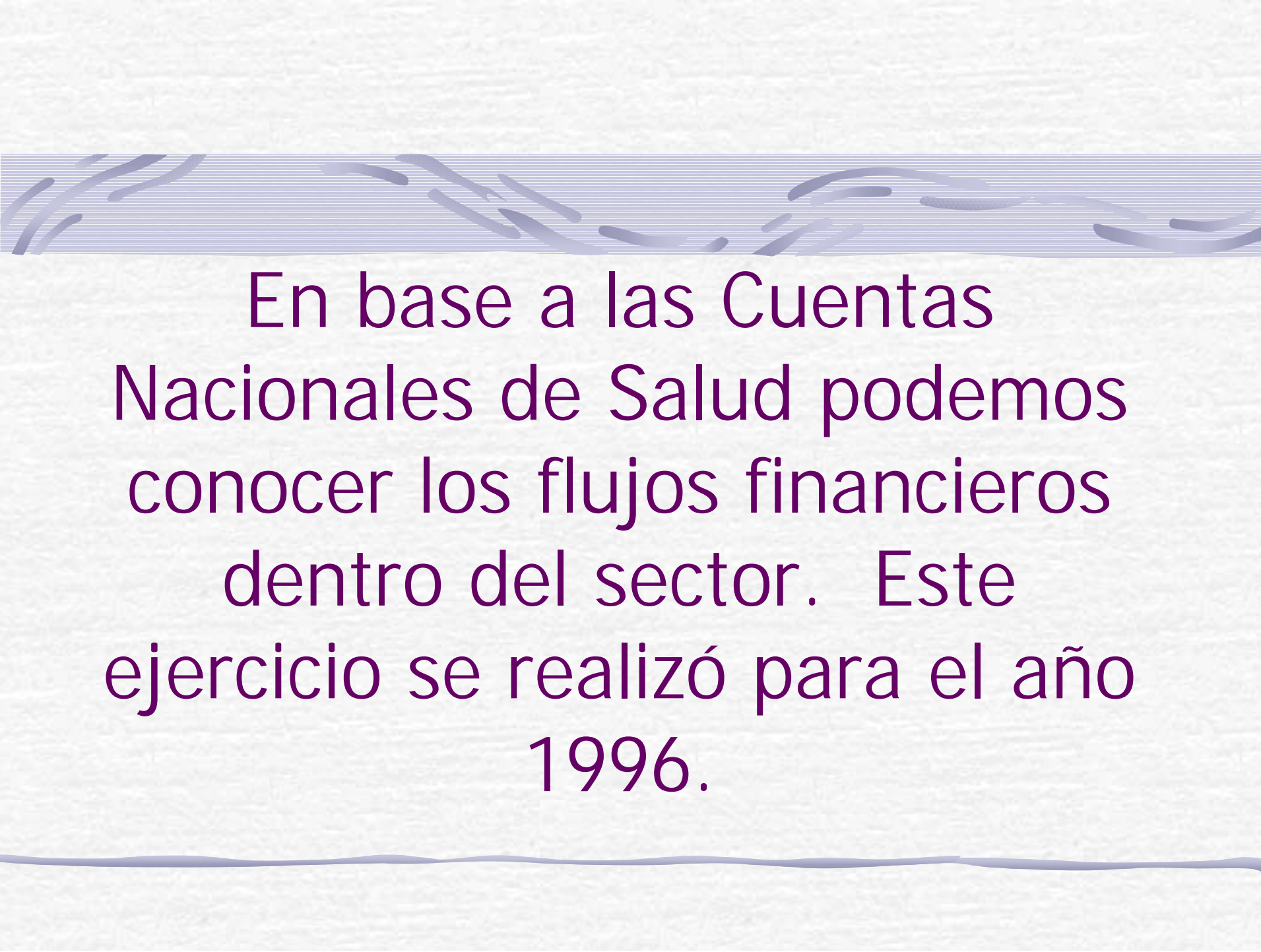
Recursos de salud

- ☛ Los recursos humanos y la infraestructura están dentro de los niveles aceptables.
- ☛ Se encuentran altamente concentrados geográficamente.
- ☛ Su distribución inadecuada resulta en ineficiencias productivas y perturbaciones laborales.

Cuadro 1: DISPONIBILIDAD DE MÉDICOS Y ENFERMERAS EN PAÍSES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS, 1992

| Países | Doctores / 10,000 h. | Enfermeras/ 10,000 h. |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Haití | 1.6 | 1.3 |
| Bolivia | 5.1 | 2.5 |
| Perú | 7.3 | 4.9 |
| R.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 |

SOURCE: PAHO, Basic Indicators (from Honduras ¿cómo lograr salud para todos?, World Bank, 1998). PAHO/SESPAS/ CERSS, Perfil de los servicios de salud, Santo Domingo,1998.



En base a las Cuentas Nacionales de Salud podemos conocer los flujos financieros dentro del sector. Este ejercicio se realizó para el año 1996.

Las CNS describen el gasto nacional en salud, público y privado, en el transcurso de un año

- El origen de los fondos (fuentes).
- Su distribución entre las distintas instituciones (agentes financieros).
- El uso de los fondos, de acuerdo a ciertas clasificaciones que son relevantes para fines de política (por proveedores y por función).

GASTO NACIONAL DE SALUD POR FUENTE

| CONCEPT | US\$ Millones | Total % | PIB % |
|--------------------------------|------------------|--------------|------------|
| PIB | 13,495.0 | | |
| GASTO NACIONAL EN SALUD | 876.4 | 100.0 | 6.5 |
| SECTOR PUBLICO | 206.2 | 23.5 | 1.5 |
| Gobierno Central | 193.2 | 22.0 | 1.4 |
| Resto del sector público | 13.0 | 1.5 | 0.1 |
| SECTOR PRIVADO | 647.6 | 73.9 | 4.8 |
| Familias | 547.1 | 62.4 | 4.1 |
| Empresas | 100.4 | 11.5 | 0.7 |
| RESTO DEL MUNDO | 22.6 | 2.6 | 0.2 |
| Ingresos externos del gobierno | 14.7 | 1.7 | 0.1 |
| Ingresos externos de las ONG | 7.9 | 0.9 | 0.1 |

FUENTE: Banco Central, Cuentas Nacionales de Salud, 1996.

HEALTH EXPENDITURES BY WORLD REGION, 1994

| World Region | GDP per capita US\$ | NHE per capita US\$ | NHE as GDP % | Public finance as % NHE |
|-------------------------------------|------------------------|------------------------|-----------------|----------------------------|
| Asian East and Pacific (incl.China) | 1,196 | 46 | 3.9 | 53 |
| East Europe and Central Asia | 1,858 | 131 | 6.3 | 69 |
| Latin-América and the Caribbean | 3,138 | 372 | 6 | 56 |
| Dominican Republic (1996) | 1,730 | 112 | 6.5 | 24 |
| Middle East and North Africa | 2,783 | 273 | 4.6 | 53 |
| South Asia (incl. India) | 440 | 58 | 3.5 | 44 |
| Africa South Sahara | 811 | 88 | 4.1 | 51 |
| Established market economies (1) | 21,968 | 1,777 | 8.3 | 77 |
| Income groups (2) | | | | |
| Low income | 416 | 62 | 4.1 | 49 |
| Medium income | 2,785 | 321 | 5.5 | 59 |
| High income | 18,659 | 1,518 | 6.8 | 66 |

(1) ODCE countries, excluding Hungary, Mexico and Turkey.

(2) Income groups based on 1995 per capita GDP, Low income: less than US\$765; Average: \$766-9,385; High: \$9,386- and more.

SOURCE: World Bank, 1997. Data on the D.R. from Central Bank, NHA, 1996.

