



*“Año del Bicentenario del Natalicio de Juan Pablo Duarte”*

**VICEMINISTERIO PLANIFICACION Y DESARROLLO**  
**Dirección General de Planificación y Sistema de Salud**  
**Unidad de Cuentas Nacionales en Salud**

**Cuentas Nacionales de Salud**  
**República Dominicana**  
**Informe Gasto Público en Salud 2011**

**Santo Domingo, D.N.**  
**Diciembre, 2012**

### ***Autoridades***

*Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo Núñez (Freddy)*

*Dr. Virgilio Cedano*

### ***Coordinador General***

*Dr. Virgilio Cedano*

*Viceministro Planificación y Desarrollo*

### ***Equipo Responsable de su Elaboración***

*Licda. Yuderka Arrendell Holguín*

*Dr. José Selig*

*Lic. Rafael Ortiz*

*Licda. Mary Reyes*

*Licda. Sheila Almonte*

*Lic. Ramón Astacio*

### ***Diseño y Diagramación***

*Licda. Dairy de Aza*

**Cuentas Nacionales de Salud  
República Dominicana  
Informe Gasto Público en Salud 2011  
Diciembre  
2013**

# Índice

1. Introducción
2. Características Generales de la República Dominicana
  - 2.1 Aspectos generales
  - 2.2 Contexto en el que se desenvuelve el sector público de Salud
3. El Modelo de atención en de la República Dominicana
  - 3.1 Elementos generales del Sistema Nacional de Salud en RD
  - 3.2 La función de Rectoría
  - 3.3 La Provisión de Servicios de atención en Salud
  - 3.4 Financiamiento/Aseguramiento
  - 3.5 La reforma del sector salud
4. Las Cuentas Nacionales de Salud
  - 4.1 Base Legal
  - 4.2 Antecedentes
  - 4.3 Dimensiones del Análisis del Gasto Público en Salud de la República Dominicana 2011
    - Fuentes de Financiamiento
    - Agentes de Financiamiento
    - Objeto del Gasto
    - Clasificación Económica del Gasto Público en Salud
    - Funciones de Atención a la Salud
    - Costo de los Recursos de las funciones de atención a la salud
    - Proveedores de Servicios
  - 4.4 Tendencias del Gasto Público en Salud
5. Conclusiones y Recomendaciones
6. Referencias Bibliográficas y Documentales

## **ANEXOS**

1. Metodología de estimación de las Cuentas Nacionales de Salud y Limites del Gasto Público en Salud, 2003-2011
2. Matrices construcción cuentas nacionales año 2011
  - a. Matriz consolidada origen de los recursos

- b. Matriz de fuentes a agentes de financiamiento
- c. Indicadores económicos del gasto público en salud RD 2011

## **TABLAS Y CUADROS**

1. Indicadores de desarrollo humano 2010. República Dominicana.
2. Incidencia de la pobreza en República Dominicana 2000-2003
3. Concentración del ingreso en la República Dominicana
4. Establecimientos por Servicio Regional de Salud
5. Organización de los sistemas de salud
6. Características de los sistemas
7. Indicadores Económicos de Salud Sector Público
8. Fuentes de Financiamiento del gasto público en Salud
9. Fuentes de Financiamiento gasto público en millones de RD\$, serie 2003-2011
10. Detalle de préstamos Externos
11. Agentes de Financiamiento del Gasto público en salud
12. Gasto en Medicamento según Agente Financiero
13. Consolidado según objeto del gasto
14. Clasificación económica del costo de los recursos
15. Funciones de atención en salud
16. Consolidado del gasto según proveedores de atención en salud
17. Clasificación económica del gasto de las funciones de salud
18. Gasto público en salud y variación porcentual años 2003-2011

## **GRAFICOS**

1. Índice de Desarrollo Humano: tendencias desde 1980 hasta la actualidad.
2. Red de Servicios Regionales de Salud
3. Flujo Financiero según Estructura del Sistema Nacional de Salud Dominicano
4. Comparación porcentual del gasto público en salud y gasto del Ministerio de salud Pública Versus PIB
5. Comportamiento porcentual del gasto público en salud Vs el GS y el GGG 2003-2010.
6. Ejecución porcentual del gasto público en Salud

7. Ejecución porcentual del gasto público en salud por fuente de financiamiento 2003-2011
8. Proporción del gasto en salud del sector público de préstamos externos 2011
9. Porcentaje del gasto público en salud de los agentes financieros 2011
10. Representación porcentual del gasto público en medicamentos por agente financiero
11. Porcentaje de ejecución por objeto del gasto en salud sector público 2011
12. Porcentaje del gasto público en salud según desembolsos corrientes y de capital 2011
13. Proporción del gasto público en salud según funciones de atención
14. Proporción del gasto de las funciones de atención en salud según desembolsos corrientes y de capital 2011
15. Gasto del sector público por proveedores de atención de la salud en valores absolutos y porcentuales 2011
16. Tendencia del gasto público en salud como proporción del PIB y variación porcentual 2003-2011
17. Tendencia de la proporción del gasto público en salud con relación al PIB, 2003-2011
18. Gasto Público en Salud y variación porcentual 2003-2011.

# 1. Introducción

La República Dominicana es un país con una extensión territorial de 48,442 km<sup>2</sup>, con una población de 9 445,281 habitantes, según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del 2010 y una tasa de crecimiento de 2.1 (ONE). Su índice de Desarrollo Humano (IDH), al 2010, era de 0.689, ocupando el lugar 98 de los 187 países incluidos en el informe de IDH que presenta el PNUD, algo menor que el promedio de los países de América Latina y El Caribe.

Durante los últimos años, ha experimentado un elevado crecimiento económico y una estabilidad macroeconómica importante, por encima de los demás países la región. Al 2010, la tasa de crecimiento del PIB era de un 7.5 % con una inflación menor del 2 % anual y una estabilidad de la moneda con relación al dólar norteamericano (Banco Central).

A pesar de ello, persiste en el país una alta proporción de hogares pobres (42.2 %) y marcadas desigualdades entre las regiones y provincias del país, ocupando la posición 24 de 101 países con peor índice de desigualdad (Gini). Se afirma que este elevado crecimiento económico no ha provocado una mayor inclusión social a pesar de los esfuerzos públicos por dar con la solución al problema.

Estas desigualdades en el ámbito de la economía generan perfiles diferentes de vulnerabilidad y exposición entre los grupos sociales, provocando importantes inequidades en el campo de la salud de la población. Tal es el caso de la mortalidad infantil, donde encontramos regiones de salud con un índice de mortalidad infantil menor de 25 defunciones por cada mil nacidos vivos (Regiones II, III y VIII) al mismo tiempo que otras regiones presentan valores para este mismo indicador superiores a 35 por mil nacidos vivos (Regiones 0 y V) e incluso superiores a los 40 por mil nacidos vivos (Región IV).

El sector público cuenta con una amplia oferta de centros y servicios de salud a nivel nacional, organizados en forma de redes de establecimientos que, desde el 2005 para el

Ministerio de Salud Pública y desde el 2007 en el IDSS, pretende transformar en una red de servicios descentralizadas como parte de un proceso de reforma del sector salud iniciada en la década de los 90 del siglo pasado y que aún no concluye.

En el marco del nuevo sistema de seguridad social, el sector público dispone de algunas de las mejores administradoras de riesgo de salud (ARS), como es el caso de SENASA y de la ARS Salud Segura. Las instituciones que regulan y sirven a la seguridad social son públicas al igual que la máxima autoridad sanitaria, dado que le corresponde al Ministerio de Salud Pública ejercer la función de rectoría para todo el sistema nacional de salud.

Es evidente que la presencia del sector público en el campo de la salud, además de amplia, es también fundamental en lo que a toma de decisiones se refiere, las que se esperan puedan impactar positivamente en la salud de la población. En consecuencia, la respuesta a nuestros problemas no es de estructura sino de funcionamiento y, dentro de ello, de gestión. Una base para desarrollar esta función lo son los estudios sobre el gasto en salud.

Los estudios de cuentas nacionales en salud pretende ofertar evidencias objetivas a quienes deben decidir sobre las políticas de salud mediante el monitoreo del gasto en salud y así poder estimar las necesidades financieras del sector y, a la vez, ser base para obtener una mejor planificación del gasto y una mayor efectividad de los recursos financieros invertidos. Las Cuentas Nacionales de Salud representan una herramienta parcial para la evaluación de las políticas del sector sobre la base de contribuir a medir el balance logrado entre la mejoría de los indicadores de salud de la población, con sentido de equidad, y los recursos invertidos.

Es por ello que se desarrolla y expone el presente estudio, el primero que elabora el Ministerio de Salud Pública, sobre cuentas nacionales de salud para el 2011, pero, dadas las limitaciones en los sistemas de información sobre todo en lo referente al sector privado de la salud, se refiere únicamente al sector público, lo que restringe el campo de la toma de decisiones a este sector, lo que no deja de ser importante.

Para su mejor comprensión y aceptación por parte de sus usuarios, la presentación de los resultados del estudio se ha convenido organizarlo en varias secciones. La primera describe, a grandes rasgos, la situación del sector salud en República Dominicana, los procesos de reforma que se han emprendido y las características de su gestión financiera, pretendiendo que el lector pueda tener una referencia del contexto en que se desarrolla el estudio. En la segunda sección, se exponen los resultados de las cuentas, integrados en forma matricial, con la información de los flujos financieros dentro del sector. Más adelante se presenta el análisis de los resultados, relacionando los hallazgos y mostrando la utilidad potencial de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS). Por último, se resumen las conclusiones del trabajo, tanto metodológicas, como las que se refieren a los hallazgos. El detalle metodológico y financiero del sector público, así como el desglose de la información por entidades y objeto del gasto, se presentan en los anexos.

Se espera que sus resultados sean tomados en cuenta al momento de valorar el rumbo del sector público de salud. Su lectura y posterior crítica nos ha de permitir mejorar los siguientes informes y, en consecuencia, poder sustentar mejor las decisiones tomadas.



## 2. Características Generales de la República Dominicana

### 2.1 Aspectos Generales

La República Dominicana comparte la isla La Española con Haití. Tiene 48 442 km<sup>2</sup> y una población de 9 445,281 habitantes, 4, 739,038, el 50.17% Hombres y 4, 706,243, el 49.83% mujeres y una tasa de crecimiento de 1.4 % (ONE). La densidad poblacional es de 201 hab/km<sup>2</sup> y la tasa de crecimiento poblacional anual es de 1.4%. La esperanza de vida al nacer es de 71 años, 72 las mujeres y 71 los hombres (2010). 64.4% de la población total reside en zonas urbanas y se estima que en 2015 esta proporción ascenderá a 71.2%.

El índice de Desarrollo Humano (IDH) del país, al 2010, era de 0.689, ocupando el lugar 98 de los 187 países incluidos en el informe de IDH que presenta el PNUD, algo menor que el promedio de los países de América Latina y El Caribe que, ajustado por la igualdad, desciende a 0.510.

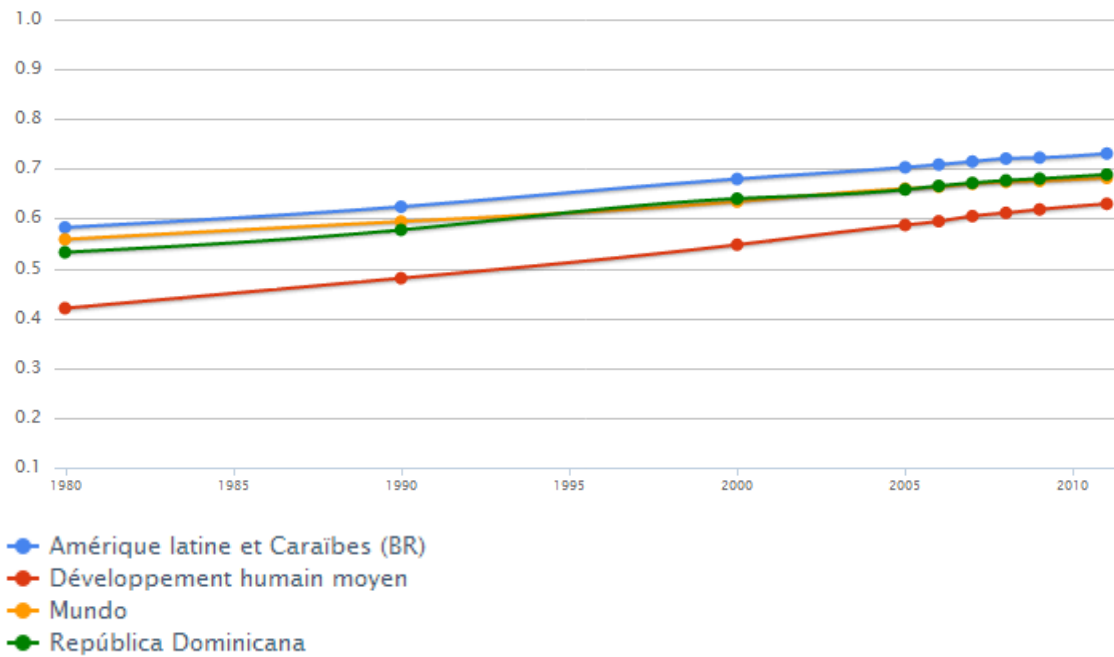
**Tabla 1: Indicadores de desarrollo humano 2010, República Dominicana**

Índice de Desarrollo Humano	Clasificación 98
Salud	Esperanza de vida al nacer. (años) 73.4
Educación	Años de educación promedio (años) 7.2
Ingresos	Ingreso nacional bruto (INB) per cápita (Constant 2005 internacional \$) 8,087
Desigualdad	Índice de Desarrollo Humano, ajustado por la igualdad 0.510
Pobreza	Índice de pobreza multidimensional (%) n.d.
Género	Índice de desigualdad de género 0.498
Sostenibilidad	Ahorro neto ajustado (% del INB) 0.4
Demografía	Población, total considerando ambos sexos (en miles) (miles) 10,056.2
Índices compuestos	Valor del IDH según componentes que no constituyen ingreso 0.720

Fuente: PNUD.

Gráfica 1

### Índice de Desarrollo Humano: Tendencias desde 1980 hasta la actualidad



Fuente: PNUD

## 2.2 Contexto en el que se desenvuelve el sector público de Salud

La salud de la población del país y de los grupos sociales que le conforman, está determinada socialmente. Aunque no es tema de los estudios de cuentas nacionales, para su contextualización, se exponen las características generales de los ámbitos político, económico y social de la República Dominicana para el período del estudio.

### Ámbito político:

El accionar político en la República Dominicana está enmarcado en un modelo multipartidista que cada cuatro años se disputa el control del ejecutivo (gobierno y municipalidades) y de las cámaras legislativas (Senado y Diputado), los que se eligen por votación popular de forma separada, el ejecutivo en el 2008 y el legislativo y las

municipalidades en el 2006. El poder judicial se accede a través de carrera institucional y la conformación de las altas cortes a cargo de los demás poderes del Estado.

Le corresponde al poder ejecutivo, en la persona del presidente de la república, el nombramiento del gabinete, incluyendo al Ministro de Salud, así como de los directivos de las instituciones de la seguridad social entre las ternas que le sometieran los organismos de dirección correspondientes. Para el período que incluye el estudio, el poder ejecutivo ejercía la segunda mitad de su segundo mandato consecutivo sin poderse reelegir por mandato constitucional. En tal sentido, salvo excepciones menores, el contexto político se puede calificar como estable, sobre todo por la continuidad del gobierno.

### **Ámbito Económico:**

Durante la década de los noventa, República Dominicana ocupó los primeros lugares en el liderazgo del crecimiento económico en América Latina y el Caribe; el ingreso per cápita del país pasó de US \$1,410 en 1990 a US\$2,080 en el año 1999, lo que significó un incremento de un 47%, superando los US \$2,100 en el año 2000 y un producto Interno Bruto (PBI) 5.9% en el período 1991-2007. Sin embargo este crecimiento no se reflejó en la mejoría de las condiciones de vida de los grupos más vulnerables, en virtud de que hubo un aumento de la pobreza (Según Estrategia para la Reducción de la Pobreza en la República Dominicana 2004-2015 y el Comunicado de prensa No.2006/13/RDALC “República Dominicana y América Latina necesitan reducir la pobreza para impulsar el crecimiento”). Así lo expresan los datos ofrecidos por los organismos económicos del país y lo confirma el Banco Mundial cuando dice que en el 2002 el 2.7% de la población urbana está en extrema pobreza y que al final del 2004, 42 de cada 100 dominicanos eran pobres y de éstos 16 se encontraban viviendo en situación de pobreza extrema.