Gráfico 1: Origen de los fondos de los agentes financieros, 1996

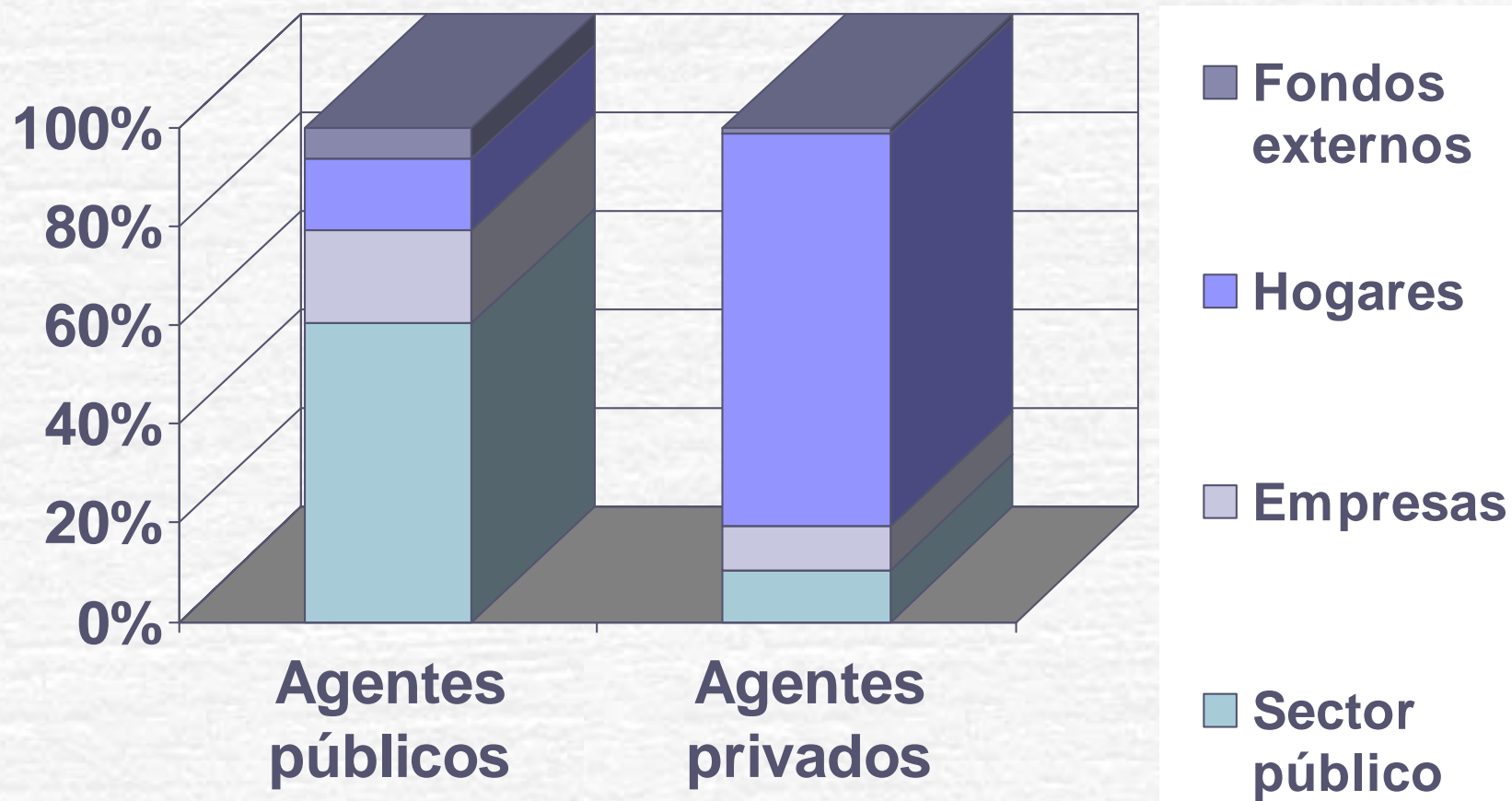


Gráfico 2: Gasto en salud por proveedor, 1996

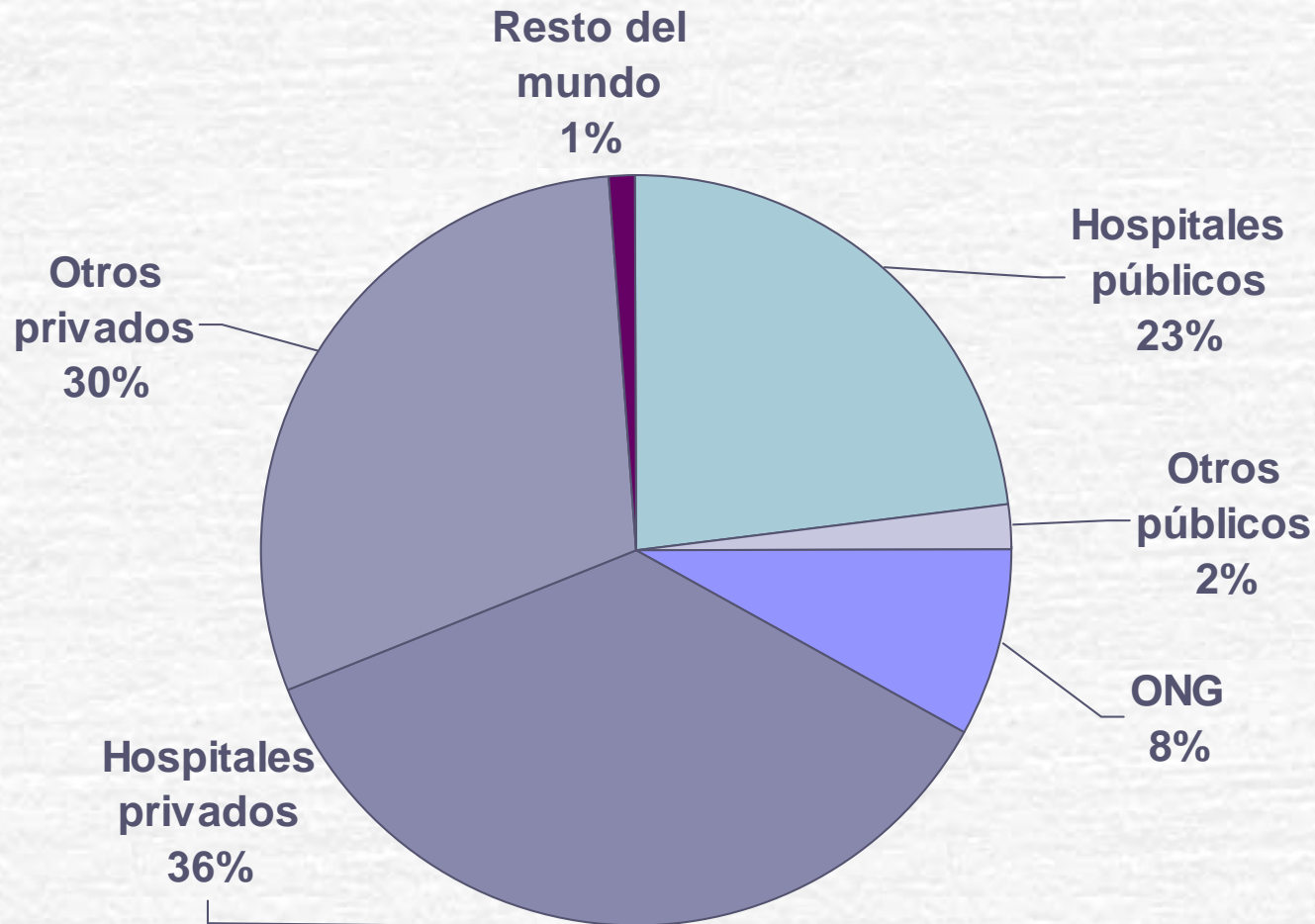
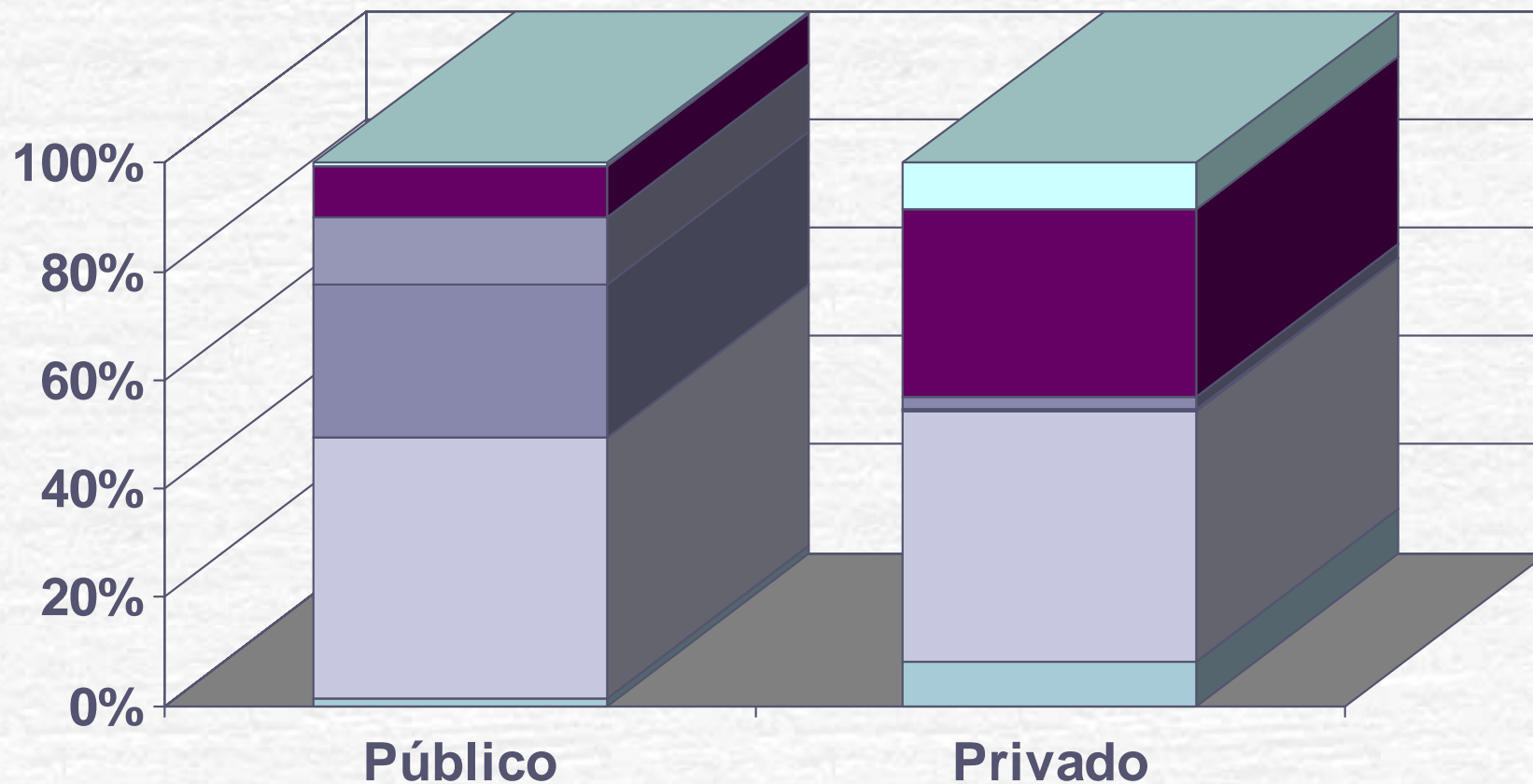



Gráfico 3: Gasto en salud por función, 1996



- Promoción y prevención
- Servicios curativos
- Investigación
- Suministros médicos
- Regulación
- Administración
- Infraestructura



Características del consumo de salud de los hogares




Gráfico 4: ¿Quiénes se enferman más y quiénes buscan ayuda?

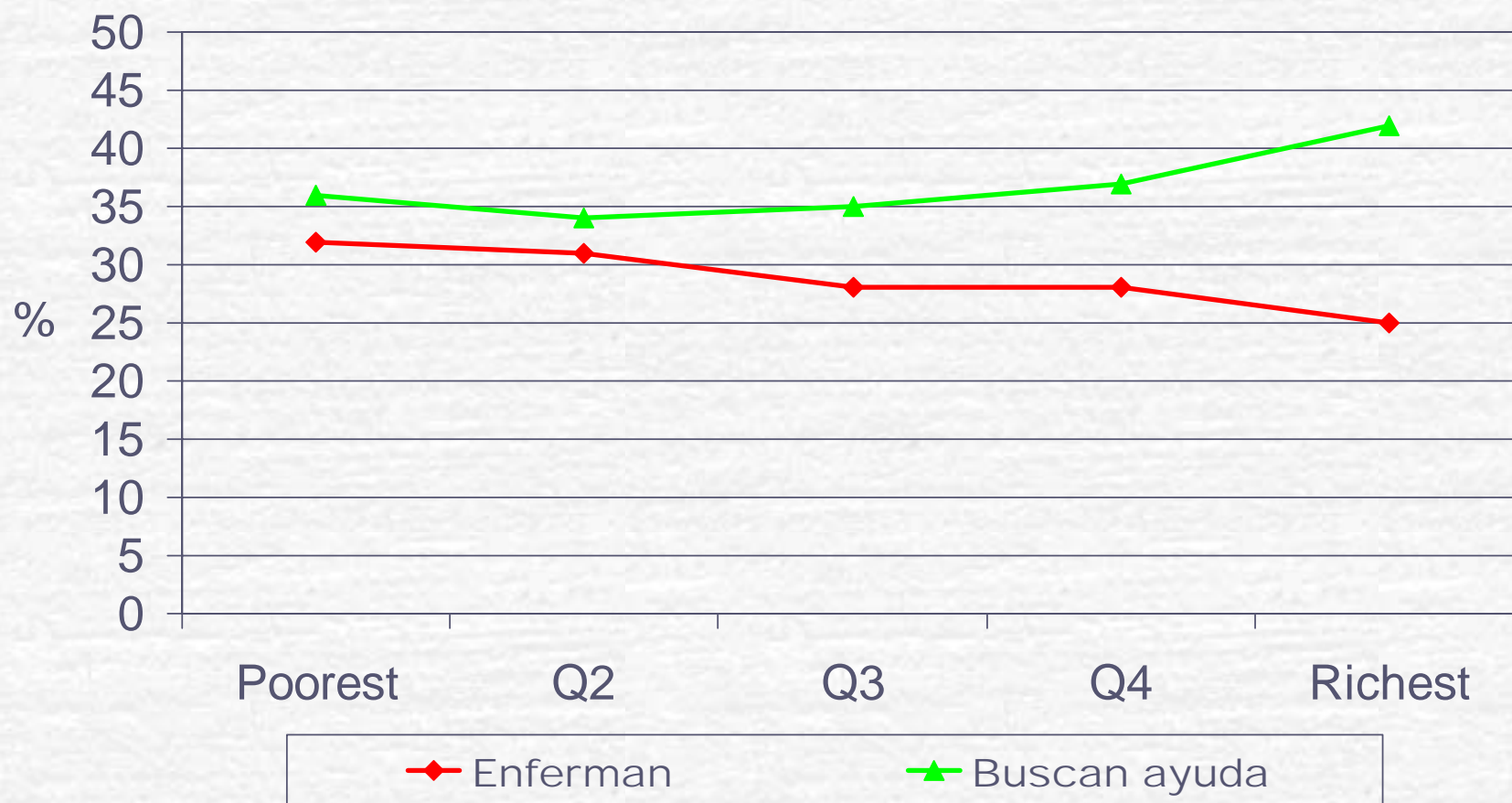


Gráfico 5: Utilización de Servicios Ambulatorios
(quintil más pobre)