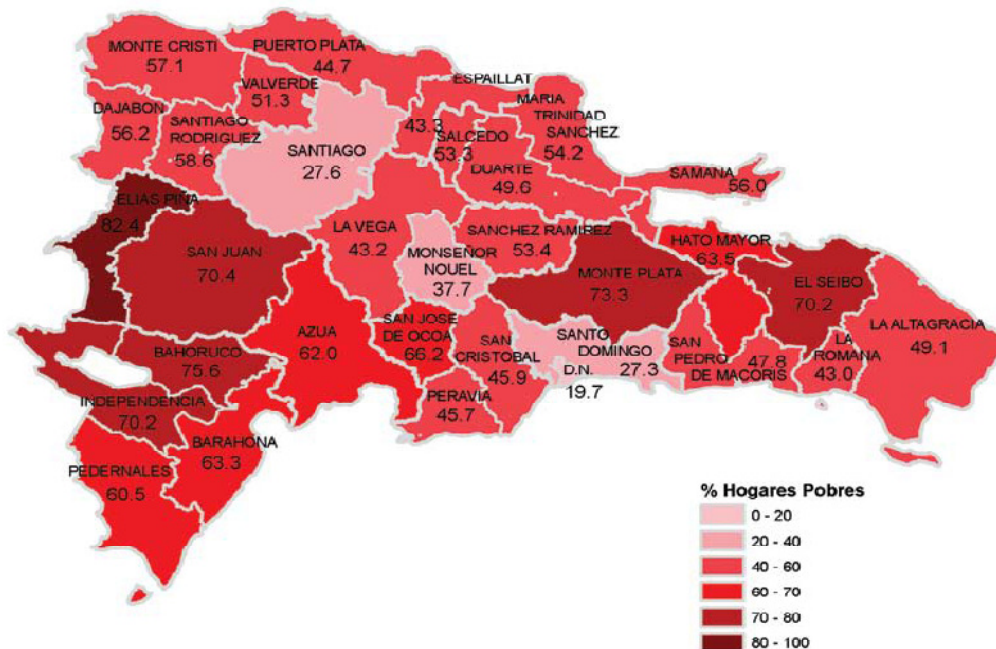
Tabla 2  
**Incidencia de pobreza en República Dominicana, 2000-2003**

	Línea ONAPLAN	Periodo			
		2000	2001	2002	2003
Pobreza	% bajo línea de pobreza	54.05%	54.30%	56.36%	61.70%
	Número de personas bajo línea de pobreza	4,679,331	4,823,245	5,132,451	5,714,738
Pobreza extrema	% bajo línea de pobreza extrema	27.77%	26.43%	28.44%	33.01%
	Número de personas bajo línea de pobreza	2,403,283	2,346,839	2,590,581	3,057,121
	Línea de pobreza extrema (en RD\$ corrientes)	715	779	819	1,044

Fuente: ODH, con la Encuesta de Fuerza de Trabajo del Banco Central.

Existen grandes desigualdades territoriales. Las provincias del suroeste son las que tienen mayores porcentajes de población pobre, a los que se añaden Monte Plata y Samaná. El Distrito Nacional, la provincia de Santo Domingo, Santiago y San Pedro de Macorís son los que representan un menor índice de pobreza en términos relativos. No obstante, como se trata de las zonas más pobladas, en ellas se encuentra la mayor concentración de personas pobres en términos absolutos.

Grafico 2  
**Porcentaje de Hogares Pobres por Provincias, 2002**



Fuente: Atlas de la Pobreza en República Dominicana, 2009, Oficina Nacional de Planificación, Ministerio de la Presidencia

La República Dominicana presenta una elevada concentración del ingreso, aunque no mayor que en los demás país de la región, pero si importante como para afectar que la población se beneficie del crecimiento económico que ha vivido el país. En términos comparativos, la desigualdad en el ingreso en la República Dominicana, es más bajo que el evidenciado en Guatemala, Paraguay, México y el Salvador, pero mayor que en Bolivia y Nicaragua. El 10% más rico de la población acapara el 38% del total de los ingresos, mientras que el 10% más pobre sólo percibe un 2%. Estas disparidades en la distribución del ingreso más las limitaciones en salud y educación, las que provocan una reducción de hasta nueve puntos del IDH cuando se ajusta por desigualdad, tienen un potencial de generar conflictos sociales por lo que representa un gran reto en materia de gobernabilidad.

Tabla 3  
Concentración del Ingreso en la República Dominicana

PAÍSES	Coefficiente de GINI	% Ingreso decil superior	% Ingreso decil inferior
Bolivia	44.7	32.0	1.3
Dominicana	47.4	37.9	2.1
El Salvador	53.2	40.6	0.9
Guatemala	59.9	48.3	0.9
Mexico	54.6	43.1	1.0
Nicaragua	43.1	33.8	2.2
Paraguay	57.8	45.4	0.6

FUENTE: Banco Mundial, World Development Indicators.

La proporción de desempleados ascendía al 2010 a un 13.3 %, que no es muy alta, pero es mucho mayor en los jóvenes que componen la PEA, de alrededor de un 25.5 % para el mismo período. Las ramas de actividad que ocupan la mayor cantidad de trabajadores, para el 2011, son las clasificadas como otras actividades y servicios (24.33 %), el comercio (21.85 %) la Agricultura, Ganadería, Caza, Pesca y Silvicultura (14.69 %) y las industrias manufactureras (10.20 %).

La República Dominicana presenta un alto porcentaje de trabajadores incluidos en el llamado sector informal de la economía, con tendencia a crecer aún más. Para el 2010, la cifra de trabajadores informales superaba el 57 % ubicados principalmente en las

siguientes dos ramas de la economía: a) comercio; b) agricultura, ganadería, caza, pesca y silvicultura, siendo las casi dos terceras partes de los mismos, trabajadores por cuenta propia no profesionales (Ministerio de Trabajo).

## Ámbito Social

La situación de pobreza y las desigualdades económicas, constituyen un reto para el sector público de la salud en lo concerniente a la promoción de espacios y oportunidades para el desarrollo pleno de las capacidades humanas.

La proporción de personas no alfabetizadas es relativamente alta, se estima en alrededor de un 18%, mayor que en el resto de la región (14 %) mientras que el 7.9% de la población entre 15-24 años es analfabeta. La Tasa Bruta de Asistencia Escolar Primaria es 115 %, con una Tasa de deserción escolar de 5.7 %. El porcentaje de la población con acceso a nivel secundario es de un 27.87 % y con acceso a educación universitaria es de un 12.61 %. La situación de la educación es desigual en perjuicio de los habitantes de las áreas rurales y para los grupos sociales de mayor pobreza. Esta situación tiende a provocar un perfil de alta vulnerabilidad sobre estos grupos, lo que se traduciría en perfiles desiguales de salud y enfermedad.

La situación alrededor del acceso de la población al agua potable se caracteriza por la combinación de dos condiciones: 1. Alta cobertura de servicios de abastecimiento de agua. 2. Mala calidad del servicio. La República Dominicana presenta uno de los mejores indicadores de acceso a agua potable entre los países de América Latina y el Caribe, aunque con desigualdades importantes según zona de residencia y nivel de pobreza. A pesar de ello, los problemas de escasez de agua no terminan por la combinación de distintos procesos, gestión de la demanda, sobre consumo en zonas urbanas y degradación de las cuencas de agua. Apenas un 10 % de la población dispone de abastecimiento de agua de forma continua.

El índice de saneamiento básico de la República Dominicana es bajo (incluye lo relativo al acceso a agua potable y a la red de alcantarillado, disposición de desechos humanos y

servicios de energía eléctrica), las provincias con un mayor índice, Distrito Nacional, Santiago y Monseñor Nouel, apenas es de alrededor de un 50 %.

El alto peso específico de las enfermedades asociadas a deficiencias de higiene y sanidad en el perfil de salud del país, puede entenderse valorando estos indicadores, lo que provoca una importante presión a la demanda de servicios de atención en salud y condiciona la orientación del gasto en salud.

En el año 2000 se crea la Secretaria de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales (Hoy Ministerio), mediante la Ley 64-00 a la que se le confiere la autoridad en materia de medioambiente.

Le corresponde al Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección General de Salud Ambiental, velar por los temas bióticos, es decir las acciones que afectan el medioambiente y que inciden en la salud de los individuos, por ejemplo, el control aguas y bebidas de consumo humano, calidad de los alimentos, control de vectores y zoonosis, emisiones de gases.

### **3. El Modelo de atención en salud del Sistema Nacional de Salud en República Dominicana**

#### **3.1 Elementos Generales del Sistema Nacional de Salud en la República Dominicana**

En el año 2001, se aprueba un nuevo marco legal sanitario sobre la base de las Leyes 42-01 (Ley General de Salud), promulgada el 8 de marzo del año 2001 y 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social) promulgada el 9 de mayo del mismo año. El nuevo modelo de seguridad social establece los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes de empleadores y empleados, así como del Estado para las personas de menores ingresos.

Este nuevo marco legal define al sistema nacional de salud como el conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamiento, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas y reglamentadas por el Estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realicen acciones de salud y cuya función principal sea atender, mediante servicios de carácter nacional o local, la salud de la población y además consagra el deber del Estado en garantizar la salud a toda la población y ordena realizar las transformaciones necesarias para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, aseguramiento, financiamiento– se separen y sean asumidas por las diferentes instituciones que le conforman. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se le asigna la Función de Rectoría y la provisión de las intervenciones de Salud Colectiva, conforme lo establece la Ley General de Salud en su artículo 8.

Además señala que Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana tiene por objeto promover, proteger, mejorar y restaurar la salud de las personas y comunidades; prevenir las enfermedades y eliminar inequidades en la situación de salud y accesibilidad de los servicios, garantizando los principios fundamentales consagrados en esta ley.

### **3.2 La Función de Rectoría**

La función de rectoría le corresponde al Ministerio de Salud quien la ejerce a través de organismos centrales y territoriales desconcentrados de acuerdo a lo indicado en el marco legal, las que denomina Direcciones Provinciales y Municipales de Salud. En tal sentido, le corresponde a este Ministerio la responsabilidad de conducir y regular el sector salud, ejercer la función de autoridad sanitaria, de armonización de la provisión y de modulación del financiamiento.

La rectoría queda concebida como la capacidad política del Ministerio de Salud Pública para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses; movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud; y



coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.

El MSP, a fin de fortalecer sus funciones como entidad rectora del sistema, desarrolla un proceso de transición hacia la separación y especialización de funciones a través de procesos de desconcentración y de descentralización. Por ello, implementa un plan de transformación de sus expresiones centrales y territoriales, caracterizado por un reordenamiento de las funciones de los principales vice ministerios mientras que en los niveles territoriales se despliegan esfuerzos para dotar a las Direcciones Provinciales de Salud (representantes locales de la rectoría y la salud colectiva) y a las Direcciones Regionales de Salud (responsables de la organización y gestión de las Redes de servicios de salud) de las capacidades y recursos que les permitan cumplir a cabalidad sus respectivas funciones.

Para el período que contempla el estudio, el Ministerio se orientaba al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al desarrollo del enfoque de los determinantes sociales de la salud y al cumplimiento de la estrategia nacional de desarrollo, para lo cual cuenta con un plan plurianual en fase de ejecución. La Política Nacional de Salud se orienta al aumento del acceso de la población a los servicios y a la reorganización de los servicios por niveles de atención, priorizando el primer nivel con base en la estrategia de atención primaria, también a la mejora del acceso a medicamentos de bajo costo y calidad y el aumento de las coberturas de aseguramiento en salud. Como ejes transversales de ese marco de políticas se establecen la transformación de los Recursos Humanos a través de sistemas de capacitación, incentivos y nuevas formas de contratación y el fortalecimiento de los sistemas de información que contribuyan a transparentar las acciones del sector.

### **3.3 La Provisión de Servicios de Atención en Salud**

La función de provisión de servicios de atención en salud le corresponde a los llamados prestadores de servicios de salud (PSS). El marco legal que rige al Sistema Dominicano de Seguridad Social los define de la siguiente manera: “Las Prestadoras de Servicios de

Salud (PSS) son personas físicas legalmente facultadas o entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la provisión de servicios ambulatorios, de diagnósticos, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP) de acuerdo a la ley General de Salud”

Esta función de provisión la realizan entidades públicas pertenecientes, principalmente, al Ministerio de Salud Pública y al Instituto Dominicano de Seguridad Social. También, entidades privadas en su mayoría bajo la lógica del mercado.

En sentido general, la orientación del modelo de atención es hacia la curación sobre todo hospitalaria y en manos de altos especialistas. Es un modelo fragmentado y segmentado, con importantes barreras de acceso sobre todo a partir de la implementación de la seguridad social. Predominan formas de organización a manera de proveedores individuales, la organización de la atención en formas de redes de carácter jerárquico según expone el marco legal, solo se cumple en los proveedores públicos aunque con importantes limitaciones.

El Ministerio de Salud Pública cuenta de una división territorial de sus proveedores en regiones de salud, a los que ha denominado Servicios Regionales de Salud, los que prestan servicios de salud a las poblaciones que les correspondan, según distribución geográfica, en establecimientos y servicios ordenados por niveles de complejidad o niveles de atención. Para tales fines, los SRS estarán conformados, al menos, por tres (3) niveles de atención:

- a) Las estructuras correspondientes al primer nivel de atención (clínicas rurales, dispensarios y consultorios), tienen que garantizar la atención sin internamiento de menor complejidad.
- b) Las estructuras de nivel especializado básico que corresponden al segundo nivel de atención, en donde se incluyen los hospitales generales (municipales o provinciales), que han de garantizar la atención en salud especializada de menor complejidad con régimen de internamiento según el caso.

- c) Las estructuras de nivel especializado de mayor complejidad que corresponde a Hospitales Regionales y especializados o de tercer nivel de atención, cuya cartera de servicios cubre todas las contingencias en régimen de internamiento para la prestación de servicios en los casos de mayor complejidad, incluyendo los que se han definido como de referencia nacional, los centros especializados de atención y los centros diagnósticos.

Según el informe de Memoria Institucional para el año 2011, el sector público dispone de 1,925 centros de salud, distribuidos de la siguiente forma: 170 establecimientos, 12 hospitales especializados, 3 hospitales regionales, 25 provinciales, 16 de segundo nivel, 2 unidades de quemados y 100 municipales, 1,369 UNAP's, 3 centros integrales, 1 centro sanitario, 54 centros diagnósticos y 31 gerencias de salud. Para ese mismo año, el país disponía de un total de 9,351 camas.

Tabla 4.  
Servicio Regionales de Salud Año 2011

Detalles	Servicios Regionales de Salud									Total General
	Metropolitano	Valdesia	Nocentral	Nordeste	Enriquillo	Este	El Valle	Cibao Occidental	Cibao Central	
Establecimientos	36	12	32	19	14	15	13	14	15	170
Especializados	9		2						1	12
Regionales					1	1	1			3
Provinciales		3	2	4	3	4	2	4	3	25
Segundo Nivel	16									16
Unidad de Quemados	1		1							2
Municipales	3	9	24	15	10	9	10	10	10	100
Centros Integrales			2						1	3
Centro Sanitario			1							1
Sin Camas	7		1			1				9
Con Camas	29	12	31	19	14	14	13	14	15	161
No. De Camas	2,307	781	1,591	952	616	775	890	607	832	9,351
UNAPS	142	151	203	168	135	183	121	130	136	1,369
Centro de Diagnosticos	6	2	4	6	1	7	1	5	22	54
Gerencias de Salud	6	3	3	3	2	5	2	4	3	31

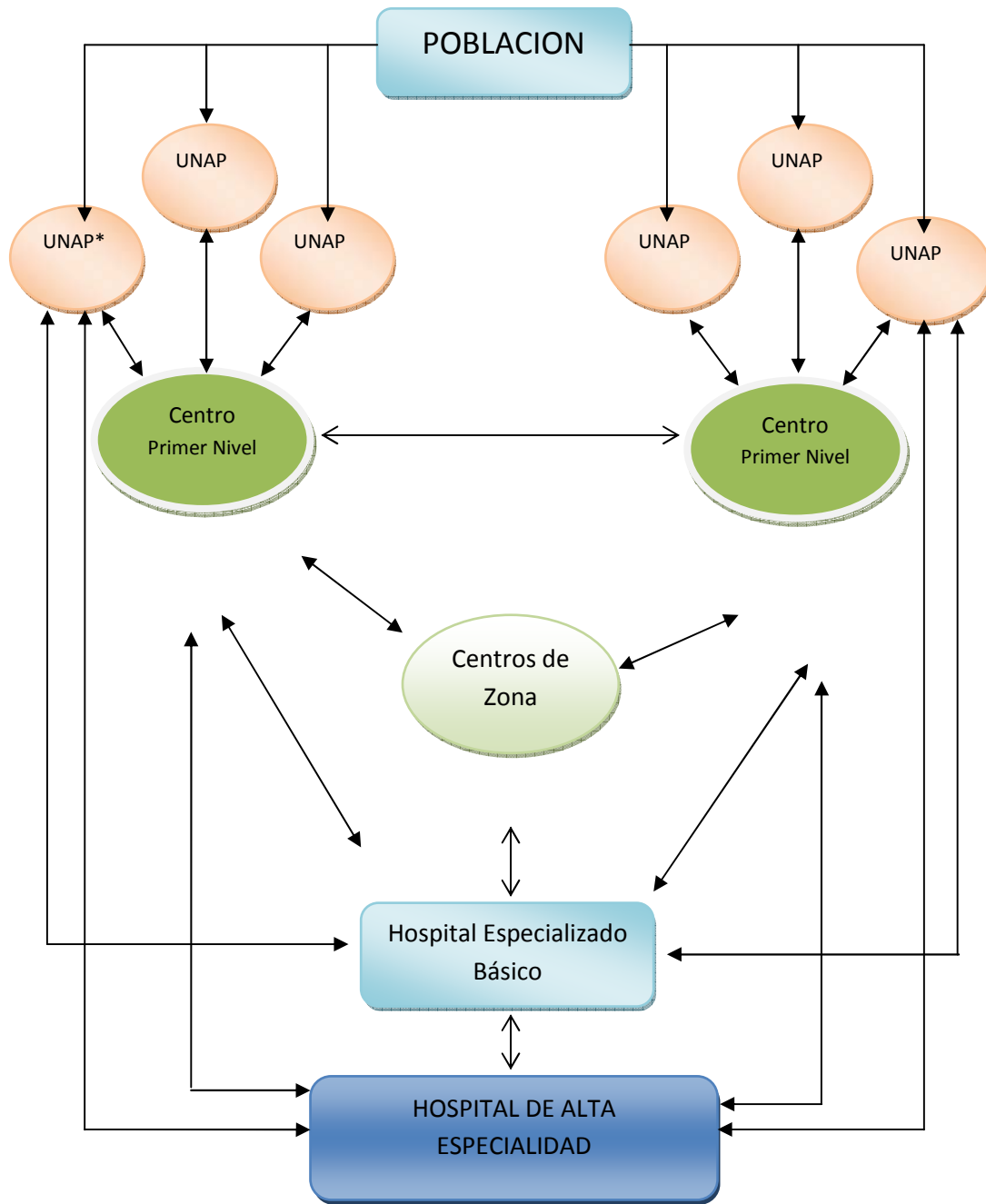
Fuente: Consolidado de Memoria SRS Año 2011

Los proveedores del Ministerio de Salud Pública tienen como prioridad la atención en salud para las poblaciones consideradas pobres, sean estos afiliados o no a la seguridad social. Pueden atender a otras poblaciones tanto de forma gratuita, la mayoría, como por la modalidad de pago por acto, casi siempre por debajo de los precios del mercado. Por igual, el Ministerio desarrolla programas para suplir medicamentos de altos costos y atención a enfermedades denominadas catastróficas. El Instituto Dominicano de Seguridad Social, está más orientado a atender a la población que le permanece afiliada. También atiende, cada vez más, a poblaciones pobres afiliadas y no pobres.

Los prestadores privados dirigen su accionar a aquellos con capacidad de pago por sus servicios, ya sea a través de la seguridad social o por libre demanda. Se exceptúan a aquellos PSS privados que se definen como sin fines de lucro, muchas veces de carácter comunitario, para atenciones de primer nivel y que, en muchos casos, complementan la oferta pública y reciben recursos públicos.

Grafica 2

Red de los Servicios Regionales de Salud



Fuente Directa DGPSS, 2013

\*Unidad de Atención Primaria

↔ Sistema de Referencia y Contra-Referencia

### 3.4 Financiamiento/Aseguramiento

El financiamiento al sector público de salud se sostiene por fondos gubernamentales que se originan a partir de las recaudaciones generales del gobierno y por la vía de cotizaciones sociales que obliga el sistema de seguridad social. Independientemente del origen de los fondos, la asignación la realizan por intermedio de instituciones gubernamentales. Esta asignación que hace el gobierno se dirige a las siguientes dependencias:

- Ministerio de Salud Pública;
- Tesorería de la seguridad social quien se encarga de su dispersión entre los diferentes actores de la seguridad social;
- Dependencias administrativas y técnicas del SDSS
- Instituto Dominicano de Seguridad Social
- El Programa de Medicamentos Esenciales;
- Centros y Programas de formación de recursos humanos en salud.

Los ayuntamientos y juntas municipales, dentro de sus presupuestos, contemplan una partida para la salud, sin embargo, a la fecha no ha sido posible establecer lo que realmente disponen ni lo que realmente gastan en este renglón.

El financiamiento de las dependencias de la seguridad social, excepto la superintendencia de salud, provienen de los fondos generales del gobierno. El financiamiento de la superintendencia se origina en el recaudo de la seguridad social.

Son fuentes de financiamiento público, aunque de menor peso específico, los aportes que hacen los hogares a manera de pago por atenciones recibidas y las donaciones que se les hiciera a las distintas dependencias públicas.

Los fondos asignados al Ministerio de Salud Pública son empleados, principalmente para el financiamiento de las acciones de atención en salud que desarrollan los Servicios Regionales de Salud, los denominados programas de salud colectiva y para cubrir sus

gastos operativos incluyendo el gasto en medicamentos para hospitalización, otorgados mediante apropiaciones del presupuesto de la institución, pagos por consumo y, en menor medida, a través de transferencias, sobre todo a los que han dado en llamar hospitales auto gestionados. En menor proporción, estos fondos también se emplean para completar el gasto del IDSS según lo establecido en un acuerdo del gobierno central con el Colegio Médico Dominicano, por la vía de transferencias, y financiar organizaciones no gubernamentales.

Los fondos asignados a la Tesorería de la Seguridad Social son dispersados entre las aseguradoras de riesgo de salud y la de riesgos laborales según cápita para cubrir los gastos de atención a los afiliados y sus costos operacionales, la superintendencia y las estancias infantiles, estas según la proporción que le corresponde por ley.

La afiliación a la seguridad social es el principal mecanismo de aseguramiento en salud de la población organizada en regímenes de afiliación según forma de percibir sus ingresos, que se realiza a través de entidades públicas y privadas, denominadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), las que tienen como función asumir el riesgo de garantizar a los beneficiarios una protección de calidad, oportuna y satisfactoria; racionalizar el costo de los servicios, logrando niveles adecuados de productividad y eficiencia, para lo cual contratan distintas Prestadoras de Servicios de Salud.

A diciembre del 2011, el número total de afiliados al Seguro Familiar de Salud era de unos 4.5 millones, de los cuales el 44.5 % correspondía al régimen subsidiado.

En el caso de la afiliación a poblaciones de bajos ingresos, esta se hace a través del Seguro Nacional de Salud, ARS pública que ha de contratar, de forma exclusiva, a prestadores públicos para la atención en salud de sus afiliados para el régimen subsidiado. Para esta población, también interviene el Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN) el cual depende del Gabinete Social.

Los fondos de la seguridad social provienen del gobierno dominicano –un per cápita para cubrir a los afiliados del régimen subsidiado (RS) y una cotización como

empleador- y de las cotizaciones de empleados y empleadores privados. Estos fondos los recauda la TSS, que depende del CNSS. La TSS transfiere a cada ARS un pago total correspondiente a la cantidad de sus afiliados multiplicado por un per cápita determinado. Las ARS se encargan de contratar a los prestadores de servicios de salud. La principal ARS pública, el SENASA, afilia a la población pobre subsidiada y paga a los prestadores (principalmente a la red del MSP) los servicios acordados. Para otorgar todas las prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud para el segmento de población incluido en el RS, también paga a proveedores privados sin fines de lucro. El SENASA también afilia a una parte de los empleados del gobierno dominicano y a trabajadores contributivos del sector privado que la seleccionan como ARS. Las ARS privadas sólo pueden afiliar población contributiva y vender planes privados de seguros de salud. Para la entrega de los servicios a sus afiliados contratan proveedores privados y sin fines de lucro. Finalmente, hay un grupo de la población que tiene capacidad de pago y adquiere servicios de salud en establecimientos privados mediante pagos de bolsillo.

La afiliación supone, por ley, el beneficio de recibir un plan básico de salud sin pago alguno exceptuando lo relativo a los medicamentos ambulatorios por los cuales, el afiliado debe contribuir con el pago de un 30 % de su costo. Reglamentaciones posteriores han promovido, para el régimen contributivo, la instalación de un catálogo de prestaciones, tarifas de copagos por las atenciones en salud y límites en la cobertura de enfermedades de alto costo y medicamentos, por lo que se le traspa una parte importante del gasto de la atención al afiliado.

Las intervenciones preventivas de carácter poblacional y colectivo son explícitamente excluidas del financiamiento del Plan Básico de Salud, por entenderse que son responsabilidad del Estado y deben financiarse con presupuesto público.

Corresponde a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales regular y fiscalizar el desempeño de las instituciones que ofertan el aseguramiento del servicio de salud, de manera que no se produzca discriminación y selección adversa que afecten el derecho a salud de los afiliados. Por otro lado, esta misma entidad se encarga de verificar que las

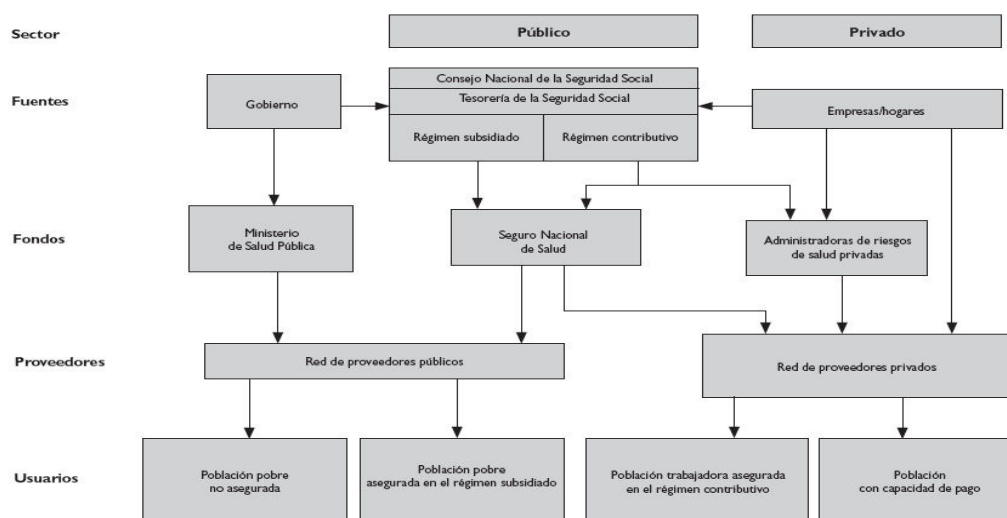


aseguradoras tengan la solvencia financiera necesaria para garantizar la calidad y cantidad de los servicios de salud que demandan sus asegurados.

Los usuarios, además, cuentan con un organismo que les defiende sus derechos: la Dirección de Defensa e Información del Afiliado (DIDA), la cual ha creado mecanismos para comunicar y defender los derechos de los usuarios.

En el área de cooperación en salud, país cuenta con la cooperación técnica de diferentes agencias y organismos internacionales: Organización Panamericana de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), Cooperación Japonesa (JICA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Unión Europea, Agencia de Cooperación Alemana (GTZ), Fondo de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), Fondo Mundial para el control de Tuberculosis, Malaria y SIDA y la colaboración, a través de los organismos crediticios, como el Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para cuya armonización se crea en el 2003 la Unidad de Modernización y Desarrollo Institucional de SESPAS, (UMDI), mediante el decreto No. 308-97 del 10 de julio de 1997, se crea la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) con el objetivo de impulsar el proceso de reforma del sector salud. Actualmente la CERSS funge como Unidad Coordinadora de los Proyectos de Reforma ejecutados con fondos de préstamos internacionales.

Grafico 3.  
Flujo Financiero según Estructura del Sistema Nacional de Salud Dominicano



Fuente: Informe Cuentas Nacionales en Salud RD 2002, Fundación Plenitud

En las evaluaciones comparativas realizadas a la organización y resultados de nuestro sistema nacional de salud en relación a otros países de la región por componentes estratégicos podemos mostrar lo siguiente:

Tabla 5.  
Organización de los sistemas de salud

Componentes	Bolivia Ecuador Perú Venezuela	Colombia Republica Dominicana	Cuba
- Integración Institucional:	No	No	Si, SNS
- Articulación	No	Si	Si
- Segmentación Poblacional	Si	Si	No
Oferta / Demanda	Oferta y demanda	Demanda, coexiste financiamiento a la oferta.	Oferta
Bienes y Servicios	Público y privado	Mezcla pública – privada	Público
Fuentes de Financiamiento	1) Recaudo fiscal (Subsector público) 2) Cotizaciones (Seguridad Social) 3) Seguros Privados / gastos Bolsillo (Subsector privado)	Cotizaciones y recaudo fiscal	Presupuesto estatal
Financiamiento y Prestación	Público y Privado	Financiamiento público. Mezcla pública privada en la prestación.	Público

Fuente: Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe, Revista Salud Pública Vol.7 no.3 Bogotá Nov. 2005

Se identificaron y compararon otras características de los sistemas, las cuales se describen en la siguiente tabla:

Tabla 6.  
Características de los sistemas de salud

Características	Bolivia Ecuador Perú Venezuela	Colombia Republica Dominicana	Cuba
Aseguramiento (Seguros Públicos)	Seguros focalizados en población vulnerable. (Excepto Venezuela)	Seguro Obligatorio (paquete de beneficios)	Todas las prestaciones
Principios de Ingreso	-Pobreza (subsector público) -Mérito Reconocido (Seguridad Social) - Poder de Compra (Subsector privado)	- Pobreza - Mérito reconocido. - Poder de compra (para planes complementarios)	Ciudadanía
Modelo de Atención	Curativo Reparativo	Curativo Reparativo	Basado en APS. Médico y enfermera de familia
Cobertura	No universal	No universal	Universal

Fuente: Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe, Revista Salud Pública Vol.7 no.3 Bogotá Nov. 2005

## 3.5 Reforma del Sector Salud

Los primeros esfuerzos por reformar el “Sistema Sanitario” en la República Dominicana, datan de inicios de la década de los 90, como consecuencia de los acuerdos entre el Gobierno Dominicano y la Asociación Médica Dominicana (AMD), hoy Colegio Médico Dominicano (CMD), tras una huelga nacional de más de 6 meses que mantenía paralizado el sector, se elabora un documento que refleja el estado de agotamiento del sistema y la necesidad de reformarlo.

A finales del año 1996, la Comisión Nacional de Salud con representación de los diferentes actores sociales del sistema y cuya responsabilidad era hacer operativas estas propuestas, produjo un documento que planteaba la reforma al sector salud sobre la base del informe del Banco Mundial del año 1993 (Invertir en Salud), basado en la concepción de “competencia regulada” o “Pluralismo Estructurado”.

A partir de ahí, se establecen dos programas para la reforma del sector salud para ser financiado con fondos de organismos multilaterales, lo cual ocurre con la aprobación de dos préstamos uno por el BID, por 75 millones de dólares y otro por el Banco Mundial, por 30 millones de dólares.

Las acciones de reforma quedan concretizadas con un nuevo marco legal que ha de regir el sector de la salud. En el año 2001, se aprueban, con algunos meses de diferencia, la ley general de salud y la ley que crea el sistema dominicano de seguridad social. A partir de ello, con la implementación del nuevo sistema de seguridad social, se profundiza el carácter segmentado del sistema de salud y no se supera la fragmentación del mismo, y, con la posterior reglamentación de la seguridad social el sector salud se hace más de mercado la vez que se generan importantes inequidades en materia de acceso a los servicios de salud.

Las bases principales de la reforma que lleva a cabo el país, pueden sintetizarse como sigue:

- Separación de las funciones de rectoría, financiamiento y la función de prestación de los servicios.
- La función de Rectoría recae en el Ministerio de Salud, la de financiamiento en las Administradoras de Riesgos de Salud y la provisión de servicios de salud en prestadores de servicios que pueden ser públicos o privados y, estos últimos, con o sin fines de lucro.
- Los recursos se captan mediante cotizaciones sociales entre el empleador y el trabajador para el régimen contributivo, y mediante una subvención del gobierno mediante el pago de un per cápita para el régimen subsidiado. Se asignan a las ARS a través de un cápita establecido.
- Se adopta la modalidad de asegurar un paquete de prestaciones con niveles adecuados de costo-efectividad.
- Se plantea que el subsidio estatal, se dirija a la demanda en lugar de a la oferta, elemento aún pendiente de alcanzar.
- El Ministerio de Salud Pública es el principal proveedor de servicios de salud colectivos o, también llamados programas preventivos generales. Tanto este tema como el desarrollo de la función de rectoría, deben ser realizados sobre la base de estrategias de desconcentración.
- Por mandato legal, el Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) deja de ser institución responsable de la dirección, regulación y financiamiento de la Seguridad Social y se transformó en una entidad administradora de riesgos de salud y laborales y en proveedora de servicios de salud.
- A partir del marco legal vigente, Ley 42-01 (Ley General de Salud) y Ley 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social - SDSS) surgen nuevas instituciones y organismos de participación de los actores del sistema, sobre los cuales se sustenta el nuevo Sistema Nacional de Salud. Entre estas instituciones se encuentran la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

(SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), el Seguro Nacional de Salud (SENASA), y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), las cuales iniciaron sus labores a partir de año 2002. Igualmente, como órganos colegiados, el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), con una Gerencia de la Seguridad Social (GSS), y el Consejo Nacional de Salud (CNS).