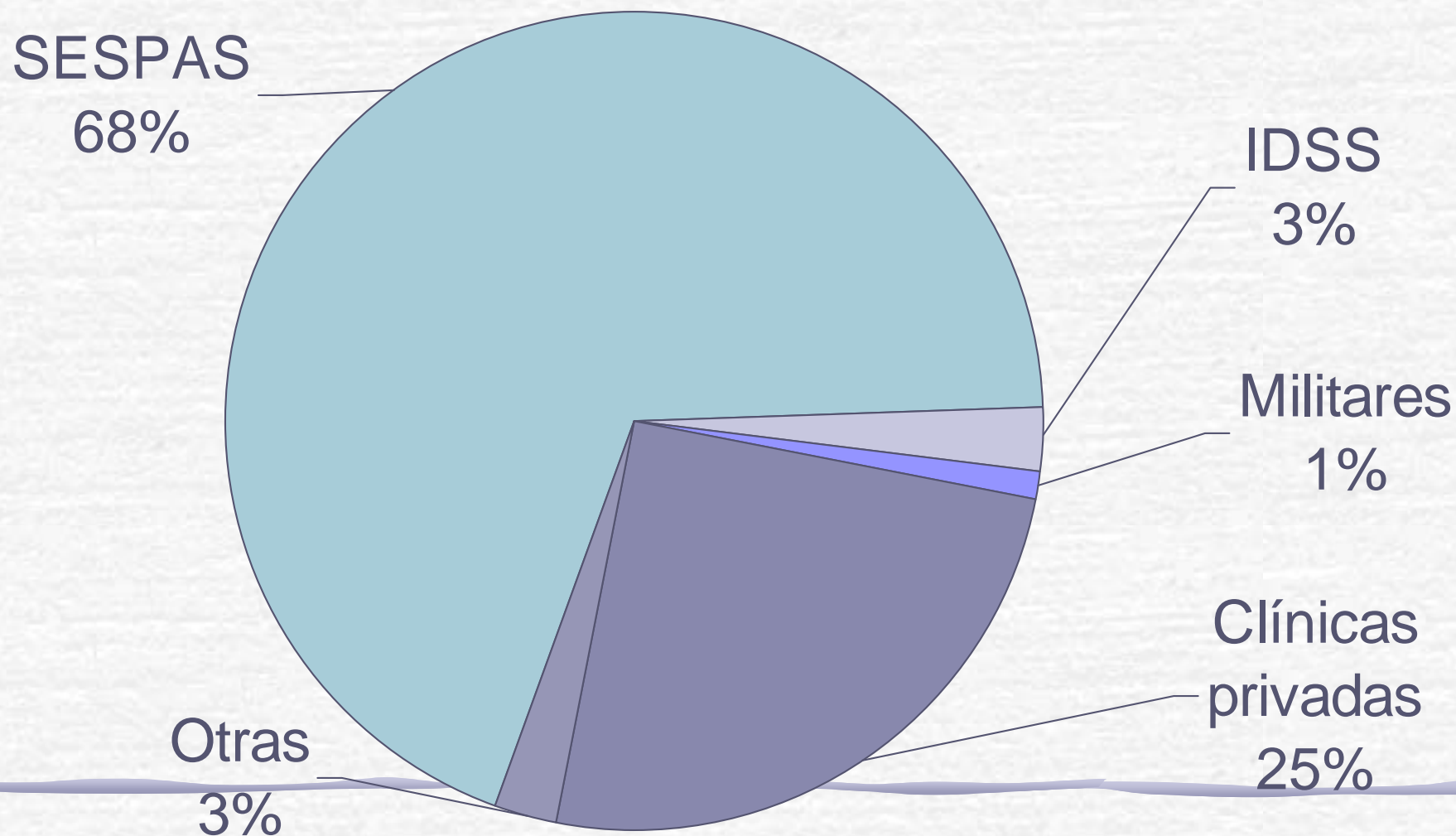


Gráfico 6: Utilización de servicios hospitalarios (quintil más pobre)

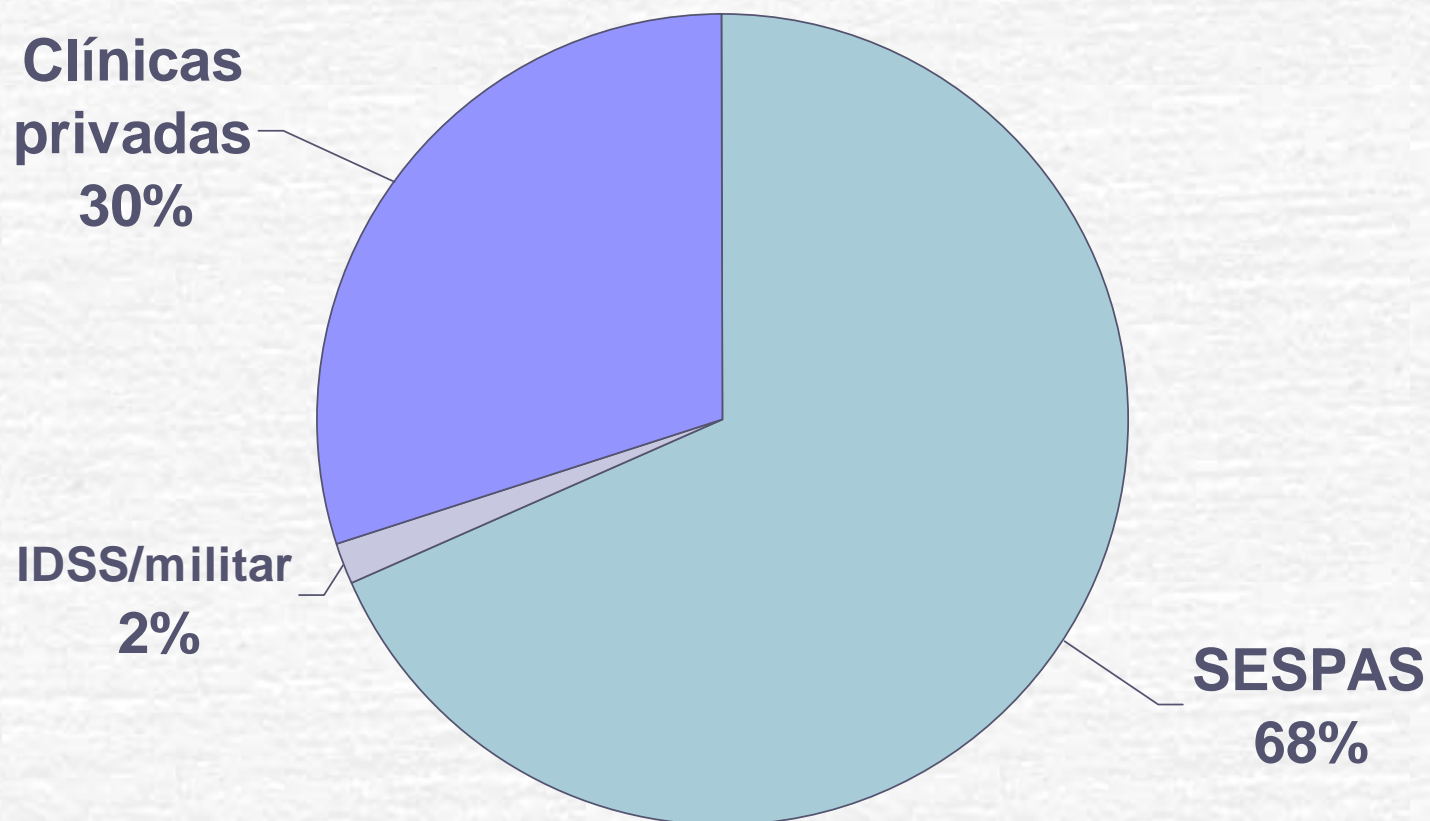


Gráfico 7: Gasto familiar por tipo (%)

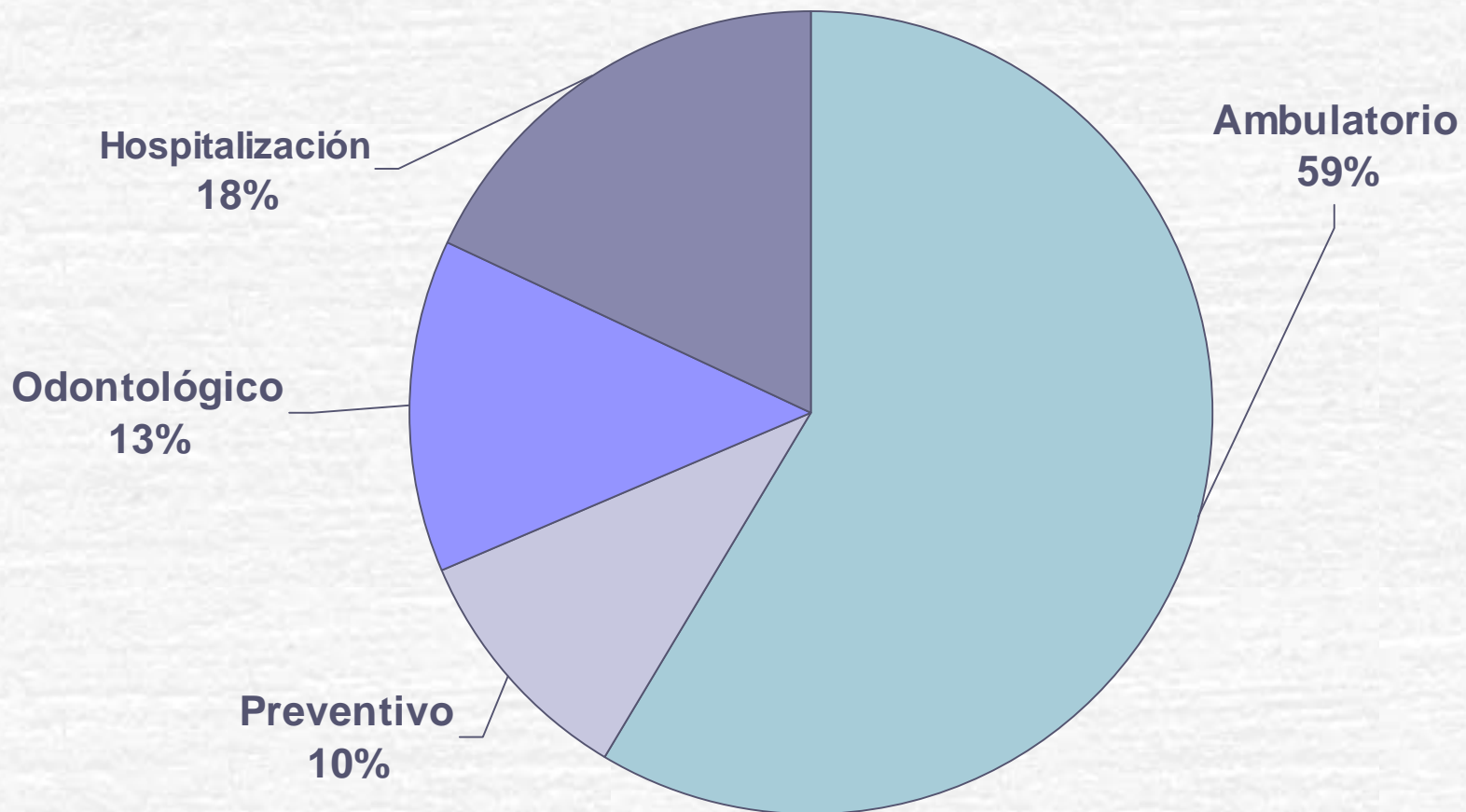


Gráfico 8: Gasto Ambulatorio por Tipo (%)

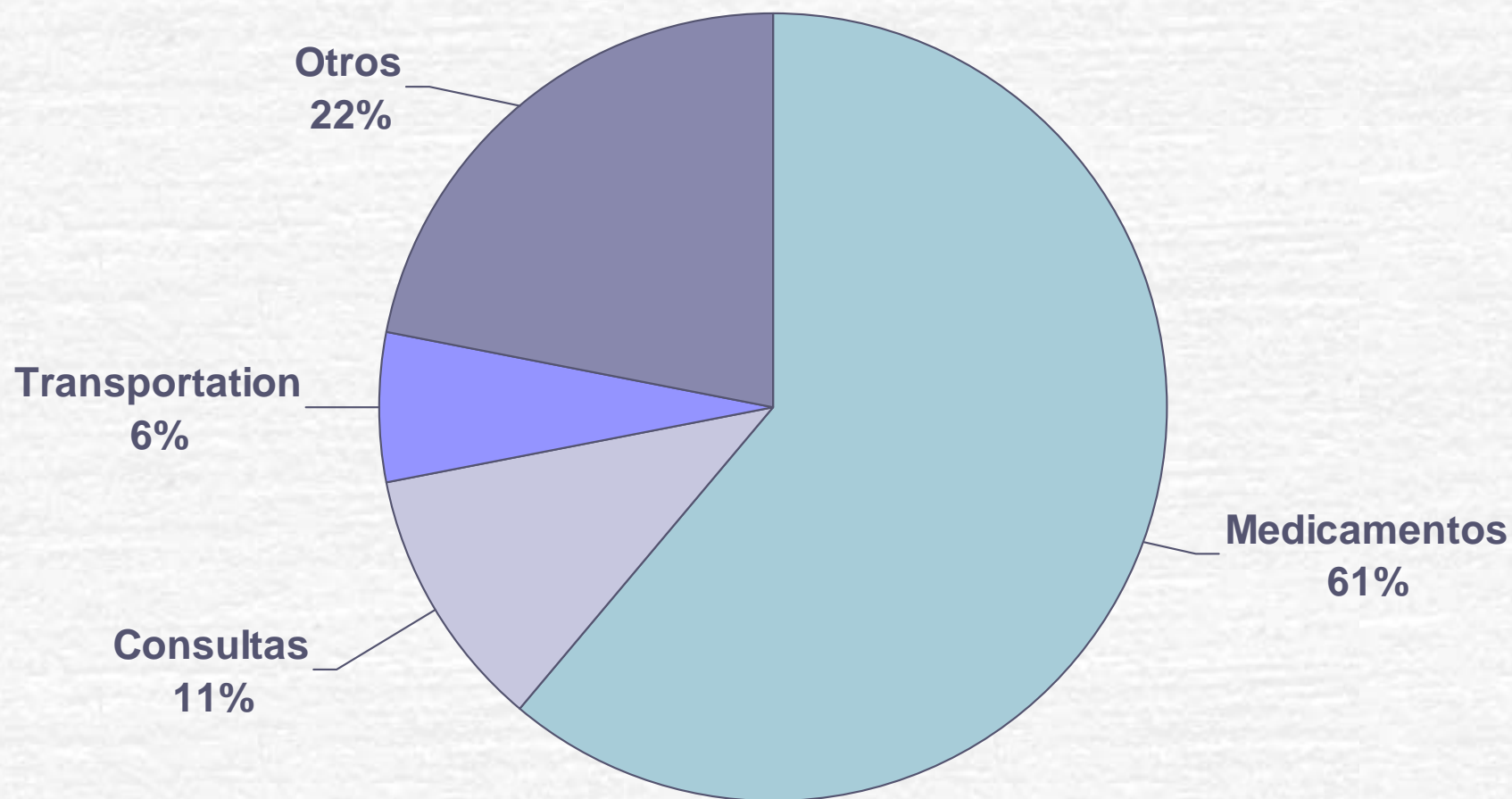




Gráfico 9: Población asegurada (% por grupo de ingreso)



Conclusiones del análisis del consumo familiar en salud

- Hay una clara correlación entre el ingreso familiar y la utilización de servicios de salud.
- Los pobres se sienten enfermos más que los ricos pero buscan atención con menos frecuencia, generalmente por falta de dinero.

- 
- Hay falta de confianza en los servicios públicos.
 - Una tercera parte de las familias más pobres utiliza los servicios privados, incluso para internamiento.
 - Las familias pobres no tienen cobertura de seguros.
 - En consecuencia, deben pagar con dinero de sus bolsillos.
 - Esta situación es peor para los enfermos crónicos.
- 



- 
- Como resultado de lo anterior, las familias soportan una importante carga financiera para cuidar de su salud.
 - Los pobres tienen que tomar dinero prestado o vender activos para pagar por servicios básicos de salud.
 - La enfermedad de un miembro de la familia es una de las causas principales del fracaso de las microempresas – las cuales son una fuente importante de ingreso para las familias pobres en la República Dominicana.
- 

Gráfico 10: Carga Financiera del Gasto en Salud (% del ingreso familiar)