- Con el surgimiento de las nuevas instituciones del Sistema Dominicano de Seguridad Social también se produce una redefinición de las funciones del sistema. SESPAS era la institución que ejercía todas las funciones: Rectoría, Financiamiento (a través de los fondos emitidos por el gobierno central), Provisión de Servicios (mediante la red de establecimientos en todo el país) con excepción de Aseguramiento, el cual se ofrecía a través del Instituto Dominicano del Seguro Social para el sector público y las Igualas médicas y planes de retiro, para el sector privado.

Otro de los temas principales a ser abordados por la reforma, es la necesidad de incrementar el financiamiento público ya que, como se ha visto, de esta manera se lograrían importantes efectos redistributivos que disminuirían las grandes diferencias sociales existentes en el país. Las vías principales para lograr este aumento del financiamiento público son las siguientes:

- La reforma del sistema de seguros sociales en salud.
- La reorientación del gasto público, para focalizar el grueso de los recursos a la población pobre e incrementar el financiamiento de las acciones de salud pública.
- 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.

Es preciso señalar que tales reformas no implicarían incrementos sustanciales de los montos que asigna el gobierno actualmente a salud, sino que se trataría más bien de una

reestructuración, incluyendo un cambio de enfoque sobre cómo se organiza y financia el sector salud.

El Estado tiene la responsabilidad de financiar 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. Por tales razones, 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.

## **4. Las Cuentas Nacionales de Salud**

### **4.1 Base legal**

La razón legal para el inicio de los esfuerzos nacionales para la construcción de las cuentas en salud está identificada en los artículos del 19 al 27 de la Ley General de Salud (42-01), que trazan las líneas generales sobre el financiamiento del sector salud.

Esto aunado a esfuerzos de organismos internacionales, a la voluntad institucional y al respaldo de organismos internacionales de cooperación, definió la necesidad de conformación de una estructura responsable del tema de manera formal, como unidad estratégica creada en el marco de la función de Monitoreo del Gasto y las Cuentas Nacionales de Salud, la cual se oficializó mediante la Disposición Administrativa No. 010, del 24 de diciembre del 2004, siendo actualizada ratificada mediante la Disposición Administrativa No. 010 de fecha 04 de agosto del año 2008 que se encargará de la producción, análisis y difusión de estudios sobre economía de la salud, con la finalidad de asesorar a las autoridades en términos de su política de financiamiento y asignación de recursos.

Dispone también en su artículo segundo que para delimitar el campo de acción de la Unidad de Cuentas Nacionales de Salud se definen las siguientes funciones:

- Producir, analizar y difundir en forma sistemática y permanente las Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana, a fin de monitorear el financiamiento y el gasto dentro del sector.
- Desarrollar los mecanismos de coordinación interinstitucional para que las instituciones del sector salud participen en la producción de las informaciones de manera coordinada, eficiente y oportuna.
- Coordinar la Comisión Interinstitucional de Cuentas Nacionales de Salud, con representantes de las instituciones que administran fondos del sector.
- Difundir por medio de informes técnicos, boletines, periódicos y otros medios los resultados de las investigaciones a fin de que se tomen en cuenta en la formulación de políticas públicas para hacer más equitativo y eficiente el sistema nacional de salud.

## 4.2 Antecedentes

Con la finalidad de tener un conocimiento cabal sobre el financiamiento del sector salud en la República Dominicana y de establecer una base cuantificada para el futuro monitoreo de la reforma en salud, durante los años 1997 y 1998, la antigua Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud (OCT/CNS), el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Banco Central de la República Dominicana, participaron en la elaboración de las primeras Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana, con cifras del año 1996.

A fin de lograr el levantamiento más completo posible de datos y obtener las informaciones más confiables en la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud, el Banco Central de la República Dominicana se hizo cargo de la compilación y el

procesamiento estadístico. El Banco Central especializó un grupo de sus técnicos dentro del Departamento de Cuentas Nacionales, quienes se encargaron del levantamiento de los datos del sector público y de la construcción de las matrices.

La CERSS, con el financiamiento del Banco Mundial en el marco del Proyecto de Desarrollo a los Sistemas Provinciales de Salud, decidió apoyar el levantamiento de informaciones de gasto en salud para el período 1997-1999 abarcando en la primera fase a SESPAS, IDSS y PROMESE (desagregando la información por provincias y por establecimientos)<sup>1</sup>. La intención original de la CERSS era continuar en la segunda fase con el resto del sector público y el sector privado, pero esta etapa nunca se cumplió.

En años posteriores a 1998, se realizaron avances en la metodología internacional de las cuentas de salud. Los más importantes son la publicación del Manual de Cuentas de Salud de la Organización de Cooperación Económica y Desarrollo (OCED), Un Sistema de Cuentas de Salud, en el año 2000, el cual se ha convertido en el estándar internacional para las clasificaciones tanto de entidades como de funciones, y el otro es la Guía de Productores de CNS, con especiales aplicaciones a países de ingreso mediano y bajo, producida por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y publicada en el 2003, que contiene las explicaciones metodológicas sobre cómo elaborar cuentas de salud.

Es importante señalar que este fue un momento adecuado para enfrentar la producción de las CNS, puesto que el país estaba (2001-2004) comenzando a introducir reformas sustanciales a su sistema de salud. En este sentido, se esperaban cambios importantes en la asignación de los recursos entre los distintos grupos sociales e instituciones del país. Por lo tanto, la elaboración de las CNS permitirá contar con la línea de base para el monitoreo del financiamiento a la salud en la República Dominicana en los próximos años.

Para producir las CNS de manera institucional y sostenible, en diciembre del año 2004 se creó en el Ministerio de Salud Pública (MSP) la Unidad de Cuentas Nacionales de Salud (UCNS). Se designó el equipo técnico, se produjo el acondicionamiento del espacio



físico y asignación de los recursos financieros dentro del presupuesto del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Mediante un proyecto financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a través de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), se contrata una consultoría para asistencia técnica a la UCNS para apoyar su proceso de fortalecimiento institucional. Uno de los resultados de este proceso es la producción de las CNS del año 2002.

### **Resumen de los principales resultados del informe de CNS 2002**

- El Gasto Nacional en Salud en la República Dominicana, ascendió a RD\$29,399 millones en el año 2002, lo cual representa el 7.3% del PIB. Esto implica que la participación del sector salud en la economía nacional se incrementó sustancialmente con respecto a 1996 cuando ascendió al 6.5%.

Esta tasa es comparable con el conjunto de países latinoamericanos que se utilizaron para realizar comparaciones internacionales en este trabajo. También con el total de Latinoamérica y el Caribe, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- El Gasto Nacional en Salud creció sustancialmente en términos reales en el período entre 1996 y 2002, habiéndose incrementado en un 65%, a precios del 1996.
- El Gasto Público en Salud también se elevó sustancialmente en términos reales, siendo especialmente el gasto del MSP el principal responsable de este aumento, pues se incrementó en un 116%.
- El Gasto Nacional en Salud per cápita asciende a US\$ 191 en el año 2002. No obstante, el gasto per cápita del Ministerio de Salud Pública sólo alcanza los US\$40, lo cual contrasta con el gasto de los hogares que promedia US\$93 y con el total privado, que se eleva a US\$131 por persona. Estas cifras constituyen un punto de partida para el análisis de las implicaciones fiscales de la reforma del

sistema de salud, dando a entender que será necesario e inevitable aumentar de manera sustancial las contribuciones del estado para poder financiar el seguro familiar de salud o contemplar una posible reducción del conjunto de prestaciones que se pretende universalizar.

- El grueso de los fondos que maneja el sector salud en la República Dominicana, provienen de fuentes privadas, particularmente los hogares, que aportan el 52% del total, en forma de pagos directos y de contribuciones al seguro social y los seguros privados. Los fondos fiscales representan un 27% y los préstamos externos no llegan al 2%, a la vez que los recursos provenientes de donaciones internacionales ascienden al 1.8%.
- El principal agente financiero en el sector salud está conformado por los hogares, que administran el 48% del gasto en salud. Los hogares actúan como agentes financieros cuando gastan dinero de su bolsillo para pagar consultas médicas, medios de diagnóstico, cuotas de recuperación en los hospitales públicos, adquirir medicamentos en las farmacias y otros. En el sector público, el principal agente financiero es el MSP, que administra el 21% del gasto total en salud. El IDSS maneja 6.4% del gasto total, los seguros privados el 14% y las ONG, el 6.4%.
- En la República Dominicana, el mercado de bienes y servicios de salud está dominado por los proveedores privados, que capturan un 61% del Gasto Nacional en Salud. Resalta el importante papel que en esto juegan las farmacias y otros proveedores de insumos médicos.
- En sentido general, los hospitales tanto públicos como privados manejan más del 33% del gasto en salud, mientras que los centros ambulatorios, alrededor del 23%. Las farmacias y otros establecimientos de expendio de insumos médicos, manejan alrededor del 21% de los recursos del sistema.
- El Gasto Nacional en Salud en la República Dominicana se asigna, principalmente, a los servicios curativos, que representan un 41% del total.

- Dentro de éstos, la mayor proporción corresponde a internamiento, con un 21% y cuidados ambulatorios, con un 20%. Los insumos médicos representan el 21%, siendo los medicamentos casi la totalidad de este monto. Le siguen en importancia los gastos administrativos, particularmente en el sector público, ya que fue difícil obtener esta información para el sector privado.
- Otra partida importante está constituida por los servicios auxiliares, que incluyen los medios de diagnóstico, a saber, laboratorio clínico, imágenes y otros.
- Se observa una reducida participación del gasto en programas de salud pública, lo cual es importante que sea destacado, en vista de la importancia que las políticas de salud asignan a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

De los resultados anteriores, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

La principal conclusión que se obtiene del análisis de las Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana en el año 2002, está relacionada, fundamentalmente, con el tema de equidad financiera. Resalta la baja proporción de recursos que asigna el sector público a la salud y el elevado porcentaje que corresponde a los hogares. Posiblemente uno de los indicadores que resume mejor en una sola cifra, el posible estado de equidad o inequidad del financiamiento de un sistema de salud, es la participación del gasto de bolsillo de los hogares dentro del gasto nacional en salud. El mercado de bienes y servicios de la salud, está considerado en la literatura internacional como el más imperfecto en términos económicos.

A pesar de que la proporción del financiamiento público ha aumentado sustancialmente desde 1996 hasta el 2002, todavía sigue siendo sumamente baja. A medida que un país se desarrolla, aumenta la proporción pública de financiamiento del gasto en salud, independientemente de que éste se destine a pagar a proveedores públicos o privados. Generalmente, tiende a crecer la proporción de la población asegurada, pagando el gobierno por sus propios empleados y por la población que no tiene ingresos suficientes

para tener cobertura de aseguramiento por medio de un trabajo formal. Esta es la meta de la reforma del sector salud, con la finalidad de mejorar la equidad dentro del sistema y reducir la carga financiera, sobre todo para las familias pobres.

La reforma del sistema de salud tiene como objetivo universalizar la cobertura de aseguramiento público. De esta manera, el gasto de bolsillo se reduciría enormemente, aumentaría el financiamiento público y mejoraría la equidad del sistema de salud.

Sin embargo, la lentitud en la implementación del nuevo seguro familiar de salud, promueve el crecimiento de los seguros privados, particularmente en los grupos de mayores ingresos. En efecto, el total de la población asegurada era de 21% en el 2002, lo que implica un crecimiento desde 1996, cuando era del 18%. La mayor parte de este crecimiento se dio en los estratos superiores de ingreso, donde la cobertura pasó del 34% al 44% de la población.

Si se hiciera una encuesta en la actualidad, es probable que el grupo más rico tenga hoy una mayor cobertura de seguros, puesto que, al retrasarse la entrada en funcionamiento del nuevo sistema de seguridad social en salud, las nuevas administradoras de riesgos de salud han estado promoviendo sus planes de salud, dirigiéndose primero a ese grupo social – que usualmente se enferma menos y produce, por lo tanto, mayor rentabilidad. A este proceso se conoce en la literatura internacional como “descreme” del mercado.

Es importante tener esto en cuenta al analizar la sostenibilidad del nuevo sistema, así como su impacto fiscal. Los contribuyentes de mayores ingresos son los que producirán los fondos para financiar a los de menores recursos, dentro de un proceso que se denomina solidaridad.

Otro punto a ser considerado es el del costo del plan básico de salud y su impacto fiscal, en una situación como la actual, de restricciones macroeconómicas a la vez que de entrada en vigencia de un acuerdo de libre comercio.

Si en el 2002 el MSP asignaba sólo US\$40 por persona, es preciso analizar si el gobierno podrá cubrir a toda la población a ser subsidiada con un paquete estimado en US\$150. Esto requiere de estudios adicionales y una ponderación adecuada.

El estudio de Cuentas Nacionales de Salud revela áreas que requieren de mayor investigación, pero que apuntan a probables ineficiencias en el sistema. Algunos de estos temas son:

- Elevado gasto de personal en el MSP y necesidad de conocimiento de su productividad.
- Elevados gastos de administración en el sector público y falta de información en el sector privado.
- Reducidos fondos asignados a salud pública (promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto a nivel individual como colectivo).

Por otro lado, se identificaron en ese informe 2002 ciertos temas que requerían estudios adicionales, tales como:

- Necesidad de conocer mejor el flujo financiero del gasto en medicamentos, incluyendo la triangulación de datos provenientes de las encuestas de hogares, con informaciones provenientes de otras fuentes, como el consumo aparente de medicamentos.
- Desagregación de los fondos que se asignan a los hospitales, tanto públicos como privados, en gastos curativos y preventivos, ambulatorios y de internamiento.
- Estimación del gasto y financiamiento en la función de rectoría, incluyendo las funciones esenciales de salud pública.
- Estudio más detenido del sector privado proveedor de servicios de salud.

- Realización de un análisis de equidad del financiamiento, en base al gasto en salud por grupos de ingreso o quintil de bienestar, así como estimación de la carga financiera del gasto en salud.
- Realización de estudios de eficiencia del gasto en salud, tanto en el sector público como privado.
- Realización de estudios de impacto fiscal, para determinar la viabilidad del seguro familiar de salud, tanto en su régimen contributivo como subsidiado.
- Estudios sobre la forma en que se hará la transición financiera, desde un sistema de financiamiento a la oferta, hacia otro financiado vía la demanda.

Fin de mejorar la recolección de datos de los organismos no gubernamentales, de las administradoras de riesgos de salud, de los agentes financieros y proveedores tanto públicos como privados, se recomienda la institucionalización del proceso, mediante la solicitud oficial de los datos por parte de las autoridades, asegurando que la información requerida se presente de acuerdo a las necesidades de las CNS.

Se recomienda que, cuanto antes, comience a realizarse la compilación y producción de los datos de los años 2003 al 2005, a fin de que el país pueda contar rápidamente con una serie estadística, que sirva de línea de base al proceso de cambios en la asignación de los recursos como resultado de la reforma sectorial.

## Resumen de los principales resultados identificados CNS 2003-2010

Tabla 7

### *Indicadores Económicos de Salud Sector Público Valores a Precios Corrientes 2003-2010*

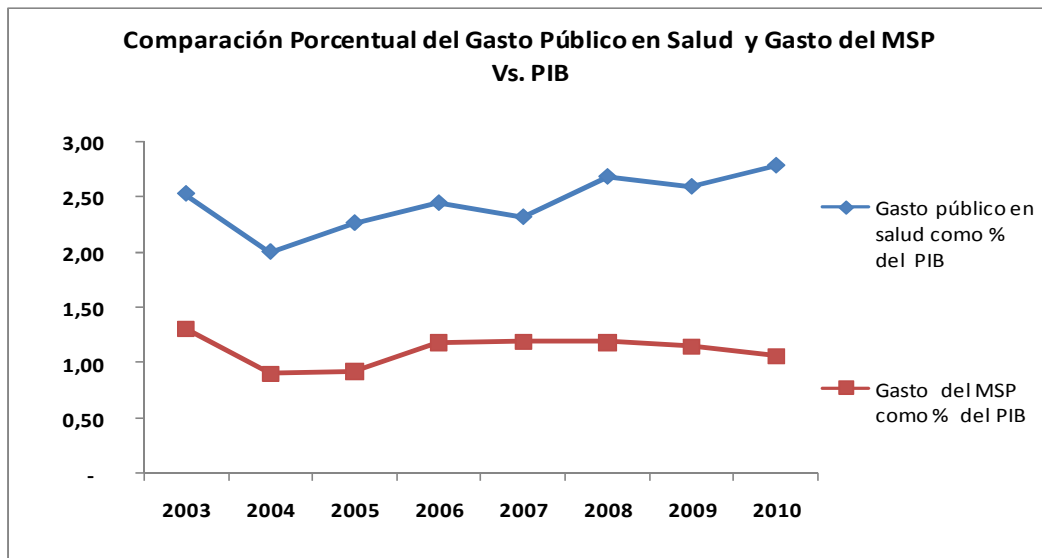
INDICADORES ECONÓMICOS DE SALUD SECTOR PÚBLICO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Gasto público en salud en Millones RD\$</b>	<b>15,457.86</b>	<b>18,247.84</b>	<b>23,133.57</b>	<b>29,133.46</b>	<b>31,675.82</b>	<b>42,325.78</b>	<b>43,575.96</b>	<b>52,367.90</b>
Gasto público en salud en millones de US\$	529.14	438.77	767.54	877.60	957.11	1,227.91	1,212.84	1,422.22
Gasto público en salud como % del PIB	2.53	2.01	2.27	2.45	2.32	2.69	2.60	2.79
% Gasto público en salud Vs. relación al GGG	16.51	12.84	12.25	12.17	11.07	13.03	12.97	15.08
% Gasto público en salud Vs. Gasto Social del Gobierno	43.27	31.45	32.17	31.09	28.90	31.39	33.54	37.27
<b>Ministerio de Salud Pública, MSP**</b>	<b>7,997.55</b>	<b>8,232.87</b>	<b>9,430.95</b>	<b>14,116.22</b>	<b>16,320.34</b>	<b>18,745.27</b>	<b>19,382.61</b>	<b>20,041.62</b>
Gasto del MSP en millones de US\$	273.77	197.96	312.91	425.23	493.13	543.82	539.47	544.29
% MSP del gasto público	51.74	45.12	40.77	48.45	51.52	44.29	44.48	38.27
Gasto del MSP per cápita en RD\$	892.76	905.43	1,022.16	1,508.19	1,719.22	1,947.52	1,986.75	2,027.61
Gasto de la MSP per cápita en US\$	30.56	21.77	33.91	45.43	51.95	56.50	55.30	55.07
Gasto de la MSP como % del PIB	1.31	0.91	0.92	1.19	1.20	1.19	1.15	1.07

Fuente: Unidad de Cuentas Nacionales de Salud, MSP

Nota: La serie 2003-2010 sufrió ligeros cambios, en relación a los Brochours publicados por la UCNS de la misma serie, en virtud de que la metodología de las Cuentas Nacionales de Salud experimentó modificaciones en los últimos años.