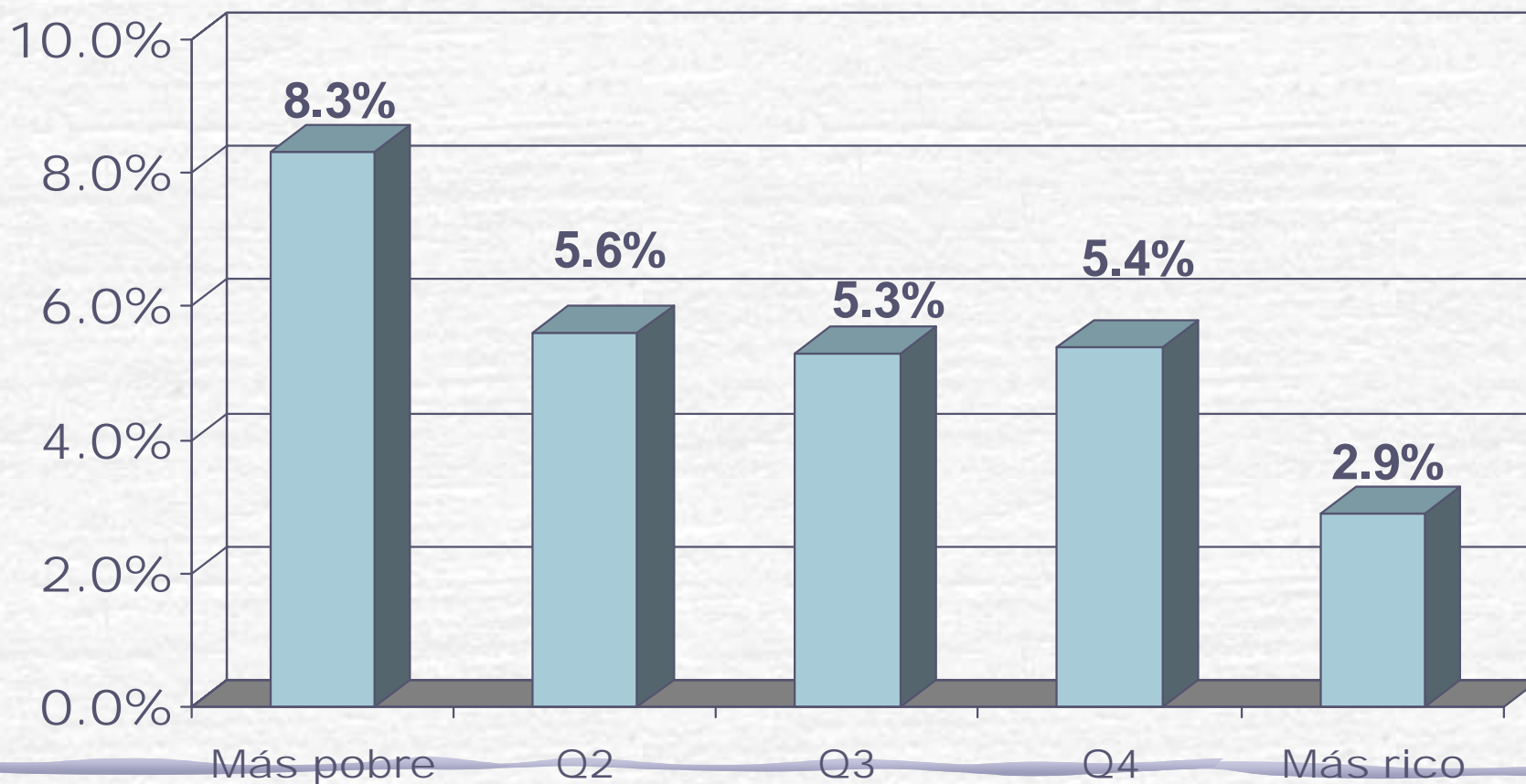
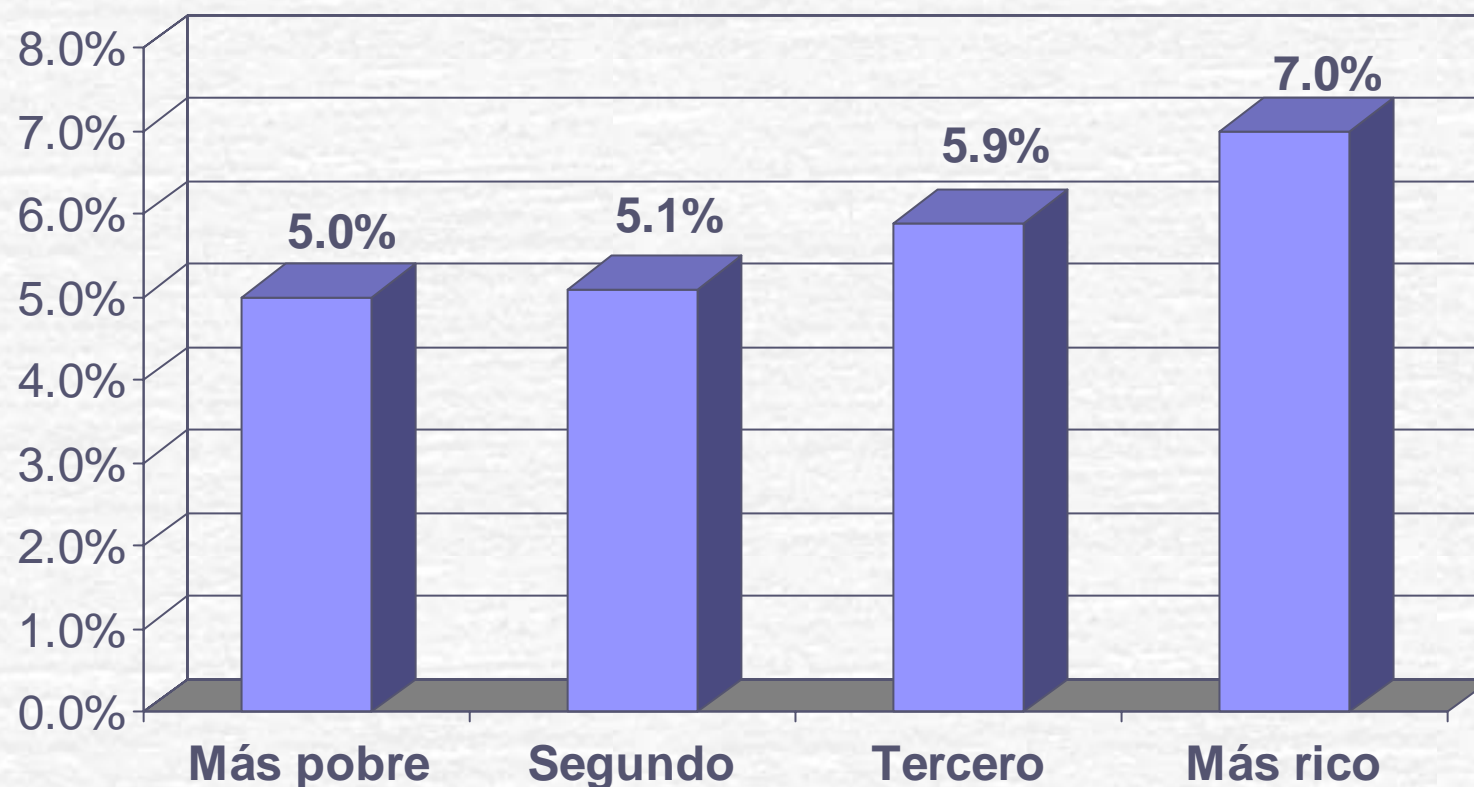



Gráfico 11: Carga financiera del gasto en salud en Latinoamérica (% del ingreso familiar)




Source: PAHO, *National Health and Financing*. 1995

La falta de equidad del financiamiento a la salud en la República Dominicana, es resultado de:

- Bajo financiamiento público.
- Baja cobertura de aseguramiento.
- Elevada utilización de proveedores privados.
- Alta carga financiera del gasto en salud en el presupuesto familiar.
- Falta de regulación de proveedores y aseguradores privados.
- Prácticas discriminatorias, particularmente contra la mujer.