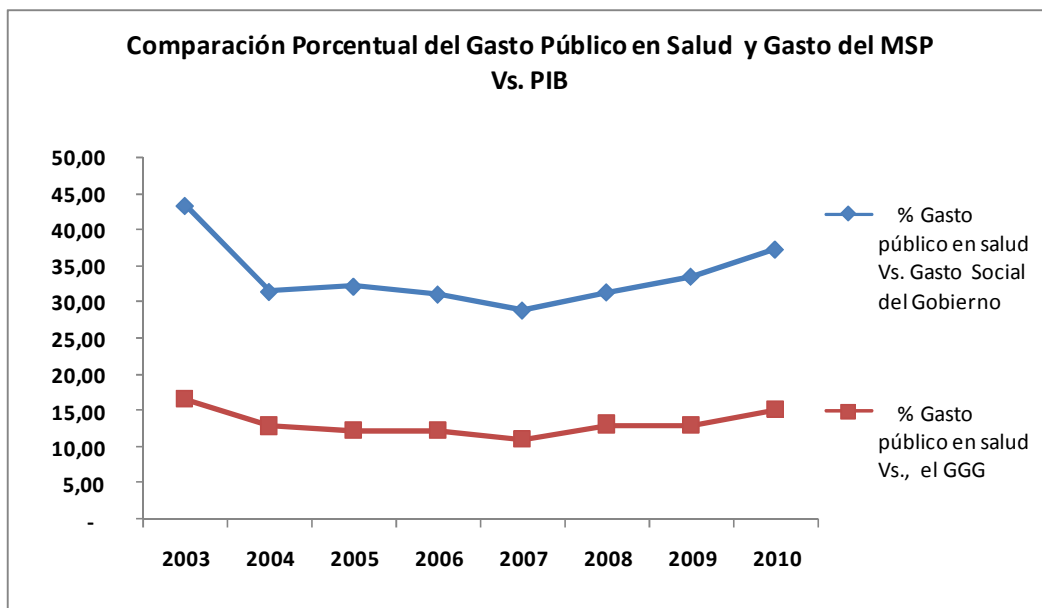
En la República Dominicana el gasto público en salud no ha experimentados cambios significativos, como lo muestra la grafica de comparación, ya que se ha mantenido prácticamente uniforme con relación al PIB, y lo mismo sucede con la inversión del Ministerio de Salud Pública, donde su proporción sigue la misma tendencia que el total del gasto público| en salud para los años 2003-2010.

Grafica 4



Fuente: Unidad de Cuentas Nacionales de Salud, MSP

Grafica 5



Fuente: Unidad de Cuentas Nacionales de Salud, MSP



## 4.3 Dimensiones de Análisis Gasto Público en Salud de la República Dominicana 2011

- **Fuentes de financiamiento**

El financiamiento del gasto público en salud en la República Dominicana viene dado de diferentes fuentes de ingresos, las cuales están sujetas a fondos fiscales del gobierno central, fondos de préstamos externos, fondos de las donaciones externas realizadas por organismos internacionales y los fondos de la seguridad social.

En función a los ingresos del gobierno central tenemos las fuentes de financiamiento del fisco mediante impuestos directos e indirectos del sistema tributario, las fuentes de financiamiento de préstamos externos corresponden a organismos e instituciones internacionales que realizan aportaciones reembolsables las cuales sirven de financiamiento a largo plazo, en la que se ejecutan con estos fondos programas sociales de salud, actividades de salud, e infraestructuras-equipamiento de los centros sanitario.

Las aportaciones de los fondos externos de préstamos reembolsables se verifican como fuentes de financiamiento del gobierno central, debido a que es el estado que ejecuta los pagos a través de los ingresos fiscales.

Los fondos de financiamientos de las donaciones de organismos internacionales vienen dada a través a acuerdos de cooperación que existen entre países, para la realización de aportes en el sector salud en programas de salud, infraestructuras hospitalarias, equipamientos a centros de salud, aportaciones en especie y otras actividades.

Las fuentes de financiamiento de la seguridad social, están vinculada a través de ingresos del régimen contributivo, en función del Seguro Familiar de Salud, Seguro de Riesgos Laborales, (SRL), Fondo Nacional de Atenciones Médicas por Accidentes de Tránsito, (FONAMAT) y las Utilidades sobre Activos de Entidad Pública. Los fondos del régimen subsidiado se visualizan como fuentes del gobierno central pero se consideran

en las ejecuciones presupuestarias de los agentes financieros de las administraciones de la seguridad social.

La participación del gasto en salud del sector en estudio, en términos del tipo de fuente de financiamiento es la siguiente:

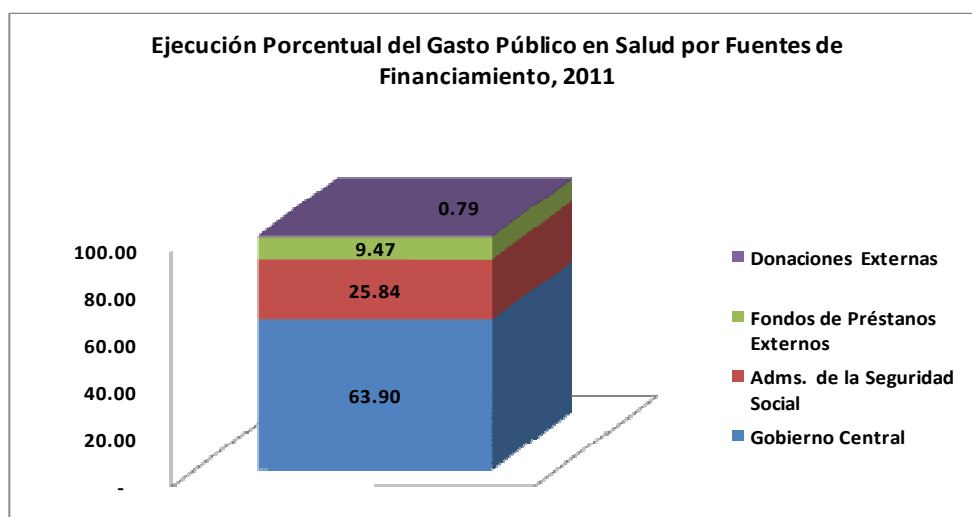
El gasto público en salud en la República Dominicana para el año 2011 asciende a RD\$56,078.46 millones, equivalente esta inversión a US\$1,473.81 millones, a una tasa de cambio promedio anual de RD\$38.05, Las fuentes de financiamiento de esta inversión están representadas por los fondos provenientes de los ingresos fiscales que aportan RD\$ 35,832.12 millones siendo esta el 63.90% del total general del gasto público en salud, las fuentes de las administraciones de la seguridad social inciden RD\$ 14,492.30 millones que representan el 25.84% del total del gasto, las fuentes de préstamos externos RD\$5,312.93 millones con un aporte del 9.47% del total general de la inversión en salud y las fuentes de donaciones externas influyen con una inversión RD\$441.11 millones, cuyos fondos han sido ejecutado por entidades e instituciones del sector público.

Tabla 8  
Fuentes de Financiamiento del Gasto Público en Salud  
Valores a Precios Corrientes de RD\$, 2011

Agentes	Montos	%
Fuentes Fiscales	35,832.12	63.90
Fuentes Adms. de la Seguridad Social	14,492.30	25.84
Fuentes de Préstamos Externos	5,312.93	9.47
Fuentes de Donaciones Externas	441.11	0.79
<b>Total</b>	<b>56,078.46</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

Grafico 6



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

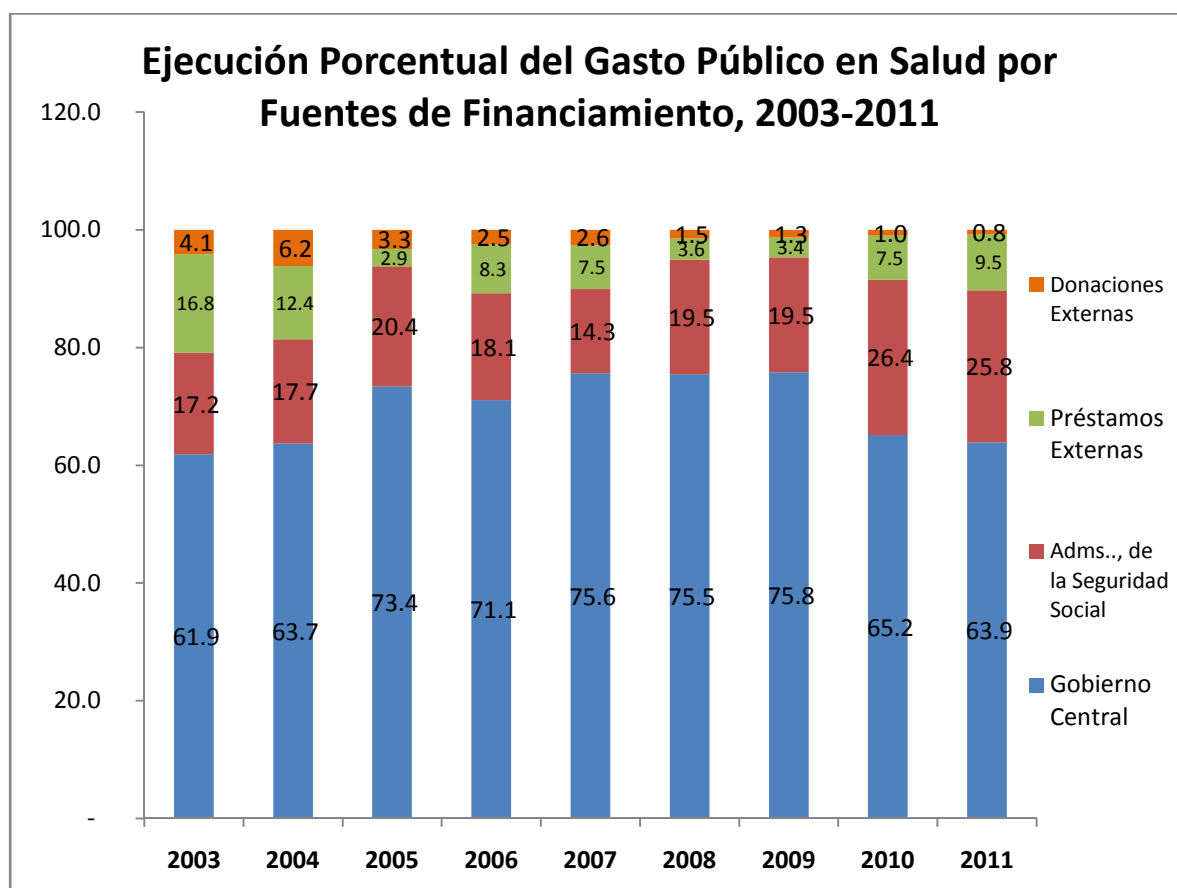
A los fines de visualizar el comportamiento del gasto por fuente de financiamiento en periodos anteriores y utilizando como base la serie de indicadores económicos de salud del sector público para el periodo 2003 -2010 incluyendo además la data del gráfico anterior (6).

Tabla 9

% Fuentes de Financiamiento del Gasto Público en Salud	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gobierno Central	61.87	63.73	73.39	71.08	75.64	75.48	75.80	65.15	63.90
Adms., de la Seguridad Social	17.24	17.67	20.42	18.14	14.29	19.45	19.54	26.36	25.84
Préstamos Externas	16.76	12.45	2.92	8.25	7.45	3.61	3.37	7.49	9.47
Donaciones Externas	4.13	6.16	3.28	2.53	2.62	1.46	1.29	1.00	0.79

Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

Gráfico 7



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

Dentro de las fuentes de financiamiento los préstamos externos constituyen un renglón sumamente importante, ejecutados por los diferentes agentes financieros del sector, los cuales ascienden a RD\$5,312.92 millones del total del gasto público en salud, representando el 9.47% del total general (RD\$56,078.46 MM).

Entre los agentes de financiamiento que participan del gasto público en salud, tenemos los que ejecutan préstamos externos reembolsables, como es el caso del Ministerio de Salud Pública, institución con el mayor volumen de inversión, con una monto equivalente a RD\$3,820.06 millones, lo que representa el 13.24% del total de la inversión presupuestaria del Ministerio, ascendente a RD\$28,852.21.

Estos RD\$3,820.06 millones ejecutados durante el 2011 por el MSP representan un 6.82% del total general del gasto público en salud.

La Presidencia de la República invirtió RD\$1,403.89 millones de pesos en préstamos externos, representando el 2.50% del gasto público en salud.

La CERSS ejecutó RD\$88.97 Millones representando un 0.15% del total general del gasto público en salud.

Tabla 10

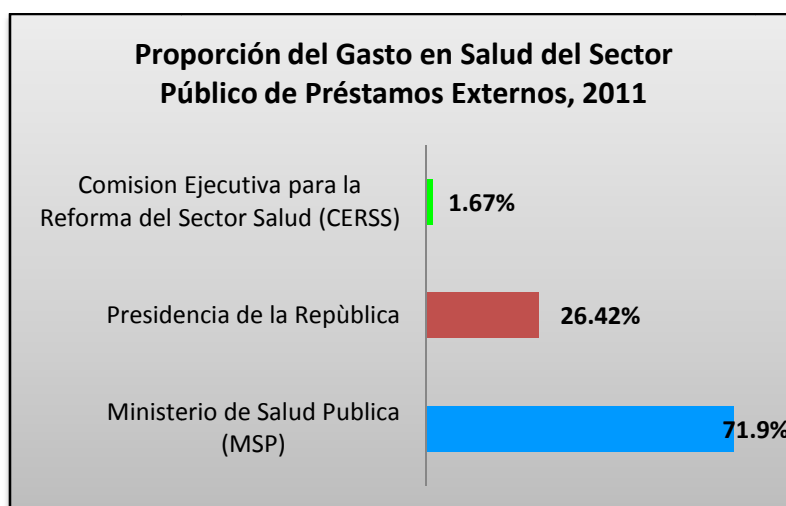
**Préstamos Externos del Gasto Público en Salud**

Valores a Precios Corrientes en RD\$, 2011

<b>Presidencia de la República</b>	<b>Entidad Financiera</b>	<b>1,403.89</b>	<b>26.42</b>
<b>Oficina Supervisores de Obras del Estado Construccion y (Equipamiento Centro Dr. Heriberto Peter)</b>		<b>1,403.89</b>	<b>26.42</b>
Equipamiento del Centro Comprensivo de Cancer Heriberto Pierter	Fortys Bank Of Belgium	1,273.89	23.98
Construccion del Centro Comprensivo de Cancer Heriberto Pierter	Fortys Bank Of Belgium	109.27	2.06
Construccion Hospital Infantil y Traumatologico en la Ciudad de Santiago	Fortys Bank Of Belgium	20.73	0.39
<b>Comision Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS)</b>		<b>88.97</b>	<b>1.67</b>
Transf., corriente a la CERSS del MSP Prestamo externos Banco Mundial	Banco Mundial	88.97	1.67
<b>Ministerio de Salud Publica (MSP)</b>		<b>3,820.06</b>	<b>71.90</b>
<b>Atencion a la salud de las personas</b>		<b>3,820.06</b>	<b>71.90</b>
Instalación y equipamiento de unidades de atención primaria de salud		582.29	10.96
Apoyo presupuestario para reponer apropiaciones al presupuesto		1,004.58	18.91
Apoyo presupuestario para reponer apropiaciones al presupuesto		217.28	4.09
Construccion y Equipamiento Hosp. Mater no Infantil Ciudad de la Salud	Deustche Bank	1,113.17	20.95
Construccion y Equipamiento Hosp. General Ciudad de la Salud	Deustche Bank	281.12	5.29
Construccion y Equipamiento Hosp. Pediatrico Ciudad de la Salud	Deustche Bank	340.51	6.41
Hospital Higüey y Monte Cristi	Deustche Bank	281.12	5.29
<b>Total</b>		<b>5,312.93</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011**

Grafico 8



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

- **Agentes de Financiamiento del Gasto Público en Salud**

Estas Instituciones ó entidades son las que canalizan los fondos que proporcionan las diferentes fuentes de financiamiento (gobierno central, Administradoras de la Seguridad Social, donaciones externas y préstamos externos), y que los usan para pagar o comprar las diferentes actividades circunscritas en el campo de las CNS.

En detalle, dentro de los agentes de financiamiento del gasto público en salud, pertenecientes al gobierno central tenemos:

1. El Ministerio de Salud Pública, que es la institución del sector que tiene mayor participación en la ejecución del gasto en salud, con una inversión de RD\$ 28,852.21 millones la cual constituye el 51.45% del total general del gasto,
2. Las administraciones de la seguridad social participan con RD\$21,346.32 representando el 38.07 del total general. El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) constituye el 8.96% como agente financiero y el Seguro familiar de Salud (SENASA) el 16.33%.

3. PROMESE-CAL mediante el programa de medicamentos esenciales e insumos médicos ejecuta RD\$1,739.96 millones, con una participación del gasto en salud del 3.10%.
4. El Hospital FF.AA RD\$ 901.87 millones con el 1.61%.
5. El Hospital de la Policía Nacional RD\$ 251.49 millones con el 0.45%,
6. La CERSS ejecuta RD\$ 131.95 millones implicando el 0.24%.
7. El CONAVIHSIDA invierte RD\$365.22 siendo esto el 0.65% del total general del gasto total en salud del sector.
8. Otras instituciones y/o ministerios con una ejecución de RD\$ 2,489.42 millones con el 4.44% de la ejecución total. Integrada por las siguientes instituciones: Presidencia de la República, Ministerio de Educación y Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones; estas no son directamente de salud, pero su ejecución presupuestaria presenta inversión en el área de la salud.

Tabla 11

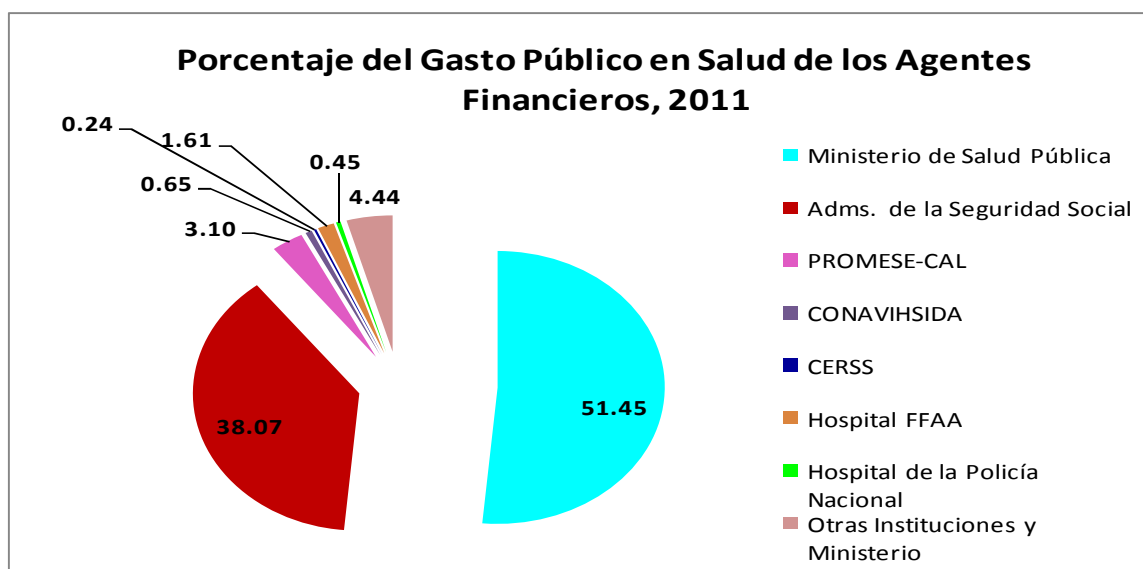
**Agentes de Financiamiento del Gasto Público en Salud**

Valores a Precios Corrientes de RD\$, 2011

<b>Agentes</b>	<b>Montos</b>	<b>%</b>
Ministerio de Salud Pública	28,852.21	51.45
Adms. de la Seguridad Social	21,346.32	38.07
PROMESE-CAL	1,739.96	3.10
CONA VIHSIDA	365.22	0.65
CERSS	131.95	0.24
Hospital FFAA	901.87	1.61
Hospital de la Policía Nacional	251.49	0.45
Otras Instituciones y Ministerio	2,489.42	4.44
<b>Total</b>	<b>56,078.46</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

Grafica 9



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

## • Objeto del Gasto

La clasificación presupuestaria del objeto del gasto sector público nos permite ordenar, resumir y presentar los gastos programados en el presupuesto de acuerdo a la naturaleza de los bienes, servicios activos y pasivos financieros; abarcando todas las transacciones que realizan las instituciones el sector público.

El fin de esta clasificación es definir en las cuentas presupuestarias en que se gasta o invierten los recursos. Según el manual a este tipo de gasto también se le denomina distribución administrativa del gasto.

Del total general del gasto público en salud para el año 2011 los servicios personales representaron el 39.46%, compuesto por los sueldos, honorarios, sobresueldos, regalías, bonificaciones e incentivos y contribuciones a la seguridad social, los servicios no personales representan un 21.247%, contemplando servicios básicos, servicios de comunicación, publicidad e impresión de materiales, seguros, alquileres y otros servicios.



Materiales y suministros constituye el 13.25% contentivo de alimentos, textiles, combustible, productos de papel y cartón, citando como ítem significativo el renglón medicamentos contenidos en este componente (materiales y suministros) representando un 64.61% del total de este objeto y un 8.57% del total general del gasto público en salud.

Tabla 12

**Gasto en Medicamentos Según Agentes Financieros**

Valores a Precios Corrientes en RD\$, 2011

Agentes Financieros del Gasto en Medicamentos	Montos	%
Ministerio de Salud Pública, MSP	1,995,981,439.09	41.49
Programa de Medicamentos Esenciales-Central de Apoyo Logístico PROMESE-CAL	1,739,964,596.77	36.16
Seguro Nacional de Salud, SENASA	489,954,839.85	10.18
Instituto de la Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL	164,882,319.10	3.43
Instituto Dominicano de Seguro Social, IDSS	113,810,057.00	2.37
CONA VISIHDA	99,959,047.07	2.08
Hospital Central de las FF. AA	110,617,567.55	2.30
Hospital de la Policía Nacional	57,391,594.49	1.19
Presidencia de la República (Plan Social de la Presidencia)	38,658,524.31	0.80
<b>Total</b>	<b>4,811,219,985.23</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

Gráfico 10



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

Por otra parte las transferencias corrientes representan el 16.91% del total del gasto público e incluyen prestaciones de la seguridad social, transferencias corrientes al Sector Privado, transferencias corrientes al Sector Público y transferencias corrientes al sector externo.

Los activos no financieros representaron el 8.57% de la inversión total, este renglón detalla: maquinaria y equipo; incluyendo equipamiento e insumos de electromedicina para establecimientos de salud, bienes inmuebles y las construcciones y mejoras corresponden a edificaciones e infraestructura hospitalaria.

El resto de los ítem contemplados en el consolidado por objeto del gasto representan un 0.56% incluyendo las transferencias de capital al sector público, los pasivos financieros que incluyen las amortizaciones a préstamos internos y la disminución de cuentas por pagar internas de corto plazo, en lo referente al gasto no especificado por objeto del gasto, la metodología de construcción de cuentas nacionales estandarizada y adoptada por el país permite incluir en este acápite todos aquellos gastos identificados pero que no se pueden clasificar por objeto, representan gastos de otras instituciones del sistema que no catalogan algunos de sus egresos según objeto.

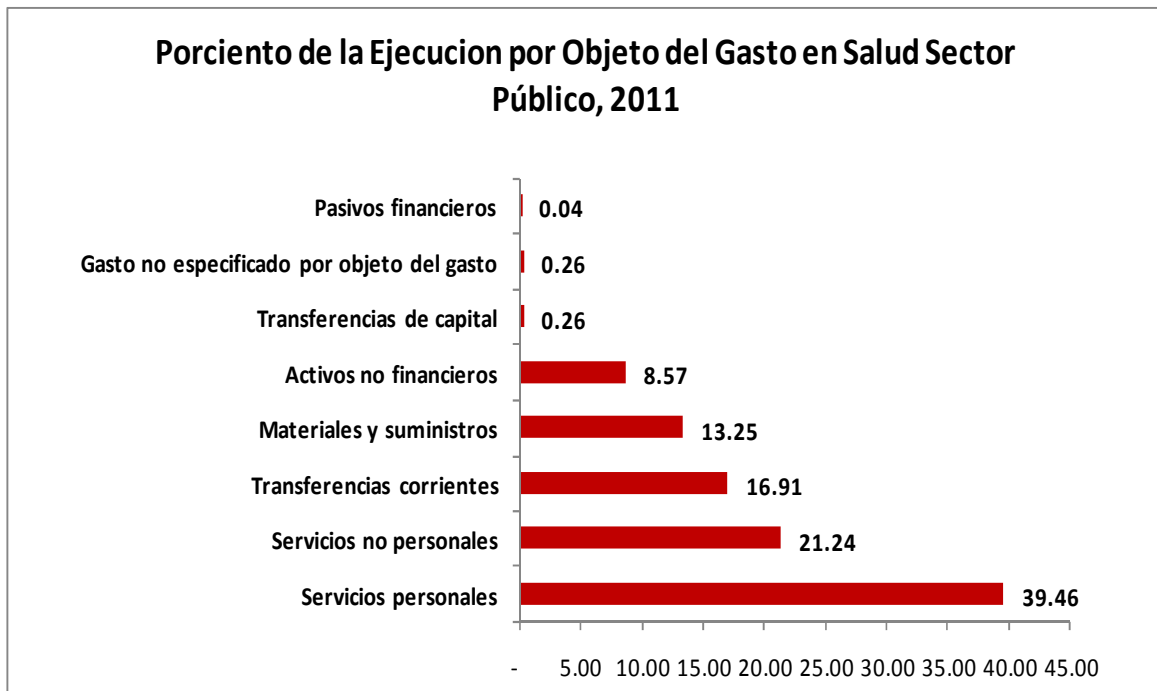
Tabla 13

**Consolidado Según Objeto del Gasto**  
Valores a Precios Corrientes en RD\$, 2011

Descripción	Montos	%
Servicios personales	22,127.13	39.46
Servicios no personales	11,911.57	21.24
Transferencias corrientes	9,482.89	16.91
Materiales y suministros	7,432.37	13.25
Activos no financieros	4,808.35	8.57
Transferencias de capital	148.13	0.26
Gasto no especificado por objeto del gasto	145.68	0.26
Pasivos financieros	22.33	0.04
<b>Total</b>	<b>56,078.46</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

Gráfico 11



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

- **Clasificación Económica del Gasto Público en Salud**

Las cuentas nacionales de salud realizan la clasificación económica del costo de los recursos del objeto del gasto a través de los desembolsos de gastos corrientes y gastos de capital que incurren las unidades ejecutoras como agentes financiero del sector público en salud.

Los desembolsos corrientes correspondiente a la medición del objeto del gasto representan un 91.0% de la ejecución presupuestaria por objeto, en la que este renglón incluyen las compensaciones a empleados y propietarios, suministros y servicios, consumo de capital fijo, intereses, subvenciones a proveedores, transferencias a hogares y otros gastos corrientes.

Los gastos de capital ascienden al 9% de la inversión del gasto total en salud del sector público, incluyendo las edificaciones u obras de infraestructura lo que incrementa el acceso a las personas a los servicios de salud, equipos móviles y las transferencias de capital a proveedores.

Tabla 14

**Clasificación Económica del Costo de los Recursos (RC)**

**Gasto Público Sector Salud**

Valores a Precios Corrientes en RD\$, 2011

Código	Descripción	Montos	%
<b>RC.1</b>	<b>Desembolsos corrientes</b>	<b>51,102.71</b>	<b>91.13</b>
<b>RC.1.1</b>	<b>Compensaciones a empleados y propietarios</b>	<b>22,127.13</b>	<b>39.46</b>
RC.1.1.1	Sueldos	15,718.77	28.03
RC.1.1.2	Contribuciones sociales	4,316.56	7.70
RC.1.1.3	Ingresos de trabajos no salariales	2,091.80	3.73
<b>RC.1.2</b>	<b>Suministros y servicios</b>	<b>19,343.94</b>	<b>34.49</b>
<b>RC.1.2.1</b>	<b>Suministros de materiales</b>	<b>7,432.37</b>	<b>13.25</b>
RC.1.2.1.1	Drogas y medicamentos	4,811.22	8.58
RC.1.2.1.2	Utiles Menores Médicos-Quirúrgicos	930.36	1.66
RC.1.2.1.3	Otros suministros	1,690.79	3.02
<b>RC.1.2.2</b>	<b>Servicios</b>	<b>11,911.57</b>	<b>21.24</b>
<b>RC.1.3</b>	<b>Consumo de capital fijo</b>	<b>148.13</b>	<b>0.26</b>
<b>RC.1.4</b>	<b>Intereses</b>	<b>22.33</b>	<b>0.04</b>
<b>RC.1.5</b>	<b>Subvenciones a proveedores</b>	<b>9,233.81</b>	<b>16.47</b>
<b>RC.1.6</b>	<b>Transferencia a hogares*</b>	<b>134.15</b>	<b>0.24</b>
<b>RC.1.9</b>	<b>Otros gastos corrientes</b>	<b>93.22</b>	<b>0.17</b>
<b>RC.2</b>	<b>Gastos de capital</b>	<b>4,975.75</b>	<b>8.87</b>
<b>RC.2.1</b>	<b>Edificios</b>	<b>2,585.91</b>	<b>4.61</b>
<b>RC.2.2</b>	<b>Equipo movil</b>	<b>191.12</b>	<b>0.34</b>
RC.2.2.1	Vehiculos	2.84	0.01
RC.2.2.2	Otros	188.28	0.34
<b>RC.2.3</b>	<b>Transferencia de capital a proveedores</b>	<b>2,198.71</b>	<b>3.92</b>
<b>Total general</b>		<b>56,078.46</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

\*La transferencia a hogares representan las ayudas y donaciones a las personas

Gráfica 12



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

- **Funciones de Atención a la Salud**

Para esta clasificación se definen como Funciones de Atención a la Salud los tipos de bienes y servicios proporcionados y las actividades desempeñadas dentro del ámbito de las cuentas nacionales de salud consolidando los principales servicios de atención y actividades asociadas a otras funciones relacionadas con la salud. Citando:

Servicios de Atención Curativa

Servicios de Rehabilitación

Servicios de Atención de Larga Duración

Servicios Auxiliares de Atención de la Salud

Productos Médicos dispensados a Pacientes

Ambulatorios

Servicios de Prevención y de Salud Pública

Funciones Relacionadas con la Salud

Administración de la Salud y los Seguros Médicos

- Los servicios de atención curativa están formados por los servicios de atención hospitalaria y ambulatoria alcanzando el 39.65% (RD\$22,236.18 MM) del total del gasto público en salud,
- Los servicios de rehabilitación representan el 1.65% (RD\$925.65), incluyendo la rehabilitación a nivel hospitalario y ambulatorio,
- Los servicios de atención de larga duración, incluyendo la atención hospitalaria de larga duración en hospitales es el 1.96% (RD\$1,096.55) de la inversión,
- Los servicios auxiliares de atención a la salud es el 6.34% (RD\$3,557.67), estos incluyen los servicios de laboratorio clínico, servicios diagnósticos y de imágenes y otros servicios auxiliares,
- Los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios alcanzan el 10.15% (RD\$5,692.35) y en este mismo orden la ejecución en medicamentos

asciende al 8.57% de la inversión con relación al total general del gasto en salud del sector público.