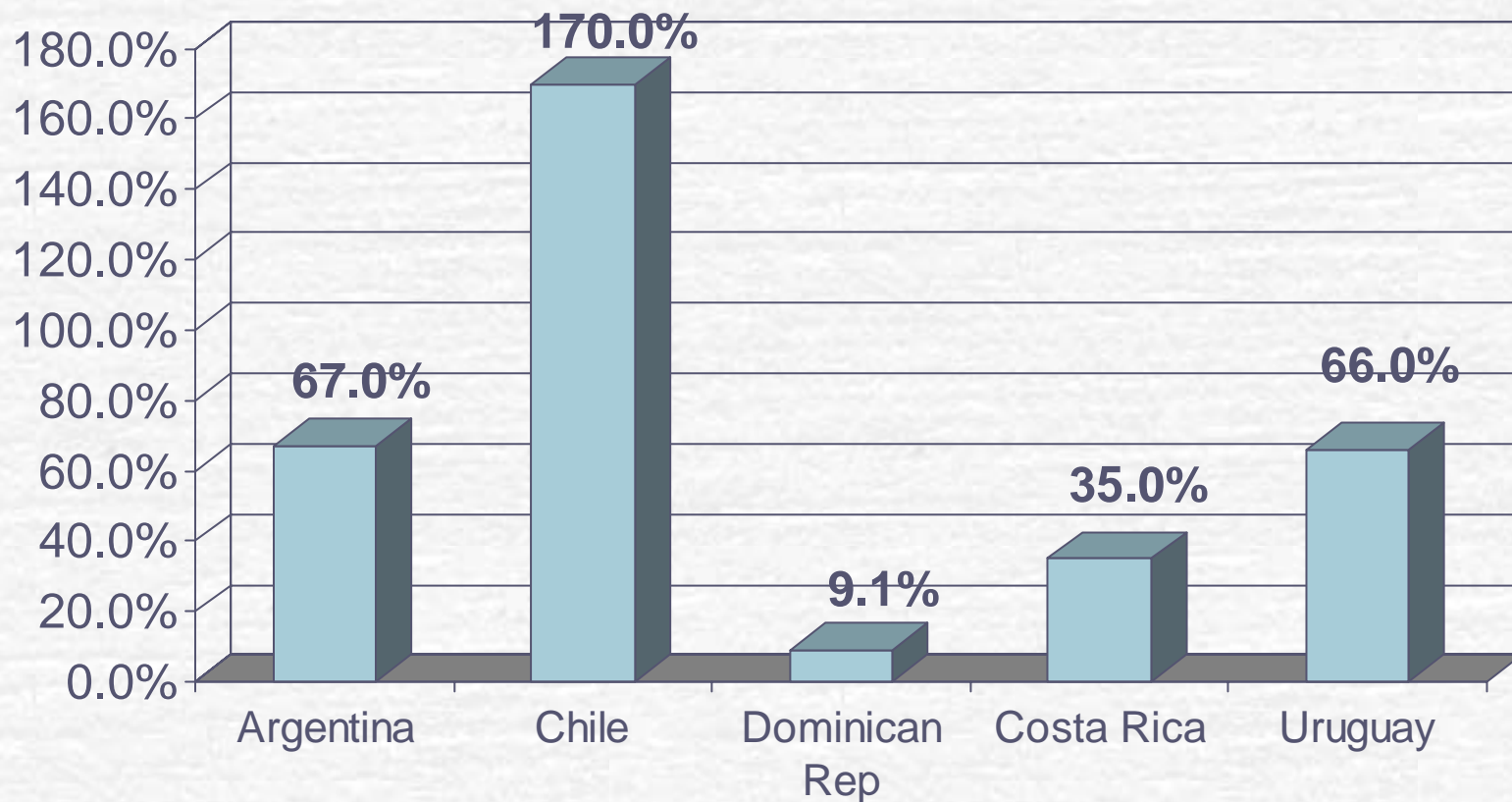


**¿Es distributivo el
financiamiento
público a la salud en
la República
Dominicana?**



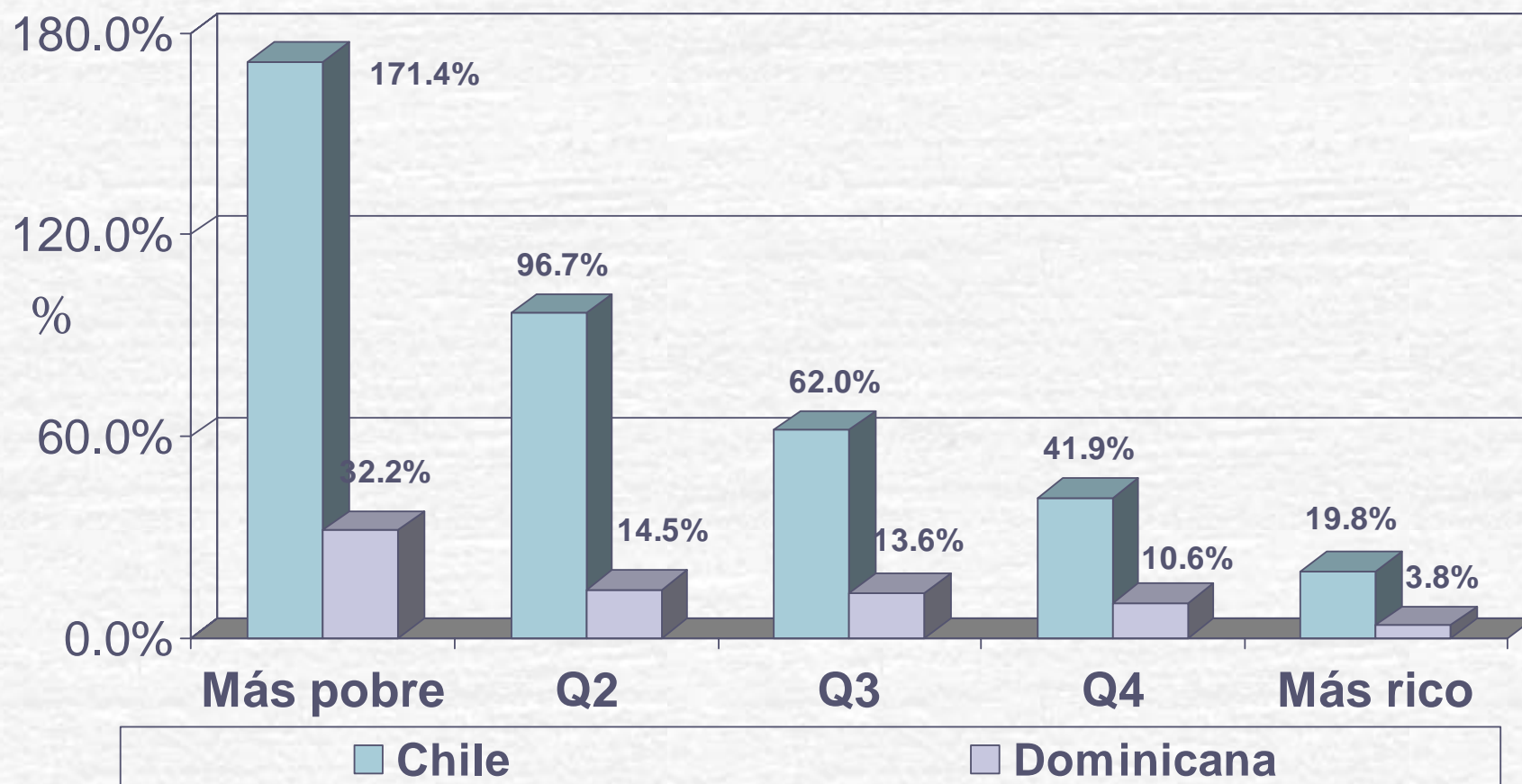
- Investigaciones realizadas en muchos países sugieren que el gasto público en programas sociales puede, efectivamente, aumentar el ingreso familiar de los más pobres.
- El gasto público social puede ser un buen instrumento para:
 - corregir las imperfecciones del mercado de servicios de salud y
 - asignar los recursos donde más se necesitan.

Gráfico 12: Efecto del subsidio Público sobre el ingreso familiar, 1980 (% del ingreso total del grupo más pobre)




Source: Petrei, A.H. *Social Spending and its Distributive Effect*, ECIEL. Brazil. 1987

Gráfico 13: Efecto del subsidio público sobre el ingreso familiar en Chile y RD, por grupo de ingreso, 1980



Source: Petrei, A.H. *Social Spending and its Distributive Effect*, ECIEL. Brazil. 1987



**¿Quién paga por el
consumo familiar de
servicios de salud?**




Gráfico 14: Subsidio público per cápita como porcentaje del gasto familiar total, 1996