- Los servicios de prevención y de salud pública constituyeron el 3.76 % (RD\$2,108.50) del gasto, de los cuales la salud materno infantil, los servicios de atención y consulta en conjunto alcanzan el 1.74% del total general,
- Los demás servicios de prevención y salud pública como es el caso de servicios de medicina escolar, prevención de enfermedades transmisibles, prevención de enfermedades no transmisibles, prevención de riesgos laborales, otros servicios de salud pública, vigilancia epidemiológica alcanzan una inversión del 2.02% del total general.
- Los administración de la salud y los seguros médicos alcanzan el 24.04% (RD\$13,479.11) del gasto público en salud, formando parte de las administraciones públicas excepto los seguros sociales y las actividades de administración, funcionamiento y apoyo a las administradoras de la Seguridad social representan.
- Las funciones relacionadas con la salud, son el 12.45% (RD\$6,982.43) de la inversión pública, donde los gastos de capital de las instituciones proveedoras de atención en salud alcanza el 9.62% del gasto total y la formación de personal de salud el 1.0% y la investigación y desarrollo en el ámbito de la salud, control sanitario de alimentos, higiene y agua potable y otros gastos no especificados alcanzaron el 1.64%.

Tabla 15

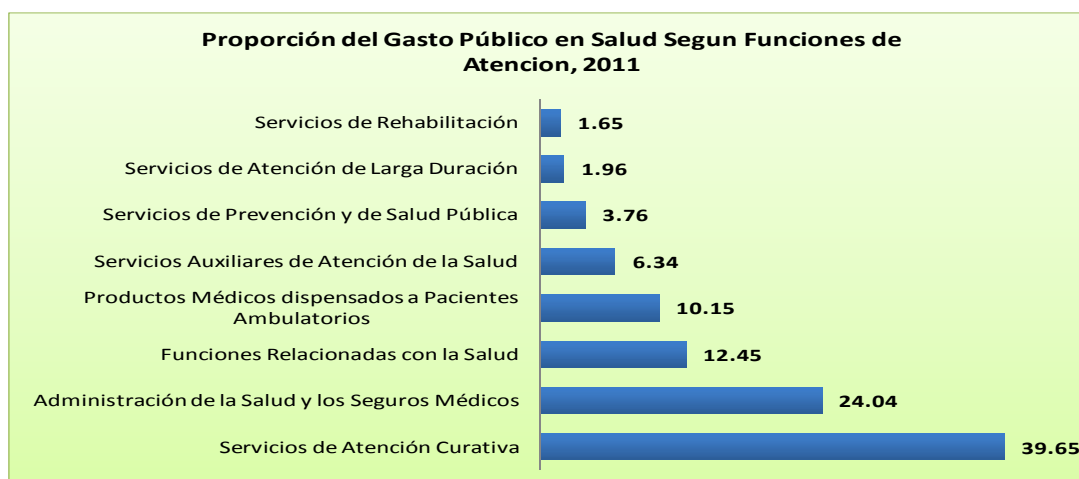
**Funciones de Atención de Salud**

Valores a Precios Corrientes en RD\$, 2011

Descripción	Montos	%
Servicios de Atención Curativa	22,236.18	39.65
Administración de la Salud y los Seguros Médicos	13,479.11	24.04
Funciones Relacionadas con la Salud	6,982.43	12.45
Productos Médicos dispensados a Pacientes Ambulatorios	5,692.35	10.15
Servicios Auxiliares de Atención de la Salud	3,557.67	6.34
Servicios de Prevención y de Salud Pública	2,108.50	3.76
Servicios de Atención de Larga Duración	1,096.55	1.96
Servicios de Rehabilitación	925.65	1.65
<b>Total</b>	<b>56,078.46</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

Gràfica 13



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

- **Costo de los Recursos de las Funciones de Atención a la Salud**

Esta clasificación se divide en Gastos corrientes y gastos de capital y la metodología de cuentas nacionales la define como el costo de los Recursos a los Factores o insumos que utilizan los proveedores y/o los agentes de financiamiento para producir los bienes y servicios consumidos o las actividades realizadas en el sistema de salud.

#### Gastos Corrientes

Estos están representados por los servicios de hospitalización, ambulatorios, de rehabilitación, servicios auxiliares, insumos médicos (medicamentos), servicios preventivos y la administración de la salud, los cuales representan el 87.55% del total del gasto público en salud.

#### Gastos de Capital

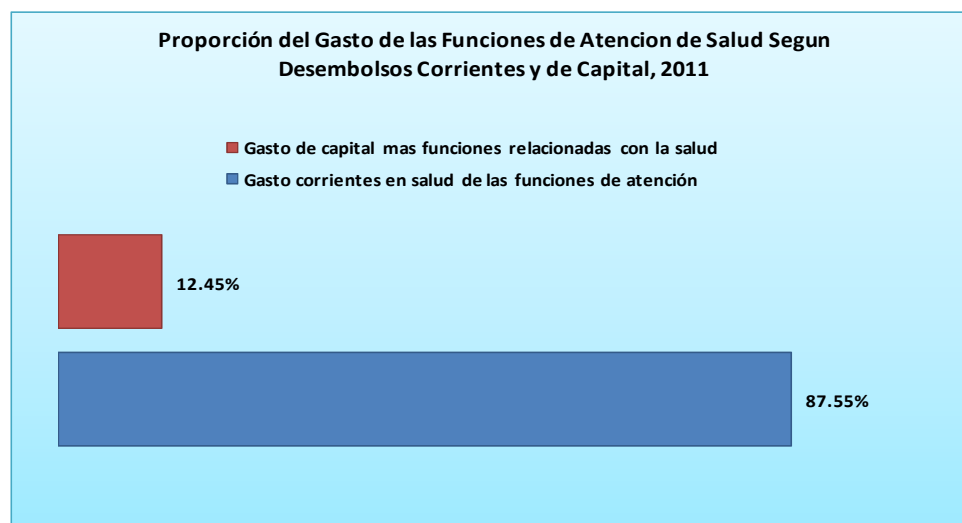
Las operaciones de gasto de capital de las funciones de salud mas otras funciones relacionadas con la salud son el 12.45% del total del gasto. En lo que respecta a este renglón encontramos los gastos concernientes a infraestructuras, formación de personal en salud, investigación en el área de la salud y otras funciones.

Tabla 16  
**Clasificación Económica del Gasto de las Funciones de Salud**  
 Valores a Precios Corrientes en RD\$, 2011

Descripción	Montos	%
<b>Servicios Curativos</b>	<b>23,332.73</b>	<b>41.61</b>
Hospitalización	19,017.12	33.91
Ambulatorios	4,315.61	7.70
<b>Servicios de Rehabilitación</b>	<b>925.65</b>	<b>1.65</b>
<b>Servicios Auxiliares</b>	<b>3,557.67</b>	<b>6.34</b>
<b>Insumos Médicos</b>	<b>5,692.35</b>	<b>10.15</b>
Medicamentos	4,811.22	8.58
Otros Insumos	881.13	1.57
<b>Servicios Preventivos y de Salud Pública</b>	<b>2,108.50</b>	<b>3.76</b>
<b>Administración</b>	<b>13,479.11</b>	<b>24.04</b>
<b>Gasto corrientes en salud</b>	<b>49,096.02</b>	<b>87.55</b>
Gasto de Capital en Infraestructura y Equipo	5,392.32	9.62
Demas Funciones Relacionadas	1,590.11	2.84
<b>Gasto de capital mas funciones relacionadas con la salud</b>	<b>6,982.43</b>	<b>12.45</b>
<b>Total general</b>	<b>56,078.46</b>	<b>100.00</b>
<b>Gasto corrientes en salud de las funciones de atención</b>	<b>49,096.02</b>	<b>87.77</b>
<b>Gasto de capital mas funciones relacionadas con la salud</b>	<b>6,982.43</b>	<b>14.23</b>

Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

Gráfica 14



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

- **Proveedores de Servicios de Salud**

Dentro de los conceptos definidos en el manual metodológico de las cuentas nacionales de salud, los Proveedores de Servicios de Salud son entidades que reciben dinero a cambio de o en anticipación a la producción de las actividades circunscritas dentro del ámbito o campo de las cuentas nacionales de salud.



En esta clasificación los gastos están constituidos por proveedores hospitalarios que representan en este estudio el 35.82% del total de la inversión, que incluye los hospitales generales y hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones), los proveedores de atención ambulatoria alcanzan el 17.54% conformados por los centros de atención ambulatoria, centros de laboratorios médicos y de diagnósticos y los demás proveedores de atención ambulatoria.

Minoristas y otros proveedores de productos médicos participan con el 10.15% de la inversión general, esta incluye farmacias, minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos, minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas, minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas), las demás formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos.

La administración de programas de salud alcanza el 24.04% administración de la salud por las administraciones públicas, administraciones de seguridad social, otros seguros sociales, otros seguros (privados) y los demás proveedores de administración de la salud.

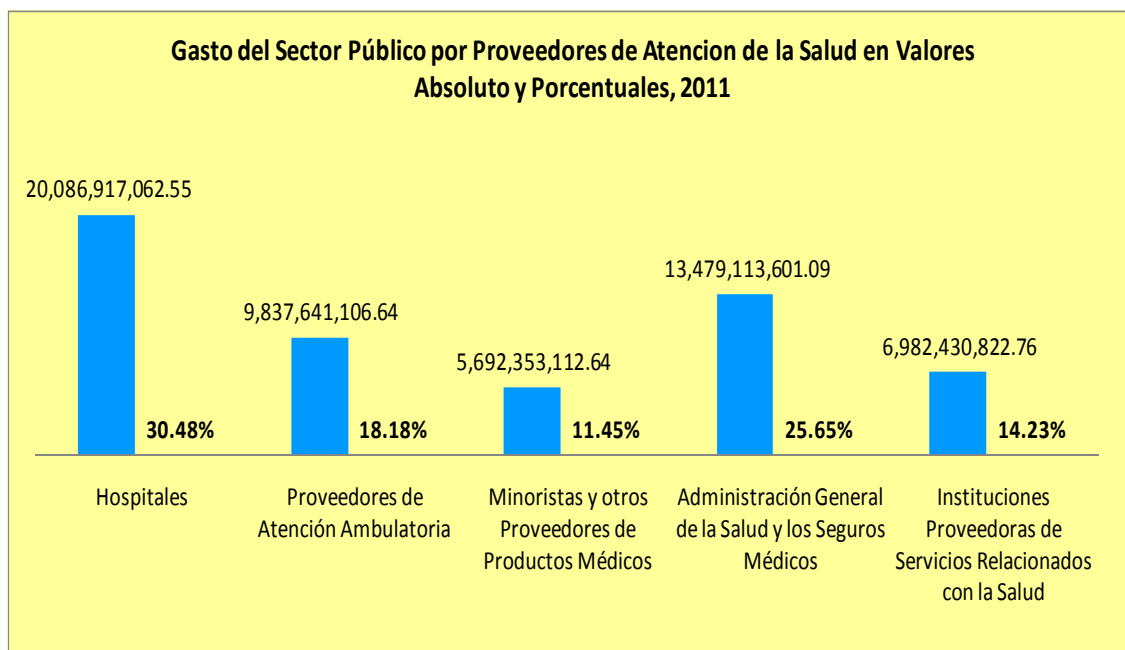
En lo concerniente a las instituciones proveedoras de servicios relacionados con la salud, significan el 14.87% del total del gasto público en salud e incluye instituciones de investigación, de capacitación, educación y otras instituciones proveedoras de servicios relacionados con la salud.

Tabla 17  
**Consolidado del Gasto Según Proveedores de Atención de Salud**  
 Valores a Precios Corrientes en RD\$, 2011

Código	Gasto por Proveedores de Atención de Salud	Montos	%
HP.1	Hospitales	20,086,917,062.55	35.82
HP.3	Proveedores de Atención Ambulatoria	9,837,641,106.64	17.54
HP.4	Minoristas y otros Proveedores de Productos Médicos	5,692,353,112.64	10.15
HP.6	Administración General de la Salud y los Seguros Médicos	13,479,113,601.09	24.04
HP.8	Instituciones Proveedoras de Servicios Relacionados con la Salud	6,982,430,822.76	12.45
<b>Total</b>		<b>56,078,455,705.67</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

Grafica 15



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, UCNS, MSP 2011

#### 4.4 Tendencias del Gasto Público en Salud

El comportamiento de la inversión del gasto pública en salud de la República Dominicana para el periodo 2003-2011, puede verse con incrementos significativos de manera sostenida según años presupuestarios, en donde el gasto público en salud total para el periodo arribó a RD\$311,994.65 millones de pesos, oscilando el porcentaje de variación entre 3.93% y 27.08% para el referido periodo. En función al gasto público en salud como proporción del PIB, se observa que la misma se ha mantenido prácticamente uniforme, con poca variación a través de los años 2003-2011 y no se ha podido alcanzar el 3.0% del PIB en salud a pesar de que la inversión en salud se ha incrementado significativamente como lo expresamos al principio del párrafo.

Hay que considerar que las variaciones porcentuales en términos relativo y absoluto del gasto en salud han crecido, pues si observamos el gráfico, las variaciones implican tendencias positivas, pues la inversión en el año 2003 se incrementa en un 32.12% con relación al año anterior, en el año 2004 en función al 2003 la inversión se incrementa en un 18.05% pero la inversión en términos relativos es negativa debido a que disminuye, así se mantiene esta propensión a través del tiempo. Para que el gasto público en salud sea más eficiente, se hace necesario de que este se incremente a por lo menos a un 6.0%

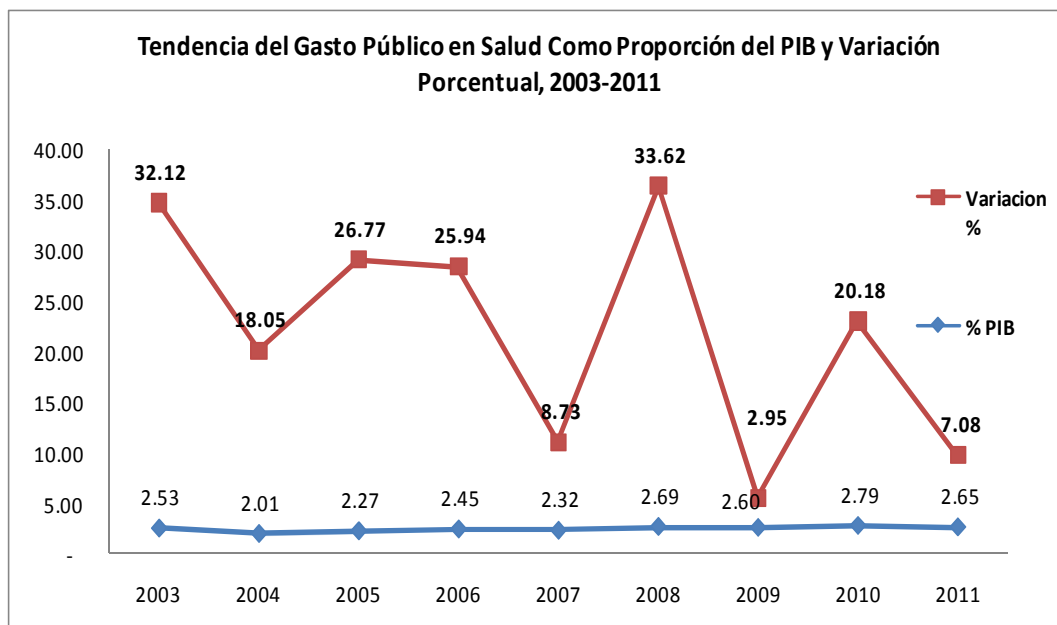
del PIB por años. Esto implica que el gobierno central dirija más recursos económicos de los ingresos fiscales al sector salud, se realicen mayores esfuerzos mediante negociaciones con organismos de cooperación internacionales con el objetivo de incrementar la participación de la cooperación internacional en la ejecución de programas, proyectos de inversión pública.