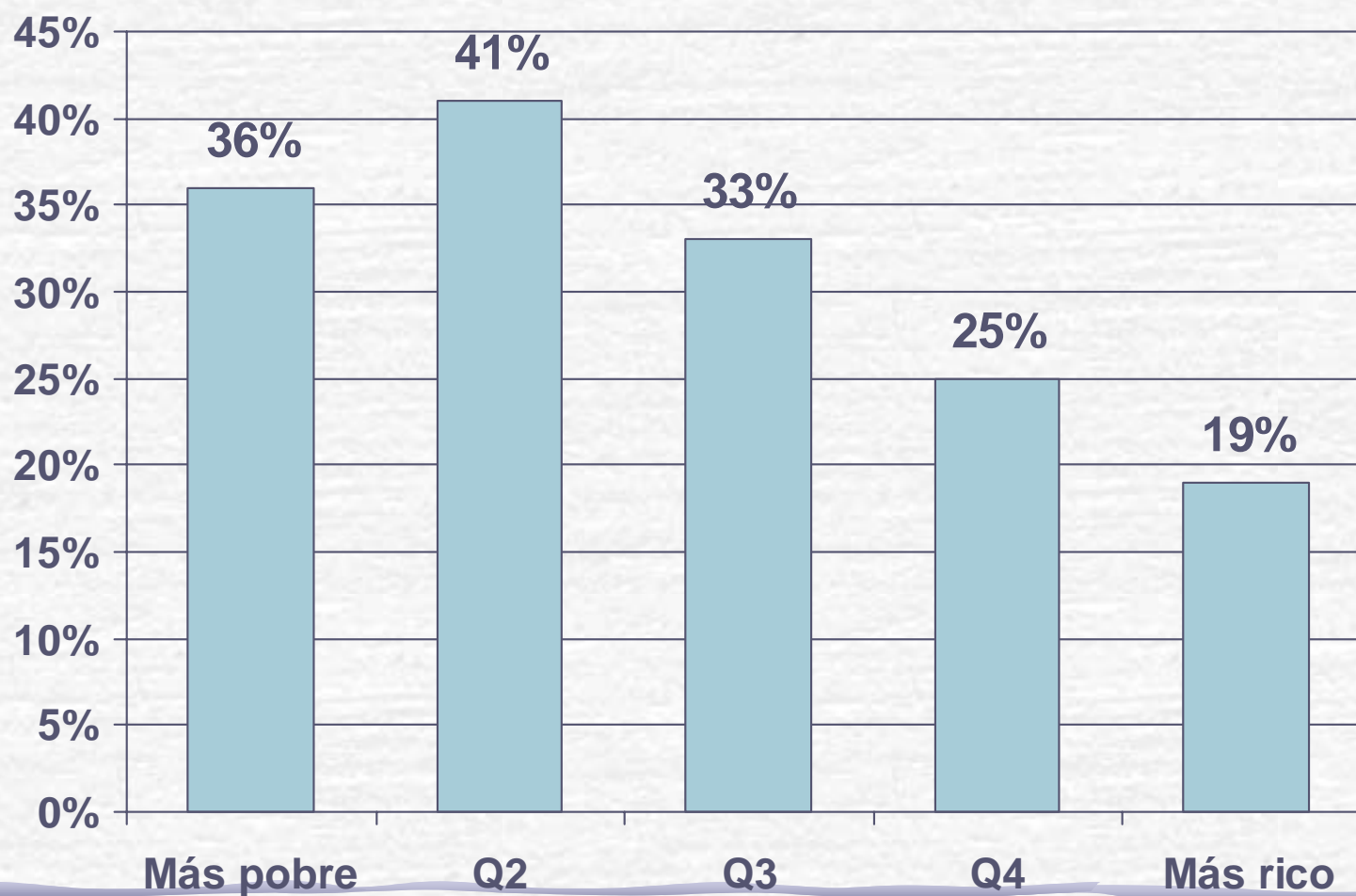
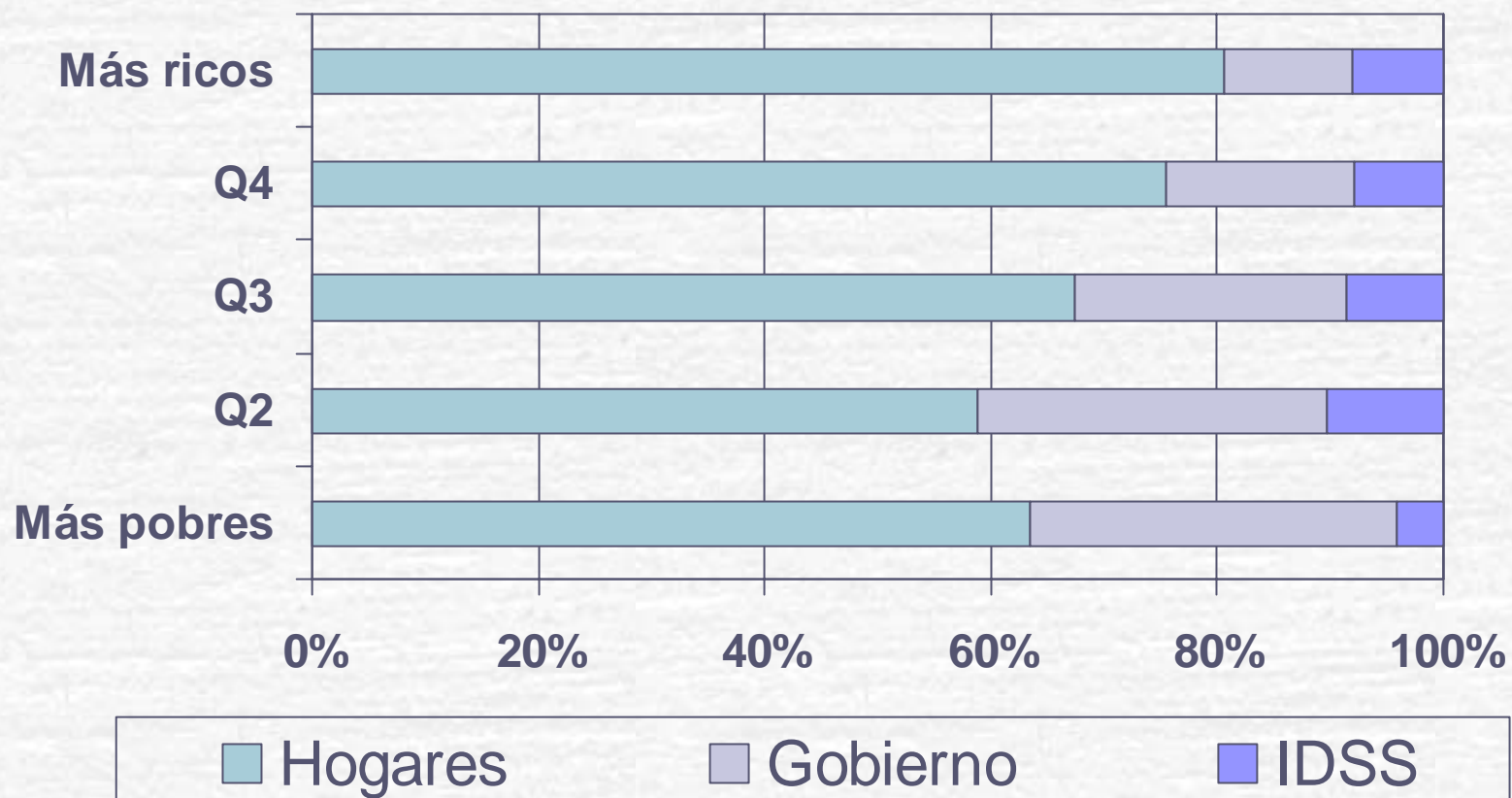



Gráfico 15: Consumo de salud de los hogares por fuente de financiamiento (grupos quintílicos de ingreso)




Resumen

- El gasto en salud es progresivo con relación al ingreso.
- Sin embargo, el nivel de su contribución es bajo.
- En conclusión, el sistema de financiamiento a la salud en RD es:
 - Insuficiente
 - Sin focalización
 - Ineficiente



El análisis de equidad del financiamiento a la salud en la RD sugiere inequidad extrema, al punto que este factor solo justifica la necesidad de una reforma estructural al sistema de salud.



Objetivos de la reforma de salud en la RD

- Aumentar la contribución pública al financiamiento del sistema.
- Reducir el gasto de bolsillo de las familias pobres.
- Universalizar la cobertura.
- Aumentar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud.



¿Cómo incrementar la contribución pública?


- Reforma de la seguridad social.
- Reorientación del gasto público: focalizar los recursos en la población pobre, dando prioridad a la atención primaria.
- Aumentar la eficiencia de los servicios públicos a través de una mejor regulación y mejor asignación de recursos.

La aprobación de la ley de seguridad social es un hecho histórico sin precedentes, es la reforma social por excelencia y constituye la base para la construcción de una nueva sociedad.

Para terminar

- La nueva ley de seguridad social es la base para una verdadera reforma de salud centrada en la gente.
- Sin embargo, la ley por sí sola no puede realizar cambios. Se necesita voluntad política y gestión ejecutiva.
- Política de Estado en lo que concierne a salud y seguridad social: visión clara y sin prejuicios.

- 
- Implementación de sistemas que estimulen la eficiencia, tales como:
 - Autonomía de los hospitales públicos.
 - Asignación de recursos en base a resultados y productividad.
 - Ambiente de competencia.
 - Elevación de la calidad.
 - Esto requiere modernos sistemas de administración y la minimización de las influencias políticas de los grupos de presión.
- 

- 
- No debemos olvidar que la salud es tanto un medio como un fin para alcanzar el desarrollo humano – y que éste se centra en las personas, tanto las de hoy como de las generaciones futuras.
- 