Tabla 18  
**Gasto Público en Salud y Variación Porcentual Años 2003-2011**  
 Valores a Precios Corrientes en RD\$, 2011

Años	Montos	Variacion %	% PIB
2003	15,457.86	32.12	2.53
2004	18,247.84	18.05	2.01
2005	23,133.57	26.77	2.27
2006	29,133.46	25.94	2.45
2007	31,675.82	8.73	2.32
2008	42,325.78	33.62	2.69
2009	43,575.96	2.95	2.60
2010	52,367.90	20.18	2.79
2011	56,076.46	7.08	2.65

Fuente : Serie de Indicadores Económicos de Salud Sector Público 2003 - 2011, Unidad Cuentas Nacionales de Salud, MSP

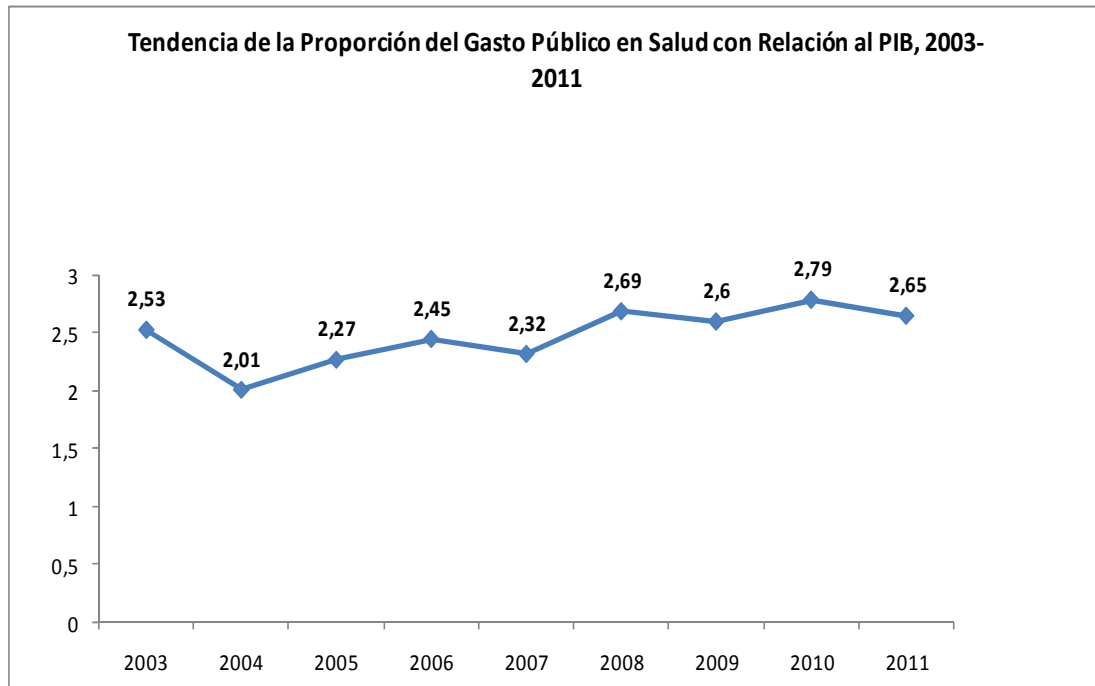
Gráfica 16



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

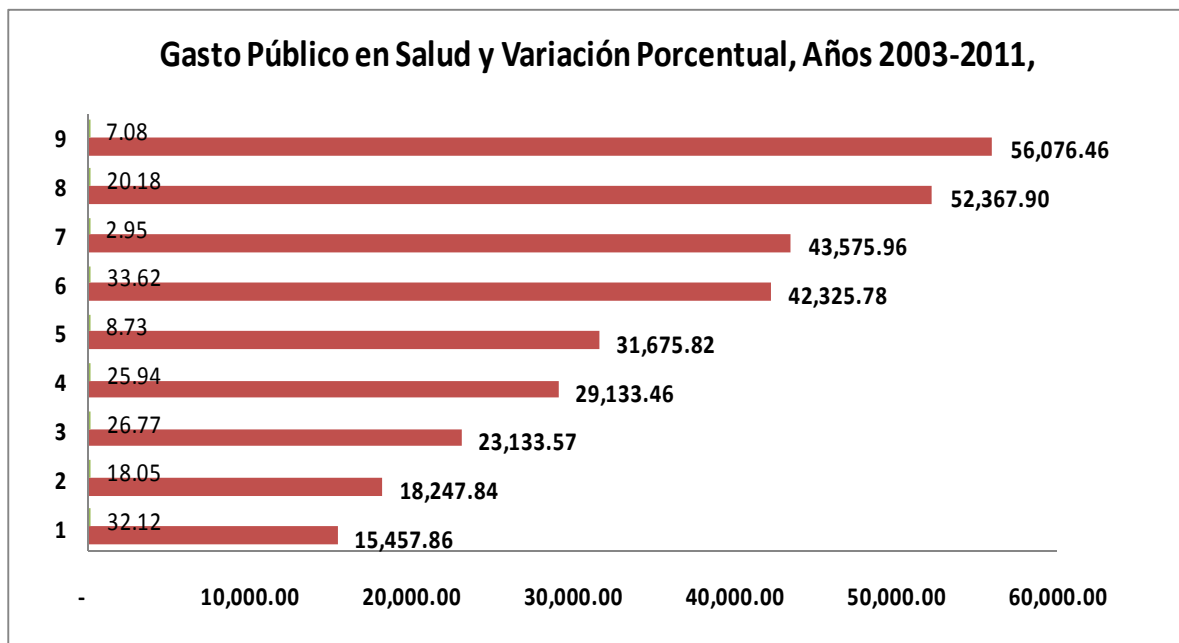
En los últimos años el gasto público en salud del país, como proporción del PIB se ha mantenido inferior al 3%, aunque con tendencias diferenciadas en determinados años.

Gráfica 17



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

Gráfica 18



Fuente: Recopilación de las Informaciones por Instituciones del Gasto Público en Salud, MSP 2011

## 5. Conclusiones y Recomendaciones

### Conclusiones

El gasto público en salud para el 2011, ascendió a la cifra de RD \$ 56,078.46 millones, que corresponde a US \$ 1,473.81 millones a una tasa de RD \$ 38.05 por US 1.00 como valor promedio para ese año. Esto equivale a un 2.65 % del PIB, un decrecimiento de un 7.08 % en relación al 2.79 % del PIB logrado en el 2010. Significa un gasto per cápita de RD \$ 5,937.19 al año, equivalente a US \$ 153.22 por persona por año.

Aunque el gasto público se ha incrementado de forma sostenible desde el 2003 a la fecha (2011), la meta de que sea de no menos del 5 % del PIB, continúa pendiente.

Las principales fuentes de financiamiento lo fueron: las recaudaciones fiscales que realiza el gobierno (RD \$ 35,832.12 millones; 63.90 %) y las cotizaciones sociales que obliga el Sistema Dominicano de Seguridad Social (RD \$ 14,492.30 millones; 25.84 %). Ambas fuentes constituyen el 89.74 % del origen de los fondos del gasto público en salud.

La participación del gobierno central como agente de financiamiento, en términos porcentuales, decrece desde alrededor de un 75 % del gasto en el 2007 y el 2008, a un poco más del 60 % para el 2010 y el 2011. Este decrecimiento es consecuencia de la mayor presencia de la seguridad social, sobre todo a partir del 2007 cuando inicia el seguro familiar de salud.

Los principales agentes de financiamiento, entendidos como los responsables de canalizar los fondos que proporcionan las fuentes de financiamiento, lo fueron: el Ministerio de Salud Pública (RD \$ 28,852.21 millones; 51.45 %), las administraciones de la seguridad social (RD \$ 21,346.32; 38.07 %) y PROMESE-CAL (RD \$ 1,739.96 millones; 3.10 %).

Del total general del gasto público en salud para el año 2011 los servicios personales representaron el 39.46%, compuesto por los sueldos, honorarios, sobresueldos, regalías, bonificaciones e incentivos y contribuciones a la seguridad social. Los servicios no personales representan un 21.247%, los que son contemplados como servicios básicos, servicios de comunicación, publicidad e impresión de materiales, seguros, alquileres y otros servicios. Se destacan, también, como objeto del gasto, las transferencias corrientes (16.91 %) y los materiales y suministros (13.25 %). Entre ellos, representan el 90.87 % del gasto.

El gasto en medicamentos se incluye en el de los materiales y suministros. Representa el 8.57 % del gasto público en salud que se consume por la vía del Ministerio de Salud Pública, de PROMESE-CAL y de SENASA, principalmente.

Los desembolsos corrientes correspondiente a la medición del objeto del gasto representan un 91.0% de la ejecución presupuestaria por objeto, en la que este renglón incluyen las compensaciones a empleados y propietarios, suministros y servicios, consumo de capital fijo, intereses, subvenciones a proveedores, transferencias a hogares y otros gastos corrientes.

Los gastos de capital ascienden al 9 % de la inversión del gasto total en salud del sector público, incluyendo las edificaciones u obras de infraestructura lo que incrementa el acceso a las personas a los servicios de salud, equipos móviles y las transferencias de capital a proveedores.

El 59.75 % del gasto en la atención en salud se consumen a la atención al daño. La administración de la salud y los seguros médicos dispuso del 24.04 %. Entre ambas funciones se consume el 83.79% del gasto público en salud. Los servicios de prevención y de salud pública, apenas constituyeron, en su conjunto, apenas significaron el 5.78 % del gasto público en salud.

Los gastos corrientes, representados por los servicios de hospitalización, ambulatorios, de rehabilitación, servicios auxiliares, insumos médicos (medicamentos), servicios preventivos y la administración de la salud, representan el 87.55% del total del gasto

público en salud. Las operaciones de gasto de capital de las funciones de salud más otras funciones relacionadas con la salud son el 12.45% del total del gasto.

El gasto público en salud, según proveedores, se concentra en los hospitales (RD \$ 20, 086, 917, 062.64; 35.82 %), en la administración general de la salud y seguros médicos (RD \$ 13,479, 113, 601.09; 24.04) y los proveedores de salud ambulatoria (RD \$ 9, 837, 641,106.64; 18.18 %).

## Recomendaciones

Es evidente de que se requiere de un incremento en el gasto público en salud. El propósito sería el de disponer de recursos para llevar a un nivel óptimo el acceso a la población a servicios de salud integrales con sentido de equidad, mejorar la calidad y la satisfacción del recurso humano que labora en los servicios públicos y para poder desarrollar la función de rectoría, principalmente.

Se dispone de varias opciones para poder hacer este incremento en el gasto público en salud. Se puede disponer de un incremento en el financiamiento público para el sector salud a cargo de los ingresos fiscales del gobierno, incluyendo lo relativo a lograr una cobertura mayor en la afiliación de la población subsidiada. En segundo lugar, podría valorarse la posibilidad de que los proveedores públicos puedan participar en las atenciones a los afiliados al régimen contributivo y a la población con capacidad de pago, teniendo cuidado de no crear desigualdades ni inequidades por fuente de financiamiento,

Una segunda opción para disponer de mayores recursos, sería la de reducir gastos innecesarios o duplicados, incluyendo los subsidios cruzados que se dan, principalmente, en la seguridad social. A partir de esta afirmación, valdría la pena valorar si el costo de operación que significan la CERSS y el CONAVIHSIDA que, entre ambos, como agentes de financiamiento, disponen de menos del 1 % del gasto público en salud.

También, una tercera opción que se debería valorar, trata sobre la necesidad de variar significativamente el perfil del gasto público en salud y el modelo de atención. El gasto de administración es muy elevado, sería necesario desagregarlo para esta función y, a partir de los resultados, decidir por donde recortar este gasto sin perder capacidad operativa. El accionar del modelo de atención está muy centrado en la curación y, en consecuencia, el gasto se concentra en las actividades de atención al daño y, dentro de ellas, el gasto hospitalario es predominante.

El modelo de atención sobre la base del desarrollo de verdaderos planes de promoción de la salud (entendida más allá de educación en salud), de fomento a la autoayuda y a los servicios de comunicación en información en salud, todos ellos como un campo de acción previa a la provisión de servicios de atención a la salud, que se han de complementar con el desarrollo de redes de atención en salud y programas de gestión de crónicos.

La lógica a seguir debiera ser la de reducir la demanda de atención debido a que se han reducido las necesidades de atención de las poblaciones, diferente a lo que predomina en la seguridad social que pretende reducir la demanda mediante la creación de barreras de acceso y la administración del pago antes que la del riesgo.

Ahora bien, independientemente de la decisión tomada, es recomendable que el incremento del gasto se ha de hacer luego de llegar a acuerdos concretos de hacer más efectivo y eficiente el subsistema de salud público, sobre la base del logro de resultados y/o productos tangibles previamente establecidos.



## 6. Referencias Bibliográficas y Documentales

- **Encuesta Demográfica y de Salud: ENDESA 2007.** Santo Domingo, 2008.
- **Encuesta Demográfica y de Salud: ENDESA 2002.** Santo Domingo, 2003.
- **Encuesta Demográfica y de Salud: ENDESA 1996.** Santo Domingo, 1997
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **Informe Sobre el Desarrollo Humano 1990- 2004.** Disponibles en <http://www.idh.pnud.org>.
- Oficina Nacional de Estadísticas. **Proyecciones Nacionales de Población por Sexo y Grupos Quinquenales 1980-2050,** Santo Domingo 2006
- **Ley General de Salud 42-01,** Santo Domingo, 2001.
- **Ley que pone en vigencia el Sistema Dominicano de Seguridad Social, 87-01,** Santo Domingo, 2001.
- Comisión Presidencial Objetivos del Milenio el Desarrollo Sostenible y Sistema de las Naciones Unidas República Dominicana. **Objetivos Desarrollo del Milenio, República Dominicana** 2004, Santo Domingo 2004
- República Dominicana. Oficina Nacional de Estadísticas. **IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Resultados preliminares.** Disponible en <http://censo2010.one.gob.do/>
- República Dominicana. Oficina Nacional de Planificación. **Estrategia para la reducción de la Pobreza en la República Dominicana 2004-2015.** Santo Domingo, 2003.

- **Atlas de la Pobreza en la República Dominicana**, Oficina Nacional de Planificación, Julio 2005.
- **Análisis de las Cuentas Nacionales de salud en la República Dominicana, 2002**, Informe Final, octubre 2005, Magdalena Rathe, Fundación Plenitud.
- **Perfil del Sistema de Salud de la RD**, Abril 2007, OPS, MSP, CERSS
- **El Nuevo Modelo del Sistema de Salud: Inicios, Rutas y dificultades**, Centro Universitario de estudios políticos y sociales, Friedrich Ebert Stiftung, PUCMM.
- **Informe sobre iniciativas especiales No. 11, Cuentas Nacionales de salud: México**, Septiembre 1998, Partnerships for Health Reform, PHR.
- **Estadísticas vitales y proyecciones demográficas, ONE, 2011**
- **Propuesta de reglamento de rectoría y separación de Funciones, Sistema Nacional de salud.**
- **Artículo de revisión: Sistema de Salud RD**, Magdalena Rathe y Alejandro Molinè, Instituto de salud pública de México, 2008.
- **La reforma de Salud y la seguridad Social**, PUCMM, PID-RES-USAID, 2001
- **Resolución 010 de fecha 24 de diciembre del 2004**, Que crea la Unidad de Cuentas Nacionales de salud.
- **Resolución 010 del 04 de agosto del 2008**, sobre la reorganización del Ministerio de Salud Pública.
- **Acta 1ra Reunión Comité interinstitucional de cuentas nacionales de salud**, de fecha 22 de noviembre del 2005.

- **Acta 155 Reunión Ordinaria del Consejo Nacional de Salud**, de fecha 30 de junio del 2010.
- **Análisis de Situación de Salud de la República Dominicana, 2003**, Ministerio de Salud Pública, Santo Domingo 2003.
- **Memoria Anual 2011**, Santo Domingo 2012, Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Planificación y Sistemas de Salud.
- **Indicadores Básicos de la Salud 2003 República Dominicana**, Ministerio de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud.
- **Reglamentos de la Ley General de Salud (42-01) Volumen II**, Presidencia de la República Dominicana.
- **Situación de Salud de las Américas Indicadores Básicos 2005**, Organización Panamericana de la Salud.
- **Boletín 3, Observatorio de Políticas Sociales “La Salud y la Seguridad Social”**, Publicación Bimensual, Septiembre 2007.
- **Informe Análisis de Presupuesto General del Estado 2011-2012**, Ernesto Selman, Febrero 2012.
- **Informe preliminar de la ejecución presupuestaria del Gobierno Central 2011**, DIGEPRES, Febrero 2012.
- **Principales tendencias económicas y sociales de la República Dominicana**, Fundación Economía y Desarrollo, Jaime Aristy Escuder, Rita Mena y Arturo Mèdez, 2011.
- **Proyecto de Ley de Presupuesto General del Estado 2012**, Ministerio de hacienda, DIGEPRES, 2012.

- **Dominicana en Cifras 2011**, ONE 2012.
- **Ejecución presupuestaria año 2011**, Superintendencia de salud y riesgos laborales, (Informaciones de sección transparencia, Webpage).
- **Ejecución presupuestaria año 2011**, Instituto Dominicano de Seguros Sociales, (IDSS), Consolidados de la distribución administrativa de los gastos ejecutados 2011 en valores de RD\$.
- **Ejecución presupuestaria Ministerio de Salud Pública 2011**, Sistema Integrado de gestión financiera (SIGEF), por cuenta y subcuenta.
- **Informe de Inversión en Infraestructura de Salud 2011**, del Ministerio de Obras Públicas, 2009-2011, d/f 31/01/2012.
- **Ejecución Presupuestaria y Resultados Financieros 2011**, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), Febrero 2012.
- **Estados Financieros al 31 de Diciembre 2011**, Seguro Nacional de Salud (SENASA).
- **Serie de Indicadores Económicos de salud Sector Público 2003-2011**, Unidad de Cuentas Nacionales de Salud, Enero 2013.
- **Informe de Ejecución, distribución del gasto por funciones, proveedores, fuentes y objeto del gasto 2011**, Consejo Nacional VIH y el SIDA, CONAVIHSIDA, 08 de Febrero 2012.
- **Informe Agentes del Sector Público 2009-2011 y Formulario de Recolección de Datos**, Consejo Nacional de la Seguridad Social, Febrero 2012.
- **Ejecución de los Gastos y aplicaciones financieras del Gobierno Central**, Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Enero-Diciembre 2011.

- **Ejecución de los Gastos y aplicaciones financieras por Funciones, Capitulo Salud del Gobierno Central**, Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Enero-Diciembre 2011.
- **Indicadores Básicos de Salud República Dominicana 2011**, OPS, MSP, 2012.